



Regione Calabria

PROGRAMMA OPERATIVO
2022-2025
Novembre 2022

INDICE

| | | |
|-------|--|-----------|
| 1. | QUADRO GENERALE | 7 |
| 1.1 | Indirizzo strategico..... | 7 |
| 1.2 | Contesto regionale demografico e sanitario..... | 8 |
| 1.2.1 | Contesto territoriale e demografico | 8 |
| 1.2.2 | I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)..... | 10 |
| 1.3 | La mobilità ospedaliera extraregionale..... | 21 |
| 1.4 | Gli obiettivi del Programma Operativo..... | 32 |
| 1.5 | La struttura descrittiva del Programma Operativo..... | 32 |
| 2. | GOVERNANCE DEL PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2025 | 33 |
| 2.1. | Individuazione e organizzazione delle strutture responsabili della gestione del Programma Operativo: Commissario ad Acta, Dipartimento, Aziende | 33 |
| 2.2. | Governance dei Flussi Informativi | 36 |
| 2.2.1 | Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi | 36 |
| 2.2.2 | Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi NSIS | 37 |
| 2.2.3 | Rafforzamento del ruolo centrale del Dipartimento Tutela della Salute nella gestione dei Flussi Informativi | 41 |
| 2.2.4 | I nuovi flussi informativi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)..... | 42 |
| 2.3 | Definizione e copertura del fabbisogno di personale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari | 43 |
| 3. | GESTIONE DEL PERSONALE | 43 |
| 3.1 | Definizione e copertura del fabbisogno del personale del SSR in linea con gli obiettivi del PO tenuto conto dell'Emergenza epidemiologica COVID-19 | 43 |
| 3.1.1 | Elaborazione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale per le Aziende del SSR | 44 |
| 3.1.2 | Adeguamento del fabbisogno del personale | 47 |
| 3.2 | Reclutamento e procedure concorsuali..... | 49 |
| 3.3 | Riqualficazione degli organici del SSR e definizione dei percorsi formativi volti al miglioramento delle competenze del personale delle Aziende | 49 |
| 3.4 | Flussi informativi sul personale del SSR | 50 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 4. | DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEBITO PREGRESSO | 51 |
| 4.1 | Ricognizione e riconciliazione del debito pregresso | 51 |
| 4.2 | Piattaforma Sec-Sisr relativa alla gestione del contenzioso | 54 |
| 5. | SISTEMI INFORMATIVI | 56 |
| 6. | CONTABILITÀ ANALITICA | 65 |
| 7. | GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI | 68 |
| 7.1 | Pianificazione pluriennale degli investimenti | 72 |
| 7.2 | Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007 | 73 |
| 7.3 | Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico. (Art. 6, c. 3 del D.L. n. 35/2019, convertito con modif. nella L.n. 60/2019 - Art. 3, c. 2 del D.L. n. 1502020 convertito con modif. nella L. n. 181/2020) | 75 |
| 7.3.1 | Accordo di Programma da sottoscrivere | 76 |
| 7.3.2 | Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno | 79 |
| 7.3.3 | Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35) | 81 |
| 7.4 | Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020 | 84 |
| 7.5 | Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020 | 86 |
| 7.6 | Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019) | 89 |
| 7.7 | Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, commi 14 e 24 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio 2020) | 90 |
| 7.8 | Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute | 91 |
| 7.8.1 | Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima | 91 |
| 7.8.2 | Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale | 95 |
| 8. | POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI | 100 |
| 8.1 | Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS | 102 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 8.2 | Riorganizzazione dei percorsi per gli acquisti centralizzati | 104 |
| 8.3 | Monitoraggio della spesa farmaceutica per Acquisti Diretti | 106 |
| 8.3.1 | Distribuzione in Nome e Per Conto farmaci A-PHT e Ossigenoterapia a Lungo Termine | 112 |
| 8.4 | Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata | 114 |
| 8.4.1 | Farmaceutica territoriale: Farmaci equivalenti | 118 |
| 8.5 | Aggiornamento periodico del prontuario terapeutico regionale (PTR)..... | 119 |
| 8.6 | Appropriato utilizzo dei dispositivi medici: definizione delle azioni di contenimento della spesa... | 122 |
| 8.7 | Health Technology Assessment ed innovazione | 126 |
| 8.8 | Sperimentazione attività della farmacia dei servizi | 128 |
| 9. | GESTIONE DEGLI ACQUISTI | 131 |
| 9.1 | Pianificazione pluriennale degli acquisti ed analisi e governo dei fabbisogni | 131 |
| 9.2 | Audit..... | 139 |
| 10. | RETE OSPEDALIERA | 139 |
| 10.1 | Processo di fusione per incorporazione della azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro..... | 139 |
| 10.2 | Rete ospedaliera - stato di attuazione e programmazione..... | 141 |
| 10.3 | Distribuzione geografica dei servizi ospedalieri | 141 |
| 10.3.1 | Analisi dei posti letto e del tasso di occupazione | 143 |
| 10.3.2 | Area Chirurgica (chirurgia generale e ortopedia) e Area Materno-Infantile (ginecologia e punti nascita)..... | 146 |
| 10.3.3 | Analisi dell'attività chirurgica degli HUB | 151 |
| 10.3.4 | Analisi degli esiti | 152 |
| 10.4 | Riconfigurazione della rete ospedaliera | 153 |
| 11. | RETI ASSISTENZIALI | 155 |
| 11.1 | Rete Emergenza–Urgenza..... | 155 |
| 11.1.1 | Centrali Operative (CO) 118 e Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) e PPI..... | 156 |
| 11.1.2 | Elisoccorso ed Elisuperfici..... | 157 |
| 11.2 | Rete pediatrica e Rete dell'emergenza pediatrica | 163 |
| 11.3 | Le Reti Tempo-Dipendenti..... | 164 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 11.3.1 | Rete Sindrome Coronarica Acuta (SCA)..... | 164 |
| 11.3.2 | Rete Traumatologica | 166 |
| 11.3.3 | Rete Stroke..... | 168 |
| 11.3.4 | Rete Trasporto Neonatale | 171 |
| 11.3.5 | Rete dei Consultori Familiari e dei Punti Nascita | 173 |
| 11.4 | Rete Laboratoristica Pubblica/Privata | 175 |
| 12. | ALTRE RETI ASSISTENZIALI | 177 |
| 12.1 | Rete Oncologica | 177 |
| 12.2 | Rete Tumori Rari | 178 |
| 12.3 | Rete Nefrologica e dialitica..... | 179 |
| 12.4 | Rete di Medicina Trasfusionale | 181 |
| 12.5 | Rete Trapianti | 183 |
| 12.5.1 | Rete trapianti di fegato in Calabria | 185 |
| 12.6 | Rete per le Malattie Rare..... | 186 |
| 12.7 | Rete Endocrinologica | 188 |
| 12.8 | Rete Diabetologica | 189 |
| 12.9 | Rete Medicina di Genere..... | 190 |
| 13. | RETI ASSISTENZIALI AD INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO | 192 |
| 13.1 | Rete Riabilitazione e Lungodegenza..... | 192 |
| 13.2 | Rete Sclerosi Multipla | 193 |
| 13.3 | Rete Broncopneumologica | 195 |
| 13.4 | Rete delle cure palliative e terapia del dolore | 197 |
| 13.4.1 | Rete Terapia del Dolore | 197 |
| 13.4.2 | Rete di Cure Palliative | 198 |
| 13.5 | Rete Cefalee..... | 201 |
| 14. | RETE TERRITORIALE | 204 |
| 15. | PREVENZIONE | 219 |
| 15.1 | Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare..... | 219 |
| 15.2 | Screening oncologici di popolazione | 226 |

| | | |
|------|---|------------|
| 15.3 | Screening Neonatale Esteso (SNE) | 238 |
| 15.4 | Screening neonatali Audiologico e Oftalmologico | 239 |
| 15.5 | Vaccinazioni | 242 |
| 15.6 | Prevenzione infezioni correlate all'assistenza da germi multi resistenti (PNCAR) | 244 |
| 15.7 | Prevenzione dell'Obesità, Diabete e Patologie cardiovascolari | 246 |
| 16. | ACCREDITAMENTI DEGLI EROGATORI | 248 |
| 16.1 | Adeguamento della vigente normativa regionale alla normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali..... | 248 |
| 16.2 | Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) | 252 |
| 16.3 | Ridefinizione delle tariffe per l'assistenza territoriale | 255 |
| 16.4 | Rapporti con gli erogatori privati..... | 256 |
| 17. | ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE D'ATTESA..... | 259 |
| 18. | GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO..... | 263 |
| 19. | GESTIONE PAGAMENTI | 266 |
| 19.1 | Programmazione, gestione dei pagamenti del SSR e monitoraggio dei tempi di pagamento corrente | 266 |
| 20. | PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI..... | 269 |
| 20.1 | Attuazione delle azioni previste dall'ultimo decreto del PAC, da parte delle Aziende sanitarie | 269 |
| 20.2 | Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC | 274 |
| 21. | TENDENZIALE PROGRAMMATICO 2022-2025 | 275 |

1. QUADRO GENERALE

1.1 Indirizzo strategico

Il Programma Operativo 2022-2025 è il quinto da quando la Regione Calabria è in regime di commissariamento, sottoscritto con l'accordo per il Piano di Rientro nel rispetto delle direttive e sotto la sorveglianza dei Ministeri competenti ed il primo, con la peculiarità di prevedere quanto riportato dall'art. 6 del Decreto Legge del 10 novembre 2020 n. 150.¹

La proposta di Piano attuale, pur proseguendo la programmazione del precedente triennio 2019-2021 (DCA 57/2020) in relazione ad alcuni aspetti non realizzati tiene conto dello scenario del tutto mutato per la sopravvenienza dell'evento pandemico da Covid-19, ancora oggi incombente e che rischia di trasformarsi in un fatto endemico, con il quale, quindi, confrontarsi ancora nel tempo.

In relazione a quanto sopra, la Regione Calabria ha adeguato la propria legislazione sanitaria in linea alla normativa nazionale, mediante l'adozione di appositi provvedimenti tra cui, per ultimo, la proposta di Programma Operativo gestione emergenza Covid.²

Pertanto, al decision maker si impongono una serie di riflessioni nell'impostazione di un programma sanitario appropriato/adequato a sostenere il post-Covid, tenendo in considerazione i nuovi scenari imposti dalla patologia pandemica e delle refluenze negative sulla salute della popolazione rispetto a patologie considerate fino a qualche tempo fa sotto controllo che hanno ripreso corpo per effetto della riduzione delle prestazioni nei diversi setting assistenziali (ricoveri ordinari, diurni, attività ambulatoriali, etc.). Tali argomentazioni trovano conferma nei documenti delle diverse istituzioni governative e scientifiche³ e nei rapporti sul coordinamento della finanza pubblica dell'ultimo biennio⁴.

In presenza di questo scenario è essenziale che il Programma Operativo valorizzi tre componenti fondamentali per l'organizzazione quali: (i) le Persone, Formazione, Change Management, (ii) i Sistemi Informativi, e (iii) l'attuazione del Programma Operativo.

Le Persone, Formazione, Change Management

Per consentire un effettivo sviluppo di competenze occorre programmare adeguati percorsi formativi orientati al change management che passino necessariamente anche attraverso un virtuoso utilizzo del turnover generazionale e consentendo l'ingresso di professionalità che siano motivate verso metodi di lavoro e tecnologie innovative.

1 Decreto Legge del 10 novembre 2020 n. 150 - Art. 6 *Contributo di solidarietà e finanziamento del sistema di programmazione e controllo del Servizio sanitario della regione Calabria*

- Comma 1. Al fine di supportare gli interventi di potenziamento del servizio sanitario regionale stante la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria presente nella regione Calabria, è accantonata a valere sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, commi 34 e 34 -bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la somma di 60 milioni di euro in favore della regione stessa.
- Comma 2. L'erogazione della somma di cui al comma 1, è condizionata alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro per il periodo 2022-2023 e alla sottoscrizione di uno specifico Accordo tra lo Stato e le Regioni contenente le modalità di erogazione delle risorse di cui al comma 1.

2 Per fronteggiare l'emergenza COVID, i fondi stanziati per la Regione Calabria, utilizzabili nell'anno 2020 sono in totale pari a 116,7 €/mln, di cui 115,1 €/mln a valere sul FSN e 1,6 €/mln riferiti all'Art. 20 della Legge n. 67/1988 in materia di edilizia sanitaria. Il dettaglio del finanziamento della voce dei Contributi FSR è così composto:

- 21,1 €/mln, previsti dall'Art. 1 del DL n. 14/2020;
- 23,9 €/mln, previsti dagli Artt.1 e 3 del DL n. 18/2020;
- 54,7 €/mln, previsti dal DL n.34/2020;
- 15,3 €/mln, previsti dal DL 104/2020.

3 Documento di indirizzo e di raccomandazioni per garantire la continuità di cura dei pazienti oncologici, cardiologici ed ematologici. AGENAS in collaborazione con FOCE, marzo 2021.

4 Rapporti sul coordinamento della finanza pubblica anni 2020 e 2021 – Corte dei Conti.

Tale aspetto riguarda non solo l'ambito amministrativo-gestionale fortemente depauperato in termini quali-quantitativi ma anche e soprattutto l'ambito sanitario, laddove l'attrattività del sistema è fortemente legata alla capacità dei professionisti delle diverse discipline di fornire prestazioni sanitarie al passo con i tempi e in continuo aggiornamento.

Pertanto, bisogna prevedere ed incentivare col presente Programma Operativo l'utilizzo di forme assunzionali, consentite dalla normativa vigente, che tengano conto dell'effettiva e dimostrata esperienza professionale, per un miglioramento dell'offerta sanitaria, in termini di erogazione dei LEA, così riducendo quanto più possibile i fenomeni di migrazione che, allo stato, rappresentano i principali punti di criticità del SSR.

Sistemi Informativi

L'esito del Programma Operativo, ma in generale di una buona programmazione sanitaria, dipende, inoltre, dal funzionamento di un efficiente Sistema Informativo Regionale (SEC-SISR) ed aziendale che, ad oggi, presenta forti criticità.

Pur trovandoci, infatti, in presenza di un sistema informativo rinnovato e con ampi margini di implementazione, occorre superare la logica della frammentazione delle competenze tra i livelli regionali e, a sua volta, con il livello aziendale.

Per il raggiungimento di tale obiettivo occorre procedere ad una condivisione all'interno del macrosistema regionale, accompagnata da percorsi informativi e formativi all'interno delle Aziende Sanitarie per rendere omogenea l'interazione operativa finalizzata ad una regolare produzione di flussi e dati collegati alle attività sanitarie e quanto mai indispensabili per un corretto controllo di gestione basilare nell'adozione di tutte le "buone pratiche" in termini di attività corrente e di programmazione.

Attuazione del Programma Operativo

Per superare le criticità descritte in premessa, è quanto mai necessario garantire continuità alla governance regionale ed aziendale, consentendo unitarietà e condivisione d'azione nelle sue diverse componenti così da evitare spezzettamenti afinalistici.

Tale indispensabile condizione è l'unica che può consentire una realizzazione degli obiettivi e delle azioni del Programma Operativo in tempi realistici.

1.2 Contesto regionale demografico e sanitario

1.2.1 Contesto territoriale e demografico

La Calabria si estende su una superficie di 15.080,27 Km², con una netta prevalenza nel proprio ambito di aree montuose e collinari: la montagna si estende, infatti, per circa il 40% del territorio che, per un altro 50%, è di tipo collinare; la pianura occupa solamente il 10% della superficie regionale.

La popolazione residente, al 1° gennaio 2021, è pari a 1.877.728, in lieve calo rispetto all'anno precedente (1.894.110) e rappresenta il 3,17% della popolazione italiana alla stessa data. Gli over 65enni, pari a 424.750, rappresentano il 22,6%, mentre i giovani rappresentano il 12,9% della popolazione residente.

TABELLA 1: POPOLAZIONE RESIDENTE PER SINGOLA PROVINCIA E PER SESSO – REGIONE CALABRIA

| | Maschi | Femmine | Totale | % sulla popolazione residente regionale |
|-----------------|----------------|----------------|------------------|---|
| CALABRIA | 919.061 | 958.667 | 1.877.728 | |
| Cosenza | 335.162 | 349.624 | 684.786 | 36,5% |
| Catanzaro | 168.755 | 177.759 | 346.514 | 18,5% |
| Reggio Calabria | 256.549 | 270.037 | 526.586 | 28,0% |
| Crotone | 82.692 | 83.925 | 166.617 | 9,0% |
| Vibo Valentia | 75.903 | 77.322 | 153.225 | 8,0% |

Fonte – Istat, 01/01/2021

Di seguito si riportano alcuni tra i principali indicatori demografici.

TABELLA 2: PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI

| | Calabria | Italia |
|--|----------|--------|
| Tasso di natalità (per mille abitanti) - anno 2020 | 7,4 | 6,8 |
| Tasso di mortalità (per mille abitanti) - anno 2020 | 11,3 | 12,6 |
| Speranza di vita alla nascita (totale) - anno 2020 (dato stimato) | 82 | 82 |
| Indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio 2021 (dato stimato) | 175 | 184,1 |
| età media della popolazione - al 1° gennaio 2021 (dato stimato) | 45,2 | 46 |

Fonte – Istat

Il disagio geo-morfologico

La Regione ha caratteristiche geo morfologiche di particolare difficoltà che contribuiscono allo svantaggio socioeconomico e allo spopolamento. La DGR 215 del 05/06/2018 ha aggiornato la strategia delle aree interne classificando 324 Comuni tra quelli riconosciuti a livello nazionale (58) e quelli classificati a livello regionale (266) con una popolazione interessata di quasi un milione di abitanti.

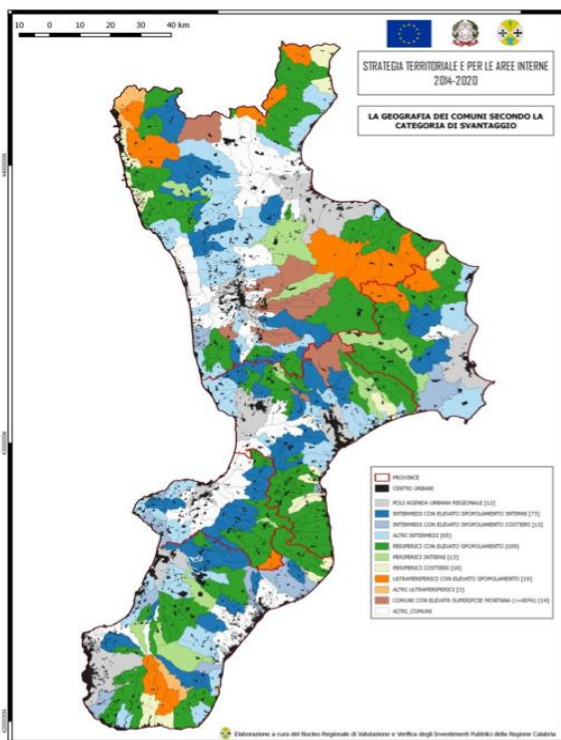
FIGURA 1. LA STRATEGIA - AREE INTERNE IN CALABRIA

| STRATEGIA AREE INTERNE | N. Comuni | Popolazione (ISTAT 2011) | Superficie Km ² |
|---|------------|--------------------------|----------------------------|
| Strategia Regionale Aree Interne - SRAI | 266 | 879.299 | 9.743,79 |
| Strategia Nazionale Aree Interne - SNAI | 58 | 104.175 | 2.296,81 |
| TOTALE | 324 | 983.474 | 12.040,60 |

Fonte: DGR 215/2018

Lo studio recato dalla DGR afferma che “appare evidente che la tenuta demografica e socio-economica dell'estesa porzione di territorio calabrese classificabile come marginale e in spopolamento (nelle diverse gradazioni dei fenomeni) dipende anche dalle politiche pubbliche che, ai diversi livelli amministrativi e istituzionali (comunitario, nazionale, regionale, locale), si è in grado di definire, costruire e realizzare, in un quadro integrato e coerente d'azione pubblica e di mobilitazione delle capacità dei territori”.

FIGURA 2. LA GEOGRAFIA DEI COMUNI CALABRESI SECONDO LA CATEGORIA VANTAGGIO



FONTE: DGR 215/2018

Altro elemento caratterizzante la regione Calabria riguarda lo svantaggio sociale ed economico della popolazione calabrese riferibile, ad esempio, alla scarsa istruzione, alla carenza di lavoro e alle condizioni abitative e familiari disagiate, parametri riconducibile all'indice di deprivazione, che da molti studi viene collegato alla maggiore domanda di servizi sanitari, soprattutto a carico del servizio sanitario pubblico.

1.2.2 I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Sulla base dei dati provvisori per l'anno 2019, considerato l'indicatore complessivo del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che riassume in modo aggregato lo stato di adempimento nei vari livelli di assistenza; la qualità dei servizi resi in Calabria risulta essere in peggioramento con un punteggio pari a 125⁵ (162 nel 2018), attestandosi inadempiente secondo la “Griglia” LEA.

⁵ Una regione è considerata adempiente se presenta un punteggio ≥ 160 o compreso tra 140 e 160 senza alcun indicatore al di sotto della soglia definita critica; mentre è inadempiente se il punteggio complessivo è < 140 o compreso tra 140 e 160 ma con almeno un indicatore critico.

Adempimenti LEA – anno 2019

| Adempimento | Descrizione Adempimento | Esito 2019 | Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità |
|-------------|--|--------------|--|
| C.1 | Obblighi informativi economici | Inadempiente | 6. Contabilità Analitica |
| C.2 - C3 | Obblighi informativi statistici - Completezza e qualità | Inadempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.5 | Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003 | Inadempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.6 | Dispositivi medici | Adempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi 8.6 appropriato utilizzo dei dispositivi medici |
| C.7 | Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (NSIS-SIAD) | Adempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.8 | Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (NSIS-FAR) | Adempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.9 | Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice (HOSPICE) | Adempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.10 | Sistema informativo per salute mentale (NSIS-SISM) | Adempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.11 | Sistema informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti (NSIS-SIND) | Adempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.12 | Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza (NSIS-EMUR) | Adempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| C.13 | Copertura e qualità dei flussi informativi comunitari e nazionali in tema di sanità veterinaria e alimenti | Inadempiente | 15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare |
| C.14 - C.15 | Flussi informativi relativi alla farmaceutica | Adempiente | 8.1 Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS |

| | | | |
|------|---|---|---|
| C.16 | Monitoraggio apparecchiature sanitarie grandi | Adempiente | 2.2 Governace dei flussi informativi |
| E | Mantenimento erogazione dei LEA | Inadempiente | Vedi tabelle NSG |
| F | Assistenza ospedaliera | Adempiente | 10.2 Analisi dei posti letto e del tasso di occupazione |
| H | Liste d'attesa | Inadempiente Richiesta di chiarimenti/integrazioni | 17. Attuazione Del Piano Nazionale Governo Liste D'attesa |
| I | Decadenza automatica Direttori Generali | Inadempiente Documentazione non pervenuta | 3. Gestione del personale |
| J | Tessera sanitaria | Inadempiente In attesa di relazione | 2.2 Governace dei flussi informativi |
| L | Controllo spesa farmaceutica | Adempiente | 8. politiche del farmaco |
| N | Contabilità analitica | Inadempiente | 6. Contabilità analitica |
| S | Assistenza domiciliare e residenziale | Inadempiente | 14. Rete territoriale |
| U | Prevenzione | Inadempiente | 15.2 Screening oncologici di popolazione |
| Y | LEA aggiuntivi | Inadempiente Richiesta chiarimenti/integrazioni | 10. Rete ospedaliera |
| Ag | Vincolo di crescita della spesa per il personale per l'anno 2019 | Inadempiente In attesa di documentazione | 3. Gestione del personale |
| AK | Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio | Adempiente con impegno | 11.4 rete laboratoristica pubblica/privata |
| AM | Controllo cartelle cliniche | Inadempiente | 17. Attuazione Del Piano Nazionale Governo Liste D'attesa |
| AO | Cure palliative e terapia del dolore | Inadempiente | 13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore |
| AAA | Certificazione in merito al divieto di effettuare spese non obbligatorie | Inadempiente | |

| | | | |
|-----|--|------------------------|--|
| AAD | Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) | Inadempiente | 2.2 Governance dei Flussi Informativi |
| AAF | Percorso nascita | Adempiente con impegno | 11.3.5 Rete dei Consulenti Familiari e dei Punti Nascita |
| AAJ | Prevenzione in sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria | Inadempiente | 15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare |
| AAM | Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la Salute 2010-2012 | Inadempiente | 3. gestione del personale |
| AAT | Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) | Inadempiente | 14. rete territoriale |
| AAV | Rete dei centri di senologia | Inadempiente | 12.1 rete oncologica |

Indicatori Griglia LEA – anno 2019

| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Valore |
|----|-----------------------|--|------|---|
| 1 | Prevenzione | 1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | 1 | tutte>=95% |
| | | 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | 0,3 | 93,08% |
| | | 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) | 0,2 | 61,80% |
| 2 | Prevenzione | 2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto | 1 | score=2 |
| 3 | Prevenzione | 3.2 Indicatore composito sugli stili di vita | 0,6 | <p>DATI PASSI</p> <p>valore osservato 2019 (IC95%): 42,26 (39,36 – 45,22)</p> <p>valore atteso 2012 (IC95%): 45,6 (41,8 – 49,5)</p> <p>DATI ISTAT</p> <p>valore osservato 2019 (IC95%): 43,86 (41,65 – 46,07)</p> <p>valore atteso 2012 (IC95%): 42,1 (39,3 –</p> |

| | | | | |
|---|---|---|------|--|
| | | | | 44,9) |
| 4 | Prevenzione salute nei luoghi di Lavoro | 4 Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare | 0,4 | 5,47% |
| 5 | Prevenzione | 5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni) | 0,4 | 97,04%, prev. 0,35% in diminuzione |
| | | 5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO – Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore | 0,4 | 94,55%, prevalenza 0,39 in diminuzione >80% di inserimenti in SANAN |
| | | 5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06 | 0,1 | 66,6% - % aziende sottoposte a controllo risultanti da check list 2 |
| 6 | Prevenzione | 6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati | 0,3 | 94.1% |
| | | 6.2 CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017). Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" | 0 | Indicatore sospeso per l'anno 2019 |
| | | 6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti | 0,3 | > 100% nelle categorie frutta ed ortaggi, pari al 74% per i cereali, pari al 40% per olio. Per la classe vino non sono stati eseguiti campioni |
| 7 | Distrettuale | 7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite | 0,59 | 103,46 |
| | | 7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco | 0,59 | 261,05 |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|--|------|--------|
| 8 | Distrettuale domiciliare Anziani | 8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI | 2,35 | 1,16% |
| 9 | Distrettuale residenziale anziani | 9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti | 1,17 | 10,65 |
| | | 9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti | 0,29 | 2,61 |
| 10 | Distrettuale disabili | 10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti | 0,59 | 0,73 |
| | | 10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti | 0,35 | 0,06 |
| | | 10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti | 0,12 | 0,66 |
| | | 10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti | 0,12 | 0,12 |
| 11 | Distrettuale malati terminali | 11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) | 1,47 | 1,11 |
| 12 | Distrettuale Farmaceutica | 12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT | 0,50 | 65,0% |
| 13 | Distrettuale Specialistica | 13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti | 0,59 | 5,38 |
| 14 | Distrettuale salute mentale | 14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti | 1,17 | 21,31 |
| 15 | Ospedaliera | 15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti | 1,5 | 122,39 |
| | | 15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti | 1 | 7,09 |
| | | 15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti | 0,5 | 62,26 |
| 17 | Ospedaliera | 17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | 2,5 | 0,13 |
| 18 | Ospedaliera | 18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti | 1 | 27,90% |
| | | 18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti | 0,50 | 29,60% |
| | | 18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 | 0,61 | 17,00% |

| | | | | |
|----|-------------|---|-----|--------|
| | | settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN | | |
| 19 | Ospedaliera | 19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 1,5 | 35,53% |
| 21 | Emergenza | 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) | 1 | 22 |

Legenda Classi di punteggi di valutazione:

Valore normale 9; Scostamento minimo 6; Scostamento rilevante ma in miglioramento 3; Scostamento non accettabile 0; Validità del dato -1.

Nell'anno 2019 si rilevano delle criticità nel livello di **assistenza della prevenzione**, ed in particolare:

- nell'area screening per l'indicatore Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto, come già rilevato dal 2012.
- nella sanità animale e alimentare per gli indicatori MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina; MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina; ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana; CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE.

Per il livello di **assistenza distrettuale**, le criticità sono relative all'indicatore:

- Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

Per l'**assistenza ospedaliera** è critico l'indicatore:

- Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.

Il punteggio molto basso e in peggioramento rispetto all'anno precedente è dovuto in particolar modo alle carenze informative quali l'insufficienza della qualità dei flussi informativi STS.24, HSP.12 e HSP.13 e della copertura del flusso informativo CEDAP.

Indicatori NSG – 2018 – 2019

Le criticità riscontrate nell'ambito della Griglia LEA trovano riscontro negli esiti della sperimentazione NSG sugli anni 2018 e 2019.

Area Prevenzione

| | 2018 | 2019 | Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità |
|--|--------------|--------------|---|
| P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | 100 | 100 | |
| P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | 72,64 | 77,39 | |
| P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino | 46,35 | 26,04 | 15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare |
| P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale | 100 | 95,28 | |
| P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT) | 62,32 | 56,14 | |
| P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto | 2 | 2,68 | 15.2 Screening oncologici di popolazione |
| Punteggio complessivo | 64,03 | 59,90 | |

Area Distrettuale con D03C*

| | 2018 | 2019 | Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità |
|--|--------------|--------------|---|
| D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | 100 | 100 | |
| D09Z - intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | 98,56 | 28,89 | 2.4.1 Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi |
| D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. | 0 | 99,62 | |
| D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici | 35,13 | 42,42 | 8. Politiche del farmaco e dispositivi |
| D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) | 17,69 | 6,97 | 14. LA RETE TERRITORIALE |
| D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche. | 70,65 | 82,96 | |
| D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | 20,4 | 17,12 | 13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore |
| D33Z - es. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura). | 43,44 | 48,18 | 14. LA RETE TERRITORIALE |
| Punteggio complessivo | 58,44 | 55,50 | |

Area Distrettuale con D04C*

| | 2018 | 2019 | Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità |
|--|--------------|--------------|---|
| D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | 100 | 100 | |
| D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | 98,56 | 28,89 | 2.4.1 Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi |
| D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. | 0 | 99,62 | |
| D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici | 35,13 | 42,42 | 8. Politiche del Farmaco e dispositivi |
| D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) | 17,69 | 6,97 | 14. LA RETE TERRITORIALE |
| D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche. | 70,65 | 82,96 | |
| D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | 20,4 | 17,12 | 13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore |
| D33Z - es. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura). | 43,44 | 48,18 | 14. LA RETE TERRITORIALE |
| Punteggio complessivo | 58,44 | 55,50 | |

*Indicatori D03C e D04C da inserire nel CORE ad anni alterni.

Area Ospedaliera

| | 2018 | 2019 | Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità |
|---|--------------|--------------|---|
| H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti | 100 | 100 | |
| H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui | 0 | 0 | |
| H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | 100 | 100 | |
| H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | 35,63 | 43,54 | |
| H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 20,77 | 21,09 | 10.3 Analisi degli esiti |
| H17C - H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno | 26,91 | 19,97 | 12.1 rete consultori e dei punti nascita |
| Punteggio complessivo | 47,22 | 47,43 | |

1.3 La mobilità ospedaliera extraregionale

La complessità del fenomeno della mobilità suggerisce di analizzare motivazioni o le circostanze che conducono alla scelta di ricevere assistenza sanitaria in un territorio differente da quello di appartenenza. A tal fine, per l'analisi della mobilità sanitaria è stato necessario suddividere le principali in due macro categorie: **evitabile ed accettabile**. Inoltre, al fine di non sovrastimare il fenomeno della mobilità, sono stati esclusi dalle SDO tutti quei ricoveri caratterizzati da mobilità apparente (riferita ai domiciliati fuori regione), da mobilità per nido o casuale.

L'area relativa alla mobilità accettabile è composta dai ricoveri per i quali la mobilità interregionale si rende necessaria per l'alta specializzazione delle cure richieste, nello specifico è composta dai ricoveri caratterizzati da DRG ad "alta complessità". Fanno parte di questo gruppo i ricoveri di mobilità di prossimità "in assenza di offerta" ovvero quei ricoveri eseguiti in regioni di prossimità in strutture che distano dalla residenza del paziente in misura \leq a 50 km e raggiungibili in 60 minuti in quanto le strutture della regione di residenza si trovano ad una distanza superiore.

L'area mobilità evitabile è relativa ai casi di ricoveri effettuati fuori regione per ottenere prestazioni disponibili anche sul territorio di residenza, ma che i pazienti per motivazioni diverse scelgono di eseguire fuori regione. L'area della mobilità evitabile viene a sua volta suddivisa in tre livelli: *mobilità di media/bassa complessità*, *mobilità inappropriata* che fa riferimento a ricoveri in regime ordinario con almeno un DRG ad alto rischio di inappropriata, *mobilità di prossimità* relativa a ricoveri entro 50 Km e 60 minuti tra il comune di residenza e la struttura di ricovero e infine, tutto ciò che non può essere inserito nelle determinanti precedentemente descritte viene etichettato come

Di seguito si riportano i dati di mobilità passiva, anno 2017, 2018, 2019, di residenti della regione Calabria, distinti per le tipologie sopradescritte:

Tab. 1 Determinanti della mobilità passiva

| | Componenti della mobilità | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|----------------------------|---|---------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|
| | | volumi | valore | volumi | valore | volumi | valore |
| AREA MOBILITA' ACCETTABILE | DRG alta complessità | 5.406 | 59.138.486 | 5.261 | 57.858.396 | 5.053 | 55.647.288 |
| | Mobilità di prossimità in assenza di servizi | 1.032 | 3.171.282 | 837 | 2.815.343 | 410 | 1.149.053 |
| AREA MOBILITA' EVITABILE | DRG Inappropriati | 7.367 | 13.091.162 | 7.017 | 12.456.101 | 6.020 | 11.153.190 |
| | Mobilità di prossimità in presenza di servizi | 1.633 | 5.903.567 | 1.574 | 5.993.382 | 1.183 | 4.584.907 |
| | Mobilità a bassa/media complessità | 28.850 | 89.211.152 | 28.325 | 88.426.526 | 27.333 | 85.026.011 |
| MOBILITA' APPARENTE | Domiciliati/Mobilità di casualità/nido | 6.601 | 27.016.013 | 6.698 | 26.634.565 | 7.504 | 30.369.665 |
| | TOTALE | 50.889 | 197.531.661 | 49.712 | 194.184.312 | 47.503 | 187.930.115 |

Fonte dati: Elaborazione Agenas da flusso SDO anno 2017-2018-2019

Il valore della mobilità che si andrà ad analizzare è pari, per l'anno 2019, a 157.560.450 euro e fa riferimento alle aree della mobilità accettabile (56.796.342 euro) e della mobilità evitabile (100.764.108 euro).

Tab. 2 Distribuzione della mobilità per DRG ad alta complessità e primi 20 DRG

| Regioni di fuga | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|---------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|
| | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale |
| LOMBARDIA | 1622 | 78,4 | 1673 | 79,3 | 1614 | 80,5 |
| LAZIO | 1231 | 71,0 | 1257 | 71,5 | 1029 | 77,8 |
| EMILIA-ROMAGNA | 800 | 48,1 | 789 | 52,6 | 853 | 55,0 |
| TOSCANA | 474 | 41,4 | 504 | 46,0 | 314 | 29,6 |
| PUGLIA | 387 | 100,0 | 321 | 98,8 | 294 | 97,6 |
| VENETO | 214 | 43,9 | 236 | 50,0 | 235 | 51,9 |
| SICILIA | 191 | 0,0 | 8 | 0,0 | 234 | 0,0 |
| PIEMONTE | 88 | 28,4 | 78 | 32,1 | 177 | 52,5 |
| BASILICATA | 157 | 0,0 | 187 | 0,0 | 111 | 0,0 |
| LIGURIA | 104 | 15,4 | 91 | 7,7 | 76 | 10,5 |
| MARCHE | 12 | 25,0 | 34 | 20,6 | 55 | 74,5 |
| UMBRIA | 41 | 0,0 | 29 | 0,0 | 21 | 0,0 |
| MOLISE | 22 | 59,1 | 14 | 78,6 | 18 | 83,3 |
| ABRUZZO | 10 | 80,0 | 21 | 66,7 | 15 | 73,3 |
| FRIULI-VENEZIA GIULIA | 15 | 13,3 | 10 | 30,0 | 6 | 16,7 |
| CAMPANIA | 24 | 100,0 | 5 | 100,0 | 1 | 100,0 |
| Totale complessivo | 5406 | 61,0 | 5261 | 64,3 | 5053 | 64,2 |

| PRIMI 20 MOBILITA' DI ALTA COMPLESSITA' - ANNO 2019 | | | | |
|--|------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| DESCRIZIONE DRG24 | Ricoveri in fuga | % privato | Volumi produzione interna | Volumi in fuga/pro d. Interna |
| 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | 751 | 81,9 | 3506 | 0,21 |
| 558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore | 237 | 88,2 | 1434 | 0,17 |
| 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco | 230 | 91,3 | 689 | 0,33 |
| 009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale | 219 | 75,8 | 231 | 0,95 |
| 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC | 200 | 79,5 | 302 | 0,66 |
| 075 - Interventi maggiori sul torace | 179 | 45,3 | 330 | 0,54 |
| 002 - Craniotomia, eta > 17 anni senza CC | 144 | 42,4 | 371 | 0,39 |
| 570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore | 117 | 33,3 | 279 | 0,42 |
| 240 - Malattie del tessuto connettivo con CC | 112 | 0,0 | 930 | 0,12 |
| 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC | 103 | 39,8 | 161 | 0,64 |
| 303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia | 98 | 50,0 | 262 | 0,37 |
| 353 - Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale | 96 | 84,4 | 260 | 0,37 |
| 555 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore | 86 | 96,5 | 207 | 0,42 |
| 545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio | 85 | 77,6 | 209 | 0,41 |
| 192 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC | 82 | 47,6 | 101 | 0,81 |
| 155 - Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta > 17 anni senza CC | 78 | 60,3 | 99 | 0,79 |
| 111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC | 75 | 77,3 | 208 | 0,36 |
| 551 - Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi | 72 | 86,1 | 317 | 0,23 |
| 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco | 68 | 75,0 | 134 | 0,51 |
| 568 - Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore | 61 | 52,5 | 99 | 0,62 |

Le prime 7 regioni di fuga della mobilità per DRG ad alta complessità rappresentano più del 90% del totale. La regione Lombardia assorbe più del 30% della fuga per alta complessità. Nel triennio si evidenzia una leggera diminuzione dei volumi ma si osserva anche una crescente attrazione verso strutture private che rappresenta più del 60% del totale dei ricoveri.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato su l'anno 2019, evidenzia che il primo motivo clinico "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" rappresenta il 15% del totale dei ricoveri eseguiti nel 82% dei casi in strutture private. È importante sottolineare come il rapporto tra i volumi in fuga e la produzione interna, per singolo DRG, sia sempre inferiore a 1 confermando che la regione Calabria offre ai propri residenti anche prestazioni di alta complessità.

Tab. 3 Distribuzione della mobilità di prossimità in assenza di servizi e primi 10 DRG

| Regioni di fuga | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|---------------------------|-------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
| | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale |
| BASILICATA | 860 | 0,0 | 698 | 0,0 | 276 | 0,0 |
| SICILIA | 126 | 61,1 | 111 | 46,8 | 111 | 37,8 |
| CAMPANIA | 42 | 0,0 | 26 | 0,0 | 18 | 0,0 |
| PUGLIA | 4 | 100,0 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 |
| Totale complessivo | 1032 | 7,8 | 837 | 6,5 | 410 | 11,5 |

| PRIMI 10 DRG - MOBILITA' DI PROSSIMITA' ACCETTABILE - ANNO 2019 | | | | |
|---|------------------|-----------|--------------------|----------------|
| DESCRIZIONE DRG24 | Ricoveri in fuga | % privato | produzione interna | Indice di fuga |
| 371 - Parto cesareo senza CC | 27 | 0,0 | 4655 | 0,01 |
| 462 - Riabilitazione | 19 | 0,0 | 219 | 0,09 |
| 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 17 | 0,0 | 2953 | 0,01 |
| 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti | 13 | 0,0 | 7870 | 0,00 |
| 364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne | 10 | 0,0 | 715 | 0,01 |
| 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC | 10 | 0,0 | 1262 | 0,01 |
| 494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC | 9 | 0,0 | 2207 | 0,00 |
| 395 - Anomalie dei globuli rossi, eta > 17 anni | 8 | 0,0 | 2656 | 0,00 |
| 538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC | 7 | 0,0 | 987 | 0,01 |
| 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta | 7 | 0,0 | 772 | 0,01 |

I volumi di questa tipologia di mobilità sono molto bassi e nel triennio si osserva significativa diminuzione; nel 2019 rappresentano poco più dell'1% del totale dei ricoveri.

Nel periodo di analisi la principale regione di fuga della mobilità di prossimità in assenza di servizi è la Basilicata.

L'approfondimento sui primi 10 DRG, effettuato su l'anno 2019, evidenzia una forte frammentazione dei DRG erogati.

Tab. 4 Distribuzione della mobilità di media/bassa complessità

| Regioni di fuga | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|----------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|
| | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale |
| LAZIO | 7779 | 78,3 | 7860 | 80,0 | 7582 | 82,7 |
| LOMBARDIA | 5009 | 65,3 | 5159 | 68,4 | 5235 | 66,8 |
| EMILIA-ROMAGNA | 2940 | 48,8 | 2797 | 47,0 | 2776 | 46,3 |
| SICILIA | 2766 | 48,0 | 2526 | 48,1 | 2229 | 47,7 |
| TOSCANA | 2603 | 29,5 | 2444 | 27,9 | 2222 | 23,1 |
| PUGLIA | 2337 | 82,3 | 1999 | 77,5 | 1820 | 76,8 |
| CAMPANIA | 1292 | 43,6 | 1467 | 42,1 | 1306 | 41,0 |
| PIEMONTE | 977 | 36,8 | 978 | 34,9 | 875 | 33,8 |
| VENETO | 887 | 34,2 | 841 | 36,6 | 874 | 37,9 |
| BASILICATA | 705 | 0,1 | 825 | 0,1 | 840 | 0,6 |
| LIGURIA | 699 | 11,7 | 636 | 11,5 | 650 | 11,4 |
| UMBRIA | 320 | 56,6 | 242 | 49,2 | 309 | 53,4 |
| MARCHE | 157 | 47,1 | 148 | 42,6 | 197 | 39,1 |
| FRIULI-VENEZIA GIULIA | 99 | 8,1 | 112 | 12,5 | 103 | 10,7 |
| ABRUZZO | 93 | 33,3 | 88 | 43,2 | 102 | 34,3 |
| MOLISE | 92 | 64,1 | 109 | 58,7 | 94 | 74,5 |
| PROVINCIA AUTONOMA TRENTO | 52 | 30,8 | 61 | 39,3 | 59 | 52,5 |
| PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO | 17 | 5,9 | 20 | 5,0 | 28 | 10,7 |
| VALLE D'AOSTA | 15 | 26,7 | 8 | 50,0 | 19 | 26,3 |
| SARDEGNA | 11 | 0,0 | 5 | 0,0 | 13 | 15,4 |
| Totale complessivo | 28850 | 57,2 | 28325 | 57,4 | 27333 | 57,3 |

| MOBILITA' DI BASSA/MEDIA COMPLESSITA' - ANNO 2019 | | | | |
|---|------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| DESCRIZIONE DRG24 | Ricoveri in fuga | % privato | Volumi produzione interna | Volumi in fuga/pro d. Interna |
| 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 1150 | 57,7 | 2953 | 0,39 |
| 125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata | 537 | 71,7 | 1551 | 0,35 |
| 012 - Malattie degenerative del sistema nervoso | 523 | 58,7 | 1809 | 0,29 |
| 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA | 496 | 87,3 | 740 | 0,67 |
| 035 - Altre malattie del sistema nervoso senza CC | 474 | 48,7 | 489 | 0,97 |
| 311 - Interventi per via transuretrale senza CC | 464 | 55,8 | 1022 | 0,45 |
| 225 - Interventi sul piede | 437 | 74,1 | 1285 | 0,34 |
| 290 - Interventi sulla tiroide | 421 | 34,2 | 980 | 0,43 |
| 430 - Psicosi | 402 | 46,8 | 2776 | 0,14 |
| 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta | 372 | 41,4 | 772 | 0,48 |
| 203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas | 363 | 44,4 | 897 | 0,40 |
| 431 - Disturbi mentali dell'infanzia | 359 | 74,1 | 93 | 3,86 |
| 145 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC | 356 | 81,7 | 1083 | 0,33 |
| 365 - Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile | 352 | 84,7 | 40 | 8,80 |
| 026 - Convulsioni e cefalea, eta < 18 anni | 308 | 66,6 | 720 | 0,43 |
| 337 - Prostatectomia transuretrale senza CC | 290 | 69,7 | 316 | 0,92 |
| 119 - Legatura e stripping di vene | 288 | 90,6 | 124 | 2,32 |
| 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | 287 | 68,6 | 3506 | 0,08 |
| 260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC | 281 | 62,6 | 429 | 0,66 |
| 335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC | 274 | 50,0 | 504 | 0,54 |

Le prime 7 regioni di fuga della mobilità per DRG di bassa/media complessità rappresentano circa l'85% del totale. La regione Lazio assorbe quasi il 30% per tale tipologia di ricoveri. Nel triennio non si evidenziano significative variazioni nei volumi; il ricorso alle strutture private rappresenta circa la metà del totale dei ricoveri.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato sull'anno 2019, evidenzia che il primo motivo di fuga è rappresentato dagli "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC" 1150 casi a fronte di una produzione interna di 2953 ricoveri. In questo gruppo di ricoveri appare particolarmente inadeguata l'offerta della regione per i ricoveri dei "Disturbi mentali dell'infanzia" che nel 57% dei casi viene soddisfatta dalla regione Lazio (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù). Ma ancora più alto è il rapporto tra i volumi in fuga e la produzione interna per "Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile" pari a 8,80. In questo caso, la regione di fuga è principalmente la Lombardia (96% dei casi) e le strutture di attrazione sono private accreditate nell'85% dei ricoveri.

Tab. 5 Distribuzione della mobilità di DRG inappropriati

| Regioni di fuga | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|----------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|
| | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale |
| LOMBARDIA | 1698 | 56,1 | 1671 | 60,8 | 1430 | 57,2 |
| LAZIO | 1158 | 74,9 | 1260 | 76,2 | 1210 | 79,8 |
| EMILIA-ROMAGNA | 1063 | 54,7 | 932 | 48,5 | 904 | 46,0 |
| PUGLIA | 580 | 79,3 | 489 | 63,2 | 436 | 72,2 |
| SICILIA | 521 | 32,2 | 543 | 41,1 | 398 | 34,2 |
| TOSCANA | 563 | 19,7 | 506 | 21,1 | 398 | 12,6 |
| BASILICATA | 505 | 0,0 | 470 | 0,2 | 253 | 0,0 |
| PIEMONTE | 238 | 52,5 | 217 | 45,6 | 237 | 46,0 |
| VENETO | 225 | 44,9 | 209 | 43,5 | 228 | 44,7 |
| CAMPANIA | 382 | 29,8 | 248 | 36,7 | 199 | 39,7 |
| LIGURIA | 141 | 9,2 | 134 | 3,0 | 118 | 5,9 |
| UMBRIA | 129 | 44,2 | 150 | 66,0 | 70 | 5,7 |
| FRIULI-VENEZIA GIULIA | 51 | 5,9 | 65 | 3,1 | 44 | 4,5 |
| MARCHE | 38 | 55,3 | 50 | 56,0 | 40 | 57,5 |
| MOLISE | 32 | 93,8 | 29 | 93,1 | 21 | 95,2 |
| PROVINCIA AUTONOMA TRENTO | 15 | 73,3 | 21 | 76,2 | 16 | 87,5 |
| VALLE D'AOSTA | 4 | 50,0 | 6 | 33,3 | 8 | 12,5 |
| ABRUZZO | 18 | 44,4 | 7 | 42,9 | 6 | 33,3 |
| PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO | 4 | 25,0 | 7 | 57,1 | 4 | 50,0 |
| Totale complessivo | 7367 | 49,2 | 7017 | 50,4 | 6020 | 50,9 |

| PRIMI 20 DRG - MOBILITA' DRG INAPPROPRIATI - ANNO 2019 | | | | |
|--|------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| DESCRIZIONE DRG24 | Ricoveri in fuga | % privato | Volumi produzione interna | Volumi in fuga/pro d. Interna |
| 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | 810 | 86% | 1277 | 0,63 |
| 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta | 496 | 42% | 772 | 0,64 |
| 409 - Radioterapia | 253 | 11% | 6 | 42,17 |
| 467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute | 241 | 56% | 663 | 0,36 |
| 055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola | 223 | 32% | 265 | 0,84 |
| 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione | 175 | 69% | 339 | 0,52 |
| 538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC | 152 | 38% | 987 | 0,15 |
| 042 - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino | 150 | 36% | 351 | 0,43 |
| 162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC | 127 | 25% | 1262 | 0,10 |
| 227 - Interventi sui tessuti molli senza CC | 125 | 53% | 740 | 0,17 |
| 266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC | 125 | 46% | 754 | 0,17 |
| 008 - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC | 121 | 59% | 266 | 0,45 |
| 158 - Interventi su ano e stoma senza CC | 115 | 28% | 457 | 0,25 |
| 249 - Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | 106 | 51% | 2720 | 0,04 |
| 429 - Disturbi organici e ritardo mentale | 102 | 57% | 313 | 0,33 |
| 036 - Interventi sulla retina | 98 | 43% | 126 | 0,78 |
| 243 - Affezioni mediche del dorso | 96 | 35% | 537 | 0,18 |
| 013 - Sclerosi multipla e atassia cerebellare | 89 | 70% | 205 | 0,43 |
| 160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC | 83 | 35% | 393 | 0,21 |
| 208 - Malattie delle vie biliari senza CC | 78 | 59% | 738 | 0,11 |

Le prime 9 ragioni di fuga della mobilità per DRG inappropriati rappresentano più del 90% del totale. La regione Lazio assorbe quasi il 25% per tale tipologia di ricoveri. Nel triennio si rileva una lieve tendenza alla diminuzione dei volumi; il ricorso alle strutture private rappresenta circa la metà del totale dei ricoveri.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato sull'anno 2019, evidenzia che il primo motivo di fuga è rappresentato dagli "Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" 810 casi a fronte di una produzione interna di 1277 ricoveri. Da evidenziare la fuga per prestazioni di Radioterapia in regime di ricovero ordinario pari a 253 casi (erogati nel 38% dalla Sicilia e nel 22% dalla Toscana) con il rapporto tra i volumi in fuga e la produzione interna pari a 42,17.

Tab. 6 Distribuzione della mobilità di prossimità non accettabile

| Regioni di fuga | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|---------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------------|
| | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale | volumi | % strutture priv/totale |
| SICILIA | 1129 | 52,1 | 1048 | 50,2 | 938 | 51,8 |
| BASILICATA | 473 | 0,0 | 508 | 0,0 | 228 | 0,0 |
| CAMPANIA | 29 | 0,0 | 16 | 0,0 | 17 | 0,0 |
| PUGLIA | 2 | 100,0 | 2 | 100,0 | | |
| Totale complessivo | 1633 | 36,1 | 1574 | 33,5 | 1183 | 41,1 |

| PRIMI 20 DRG - MOBILITA' DI PROSSIMITA' NON ACCETTABILE - ANNO 2019 | | | | |
|--|------------------|-----------|-------------------|--------------------|
| DESCRIZIONE DRG24 | Ricoveri in fuga | % privato | Volumi produzione | Volumi in fuga/pro |
| 305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC | 47 | 100% | 1091 | 0,04 |
| 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | 40 | 23% | 2953 | 0,01 |
| 304 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC | 38 | 100% | 675 | 0,06 |
| 234 - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC | 38 | 100% | 649 | 0,06 |
| 169 - Interventi sulla bocca senza CC | 34 | | 520 | 0,07 |
| 225 - Interventi sul piede | 29 | 72% | 1285 | 0,02 |
| 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC | 27 | 96% | 302 | 0,09 |
| 035 - Altre malattie del sistema nervoso senza CC | 27 | 0% | 489 | 0,06 |
| 430 - Psicosi | 26 | 0% | 2776 | 0,01 |
| 012 - Malattie degenerative del sistema nervoso | 26 | 0% | 1809 | 0,01 |
| 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | 24 | 79% | 3506 | 0,01 |
| 290 - Interventi sulla tiroide | 24 | 13% | 980 | 0,02 |
| 082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio | 22 | 9% | 1043 | 0,02 |
| 494 - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC | 21 | 29% | 2207 | 0,01 |
| 371 - Parto cesareo senza CC | 19 | | 4655 | 0,00 |
| 053 - Interventi su seni e mastoide, eta > 17 anni | 19 | 79% | 343 | 0,06 |
| 500 - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC | 18 | 78% | 939 | 0,02 |
| 223 - Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC | 18 | 100% | 198 | 0,09 |
| 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti | 17 | | 7870 | 0,00 |
| 063 - Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola | 17 | 76% | 729 | 0,02 |

I volumi di questa tipologia di mobilità sono bassi e nel triennio si osserva significativa diminuzione; nel 2019 rappresentano circa il 3% del totale dei ricoveri.

Nel periodo di analisi la principale regione di fuga della mobilità di prossimità, non giustificata per la presenza di una adeguata offerta, è la Sicilia.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato su l'anno 2019, evidenzia una forte frammentazione dei DRG erogati.

Tab. 7 DRG con dettaglio dell'Indice di Attrattività dell'Operatore (IAO)

| DESCRIZIONE DRG24 | Ricoveri in fuga | Volumi produzione interna | VOL. RIC./VOL. PROD. | IAO (*) | Regione | Vol. | Volumi | IAO % |
|--|------------------|---------------------------|----------------------|---------|---------|----------|-----------|--------|
| | | | | | di fuga | ricovero | Priv. (%) | |
| 305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC | 207 | 1091 | 0,190 | 0,34 | SICILIA | 78,00 | 92,30 | 90,00 |
| | | | | | PUGLIA | 10,00 | 40,00 | 10,00 |
| 264 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC | 20 | 77 | 0,260 | 0,25 | SICILIA | 6,00 | 83,30 | 83,00 |
| 049 - Interventi maggiori sul capo e sul collo | 101 | 288 | 0,351 | 0,23 | SICILIA | 30,00 | 90,00 | 77,00 |
| 114 - Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio | 24 | 145 | 0,166 | 0,21 | SICILIA | 5,00 | 100,00 | 100,00 |
| 308 - Interventi minori sulla vescica con CC | 20 | 42 | 0,476 | 0,20 | SICILIA | 10,00 | 100,00 | 40,00 |
| (*) Indice di attrattività dell'operatore | | | | | | | | |

Nella tabella 7 vengono riportati i DRG per i quali si rileva l'indice di attrattività dell'operatore più alto. In particolare, l'IAO analizza la proporzione dei ricoveri chirurgici nelle regioni di fuga effettuati da chirurghi che operano anche nella regione di residenza del paziente sul totale dei ricoveri chirurgici effettuati fuori regione per singolo DRG. Questo indicatore misura il grado di offerta "indotta" dall'operatore sulla base del rapporto di fiducia con il paziente.

Nel caso degli "Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC" si evidenzia che nel 90% gli interventi effettuati in fuga, nelle strutture della Sicilia, il chirurgo è lo stesso che ha eseguito l'analogo intervento in strutture della regione Calabria. Medesimo fenomeno da segnalare per i DRG 264, 049, 114 e 308.

La Regione sulla base dell'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020 (legge di bilancio 2021) provvederà ad avviare interlocuzioni con le Regioni con maggiore mobilità passiva ai fini della sottoscrizione degli accordi per la gestione della mobilità passiva.

Si rappresenta che nella programmazione prevista (per come riportato nelle varie sezioni del presente Programma Operativo) le azioni rivolte al rafforzamento delle strutture eroganti, quali le assunzioni di nuovo personale sanitario e la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, consentiranno di migliorare la produttività e la qualità dell'offerta sanitaria e incidere sulla mobilità passiva.

Obiettivo prioritario della rete ospedaliera e delle reti per patologia è fornire risposte sanitarie di alta qualificazione con particolare rilievo a:

- l'identificazione di centri di riferimento per le specifiche patologie oncologiche posti negli ospedali hub in cui concentrare la casistica della chirurgia oncologica senologica, ginecologica, toracica e pneumologia interventistica, addominale
- potenziamento e trasformazione in IRCCS del Centro di riferimento emato-oncologico (C.R.E.O.) presso l'AO di Reggio Calabria
- l'adeguamento delle Strutture autorizzate al trapianto di Cosenza e Reggio Calabria
- l'assistenza al trauma maggiore, compresa chirurgia ortopedica delle fratture di bacino e attivazione della radiologia interventistica periferica
- il potenziamento dell'offerta di ortopedia negli ospedali spoke.

L'approvazione da parte della regione di 6 percorsi PDTA oncologici, realizzata nell'anno 2022, è propedeutica all'attivazione di iniziative che consentiranno la presa in carico del paziente oncologico e faciliteranno il contenimento delle fughe verso altre regioni.

Altro obiettivo è quello di tendere al recupero consistente della mobilità evitabile. In particolare, dall'analisi sopra riportata si prevede il recupero del 25% della mobilità evitabile (pari a circa 25 milioni su 100.764.108 euro) nell'anno 2023 e del 40% (pari a circa 40 milioni) nell'anno 2024. A tal fine occorrerà sottoscrivere Accordi di mobilità con altre regioni particolarmente attrattive per i pazienti calabresi. In tali Accordi bisognerà stabilire le modalità di remunerazione e di gestione dei

DRG inappropriati in regime di ricovero; parallelamente sarà dato ai Direttori generali delle Aziende regionali un obiettivo di incremento della produzione locale per tali DRG.

Una particolare attenzione sarà posta ai ricoveri fuori Regione per prestazioni cd “salva vita” tra cui quelle di Radioterapia e chemioterapia. Per queste prestazioni occorre procedere in parallelo al potenziamento del servizio pubblico regionale, garantendo l'erogazione delle prestazioni di radioterapia h 12 su 6 giorni settimanali e la definizione di linee di indirizzo per l'erogazione delle medesime prestazioni da parte del privato accreditato. Con DCA 91/2022 si è proceduto alla “*Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno*”.

A partire dall'anno 2025 si stima un recupero pari a 50 milioni per effetto delle azioni sopra descritte, sia sulla mobilità accettabile sia su quella evitabile. A decorrere dal 2025 infatti si dispiegheranno gli effetti delle seguenti azioni:

- assunzione del personale dedicati alle 'attività di ortopedia e di chirurgia oncologica presso gli HUB regionali che consentirà di incrementare la produzione e la attrattività dei presidi regionali;
- la piena attivazione dei PO di Praia a Mare e Trebisacce posti ai confini nord della Regione Calabria e gli accordi di confine consentiranno di recuperare la mobilità di prossimità attraverso una implementazione e rafforzamento dell'offerta sanitaria regionale nella bassa e media complessità;
- considerato che la migrazione sanitaria in età pediatrica, che comprende sia le patologie più complesse ma anche ricoveri di natura ordinaria, è pari a un totale di 13.000 prestazioni erogate fuori Regione di cui 7.000 cioè oltre il 50% sono state erogate presso l'Ospedale Bambino Gesù e che dalla tabella di mobilità risulta per l'anno 2021 un valore di circa 12 milioni di mobilità passiva verso il medesimo istituto con il DCA 115/2022 è stato approvato il progetto per “*Istituzione e rafforzamento di una rete pediatrica multidisciplinare per conseguire il miglioramento delle attività pediatriche prestate nella Regione Calabria e per la riduzione della migrazione sanitaria dei piccoli pazienti verso altre regioni*” a cui si darà attuazione; si darà inoltre seguito al protocollo istituzionale tra l'Ospedale Bambin Gesù e la Regione.

Obiettivo:

Contenimento della mobilità passiva

Azioni:

Potenziamento dei centri ospedalieri regionali per oncologia, radioterapia, ortopedia
 Interlocuzioni con le regioni e sottoscrizione Accordi con particolare attenzione ai DRG inappropriati
 Rafforzamento rete pediatrica regionale (DCA 115/2022) e Accordo con OPBG

| Numero | Azione | Indicatori | Tempistica |
|--------|---|---|---------------|
| 1 | Rafforzamento e qualificazione dell'offerta ospedaliera | DCA di aggiornamento rete ospedaliera regionale | Dicembre 2022 |
| 2 | Monitoraggio attuazione rete ospedaliera | Cfr. indicatori azione 7 par. 10.4 | trimestrale |
| 3 | Assegnazione obiettivi ai direttori generali per incremento attività DRG di fuga | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Rafforzamento della radioterapia pubblica e regolamentazione dell'erogazione di prestazioni di radioterapia nel privato accreditato | DCA | Dicembre 2022 |

| | | | |
|---|--|---|--------------------|
| 5 | Monitoraggio attuazione PDTA | Numero pazienti presi in carico con PDTA oncologici | semestrale |
| 6 | Sottoscrizione accordi di mobilità interregionali | n. accordi sottoscritti/regioni coinvolte | 100% Dicembre 2023 |
| 7 | Rafforzamento rete pediatrica secondo DCA 115/2022 e attuazione Accordo con OPBG | Ricoveri pediatrici in regione | 2023 |
| 8 | Monitoraggio rispetto ai principali DRG di fuga | Ricoveri in fuga / volume produzione | trimestrale |

1.4 Gli obiettivi del Programma Operativo

Il Programma Operativo 2022-2025 si pone l'obiettivo di portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico, adeguando l'organizzazione dei servizi alle innovazioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'analisi del fabbisogno assistenziale e la conseguente articolazione ai vari livelli si basa, essenzialmente, sull'individuazione di obiettivi determinati e contestualizzati; prevedendone le azioni e l'impatto delle specifiche manovre di intervento; così da indirizzare gli stakeholder in una giusta prospettiva, rivelando la congruità delle misure previste in termini quali-quantitativi; coerentemente con i vincoli normativi e finanziari.

Nell'ottica di rispondere al bisogno di salute dei cittadini e garantire un percorso assistenziale integrato a livello territoriale, il Piano si propone di realizzare la continuità della *presa in carico del paziente* nelle diverse fasi, dalla prevenzione all'assistenza ospedaliera e territoriale.

Per definire una stima della copertura del bisogno assistenziale, bisogna ricostruire attraverso le informazioni disponibili, una stima dei fabbisogni che emergono all'interno della popolazione residente attraverso anche la misurazione dei principali indicatori sviluppati ai vari livelli e parametri di riferimento resi disponibili a livello nazionale.

La "persona al centro", concetto che negli ultimi anni rappresenta la chiave di volta degli interventi assistenziali e sociosanitari. In questa ottica e tenuto conto dei profondi cambiamenti verificatisi occorre intervenire, coerentemente al PNRR nelle diverse fasi dell'assistenza migliorando, pertanto, i servizi erogati a livello territoriale ed ospedaliero.

In buona sostanza, gli assi portanti e le priorità di questo Piano sono: (i) il potenziamento dell'assistenza territoriale nelle sue diverse declinazioni; (ii) la piena attuazione della rete ospedaliera diversificata in centri Hub & Spoke, delle reti tempo-dipendenti e dei relativi trasporti sanitari. Tale configurazione deve essere supportata da strutture edili, tecnologiche ed informatiche adeguate ai tempi.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo i cronoprogrammi riportati costituisce obiettivo dei Commissari straordinari, dei Direttori amministrativi e dei Direttori Sanitari delle Aziende sanitarie, nonché, per il tramite delle procedure interne a queste ultime, dei dirigenti interessati.

1.5 La struttura descrittiva del Programma Operativo

Il Programma Operativo si articola di seguito con l'individuazione degli obiettivi prioritari connessi alle criticità del SSR.

Per ogni obiettivo, la struttura elaborata nel presente documento descrive:

- Una sintesi dello stato di attuazione.
- Una descrizione degli obiettivi 2022 – 2025.
- L'articolazione delle azioni volte al raggiungimento degli obiettivi.
- Gli indicatori di risultato previsti e le tempistiche di realizzazione.
- Le strutture regionali/aziendali che hanno il compito di realizzare/coordinare le azioni per il raggiungimento degli obiettivi.

2. GOVERNANCE DEL PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2025

2.1. Individuazione e organizzazione delle strutture responsabili della gestione del Programma Operativo: Commissario ad Acta, Dipartimento, Aziende

L'attuazione del Programma Operativo impone la chiara individuazione degli attori coinvolti, la catena delle responsabilità, i meccanismi di coordinamento, le modalità di monitoraggio e valutazione degli obiettivi perseguiti

La Regione Calabria assume, attraverso il Commissario ad acta, il ruolo di policy maker delineando l'indirizzo sulle politiche generali del Sistema Sanitario Regionale. Il mandato del Commissario è definito dalla deliberazione del CDM del 4 novembre 2021 per come integrata dalla deliberazione del 23 dicembre 2021. La responsabilità dell'attuazione del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di Rientro è del Commissario ad Acta che si avvale del supporto del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.

La legge 181/2020 prevede:

- All' articolo 1, comma 4, che il Commissario ad acta si avvale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) che fornisce supporto tecnico e operativo.
- All'articolo 5, comma 1 che il Commissario ad acta può avvalersi del Corpo della Guardia di finanza per lo svolgimento di attività dirette al contrasto delle violazioni in danno degli interessi economici e finanziari connessi all'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario nella Regione e del ((programma operativo per la gestione dell'emergenza COVID-19)) previsto dall'articolo 18 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

L'articolo 16-septies, al comma 2, del decreto legislativo 146/2021 *“in ottemperanza alla sentenza della Corte costituzionale n. 168 del 23 luglio 2021 e al fine di concorrere all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché' al fine di assicurare il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi sanitari della Regione Calabria”* prevede inoltre che:

- Agenas assegna il contingente di 40 unità di personale (di cui al comma 1) a supporto del commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria fino al 31 dicembre 2024.
- Al fine di supportare le funzioni delle unità operative semplici e complesse, comunque denominate, deputate al processo di controllo, liquidazione e pagamento delle fatture, sia per la gestione corrente che per il pregresso, previa circolarizzazione obbligatoria dei fornitori sul debito iscritto fino al 31 dicembre 2020, è autorizzato a reclutare, sulla base dei fabbisogni di personale valutati e approvati dal commissario ad acta, fino a 5 unità di personale non dirigenziale, categoria D, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato di durata non superiore a trentasei mesi, esperte nelle predette procedure e dotate dei previsti requisiti formativi;

- la Guardia di finanza, nell'ambito delle proprie funzioni, collabora con le unità operative semplici e complesse deputate al monitoraggio e alla gestione del contenzioso, disponendo l'impiego di un contingente di 5 ispettori per ciascuno degli enti del servizio sanitario della Regione Calabria.
- al fine di garantire la piena operatività delle attività proprie della gestione sanitaria accentrata(GSA) del servizio sanitario la Regione Calabria, nel rispetto dei vincoli assunzionali previsti dalla normativa vigente e a valere sulle risorse del proprio bilancio, è autorizzata, per la gestione della predetta GSA, al reclutamento con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, di durata non superiore a trentasei mesi, di 1 unità di personale dirigenziale e di 4 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nella categoria D. Il menzionato contingente di personale può essere integrato, a valere sulle risorse del bilancio della Regione Calabria, da un massimo di cinque esperti o consulenti

Il Dipartimento ha il compito di attuare le linee di indirizzo definite dal Commissario ad Acta, attraverso strumenti di programmazione sanitaria, definendo gli obiettivi e i programmi da attuare. Il Dipartimento monitora, controlla e verifica l'attuazione delle indicazioni fornite alle Aziende Sanitarie regionali. Il Dipartimento si compone dei settori che costituiscono la struttura operativa e sono coordinati dalla Direzione Generale

Il nuovo modello di Governance prevede l'istituzione dell'ente di governance della sanità calabrese denominato "Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – **Azienda Zero**" (legge regionale n. 32 del 15 dicembre 2021 e s.m.i.). Visto il parere dei Ministeri affiancati si procederà alla modifica/integrazione della legge regionale.

Con i DD.CC.AA. n. 60 e n. 61 del 24/5/2022 è stato disciplinato il funzionamento e l'attuazione di Azienda Zero ed è stato nominato il Commissario Straordinario di Azienda Zero. Visto il parere dei ministeri affiancati si procederà con il recepimento delle osservazioni formulate.

Obiettivo:

Avviamento e Funzionamento di Azienda Zero

Azioni:

- Nomina vertice/Commissario e attribuzione competenze e obiettivi
- Approvazione cronoprogramma attività del vertice Commissario
- Approvazione atto aziendale Azienda Zero e ulteriori provvedimenti attuativi

| Numero | Azione | Indicatore | tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Modifica/integrazione legge regionale n. 32/2021 e smi | Legge | Dicembre 2022 |
| 2 | Nomina vertice/commissario e attribuzione competenze e obiettivi | DCA | Maggio 2022 |
| 3 | Modifiche DCA nomina | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Approvazione cronoprogramma attività | DCA | Dicembre 2022 |
| 5 | Approvazione atto aziendale Azienda Zero e ulteriori provvedimenti attuativi | DCA | Gennaio 2023 |

Tabella 1: Settori del Dipartimento Tutela Della Salute e Servizi Socio Sanitari

| |
|---|
| 1) Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario |
| 2) Autorizzazioni e Accreditementi- Formazione – ECM |
| 3) Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'Uso Consapevole del Farmaco |
| 4) Prevenzione e Sanità Pubblica |
| 5) Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie |
| 6) Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze |
| 7) Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio |
| 8) Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici-Reti di Prossimità e Strutture Intermedie in Attuazione PNRR |
| 9) Assistenza Territoriale - Salute Mentale – Dipendenze Patologiche – Salute nelle Carceri |
| 10) Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari-Modernizzazione e Digitalizzazione Sistemi della Salute – Telemedicina |
| 11) Sanità Veterinaria |
| 12) Programmazione Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Socio-Sanitaria - Servizi Socio-Sanitari |
| UOA – Emersione e rendicontazione dell'indebitamento della sanità |

Obiettivo del Commissario ad Acta è quello di procedere ad un potenziamento della struttura amministrativa regionale di supporto alla struttura commissariale, anche sulla base di quanto previsto dall'articolo 16 septies del dl 146/2021. Per alcuni settori si è già provveduto nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali:

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'Uso Consapevole del Farmaco”.

Settore n. 6 “Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.

La realizzazione di un Programma Operativo così complesso, oltre alla riorganizzazione del Dipartimento, e all'avvio di Azienda Zero richiede necessariamente la ridefinizione delle modalità di funzionamento che non possono prescindere dalla volontà di perseguire una forte e concreta integrazione tra l'Organo Commissariale, il Dipartimento/Azienda Zero e le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.

A regime, il Dipartimento, dunque, insieme ad Azienda Zero saranno sempre di più in grado di coordinare in maniera unitaria e strategica il sistema di erogazione dei servizi sanitari, secondo logiche collaborative e di programmazione centralizzata necessarie per dare risposta adeguata alle esigenze delle aziende e dei cittadini.

Ulteriore supporto all'attività di programmazione con riferimento alla sorveglianza epidemiologica e di prevenzione sarà dato dall'istituzione del dell'Osservatorio epidemiologico regionale.

Un processo così delicato e determinante ai fini del processo di cambiamento in atto nel Sistema Sanitario Regionale, ha bisogno di una governance forte e di una condivisione delle strategie con i Commissari Straordinari/Direttori Generali delle Aziende e anche un monitoraggio di quanto previsto nel Programma Operativo al fine della sua realizzazione.

Il monitoraggio avverrà mediante la misurazione degli indicatori stabiliti per le singole azioni del Programma Operativo, con appositi report, anche mediante incontri specifici tra la Direzione generale del dipartimento/azienda Zero, le direzioni del dipartimento e le direzioni strategiche aziendali.

La scheda di monitoraggio sarà opportunamente aggiornata e accompagnata da una dettagliata relazione sarà trasmessa, in occasione delle periodiche verifiche ai Tavoli tecnici di verifica.

L'attività inoltre sarà supportata sia da Agenas che dall'Advisor Contabile

2.2. Governance dei Flussi Informativi

2.2.1 Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi

Stato di attuazione

La Regione Calabria ha approvato, con DPGR 201 del 22 settembre 2011, il documento recante la Direttiva sui Flussi regionali denominata "Sistema Informativo Sanitario – Mappa dei flussi informativi".

La continua evoluzione del Sistema Sanitario e la complessità della gestione organizzativa dello stesso, rende necessario fare luce sui processi organizzativi degli attori che operano in tale sistema, chiamati da un lato a governare l'ampia incertezza circa la disponibilità di risorse, da cui la conseguente necessità del contenimento della spesa pubblica, e dall'altro a gestire la trasformazione dello scenario epidemiologico e sociale di riferimento che ha modificato la struttura della domanda di prestazioni sanitarie e reso più complessa l'erogazione dei servizi.

Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) alla missione 6 – Salute, rafforza l'esigenza nella disponibilità dei flussi informativi e sistemi informativi per il monitoraggio delle azioni individuate.

Al fine di rafforzare la governance dei flussi informativi è stato predisposto un piano operativo nell'ambito dell'Accordo quadro, ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito «sanità digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali» per le pubbliche amministrazioni del ssn - id 2202 - lotto 6 - pubbliche amministrazioni del SSN - centro – sud” che prevede:

- Supporto all'evoluzione e sviluppo dei Sistemi Informativi e Flussi della Regione e Servizi Digitali al Cittadino.

Obiettivi

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è il miglioramento del governo dei flussi informativi anche attraverso la definizione di regole di gestione ed utilizzo.

Azioni

Definire le regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi:

- Reingegnerizzazione dei processi, con il coinvolgimento degli stakeholder, per i flussi informativi in cui sono state evidenziate criticità sulla base dell'ultima certificazione sulla verifica dei LEA (anno 2019).
- Redazione e approvazione del disciplinare tecnico.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|----------------|
| 1 | Approvazione nuove linee guida relative alla Specialistica ambulatoriale, specifiche e controlli flusso informatico C in coerenza con il flusso STS21 | DCA | Settembre 2022 |
| 2 | Reingegnerizzazione dei processi per il flusso informativo "SIAD- Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" in coerenza con il flusso FLS21 | Mappa dei processi | Dicembre 2022 |
| 3 | Reingegnerizzazione dei processi per il flusso informativo "SISM- Sistema informativo per salute mentale" | Mappa dei processi | Dicembre 2022 |
| 4 | Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi | DCA di approvazione del relativo disciplinare | Dicembre 2022 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Tutti i Settori del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari;

Commissari Straordinari / Direttori generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

2.2.2 Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi NSIS

Stato di attuazione

Il Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari" assicura gli invii al Ministero della Salute di tutti i flussi informativi del NSIS trasmessi dalle Strutture pubbliche e private sanitarie regionali, acquisiti e validati dal Sistema Informativo Sanitario Regionale "SISR". I flussi informativi nella loro complessità, sono attualmente sottoposti a controlli di conformità di qualità e di audit incrociati tra Ministeri e Regione.

Tra quelli Ministeriali vi sono i Flussi NSIS, Modelli gestionali e flussi MEF. Un primo livello di coerenza deve sussistere tra i dati NSIS ed i Modelli gestionali in modo tale che il riepilogo dei dati analitici del NSIS non si discosti dai valori sintetici trasmessi attraverso i modelli gestionali. Ciò serve per superare l'attuale divario informativo dovuto agli scarti dei flussi NSIS.

Si sottolinea che saranno oggetto di monitoraggio anche i flussi HSP11/11BIS/22 BIS, dei Consumi dei dispositivi medici (cfr par 8) e le Grandi apparecchiature.

Obiettivi

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è l'ottimizzazione dei flussi informativi in termini di completezza, qualità e tempistica.

Azioni

Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi NSIS.

Creazione di un cruscotto di monitoraggio riguardante lo stato dei flussi in termini di copertura, completezza, qualità e tempistiche, definiti anche dai decreti istitutivi dei singoli flussi, implementato sul Sistema Informativo Regionale (SEC-SISR-AP).

L'analisi dei dati permetterà alla Regione di effettuare tutte le valutazioni propedeutiche all'avvio delle procedure di trasmissione dei flussi informativi sul portale Ministeriale NSIS.

Si rendono necessari incontri periodici con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|---------------|
| 1 | Realizzazione del cruscotto di monitoraggio dello stato dei flussi | Nota di avvio in esercizio | Novembre 2022 |
| 2 | Verifica completezza flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR) | Numero totale dei record validi inviati da ciascuna azienda per il periodo selezionato/ numero totale record validi inviati l'anno precedente | Dicembre 2022 |
| 3 | Verifica qualità flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR) | Numero ammissioni attive con FAR/ Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale) | Dicembre 2022 |
| 4 | Verifica completezza flusso informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) | Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente | Dicembre 2022 |
| 5 | Verifica qualità flusso informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) | Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico con dimissione nell'anno | Dicembre 2022 |
| 6 | Verifica completezza del flusso informativo per la salute mentale (SISM) | DSM invianti/DSM attesi | Dicembre 2022 |
| 7 | Verifica qualità del flusso informativo per la salute mentale (SISM) | Numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati. Per integrità referenziale si intende il collegamento logico dei tracciati di attività territoriale. L'indicatore è espresso in percentuale rispetto all'anagrafica dei soggetti | Dicembre 2022 |
| 8 | Verifica completezza del flusso informativo dell'assistenza erogata presso gli hospice (HOSPICE) | Strutture Hospice invianti / Strutture Hospice attese | Dicembre 2022 |
| 9 | Verifica completezza del flusso informativo dell'assistenza erogata presso gli hospice (HOSPICE) | Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente | Dicembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|---------------|
| 10 | Verifica completezza del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti (SIND) | SerD inviati / SerD attesi | Dicembre 2022 |
| 11 | Verifica qualità del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti (SIND) | Numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati. Per integrità referenziale si intende il collegamento logico dei tracciati di attività territoriale. L'indicatore è espresso in percentuale rispetto all'anagrafica dei soggetti | Dicembre 2022 |
| 12 | Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118) | Centrali Operative inviati / Centrali Operative attese | Dicembre 2022 |
| 13 | Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118) | N. di interventi effettuati dal 118 anno corrente \geq N. di interventi effettuati dal 118 anno precedente | Dicembre 2022 |
| 14 | Verifica qualità del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118) | Totale record con campo istituto di destinazione valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi | Dicembre 2022 |
| 15 | Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR Pronto Soccorso) | Strutture inviati / strutture attese | Dicembre 2022 |
| 16 | Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR Pronto Soccorso) | Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente | Dicembre 2022 |
| 17 | Verifica qualità del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR Pronto Soccorso) | Totale record con campo diagnosi principale valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi | Dicembre 2022 |
| 18 | Verifica qualità del flusso informativo SDO | Media pesata principali errori riscontrati sul totale schede inviate | Trimestrale |
| 19 | Verifica completezza del flusso informativo SDO | Media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25) | Trimestrale |
| 20 | Verifica completezza del flusso informativo HSP 12 | % modelli HSP 12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi | Trimestrale |
| 21 | Verifica completezza del flusso informativo HSP13 | % modelli HSP.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi | Trimestrale |
| 22 | Verifica completezza del flusso informativo HSP14 | % modelli HSP14 inviati rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche, | Trimestrale |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|-------------|
| | | equiparate e private che hanno segnalato la presenza di apparecchiature | |
| 23 | Verifica completezza del flusso informativo HSP 24 | % modelli HSP.24 pervenuti per almeno un mese con quadro G (nido) o M (Nati immaturi) valorizzati, rispetto al numero dei modelli HSP.24 attesi | Trimestrale |
| 24 | Verifica completezza del flusso informativo CEDAP | % Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera | Trimestrale |
| 25 | Verifica completezza del flusso informativo FLS 11 | %ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (quadro F), rispetto al totale delle ASL della Regione | Trimestrale |
| 26 | Verifica completezza del flusso informativo FLS 12 | %ASL che hanno inviato il modello FLS.12 (quadri E, F), rispetto al totale delle ASL della Regione | Trimestrale |
| 27 | Verifica completezza del flusso informativo FLS 21 | farmac. convenz.: % ASL che hanno inviato i dati del quadro G del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Regione; per i dati dell'assist. domiciliare: % ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Reg. che hanno dichiarato l'attivazione del Servizio di ADI nel quadro F del modello FLS.11 | Trimestrale |
| 28 | Verifica completezza del flusso informativo RIA.11 | % modelli RIA.11 per i quali sono valorizzati i dati del quadro H relativo ai dati di attività, rispetto al # Modelli RIA.11 per i quali il quadro F relativo ai dati di struttura contiene # posti letto > 0. | Trimestrale |
| 29 | Verifica completezza del flusso informativo STS14 | % modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature | Trimestrale |
| 30 | Verifica completezza del flusso informativo STS21 | % modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica territoriale | Trimestrale |
| 31 | Verifica completezza del flusso informativo STS24 | % modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza residenziale o semiresidenziale. | Trimestrale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere;
Responsabili/Referenti aziendali per i flussi informativi.

2.2.3 Rafforzamento del ruolo centrale del Dipartimento Tutela della Salute nella gestione dei Flussi Informativi

Stato di attuazione

La Regione con il progetto SEC-SISR (Sanità Elettronica Calabria – Sistema Informativo Sanitario Regionale), ha realizzato le infrastrutture tecnologiche necessarie al riordino dell’organizzazione e delle attività sanitarie, introducendo l’innovazione digitale nel complesso delle procedure e dei flussi informativi tra le strutture sanitarie (in particolare, Regione e Aziende). L’attività di coordinamento e monitoraggio dei flussi informativi inerenti alle aree di competenza specifica dei vari Settori del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari è espletata attraverso il Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina”.

Obiettivi

L’obiettivo principale è la gestione dei flussi informativi attraverso la costituzione di un Gruppo Tecnico Permanente (GTP) afferente funzionalmente alla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute. La funzione principale del GTP è di analizzare e valutare, di concerto con i Settori competenti in materia e per ciascun flusso, gli indicatori relativi agli adempimenti ministeriali e regionali. Gli indicatori sono proposti sulla base delle precedenti azioni svolte dal Settore 11, in termini di completezza e qualità degli stessi.

Azioni

Costituzione di un Gruppo Tecnico Permanente afferente funzionalmente alla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari.

Implementazione di un cruscotto di indicatori sentinella sul Sistema informativo regionale, in condivisione tra i Settori.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---------------------------------|----------------|
| 1 | Costituzione di un Gruppo Tecnico Permanente afferente funzionalmente alla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute | DCA | Giugno 2022 |
| 2 | Implementazione di un cruscotto di indicatori sentinella sul Sistema Informativo Regionale (SEC-SISR-AP) da condividere con tutti i settori del Dipartimento Tutela Salute. | Reportistica specifica per area | Settembre 2022 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Tutti i Settori del Dipartimento Tutela Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

2.2.4 I nuovi flussi informativi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Stato di attuazione

Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), comprende misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Le Regioni dovranno adottare 4 nuovi flussi informativi nazionali:

- Consultori di Famiglia;
- Ospedali di Comunità;
- Servizi di Riabilitazione Territoriale;
- Servizi di Cure Primarie.

Obiettivi

L'obiettivo principale è il completamento del patrimonio informativo regionale attraverso l'adozione dei nuovi flussi informativi: riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria.

Azioni

Analisi volte ad individuare eventuali gap funzionali per i singoli nuovi flussi e pianificazione degli interventi tecnologici ed organizzativi necessari all'adeguamento informativo/funzionale.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "riabilitazione territoriale" | Report | Ottobre 2022 |
| 2 | Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "consultori familiari" | Report | Ottobre 2022 |
| 3 | Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "ospedali di comunità" | Report | Ottobre 2023 |
| 4 | Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "servizi di assistenza primaria" | Report | Ottobre 2023 |
| 5 | Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso "riabilitazione territoriale" | Report | Dicembre 2022 |
| 6 | Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso "consultori familiari" | Report | Dicembre 2022 |
| 7 | Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso "ospedali di comunità" | Report | Aprile 2024 |

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|-------------|
| 8 | Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso “servizi di assistenza primaria” | Report | Aprile 2024 |
| 9 | Monitoraggio implementazione flussi | N flussi inviati/n. flussi da inviare | trimestrale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Tutti i Settori del Dipartimento Tutela Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

2.3 Definizione e copertura del fabbisogno di personale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

Al fine di garantire la funzione di governo strategico del SSR e il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Programma Operativo, si ritiene fondamentale il rafforzamento della struttura di governo del Sistema Sanitario Regionale.

L'obiettivo è rafforzare la capacità del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio Sanitari e di presidiare tutte le aree indicate nel Programma Operativo 2022-2025, in modo da assicurare una guida alle azioni delle singole aziende e un efficace controllo sui risultati attesi. Le azioni previste dal presente Programma Operativo sono fortemente integrate fra loro nel perseguire l'obiettivo di un migliore utilizzo delle risorse, con risparmio in termini di razionalizzazione della spesa del SSR.

Per quanto sopra detto, la dotazione di personale del Dipartimento andrà potenziata così come andranno potenziate le competenze professionali del personale già impiegato dal Dipartimento, sviluppando percorsi formativi coerenti con gli obiettivi del Programma Operativo. Allo stesso tempo, si procederà, in logica di *strategic resource management*, all'identificazione e al reclutamento di risorse aggiuntive a quelle oggi impiegate per le attività che attualmente risultano scarsamente presidiate, ad esempio ricorrendo a adeguate politiche di reclutamento tramite concorso, comando, utilizzo, etc.

Obiettivi

L'obiettivo principale per i prossimi anni è il potenziamento delle competenze professionali del personale già impiegato e il reclutamento di risorse aggiuntive a quelle oggi impiegate per le attività che attualmente risultano scarsamente presidiate.

3. GESTIONE DEL PERSONALE

3.1 Definizione e copertura del fabbisogno del personale del SSR in linea con gli obiettivi del PO tenuto conto dell’Emergenza epidemiologica COVID-19

Stato di attuazione

Il Programma Operativo 2019-2021 aveva già indicato obiettivi specifici e prioritari nell’ambito della manovra sul personale quali:

- la definizione di un fabbisogno standard di personale quale strumento per l’attivazione di un processo strutturato di riqualificazione degli organici da riprogrammare in maniera efficace ed efficiente;

- la formazione e lo sviluppo delle risorse umane, per rispondere in modo adeguato all'evoluzione delle competenze necessarie per soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari.

Gli obiettivi previsti sono stati perseguiti attraverso le azioni di seguito riportate.

3.1.1 Elaborazione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale per le Aziende del SSR

Con Decreto Commissariale n. 192 del 20 dicembre 2019 è stata approvata la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, elaborata tenuto conto delle indicazioni contenute nel documento approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 20 dicembre 2017. Il DCA ha fatto obbligo alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di provvedere alla determinazione del proprio fabbisogno di personale e a predisporre i relativi piani annuali delle assunzioni del personale nel rispetto del tetto di spesa di cui al Programma Operativo 2019-2021, punto B1 - Personale - della Sezione Programmatico.

Con i DCA di seguito indicati si è proceduto alla presa d'atto da parte dell'Organo Commissariale dei Piani del Fabbisogno di tutte le Aziende del SSR della Regione Calabria:

- ASP RC: DCA n. 69/2020
- AO CS: DCA n. 78/2020
- AO CZ: DCA n. 79/2020
- ASP VV: DCA n. 85/2020
- ASP CZ: DCA n. 89/2020
- ASP KR: DCA n. 101/2020
- AO RC: DCA n. 114/2020
- AOU MD: DCA n. 129/2020
- ASP CS: DCA n. 130/2020

Nella tabella seguente si riporta la stima dei reclutamenti previsti in base al P.O. 2019/2021:

| | Unità al 31/12/2019 da Tab.B IV trim 2019 | Stima Cessati 2020 | Assunzioni i Turnover 2020 | Stabilizzazioni 2020 | Nuove Assunzioni 2020 | Stima unità al 31/12/2020 | Stima Cessati 2021 | Assunzioni Turnover 2021 | Stabilizzazioni 2021 | Nuove Assunzioni 2021 | Stima unità al 31/12/2021 | Totale Assunzioni Autorizzate 2020-2021 |
|---------------------|---|--------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|---|
| | A | B | C | D | E | F=A-B+C+E | G | H | I | L | M=F-G+H+L | N=C+D+E+H++L |
| ASP Cosenza | 4.858 | 371 | 371 | 132 | - | 4.858 | 177 | 170 | 17 | 53 | 4.904 | 743 |
| ASP Crotone | 1.568 | 113 | 113 | ND | 57 | 1.625 | 52 | 48 | ND | - | 1.621 | 218 |
| ASP Catanzaro | 2.846 | 140 | 131 | ND | - | 2.837 | 58 | 45 | ND | - | 2.824 | 176 |
| ASP Vibo Valentia | 1.342 | 99 | 99 | 28 | 73 | 1.415 | 45 | 36 | ND | - | 1.406 | 236 |
| ASP Reggio Calabria | 2.810 | 197 | 209 | 16 | 212 | 3.034 | 30 | 30 | ND | - | 3.034 | 467 |
| AO Cosenza | 1.711 | 97 | 97 | 27 | 44 | 1.755 | 118 | 118 | ND | - | 1.755 | 286 |
| AO Pugliese Ciaccio | 1.869 | 74 | 74 | 192 | 22 | 1.891 | ND | ND | ND | 20 | 1.911 | 308 |
| AOU MD | 909 | 40 | 26 | 247 | - | 895 | 3 | 2 | ND | - | 894 | 275 |
| AO Reggio Calabria | 1.742 | 63 | 63 | ND | - | 1.742 | 42 | 42 | ND | - | 1.742 | 105 |
| INRCA | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TOTALE | 19.655 | 1.194 | 1.183 | 642 | 408 | 20.052 | 525 | 491 | 17 | 73 | 20.091 | 2.814 |

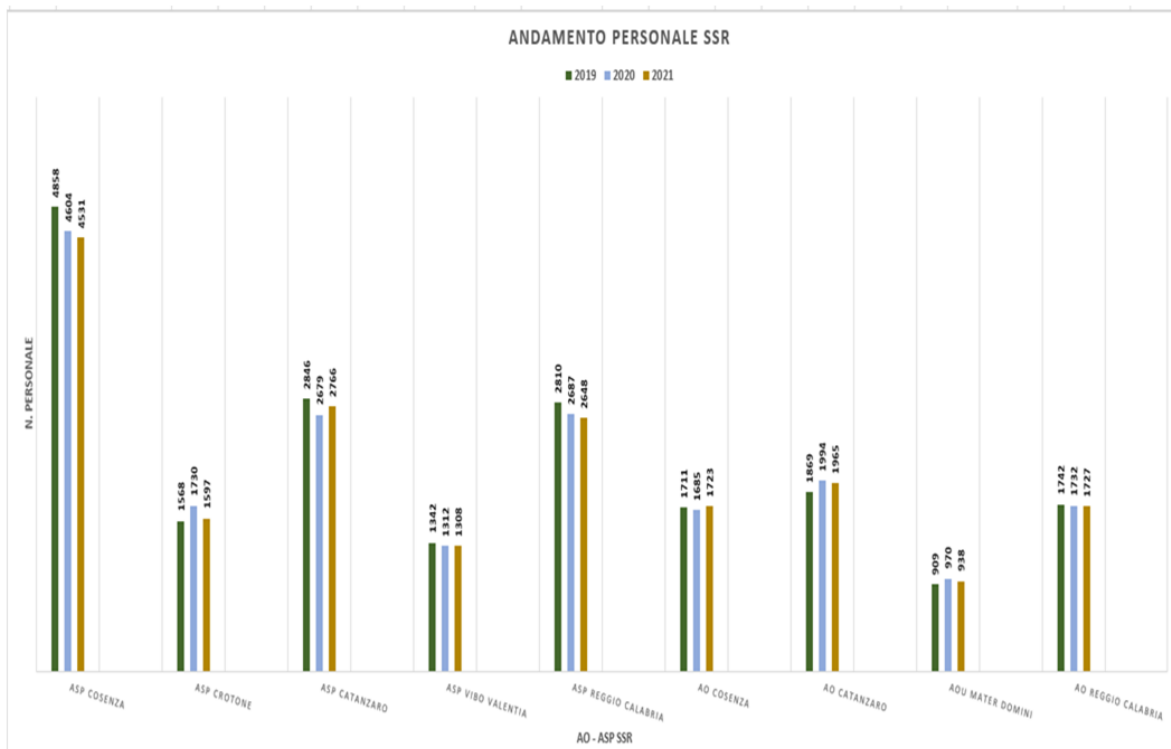
Relativamente alla consistenza del personale, si riportano, di seguito, i dati al 31/12/2021 da tab b:

| | | ASP COSENZA | ASP CROTONE | ASP CATANZARO | ASP VIBO VALENTIA | ASP REGGIO CALABRIA | AO COSENZA | AO CATANZARO | AOU MATER DOMINI | AO REGGIO CALABRIA |
|--------|--|-------------|-------------|---------------|-------------------|---------------------|------------|--------------|------------------|--------------------|
| 2019 | Personale dipendente a tempo indeterminato | 4514 | 1495 | 2779 | 1296 | 2686 | 1572 | 1635 | 607 | 1574 |
| | Medici | 930 | 284 | 536 | 252 | 597 | 422 | 375 | 112 | 374 |
| | Dirigenti non medici | 121 | 53 | 80 | 30 | 79 | 34 | 43 | 14 | 47 |
| | Personale non dirigente | 3463 | 1158 | 2162 | 1012 | 2007 | 1116 | 1217 | 481 | 1153 |
| | Personale contrattista | - | - | 1 | 2 | 3 | - | - | - | - |
| | Personale a tempo determinato | 324 | 73 | 67 | 41 | 124 | 85 | 227 | 282 | 168 |
| | Restante personale | 20 | - | - | 5 | - | 54 | 7 | 20 | - |
| Totale | 4858 | 1568 | 2846 | 1342 | 2810 | 1711 | 1869 | 909 | 1742 | |

| | | ASP COSENZA | ASP CROTONE | ASP CATANZARO | ASP VIBO VALENTIA | ASP REGGIO CALABRIA | AO COSENZA | AO CATANZARO | AOU MATER DOMINI | AO REGGIO CALABRIA |
|----------------|--|-------------|-------------|---------------|-------------------|---------------------|------------|--------------|------------------|--------------------|
| 2020 | Personale dipendente a tempo indeterminato | 4215 | 1467 | 2654 | 1247 | 2437 | 1592 | 1767 | 825 | 1557 |
| | Medici | 851 | 289 | 508 | 258 | 548 | 413 | 385 | 131 | 370 |
| | Dirigenti non medici | 115 | 39 | 75 | 24 | 71 | 36 | 42 | 16 | 49 |
| | Personale non dirigente | 3249 | 1139 | 2070 | 963 | 1816 | 1143 | 1340 | 678 | 1138 |
| | Personale contrattista | - | - | 1 | 4 | 2 | - | - | - | - |
| | Personale a tempo determinato | 346 | 263 | 25 | 53 | 250 | 39 | 217 | 74 | 175 |
| | Restante personale | 43 | - | - | 12 | - | 54 | 10 | 71 | - |
| Totale | 4604 | 1730 | 2679 | 1312 | 2687 | 1685 | 1994 | 970 | 1732 | |
| COVID (di cui) | 178 | 100 | 35 | 27 | - | 105 | 219 | 112 | 134 | |

| | | ASP COSENZA | ASP CROTONE | ASP CATANZARO | ASP VIBO VALENTIA | ASP REGGIO CALABRIA | AO COSENZA | AO CATANZARO | AOU MATER DOMINI | AO REGGIO CALABRIA |
|----------------|--|-------------|-------------|---------------|-------------------|---------------------|------------|--------------|------------------|--------------------|
| 2021 | Personale dipendente a tempo indeterminato | 4129 | 1451 | 2589 | 1173 | 2308 | 1615 | 1811 | 802 | 1566 |
| | Medici | 803 | 296 | 496 | 234 | 516 | 389 | 393 | 129 | 381 |
| | Dirigenti non medici | 109 | 39 | 70 | 25 | 72 | 36 | 45 | 17 | 47 |
| | Personale non dirigente | 3217 | 1116 | 2022 | 912 | 1719 | 1190 | 1373 | 656 | 1138 |
| | Personale contrattista | - | - | 1 | 2 | 1 | - | - | - | - |
| | Personale a tempo determinato | 326 | 146 | 177 | 122 | 340 | 108 | 145 | 86 | 135 |
| | Restante personale | 76 | - | - | 13 | - | - | 9 | 50 | 26 |
| Totale | 4531 | 1597 | 2766 | 1308 | 2648 | 1723 | 1965 | 938 | 1727 | |
| COVID (di cui) | 167 | 110 | 92 | 77 | 198 | 54 | 128 | 159 | 165 | |

| C A L A B R I A | | 2019 | 2020 | 2021 | DELTA 19/21 | % |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|-------|-------|----------------|-------|
| | Personale dipendente a tempo | 18158 | 17761 | 17444 | -714 | -3,93 |
| | Medici | 3882 | 3751 | 3637 | -245 | -6,31 |
| | Dirigenti non medici | 501 | 467 | 460 | -41 | -8,18 |
| | Personale non dirigente | 13769 | 13536 | 13343 | -426 | -3,09 |
| | Personale contrattista | 6 | 7 | 4 | -2 | -33,3 |
| | Personale a tempo determinato | 1391 | 1442 | 1585 | 194 | 13,95 |
| | Restante personale | 106 | 190 | 174 | 68 | 64,15 |
| | Totale | 19655 | 19393 | 19203 | -452 | -2,3 |
| | | | | | | |



3.1.2 Adeguamento del fabbisogno del personale

Nell'arco temporale 2022/2025 si intende aggiornare e rimodulare il fabbisogno di personale tenuto conto della necessità di potenziamento delle specifiche linee di attività previste dal Programma Operativo.

L'emergenza Covid ha imposto un rafforzamento immediato della risposta del Servizio Sanitario Regionale alla domanda di salute dei cittadini, impegnando una larga parte di operatori sanitari nell'assistenza ai pazienti Covid soprattutto presso le strutture di Terapia Intensiva, Malattie Infettive e Pneumologia.

Il DM 77/22 impone, inoltre, un adeguamento della metodologia per la determinazione dei fabbisogni di personale al nuovo assetto organizzativo, nell'ottica di una crescita strutturale del servizio sanitario regionale attraverso la definizione di nuovi standard organizzativi del personale dedito alle attività erogate dalle aziende sanitarie nei presidi ospedalieri e nel territorio.

Nell'anno 2022, con nota circolare prot. n. 88323 del 22 febbraio 2022, è stato avviato l'iter per la ricognizione del fabbisogno di personale teorico, rilevato dalle Aziende del SSR mediante l'utilizzo della metodologia indicata dal DCA 192/2019 e tenuto conto dei dati di produzione relativi agli anni 2019 e 2020.

Con successivo DCA n. 113 del 6 settembre 2022, avente ad oggetto "Determinazioni in ordine ai Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR", nelle more dell'adeguamento dei nuovi standard metodologici, è stato richiesto alle Aziende di formulare i Piani dei Fabbisogni sulla base del DCA 192/2019 e di proporre i Piani delle assunzioni adeguandoli ai dati di produzione riferiti all'anno 2021 e al D.M. 77.

Con parere n. 186P/2022 i Ministeri affiancanti hanno espresso parere favorevole subordinatamente alla integrazione nei prospetti di una colonna diretta ad evidenziare la dotazione organica al 31 dicembre 2021, con esclusione del personale reclutato per l'emergenza Covid (da evidenziare con separata colonna), per consentire di differenziare il dato aggregato previsto nella colonna dotazione organica 2022 rispetto alla dotazione organica al 31 dicembre 2021.

Con DCA 118 del 3 ottobre 2022 avente ad oggetto "*Determinazioni in ordine ai Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - modifiche ed integrazioni DCA n. 113 del 06/09/2022*" sono state recepite le osservazioni dei Ministeri affiancanti.

Il provvedimento ha consentito, nelle more dell'approvazione del nuovo assetto organizzativo del servizio sanitario regionale, di avviare nell'anno 2022 le procedure finalizzate ai reclutamenti a tempo indeterminato di personale e le stabilizzazioni ai sensi dell'art. 1 c. 268 lett. b) della Legge 30 dicembre 2021 n. 234.

Sulla base di quanto stabilito con il DCA n.118/2022 le Aziende del servizio sanitario regionale hanno provveduto ad elaborare il piano del fabbisogno teorico sulla base della metodologia di cui sopra e il piano assunzionale.

Con i seguenti DCA la Struttura commissariale a preso atto di quanto deliberato dalle aziende sanitarie:

- DECRETO - N. 153 DEL 09 NOVEMBRE 2022 "Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Ospedaliera di Cosenza - Delibera n. 623 del 25/10/2022 avente ad oggetto "Adozione Piano del Fabbisogno anni 2022 - 2024 e Piano Assunzionale anno 2022. Modifica e integrazione DCA 113/2022"
- DECRETO - N. 151 DEL 08 NOVEMBRE 2022 "Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR per l'anno 2022 - Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria - Delibera n. 862 del 27/10/2022 avente ad oggetto "Deliberazioni n. 786 del 20/09/2022 e n. 816 del 6/10/2022. Definizione del fabbisogno teorico di personale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria e Piano delle Assunzioni per l'anno 2022". Presa d'atto"
- DECRETO - N. 150 DEL 08 NOVEMBRE 2022 "Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR per l'anno 2022 Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia Delibera n. 1530/CS del 26/10/2022 avente ad oggetto "Piano Fabbisogno Personale e Piano Assunzionale 2022 – parziale rettifica Delibera n. 1479 del 19.10.2022"

- DECRETO - N. 145 DEL 28 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle Assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - Delibera n. 1134 del 20/10/2022 avente ad oggetto “Deliberazione n. 1043 del 07/10/2022 – Riproposizione Piano dei Fabbisogni e Piano Assunzionale anno 2022 – presa d’atto della Nota regionale Prot. n. 463765 del 20.10.2022
- DECRETO - N. 135 DEL 18 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Ospedaliero Universitaria “Mater Domini” di Catanzaro - Delibera n. 597 del 07/10/2022 avente ad oggetto “Presenza d’atto del DCA 118 del 3/10/2022 – Piano dei Fabbisogni di personale 2022 e Piano delle Assunzioni 2022” – presa d’atto”
- DECRETO - N. 126 DEL 11 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR per l’anno 2022 - Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone - Delibera n. 790 del 10/10/2022 avente ad oggetto “Rettifica Delibera n. 770 del 05/10/2022 recante DCA n. 118 del 03/10/2022 – modifica e integrazione determinazione Piano del Fabbisogno di personale e Piano delle assunzioni per l’anno 2022 dell’ASP di Crotone di cui alla Delibera n. 725 del 16/09/2022” - Presa d’atto”
- DECRETO - N. 125 DEL 11 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Ospedaliera “Pugliese - Ciaccio” di Catanzaro - Delibera n. 727 del 06/10/2022 avente ad oggetto “Approvazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2022/2024 e Piano delle assunzioni 2022 – modifica e integrazione deliberazione n. 683 del 19/09/2022” – presa d’atto”
- DECRETO - N. 124 DEL 11 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda (Burc 229 17/10/2022) Sanitaria Provinciale di Cosenza - Delibera n. 1611 del 06/10/2022 avente ad oggetto “Integrazione e modifica delibera n. 1535 del 16/09/2022 – Piano del Fabbisogno del Personale e Piano Assunzionale 2022” - Presa d’atto”.

È in corso di approvazione il piano dei fabbisogni e il piano assunzionale già deliberato di GOM di Reggio Calabria.

Si riporta di seguito tabella riepilogativa del fabbisogno complessivo approvato dalla struttura commissariale, con i provvedimenti sopra elencati, sulla base dei piani dei fabbisogni e dei piani assunzionali deliberati dalle Aziende del SSR. Il fabbisogno complessivo del SSR sarà soddisfatto nel triennio di vigenza del P.O.:

| | DOTAZIONE ORGANICA 2021 | Nuove Assunzione triennio 2023-2025 | DOTAZIONE ORGANICA POTENZIALE AD ESITO DEI RECLUTAMENTI PREVISTI DAL PO |
|---------------------|-------------------------|-------------------------------------|---|
| AO COSENZA | 1.723 | 226 | 1.949 |
| AO PUGLIESE CIACCIO | 1.965 | 82 | 2.047 |
| GOM REGGIO CALABRIA | 1.727 | 206 | 1.933 |
| AOU MATER DOMINI | 938 | 176 | 1.114 |
| ASP VIBO | 1.308 | 102 | 1.410 |
| ASP COSENZA | 4.531 | 185 | 4.716 |
| ASP CROTONE | 1.597 | 81 | 1.678 |
| ASP CATANZARO | 2.766 | 424 | 3.190 |
| ASP REGGIO CALABRIA | 2.648 | 378 | 3.026 |
| TOTALE | 19.203 | 1.860 | 21.063 |

Alla luce dell’articolo 1, comma 4-ter, del decreto legge n. 150/2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, che ha previsto per la Regione un contributo di 12 mln di euro a partire dall’anno 2021 per l’assunzione di personale sanitario, si procederà, pertanto, nel percorso di potenziamento delle linee di attività previste dal PO mediante l’ingresso di nuovi professionisti nel SSR. In particolare si rappresenta che tali risorse saranno prioritariamente utilizzate per il reclutamento del personale necessario a rinforzare i settori dell’Emergenza Urgenza, 118, anestesia e rianimazione, chirurgia e ortopedia.

3.2 Reclutamento e procedure concorsuali

Nelle more della piena operatività di Azienda Zero, risulta prioritario favorire le assunzioni a tempo indeterminato sia a copertura del turnover intervenuto negli ultimi mesi, sia per far fronte ai bisogni emergenti necessari a fronte dell'incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi disposta dai decreti emergenziali, rafforzando la capacità delle strutture ospedaliere calabresi, sia infine per il potenziamento delle strutture territoriali prefigurato del PNRR.

Sarà pertanto in primo luogo disposto l'obbligo per le aziende sanitarie regionali di consentire, ai sensi dell'art.3, comma 61 della legge 350/2003 e dell'art.4, comma 3 bis del decreto legge 101/2013 come convertito nella legge 125/2013, l'utilizzo da parte delle altre aziende sanitarie delle graduatorie esistenti di concorso pubblico e avviso pubblico, al fine di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e assicurare, anche nelle more dell'espletamento di ulteriori procedure concorsuali, il reclutamento in primis a tempo indeterminato di tutti i professionisti e operatori necessari. Eventuali rifiuti, comunque eccezionali, dovranno essere motivati in rapporto alla determinazione aziendale di effettuare in tempi brevissimi assunzioni connesse alla programmazione del fabbisogno di personale e al piano pandemico, correlate a vacanze di organico esistenti o all'imminente cessazione del personale in servizio o alle necessità di potenziamento, tenuto conto del numero degli idonei collocati nelle graduatorie.

La Struttura Commissariale effettuerà le verifiche in merito al rispetto delle predette indicazioni. È stata, inoltre, creata specifica sezione sul sito del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione di tutte le graduatorie vigenti presso le Aziende del SSR.

L'assolvimento del predetto debito informativo e l'osservanza delle disposizioni del presente provvedimento costituiranno elementi di valutazione del Direttore Generale o Commissario Aziendale

Verrà inoltre definita una programmazione a livello regionale delle prossime procedure concorsuali finalizzate all'assunzione a tempo indeterminato, in particolare con riferimento ai profili professionali di cui si riscontra maggiore carenza.

3.3 Riqualificazione degli organici del SSR e definizione dei percorsi formativi volti al miglioramento delle competenze del personale delle Aziende

La Regione proseguirà nelle azioni finalizzate alla riqualificazione degli organici del SSR, attraverso una programmazione efficace ed efficiente delle risorse umane: efficace, perché il fine di una corretta programmazione è quello di consentire alle Aziende di disporre delle risorse adeguate al contesto di riferimento, alla mission aziendale, e nei tempi giusti; efficiente, perché pur nella considerazione di quanto sopra, tali processi devono tendere anche alla riduzione dei costi.

Nell'ambito delle attività di potenziamento e valorizzazione degli organici del Sistema Sanitario Regionale e in conformità alle azioni in materia di formazione e sviluppo delle risorse umane, con DDG n. 14425 del 28/12/2020 sono state approvate le "Linee Guida 2021-2023 per la definizione dei Piani di Formazione aziendali per il miglioramento delle competenze del personale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio sanitario regionale". È stato, inoltre, disposto che le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere approvino, in coerenza con le suddette linee guida, i propri Piani di formazione annuali e li trasmettano al Dipartimento entro il 1° marzo di ogni anno. Tra gli obiettivi di mandato assegnati ai Commissari straordinari delle Aziende del SSR ai sensi dell'art. 2, comma 1, del Decreto Legge n. 150 del 10 novembre 2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, è stata espressamente inserita l'approvazione, entro il primo marzo di ogni anno, del piano annuale della formazione e la trasmissione al Dipartimento della "Relazione annuale sulla formazione" entro il 31 marzo dell'anno successivo. Nell'arco temporale 2022/2025 si procederà all'aggiornamento delle linee guida e al monitoraggio sull'adozione dei Piani Formativi da parte delle Aziende e sulla coerenza degli stessi con le Linee Guida regionali.

3.4 Flussi informativi sul personale del SSR

La gestione e il governo dei flussi informativi sul personale a livello regionale è un fattore strategico trasversale alle azioni, obiettivo di primaria importanza da realizzarsi mediante l'introduzione di modelli di rilevazione univoci e mediante il coordinamento delle attività di consolidamento dei dati a livello centrale.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – “Specifica Funzionale del SEC-DIR” consente di poter analizzare centralmente i dati sul personale dipendente attraverso l'utilizzo dell'Area Direzionale “Analisi del Personale”, che risponde alle suddette esigenze informative. In particolare, il sistema è di supporto:

- all'analisi e monitoraggio delle dotazioni organiche e dei fabbisogni delle ASP e delle A.O.
- all'analisi per il reclutamento del personale nel SSR
- alla gestione e monitoraggio dei flussi informativi relativi al personale dipendente del SSR
- al governo del personale tramite il monitoraggio dei relativi rapporti giuridici e dei dati di costo

È di assoluta necessità, pertanto, che il Sistema Informativo venga correttamente alimentato, rappresentando una fonte insostituibile di dati per il governo del personale dipendente del SSR.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|-----------------------|--------------------------------------|
| 1 | Approvazione da parte delle Aziende del SSR del Piano del fabbisogno di personale e del piano assunzionale 2022 | Delibere Aziendali | Settembre 2022 |
| 2 | Approvazione Piani dei fabbisogni e dei relativi piani assunzionali 2022 | DCA approvazione | Ottobre 2022 |
| 3 | Alimentazione Piattaforma SEC SISR – Flussi sul Personale | Upload File aziendali | Mensile (a far data dal 01/01/2023) |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.
- Settore n. 1 “Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario”
- Settore n. 7 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Commissari Straordinari / Direttori Generali Aziende del SSR.

4. DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEBITO PREGRESSO

4.1 Ricognizione e riconciliazione del debito pregresso

Le Aziende del SSR sono soggette ad un rilevante contenzioso che origina principalmente dal mancato pagamento dei debiti commerciali nel rispetto dei tempi stabiliti dalla direttiva europea 2011/7/UE, recepita con il d.lgs. 192/2012. Ciò ha determinato l'insorgenza tanto di maggiori oneri per interessi di mora nei confronti dei creditori quanto l'insorgenza di procedimenti giudiziari – in particolare procedimenti monitori ed esecutivi - definiti con ordinanze di assegnazione di somme, con conseguente ulteriore aggravio di spese legali e processuali a carico delle Aziende.

Limitando il campo di indagine alla situazione debitoria, le principali criticità di ordine finanziario e contabile che hanno interessato in pratica tutti gli organi del SSR tuttora permangono, seppur con diversi livelli di gravità, sono le seguenti:

Ingente massa debitoria per alcune aziende;

Forte ritardo nei pagamenti;

Massiccio ricorso all'anticipazione di cassa;

Inadeguata quantificazione del fondo rischi e oneri;

Inattendibilità dei valori esposti in bilancio;

Forti irregolarità circa la sottostima del contenzioso;

Presenza di oneri straordinari negli esercizi oggetto di verifica;

Carenze organizzative e contabili;

Sussistenza di pignoramenti presso il terzo tesoriere;

Omessa regolarizzazione dei sospesi di cassa in uscita in ciascun esercizio finanziario;

Carenza di procedure dettagliate nella gestione del ciclo passivo,

Dalle criticità riscontrate, il Legislatore è intervenuto con l'adozione di disposizioni normative di natura eccezionale.

In particolare:

- l'articolo 16-septies, comma 2 lettera c) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146 convertito con modificazioni dalla Legge n. 251/ 2021, dispone, che *“la Guardia di finanza, nell'ambito delle proprie funzioni, collabora con le unità operative semplici e complesse deputate al monitoraggio e alla gestione del contenzioso, disponendo l'impiego di un contingente di 5 ispettori per ciascuno degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, del servizio sanitario della Regione Calabria. Le modalità operative della collaborazione sono definite nell'ambito del protocollo d'intesa previsto dall'articolo 5 del decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 dicembre 2020, n. 181”*;
- l'articolo 16-septies, comma 2 lettera g) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146 convertito con modificazioni dalla Legge n. 251/ 2021, dispone, che *“al fine di coadiuvare le attività previste dal presente comma, assicurando al servizio sanitario della Regione Calabria la liquidità necessaria allo svolgimento delle predette attività finalizzate anche al tempestivo pagamento dei debiti commerciali, nei confronti degli enti del servizio sanitario della Regione Calabria di cui all'articolo 19 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalla Regione Calabria agli enti del proprio servizio sanitario regionale effettuati prima della data di entrata in vigore della legge*

di conversione del presente decreto non producono effetti dalla suddetta data e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesorieri, i quali possono disporre, per il pagamento dei debiti, delle somme agli stessi trasferite durante il suddetto periodo. Le disposizioni della presente lettera si applicano fino al 31 dicembre 2025”;

- l'articolo 16-septies, comma 2 lettera c) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146 convertito con modificazioni dalla Legge n. 251/ 2021, dispone, che *“la Guardia di finanza, nell'ambito delle proprie funzioni, collabora con le unità operative semplici e complesse deputate al monitoraggio e alla gestione del contenzioso, disponendo l'impiego di un contingente di 5 ispettori per ciascuno degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, del servizio sanitario della Regione Calabria. Le modalità operative della collaborazione sono definite nell'ambito del protocollo d'intesa previsto dall'articolo 5 del decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 dicembre 2020, n. 181”;*
- l'art. 6 comma 4 del DL 150/2020 convertito dalla Legge n. 181/2020 dispone che per la realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, al fine dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale ed aziendale in attuazione al Piano di rientro per la certificazione annuale dei bilanci delle Aziende e del bilancio consolidato regionale, è autorizzata la spesa di 15 milioni di euro per la sottoscrizione dell'accordo di programma finalizzato, ai sensi dell'art. 79 comma 1 sexies, lettera c del DL 112/2008 convertito dalla Legge n. 133/2008 a valere sulle risorse all'art. 20 della L. 67/1988 s.m.i. Con nota prot n. 433502 del 08/10/2021 è stata trasmessa la bozza di accordo di programma. Con nota del 23/03/2022, il Ministero della Salute ha richiesto ulteriori integrazioni in merito all'Accordo di Programma. La Struttura Commissariale di concerto con il Dipartimento regionale sta predisponendo l'integrazione per come richiesto.

Inoltre, in considerazione delle anzidette criticità ed in ragione dei rilievi evidenziati a tal riguardo dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, sono stati attribuiti ai Commissari Straordinari delle Aziende del SSR obiettivi di mandato generali e specifici tesi:

- a) al superamento delle criticità connesse al rispetto di tempi di pagamento, con recupero dei ritardi registrati in alcuni casi fino a 800 giorni;
- b) all'adozione - entro i termini fissati dal Giudice - dei provvedimenti di esecuzione delle sentenze emesse dagli Organi di Giustizia Amministrativa ad esito di giudizi di ottemperanza;
- c) all'implementazione della Piattaforma informatica di monitoraggio del contenzioso aziendale.

La Regione, al fine di risolvere le criticità connesse all'ingente debito pregresso delle Aziende del SSR, intende intraprendere le azioni previste dall'Accordo di programma suindicato. Attività già avviate dal mese di maggio 2022.

Il suddetto accordo, previa approvazione dei Ministeri competenti, sarà recepito con decreto commissariale che definirà le modalità organizzative ed operative, prevedendo altresì la possibilità di procedere alla centralizzazione dei pagamenti.

In particolare, le azioni che si prevede di attuare per il raggiungimento degli obiettivi di programma si configurano lungo due direttrici: a) Realizzare un intervento strutturato relativo: (i) alla ricognizione del contenzioso e gestione dello stesso; (ii) alla ricognizione e riconciliazione del debito pregresso. Le due attività sono strettamente correlate, al fine di garantire la certezza del debito e la corretta valutazione e valorizzazione dell'esposizione del rischio collegato al contenzioso. L'intervento relativo al contenzioso è rivolto alla mappatura del contenzioso all'interno delle singole aziende sanitarie, suddiviso per tipologia con gradazione del rischio ai fini della rilevazione dell'adeguatezza del fondo rischi e oneri iscritto nello Stato Patrimoniale rispetto alle

passività potenziali alle quali sono esposte le aziende sanitarie; alla gestione omogenea e ordinaria, dello stesso, attraverso la definizione di procedure e la digitalizzazione dei processi sottostanti.

L'intervento nella sua articolazione, in sintesi dovrà prevedere le seguenti macro-attività: 1) ricognizione del contenzioso nella sua interezza e delle fattispecie in essere; 2) circolarizzazione del debito pregresso con i fornitori; 3) riconciliazione del debito pregresso con la situazione debitoria delle Aziende e con i pagamenti; 4) individuazione delle singole assegnazioni giudiziarie e associazione delle stesse ai documenti contabili (fatture, parcelle, ecc.); 5) accertamento dell'avvenuto o meno pagamento del documento contabile; 6) regolarizzazione dei singoli documenti contabili con i pagamenti effettuati; 7) allineamento dei partitari con le risultanze delle procedure e con gli esiti dell'attività di ricognizione e riconciliazione del debito pregresso; 8) allineamento dei partitari fornitori dei sistemi contabili aziendali e con i saldi Co.Ge; 9) definizione delle procedure, delle regole e dei processi per la Gestione ordinaria informatizzata del Contenzioso.

Inoltre, come già previsto nel paragrafo relativo al Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci, si adotterà una procedura amministrativo contabile, che aggiorni la procedura del contenzioso approvata con DCA n. 33/2016, e che preveda un percorso relativo alla circolarizzazione del debito pregresso con i fornitori e che metta in rilievo gli aspetti relativi alla regolarizzazione contabile delle assegnazioni giudiziarie sfociate in pignoramento e pagamento forzoso.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--------------------|---------------|
| 1 | Aggiornamento procedura amministrativo contabile contenzioso e circolarizzazione del debito pregresso. | DCA | Maggio 2022 |
| 2 | Recepimento Accordo di Programma | DCA | Giugno 2022 |
| 3 | Accordo con la Guardia di Finanza ai sensi dell'articolo 16-septies, comma 2 lettera c) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146 | DCA | Luglio 2022 |
| 4 | Ricognizione del contenzioso nella sua interezza e delle fattispecie in essere | DCA | Dicembre 2022 |
| 5 | Riconciliazione del debito pregresso con la situazione debitoria delle Aziende e con i pagamenti | Report aziendali | Giugno 2023 |
| 6 | Individuazione delle singole assegnazioni giudiziarie e associazione delle stesse ai documenti contabili (fatture, parcelle, ecc.) | Report aziendali | Giugno 2023 |
| 7 | Accertamento dell'avvenuto o meno pagamento del documento contabile. | Report aziendali | Dicembre 2023 |
| 8 | Regolarizzazione dei singoli documenti contabili con i pagamenti effettuati. | Report aziendali | Aprile 2024 |
| 9 | Allineamento dei partitari con le risultanze delle procedure e con gli esiti dell'attività di ricognizione e | Delibera aziendale | Dicembre 2024 |

| | | | |
|----|---|--|---------------|
| | riconciliazione del debito pregresso | | |
| 10 | Allineamento dei partitari fornitori dei sistemi contabili aziendali e con i saldi Co.Ge | Certificazione aziendale asseverata dal Collegio Sindacale | Dicembre 2024 |
| 11 | Definizione delle procedure, delle regole e dei processi per la Gestione ordinaria informatizzata del contenzioso | Certificazione aziendale asseverata dal Collegio Sindacale | Dicembre 2024 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento economico delle Aziende – Controllo di gestione – Patrimonio”

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

Collegi Sindacali Aziende SSR (coinvolgimento quale organo di controllo)

4.2 Piattaforma Sec-Sisr relativa alla gestione del contenzioso

Stato di attuazione PO 2019/2021

Il Programma Operativo 2019 – 2021 si proponeva di costruire un modello di gestione centralizzata per garantire una gestione omogenea ed efficace del contenzioso attraverso una serie di azioni, talune delle quali avviate ed oggi a regime ed altre che necessitano di un correttivo ovvero del loro superamento all’esito della scarsa efficacia dimostrata rispetto al fine per cui erano state adottate.

In particolare:

1. Nel 2020 è stata istituita una Task Force Regionale con il supporto di Agenas per lo svolgimento delle attività centralizzate di analisi del Contenzioso del SSR.
2. Le Aziende del SSR hanno istituito i propri gruppi di lavoro per l’attività di regolarizzazione contabile delle assegnazioni giudiziarie pregresse. La costituzione dei gruppi di lavoro non ha determinato tuttavia un generale ed apprezzabile miglioramento delle criticità sopra rappresentate, attesa la persistenza della forte esposizione debitoria connessa ai ritardi dei tempi di pagamento e di esecuzione dei provvedimenti giudiziari di condanna.
3. È stato predisposto un tracciato record di mappatura del contenzioso ed avviata (comunicazione prot. n. 280910 del 3/09/2020) una specifica attività di ricognizione del debito commerciale.
4. Sono state avviate le attività di alimentazione del sistema informativo per la gestione ed il monitoraggio del contenzioso delle Aziende del SSR. Il software, già presente all’interno del SEC-SISR, rileva tutti i dati relativi ad ogni singola procedura (anno di formazione del contenzioso - descrizione – gradi - valore dichiarato o stimato - rischio soccombenza) e dei relativi atti. Il sistema informativo consente oggi il collegamento tra il gestionale contenzioso e quello dell’ufficio economico – finanziario e, in particolare, l’acquisizione nel fascicolo elettronico delle fatture.
5. È stato fatto obbligo alle aziende del SSR di procedere alla costante alimentazione del sistema informativo e avviate le attività di monitoraggio dello stato dei caricamenti.

Obiettivo

In continuità con il Programma Operativo 2019 – 2021, l’obiettivo è il contenimento del fenomeno del contenzioso, con riduzione dello stesso ed il conseguente decremento delle poste negative della gestione straordinaria e degli interessi passivi.

Azioni

Le azioni sono rivolte al contenimento, alla riduzione ed alla gestione del contenzioso e dei suoi effetti economici, dal momento della insorgenza all’esito conclusivo.

In particolare, si individuano come di seguito le azioni da porre:

- 1 Alimentazione Piattaforma Informatica Contenzioso SEC SISR;
- 2 Analisi, da parte della task force regionale, dei dati inseriti nella Piattaforma Informatica con un focus su contenziosi più critici per numerosità, maggior valore, maggiore incidenza;
- 3 Adozione di un approccio strutturato per la verifica e il monitoraggio del contenzioso e dello stato dei rischi aziendali;
- 4 Impianto sanzionatorio a carico dei Commissari Straordinari delle Aziende del SSR in caso di mancato compimento delle attività e mancato rispetto del cronoprogramma.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|----------------------------------|
| 1 | Alimentazione piattaforma informatica Contenzioso SEC SISR | Caricamento dati da parte delle Aziende | Mensile a far data da marzo 2022 |
| 2 | Analisi dei casi con un focus su quelli più critici | Report mensili task force | A far data da aprile 2022 |
| 3 | Condivisione di un approccio strutturato per la verifica e il monitoraggio del contenzioso e dello stato dei rischi aziendali | Adozione DCA Linee Guida | Giugno 2022 |
| 4 | Impianto sanzionatorio a carico dei Commissari Straordinari | Provvedimento assegnazione obiettivi di mandato specifici | Giugno 2022 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 1 “Personale e professioni del servizio sanitario regionale e sistema universitario”

Settore n. 7 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento economico delle Aziende – Controllo di gestione – Patrimonio”

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

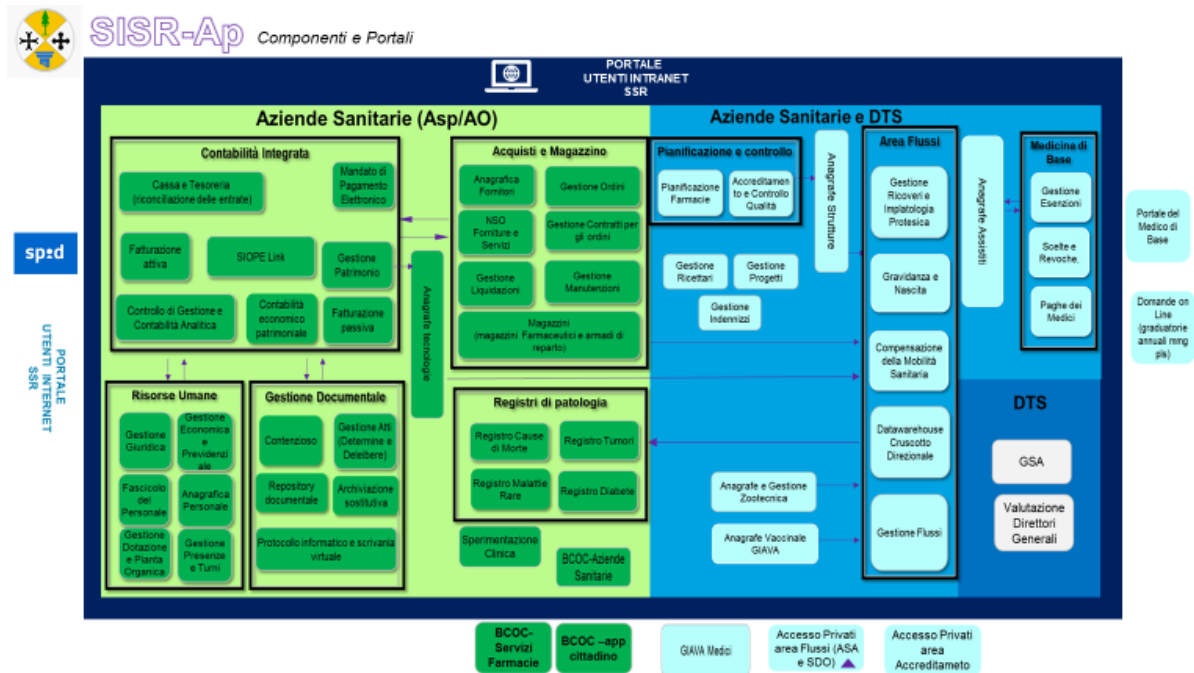
Collegi Sindacali Aziende SSR (coinvolgimento quale organo di controllo))

5. SISTEMI INFORMATIVI

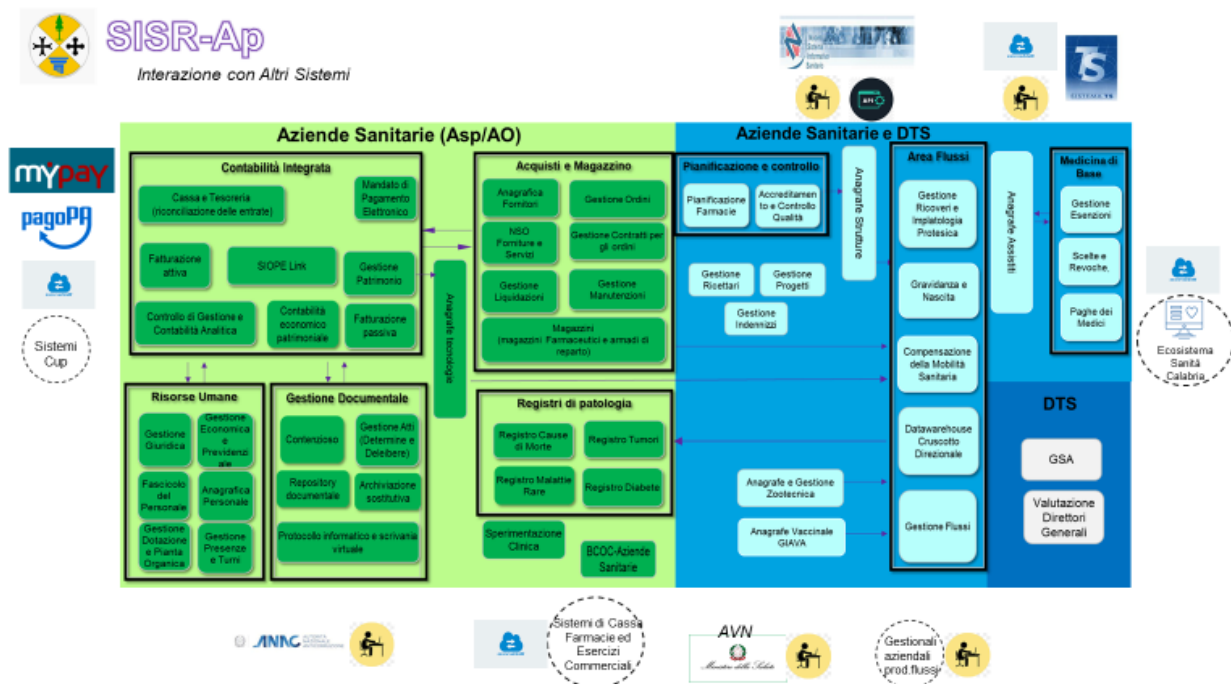
Stato di attuazione

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

Il Sistema informativo sanitario regionale (SISR) si compone di una serie di moduli sia a livello dipartimentale che aziendale. Di seguito è riportato uno schema delle componenti e portali:



Il sistema interagisce tramite web services e coopera con le principali piattaforme nazionali di riferimento:



I Programmi Operativi 2016-2018 e 2019-2021 hanno fissato obiettivi e hanno determinato azioni da portare a termine al fine di rendere l'organizzazione della Sanità Elettronica aderente ai rinnovati bisogni dell'organizzazione del SSR e per dar seguito all'adempimento di numerosi obblighi in termini di debiti informativi nei confronti del livello nazionale.

Principali risultati raggiunti:

- Avvio dell'automazione unica del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) presso tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere ad eccezione dell'AO di Reggio Calabria, in quanto utilizza un gestionale proprio efficiente per il quale sarà prevista la possibilità di trasmissione dei dati;
- Completata l'automazione dei sistemi contabili inclusa la GSA;
- Avvio dell'automazione univoca ed omogenea dei processi riferiti ad Accettazione, Dimissione e Trasferimento e dei percorsi di Gravidanza e Nascita (a presidio dei flussi SDO e della corretta valorizzazione dell'attività da ricovero), che seppur avviata già nel 2017 non risulta pienamente utilizzata in tutte le Aziende Sanitarie.
- È stata realizzata nel SEC-SISR l'automazione univoca ed omogenea della Compensazione della Mobilità Sanitaria (al fine di supportare in modo automatico la contestazione alle altre regioni, la controdeduzione delle contestazioni, il corretto addebito e l'analisi della Mobilità Regionale);
- E' stato realizzato l'Allineamento Anagrafe assistiti tramite Web Service verso SOGEI;
- È stata realizzata l'automazione univoca ed omogenea degli Esenti Ticket all'interno di un sistema di Anagrafe Sanitaria unica;
- Evoluzione del Portale del Medico di Medicina Generale;
- È stato consolidato il sistema vaccinale (GIAVA);
- In ordine all'offerta di servizi telematici di sanità digitale ai cittadini (scelte/revoche, esenzioni ticket, info sugli studi medici, ecc.) è stato realizzato un contesto di vero Ecosistema di Sistemi Informativi Sanitari cooperanti;
- Attuazione al 100% e attivazione al 100% dei FSE regionali;
- Nell'ottica di realizzare un Sistema Unico RIS/PACS e del Sistema LIS sono state avviate le gare dalla SUA ai sensi del DCA n. 42/2021.

Obiettivi

I sistemi informativi a supporto del SSR devono essere implementati con l'obiettivo di concorrere alla razionalizzazione dell'uso delle risorse organizzative, economiche, umane e materiali. Ciò va declinato nello specifico dell'attuazione del Piano di Rientro dal deficit sanitario e del miglioramento della valutazione dell'attuazione dei LEA (c.d. Nuovo Sistema di Garanzia).

Di seguito i principali obiettivi da perseguire.

- Bisogna accelerare il consolidamento dell'informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria Territoriale. A questo scopo è necessario dare piena attuazione al progetto Cure Domiciliari Integrate ed Innovative (CDI2) che ha lo scopo di mettere in rete non solo i soggetti che attualmente utilizzano il sistema SIGEMONA, ma anche gli erogatori, i pazienti, i caregiver. Il progetto CDI2 permette, inoltre, di integrare le attività effettuate attraverso lo strumento di telemedicina per come previsto nel DCA n. 49/2021 e quindi dall'adozione dei regolamenti necessari e si pone a base dell'intervento PNRR.
- Implementare i servizi di telemedicina integrati con FSE, SPID e le altre piattaforme

regionali. Nell'ambito del PNRR è previsto un investimento nazionale di circa 1 miliardo di euro per attivare la telemedicina, ed erogare servizi sanitari digitali sulla base dell'infrastruttura del FSE prevedendo una piattaforma nazionale abilitante ad accesso uniforme ai servizi che contiene i servizi abilitanti all'adozione della telemedicina (modello dati, codifiche, integrazione con piattaforme nazionali come PagoPA, SPID/CIE). La Regione Calabria mira a migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche e dunque a promuovere lo sviluppo della telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali. La Regione Calabria si attiverà dunque per la realizzazione di piattaforme e applicazioni regionali integrate di:

- televisita,
- teleconsulto,
- teleassistenza,
- telemonitoraggio

seguendo requisiti tecnici di integrazione nazionali nell'ambito delle linee guida nazionali e del PNRR in coerenza con la Piattaforma Nazionale.

- Permettere l'accesso delle Case di Cura Private al SISR per la trasmissione e la consultazione in tempo reale dei dati dei ricoveri, dei CEDAP (Certificati di Assistenza al Parto), dei flussi riguardanti Aborti Spontanei e IVG, e degli impianti endoprotesi ortopediche.
- Completare lo sviluppo dei moduli relativi all'assistenza riabilitativa e protesica.
- Permettere l'accesso delle Strutture Specialistiche Private Accreditate al modulo del SEC-SISR dedicato all'automazione dell'Attività Specialistica Privata e Pubblica al fine di avere riscontro rapido e certo a livello regionale circa i flussi informativi sulle ricette specialistiche.
- Bisogna anche dar seguito all'esperienza già realizzata sulla Compensazione della Mobilità, estendendola alla Mobilità Internazionale, atteso che la Calabria è terra di "emigrazione di ritorno" di pazienti il cui onere assistenziale deve ricadere sugli Enti Assicurativi e Sanitari dei paesi in cui hanno versato, durante la loro vita lavorativa, i contributi sanitari.
- Ormai è imprescindibile l'attuazione piena del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), assecondando gli standard in evoluzione. Bisogna garantire le attività connesse all'investimento 1.3.1 della Missione 6 Componente 2 del Piano Nazionale di Rilancio e Resilienza stanziando 1,38 miliardi di euro per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave:
 - punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;
 - base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente;
 - strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

La Regione Calabria dovrà provvedere all'Adozione e utilizzo FSE a partire dall'implementazione dei Contenuti minimi da includere nel FSE:

- Dati identificativi ed amministrativi (inclusi dati su prenotazioni, libretto sanitario, ecc)
- Dati clinici (e documenti strutturati che li contengano (dove previsti nella prima fase di attuazione) acquisiti nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura condotte dai

- professionisti sanitari sugli assistiti;
- Dati del Profilo Sanitario Sintetico (Patient Summary)
- Dati di refertazione per ogni branca
- Dati clinici derivanti da episodi di ricovero
- Dati di emergenza-urgenza (118, pronto soccorso)
- Dati provenienti da Cartelle Cliniche
- Dati del Dossier Farmaceutico
- Dati di vaccinazione
- Dati acquisiti durante campagne di screening
- Dati delle prescrizioni elettroniche, gestite da Sistema TS (tramite il SAC ed i SAR)
- Ogni altro dato clinico prodotto dai professionisti sanitari durante le attività di prevenzione, diagnosi e cura che sarà definito e standardizzato a livello nazionale in itinere
- Dati clinici e vitali acquisiti da servizi di Telemedicina
- Imaging
- Patient Generated Health Data

Gli interventi sul Fascicolo Sanitario Elettronico saranno specificamente rivolti a:

- Definire le strategie di coinvolgimento degli operatori (MMG, PLS, Farmacie) nel percorso di attivazione del fascicolo;
 - Creare le condizioni affinché il FSE possa essere alimentato in modo completo, corretto e continuativo dalle strutture che producono i documenti, gestendo in modo coordinato il percorso di adeguamento tecnico ed organizzativo delle strutture stesse;
 - Coordinare le attività di promozione e formazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari.
- La Regione Calabria ritiene indispensabile agevolare il processo di diffusione delle soluzioni di Cartella Clinica Elettronica (CCE) sul territorio (attualmente la diffusione di CCE nelle strutture sanitarie è caratterizzata da una situazione a macchia di leopardo), al fine di ottimizzare i processi di convergenza e gestione di tutti i dati clinici dei pazienti e di abilitare, oltre alle dinamiche di alimentazione del FSE, la disponibilità per la fruizione, in servizi innovativi, dei dati clinico-sanitari. L'azione della Regione Calabria sarà la definizione di modelli e soluzioni conformi e standard di CCE affinché siano, al di là dell'autonomia delle Aziende che le adottano, pienamente coerenti alla costruzione di servizi innovativi per la fruizione di dati clinico sanitari, contrapponendosi alla frammentazione e alla difformità di iniziative autonome, non rispondenti ad una logica di integrazione e condivisione dei dati per il cittadino e per gli operatori.
- La Regione Calabria si pone tra gli obiettivi principali quello di creare un laboratorio logico unico virtuale regionale (Sistema LIS unico regionale)

I benefici della razionalizzazione in un unico sistema gestionale di laboratorio si possono così sintetizzare:

- consentire, in tempi rapidi, di dare ai cittadini calabresi nuovi servizi e canali, omogenei su tutto il territorio regionale;
- alla luce della attuale situazione epidemiologica e della necessità di garantire esiti di laboratori in tempi compatibili con le esigenze di salute pubblica è fondamentale la

condivisione delle informazioni e dei servizi anche tra aziende diverse

- rimozione di possibili ostacoli di integrazioni multiple tra sistemi eterogenei ex-post
- ottimizzazione dei processi di popolamento nel formato strutturato corretto del FSE
- sfruttamento ottimale degli impianti di produzione;
- unificazione di soluzione e di processi e consolidamento delle risorse,
- possibilità di monitorare centralmente alcuni indicatori significativi della produttività del laboratorio unico logico virtuale.

Con il DCA 62/2020 la Regione Calabria ha previsto di realizzare tale obiettivo partendo da un assessment dei sistemi esistenti nelle singole aziende al fine di realizzare un LIS unico regionale propedeutico alla realizzazione di un Laboratorio Logico Unico Regionale. Si procederà alla gara per l'approvvigionamento di tecnologia e diagnostici.

Azioni

Completare l'avviamento dei Sistemi Amministrativi, Contabili e del Personale unici a livello regionale con il coinvolgimento dei settori competenti per materia.

Di seguito è riportato lo "stato dell'arte" rispetto all'utilizzo dei moduli.

DIFFUSIONE DEI MODULI - AMBITO AMMINISTRATIVO CONTABILE - PRESSO ASP/AO e DTS

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (1/6)

| Sistema | Componente | AO CS | AOU MD (CZ) | AO PC (CZ) | AO RC | ASP CZ | ASP KR | ASP RC | ASP VV | ASP CS |
|---------|---|-------|-------------|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACQ | Anagrafica fornitori | | | | | | | | | |
| ACQ | Gestione approvvigionamenti | | | | | | | | | |
| ACQ | Magazzino Farmaceutico | | | | | | | | | |
| ACQ | Magazzino economale | | | | | | | | | |
| ACQ | Gestione contratti | | | | | | | | | |
| ACQ | Gestione manutenzioni | | | | | | | | | |
| DOC | Protocollo informatico, repository documentale, archiviazione sostitutiva | | | | | | | | | |
| DOC | Gestione atti e documenti (delibere) | | | | | | | | | |
| DOC | Contenzioso | | | | | | | | | |

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Nota x AOU MD (CZ): Modulo ACQ avviato per la sola gestione dei Servizi

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (2/6)

| Sistema | Componente | AO CS | AOU MD (CZ) | AO PC (CZ) | AO RC | ASP CZ | ASP KR | ASP RC | ASP VV | ASP CS |
|---------|--------------------------------------|-------|-------------|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| HR | Anagrafica del personale | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| HR | Gestione giuridica/ economica | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| HR | Fascicolo del personale | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| HR | Gestione presenze e turni | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| HR | Gestione dotazione e pianta organica | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |
| HR | Gestione missioni | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |
| HR | Gestione concorsi e graduatorie | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |
| HR | Gestione formazione | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |
| HR | Gestione sistema Premiante | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |
| HR | Gestione pensioni | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 |

LEGENDA

- 🟡 Da avviare/non utilizzato
- 🟢 Pronto all'uso/utilizzato
- 🟢 Avvio pianificato
- 🟡 Avvio da pianificare nel medio termine
- 🟡 Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (3/6)

| Sistema | Componente | AO CS | AOU MD (CZ) | AO PC (CZ) | AO RC | ASP CZ | ASP KR | ASP RC | ASP VV | ASP CS |
|---------|---|-------|-------------|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SIC | Contabilità economico patrimoniale | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| SIC | Gestione patrimonio | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| SIC | Cassa e tesoreria | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| SIC | Mandato di pagamento elettronico | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| SIC | SIOPE Link | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| SIC | Fatturazione | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| SIC | Controllo di gestione e contabilità analitica | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟡 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| SIC | Contratti attivi | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟡 | 🟢 | 🟡 | 🟡 |
| DIR | Dir | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |
| CODE | Code | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 | 🟢 |

LEGENDA

- 🟡 Da avviare/non utilizzato
- 🟢 Pronto all'uso/utilizzato
- 🟢 Avvio pianificato
- 🟡 Avvio da pianificare nel medio termine
- 🟡 Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (4/6)

| Sistema | Componente | AO CS | AOU MD (CZ) | AO PC (CZ) | AO RC | ASP CZ | ASP KR | ASP RC | ASP VV | ASP CS |
|---------|------------------------------------|-------|-------------|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SAN | Gestione Progetti | | | | | | | | | |
| SAN | Ricettari | | | | | | | | | |
| SAN | Pianificazione Farmacie | | | | | | | | | |
| SAN | Gestione indennizzi | | | | | | | | | |
| SAN | Dispositivi medici | | | | | | | | | |
| SAN | Sperimentazione clinica | | | | | | | | | |
| SAN | Accreditamento e controllo qualità | | | | | | | | | |
| SAN | Anagrafe e gestione Zootecnica | | | | | | | | | |

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (5/6)

| Sistema | Componente | AO CS | AOU MD (CZ) | AO PC (CZ) | AO RC | ASP CZ | ASP KR | ASP RC | ASP VV | ASP CS |
|---------|---|-------|-------------|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| REP | Registro cause di morte | | | | | | | | | |
| REP | Registro tumori | | | | | | | | | |
| REP | Registro malattie rare | | | | | | | | | |
| REP | Registro Diabete | | | | | | | | | |
| ALTRE | Anagrafe Assistiti, Scelte e Revoche, Gestione Eserzioni | | | | | | | | | |
| ALTRE | Medicina di Base | | | | | | | | | |
| ALTRE | Compensazione della Mobilità Sanitaria | | | | | | | | | |
| ALTRE | Portale del Medico di Base | | | | | | | | | |
| ALTRE | Anagrafe Vaccinale Giava | | | | | | | | | |
| ALTRE | Gestione Ricoveri e Implantologia Protetica (Spalla, Ginocchio, Anca) | | | | | | | | | |
| ALTRE | Gravidanza e Nascita | | | | | | | | | |

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (6/6)

| Sistema | Componente | AO CS | AOU MD (CZ) | AO PC (CZ) | AO RC | ASP CZ | ASP KR | ASP RC | ASP VV | ASP CS |
|---------|--------------------------|-------|-------------|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| INFRA | Servizi di Utility | | | | | | | | | |
| INFRA | Conduzione Sistemi | | | | | | | | | |
| INFRA | Servizi Infrastrutturali | | | | | | | | | |
| INFRA | ESB | | | | | | | | | |
| INFRA | Front End | | | | | | | | | |
| INFRA | PEC | | | | | | | | | |
| INFRA | Centrale | | | | | | | | | |
| INFRA | Periferica | | | | | | | | | |

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Consolidare l'utilizzo degli ulteriori Sistemi Informativi dei processi di attività sanitaria:

Accreditamento e controllo di qualità;

Anagrafe e Gestione Zootecnica;

Accesso delle Case di Cura Private al SISR per Gestione Ricoveri e Gravidanza e Nascita;

Accesso delle Strutture Specialistiche Private Accreditate per i flussi delle ricette erogate;

Compensazione della Mobilità Internazionale;

Assistenza Riabilitativa;

Assistenza Protesica.

Attivare il sistema CDI2:

Avviare la sperimentazione di telemedicina.

Ampliare l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Sistema di gestione delle Dipendenze Patologiche;

Realizzare un Cruscotto Direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale

Realizzazione dei sistemi LIS e RIS-PACS regionale

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|----------------|
| 1 | Completare l'avviamento dei Sistemi Amministrativi, Contabili e del Personale unici a livello regionale | Numero sistemi completati su totale da completare | Giugno 2023 |
| 2 | Avviare gli ulteriori Sistemi Informativi di presidio dei processi di attività sanitaria | Numero di sistemi avviati su totale sistema da avviare | Giugno 2023 |
| 3.1 | Attivare il sistema CDI2 | Attivazione sistema CDI2 | Giugno 2022 |
| 3.2 | Servizi di telemedicina | Definizione strategia regionale in coerenza con pnr | Dicembre 2022 |
| 3.3 | Consolidare il sistema CDI2 | Invio dei flussi sul SIAD tramite CDI2 | Dicembre 2022 |
| 4.1 | Realizzare il sistema unico LIS regionale | Report LIS aziendali esistenti | Ottobre 2022 |
| | | Gara acquisto tecnologia e diagnostici | Dicembre 2022 |
| 4.2 | Ampliamento alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico con referti di laboratorio | Invii documenti al FSE (indicatore FSE INI) | Settembre 2023 |
| 5.1 | Realizzare il sistema unico RIS/PACS | Realizzazione del sistema | Giugno 2024 |
| 5.2 | Ampliamento alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico con diagnostica | Invii documenti al FSE (indicatore FSE INI) | Settembre 2023 |
| 6.1 | Diffusione di soluzioni di CCE conformi all'alimentazione del FSE | Definizione di modelli e soluzioni conformi e standard di CCE | Giugno 2022 |
| 6.2 | Ampliamento alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico con dati clinici-sanitari | Invii documenti al FSE (indicatore FSE INI) | Settembre 2023 |
| 7.1 | Realizzazione del sistema di gestione delle Dipendenze Patologiche | Realizzazione del sistema (collaudo) | Giugno 2023 |
| 7.2 | Realizzazione del sistema di gestione delle Dipendenze Patologiche | Invio dei flussi SIND sul NSIS | Dicembre 2023 |
| 8.1 | Realizzazione Cruscotto Direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale | Stipula contratto per la realizzazione del Cruscotto Direzionale | Dicembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--------------------------------------|-------------|
| 8.2 | Realizzazione Cruscotto Direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale | Realizzazione del sistema (collaudo) | Giugno 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina”.

Settore competenti per le materie dei sistemi da realizzare.

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

6. CONTABILITÀ ANALITICA

Stato di attuazione

Con DCA n. 1/2016 sono state adottate le Linee guida per la gestione della contabilità analitica e la costruzione del modello LA. Tali linee guida sono state recepite dalle Aziende del SSR contestualmente ad un cronoprogramma contenente le varie fasi di implementazione della Co.An.

L’implementazione della contabilità analitica, oltre a rappresentare un obiettivo previsto dal Percorso di Certificabilità dei Bilanci (vedi paragrafo dedicato nel presente P.O.), costituisce anche adempimento ministeriale (lettera N del questionario LEA).

Nell’ambito dell’attività di verifica sullo stato di implementazione della Co.An., nel mese di febbraio 2020, è stata convocata una riunione operativa presso il Dipartimento Tutela della Salute con i referenti aziendali della contabilità analitica con particolare riferimento al conseguimento degli obiettivi previsti dalla scheda Co.An., parte integrante dell’adempimento N) del questionario LEA. Particolari criticità sono state riscontrate relativamente agli obiettivi: A3 “*Quadratura Co.Ge-Co.An.*”, A4 “*Capacità di quantificare gli obiettivi interni*”, A4 “*Capacità di quantificare gli obiettivi interni*”, B1 “*Utilizzo della Co.An. anche per la compilazione del modello LA*” e B2 “*Capacità di quantificare l’attività svolta in ospedali e, in generale, fenomeni di comunanza di costi fra livelli diversi*”.

Nel mese di ottobre 2022, si procederà ad effettuare la ricognizione sullo stato di implementazione della contabilità analitica nelle Aziende del SSR.

In relazione allo stato di avanzamento della contabilità analitica (Co.An.) nelle Aziende Sanitarie e all’esigenza regionale di garantirne un livello omogeneo in tutte le Aziende, appare necessario rinforzare nel periodo 2022-2024 l’attività di implementazione dei sistemi di rilevazione della Co.An. nelle singole Aziende, tenendo conto delle esigenze informative gestionali della Regione e delle esigenze di programmazione e controllo della stessa e dei management aziendali.

A tal proposito, la Regione intende costituire un gruppo di lavoro che preveda la partecipazione di referenti aziendali con l’obiettivo di supportare le Aziende nell’implementazione della Contabilità analitica e nel conseguente raggiungimento degli obiettivi previsti dall’adempimento N del questionario LEA.

Il gruppo di lavoro, oltre a verificare l’allineamento della contabilità analitica aziendale alle linee guida regionali, dovrà occuparsi della predisposizione di strumenti di monitoraggio a disposizione delle Aziende che, al contempo, rendano omogenea l’attività di verifica a livello regionale. In particolare, anche per il tramite del supporto tecnico del Sistema Informativo regionale, si si procederà ad implementare il cruscotto gestionale che consenta la produzione di una reportistica economica e sanitaria che sia di supporto alla Direzione strategica.

Obiettivi

Nel biennio del Programma Operativo:

- le Aziende sanitarie dovranno garantire l'implementazione a sistema della contabilità analitica e di tutti i documenti contabili
- la regione con il supporto dei "sistemi informativi" provvederà all'implementazione di un cruscotto gestionale che consenta di:
 - 1) monitorare i consumi di fattori produttivi con riferimento centri di responsabilità;
 - 2) verificare il livello di utilizzo dei diversi fattori produttivi confrontando i consumi del periodo oggetto di rilevazione con quelli di periodi diversi per valutarne il trend;
 - 3) monitorare i consumi di risorse in considerazione degli obiettivi assegnati in sede di negoziazione del budget;
 - 4) valutare la coerenza delle risorse consumate in relazione al valore delle prestazioni prodotte;
 - 5) effettuare operazioni di benchmarking per confrontare i livelli di efficienza delle diverse strutture aziendali. Tale cruscotto dovrà consentire la produzione di una reportistica sanitaria, dati di attività ed economica omogenea per le Aziende del SSR.

L'implementazione della contabilità analitica in tutte le Aziende del SSR consentirà il conseguimento degli obiettivi previsti dall'adempimento N del questionario LEA.

Azioni

- 1 Costituzione gruppo di lavoro Regionale, con la partecipazione di referenti aziendali, che supporti le Aziende nell'implementazione della contabilità analitica e nell'attuazione delle azioni previste nel P.O. 2022-2024;
- 2 Verificare ed allineare la contabilità analitica aziendale alle Linee guida regionali, in termini di Piano dei Centri di Costo e Piano dei fattori Produttivi;
- 3 Predisporre apposito prospetto di riconciliazione che le Aziende sanitarie dovranno inviare a conclusione dell'esercizio, allo scopo di rilevare la coerenza delle due contabilità, Generale ed Analitica, che consenta nello stesso tempo di rilevare le squadrature e le motivazioni che le hanno generate;
- 4 Monitoraggio prospetto di riconciliazione Co.Ge-Co.An.;
- 5 Predisporre gli appositi prospetti di riconciliazione Co.Ge-Co.An., modello LA-Co.An. e modello CP-Co.An.;
- 6 Effettuare annualmente il monitoraggio dei suddetti prospetti di riconciliazione;
- 7 Implementazione di un cruscotto gestionale utile la produzione di una reportistica sanitaria, dati di attività ed economica omogenea per le Aziende del SSR;
- 8 Monitoraggio della suddetta reportistica

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|------------|--------------|
| 1 | Costituzione gruppo di lavoro Regionale, con la partecipazione di referenti aziendali, che supporti le Aziende nell'implementazione della Contabilità analitica e nell'attuazione delle azioni previste nel P.O. 2022-2023; | DCA | Ottobre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|---------------|
| 2 | Verificare ed allineare la contabilità analitica aziendale alle linee guida regionali | Piano dei CdC e Piano dei fattori produttivi a sistema uguale alle Linee guida regionali | Gennaio 2023 |
| 3 | Predisporre apposito prospetto di riconciliazione che le Aziende sanitarie dovranno inviare a conclusione dell'esercizio, allo scopo di rilevare la coerenza delle due contabilità, Generale ed Analitica, che consenta nello stesso tempo di rilevare le squadrature e le motivazioni che le hanno generate. | Prospetto di riconciliazione | Aprile 2023 |
| 4 | Monitoraggio del prospetto di riconciliazione Co.Ge.-Co.An. | n. prospetti di riconciliazioni / n. prospetti attesi | Annuale |
| 5 | Predisposizione dei prospetti di riconciliazione Co.Ge-Co.An., modello LA - Co.An. e modello CP – Co.An. | Prospetti di riconciliazione | Giugno 2023 |
| 6 | Monitoraggio dei prospetti di riconciliazione | n. prospetti di riconciliazioni / n. prospetti attesi | Annuale |
| 7 | Implementazione di un cruscotto gestionale con il supporto del tecnico del Sistema Informativo regionale che consenta la produzione di una reportistica sanitaria, dati di attività ed economica omogenea per le Aziende del SSR; | Cruscotto gestionale | Dicembre 2023 |
| 8 | Monitoraggio della suddetta reportistica | n. report richiesti / report attesi | Trimestrale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie Controllo di Gestione – Patrimonio" / Azienda Zero (L.R. 32 del 15/12/2021)

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute – telemedicina"

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Amministrativi delle ASP, AO e AOU.

Responsabili aziendali delle strutture preposte al Controllo di gestione.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il crono programma riportato costituiscono obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

7. GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI

Stato di attuazione

L'art. 20, comma 1, della legge n. 67/88 ha previsto l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti. Tale programma, proseguito a partire dal 1998 con la seconda fase di investimenti, è stato negli anni integrato con altri programmi specifici su aspetti ritenuti particolarmente importanti per il raggiungimento degli stessi obiettivi posti dall'art. 20 della legge n. 67/88, che costituisce la norma fondamentale in materia.

Risultano, inoltre, attivati o in fase di definizione, ulteriori Programmi di investimento a valere su altre linee di finanziamento.

In ambito regionale sono stati attivati i seguenti programmi di investimento:

1. Programma art. 20 legge 67/88 - prima fase (Delibera CIPE 03 agosto 1990);
2. Programma art. 20 legge 67/88 - seconda fase (Delibera CIPE n. 52/98), a valere sul quale sono stati stipulati gli Accordi di Programma del 2004, del 2007 e attivato il Programma di Potenziamento Funzionale e Innovazione Tecnologica (OPCM 3635/2007);
3. Interventi in materia di sicurezza (L. 450/97 - Delibera CIPE n. 53/98);
4. Interventi nel settore materno infantile (L. n. 34/96, art. 3 comma 4 - Delibera CIPE 06 maggio 1998);
5. Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (Legge n. 135/90);
6. Potenziamento delle strutture di radioterapia (Legge n. 488/99, art. 28 comma 12);
7. Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (Legge n. 39/99);
8. Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (Legge n. 448/98, art. 71);
9. Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (Legge n. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.);
10. Programma di adeguamento alla normativa antincendio (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013);
11. Programma di Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE 32 del 21 marzo 2018).

Sono stati, inoltre, attivati i seguenti Programmi a valere su altre linee di finanziamento:

12. Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020;
13. Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020;

Risultano, infine, in fase di definizione i seguenti ulteriori Programmi:

14. Programma di ammodernamento tecnologico ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile

2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60;

15. Programma a valere sul fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019);
16. Programma a valere sul fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, commi 14 e 24 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio 2020).
17. Programma Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
 - 17.1. M6C1-1.1 Case della comunità e presa in carico della persona;
 - 17.2. M6C1-1.2.2 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali;
 - 17.3. M6C1-1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Device;
 - 17.4. M6C1-1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale;
 - 17.5. M6C1-1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);
 - 17.6. M6C2-1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA di Livello I e II);
 - 17.7. M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie);
 - 17.8. M6.C2 1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile – PNRR;
 - 17.9. M6.C2 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile – PNC.

Lo stato di attuazione al 31/08/2022 dei Programmi di investimento avviati è sintetizzato nelle seguenti tabelle.

Programmi di Investimento Regionali - Avanzamento della Spesa al 31/08/2022

| TITOLO PROGRAMMA | IMPORTO COMPLESSIVO DEL PROGRAMMA | IMPORTO A CARICO DELLO STATO | IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE | IMPORTO A CARICO DELLE AZIENDE | PERCENTUALE FINANZIAMENTO STATALE UTILIZZATO |
|--|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Programma art. 20 L. n. 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990) | € 210.874.000,00 | € 198.491.945,85 | € 10.401.958,40 | € 1.980.095,75 | 91% |
| Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma stralcio 2004 | € 57.169.376,94 | € 54.310.908,09 | € 2.858.468,85 | € 0,00 | 71% |
| Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma integrativo 2007 | € 285.633.458,46 | € 196.187.137,74 | € 89.446.320,72 | € 0,00 | 18% |
| Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica (OPCM 3635/2007) | € 105.148.693,00 | € 99.891.258,35 | € 5.257.434,65 | € 0,00 | 87% |
| Interventi nel settore Materno Infantile, L. n. 34/96, art. 3 comma 4. (Delibera CIPE 06 maggio 1998) | € 4.071.966,10 | € 3.868.367,79 | € 203.598,31 | € 0,00 | 83% |
| Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/1990) | € 23.046.665,82 | € 23.046.665,82 | € 0,00 | € 0,00 | 55% |
| Programma specifico per l'utilizzo delle risorse legge 450/1997. Interventi urgenti settore sicurezza | € 7.686.464,49 | € 6.228.641,27 | € 327.823,22 | € 1.130.000,00 | 95% |
| Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12) | € 651.393,60 | € 618.823,92 | € 32.569,68 | € 0,00 | 100% |
| Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative - Hospice (L. n. 39/99) | € 5.711.710,59 | € 5.711.710,59 | € 0,00 | € 0,00 | 66% |
| Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n.9, art. 3-ter e | € 6.918.444,51 | € 6.572.522,28 | € 345.922,23 | € 0,00 | 67% |
| Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. art. 71, L. 448/98 | € 35.130.124,28 | € 35.130.124,28 | € 0,00 | € 0,00 | 0% |
| Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013) | € 5.441.434,99 | € 2.944.693,57 | € 154.983,87 | € 2.341.757,55 | 0% |
| Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE n. 32 del 21 marzo 2018) | € 10.000.000,00 | € 9.600.000,00 | € 400.000,00 | € 0,00 | 0% |
| Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020. | € 51.171.973,00 | € 51.171.973,00 | € 0,00 | € 0,00 | 11% |
| Piano di Azione e Coesione (PAC) 2007/13 Calabria. Programma Rete Regionale Case della Salute. | € 49.315.529,20 | € 49.315.529,20 | € 0,00 | € 0,00 | 0% |

Programmi di Investimento Regionali - Avanzamento della Spesa al 31/08/2022

| PROGRAMMA DI FINANZIAMENTO | NUMERO INTERVENTI FINANZIATI | NUMERO INTERVENTI RIFINALIZZATI | STATO DEI LAVORI | | | NOTE |
|--|------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------|--------------------|--|
| | | | IN ESERCIZIO/ULTIMATI | IN CORSO | DA AVVIARE/SOSPESI | |
| Programma art. 20 L. n. 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990) | 142 | 1 | 86/30 | 1 | 24 | Avviate con CDP e con il Ministero della Salute, le procedure per la riprogrammazione delle economie del programma. |
| Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma stralcio 2004 | 8 | 1 | 6 | 0 | 1 | L'intervento denominato "Presidio Ospedaliero di Rossano - Dipartimento di emergenza ed urgenza" è stato revocato e le relative risorse rifinalizzate per il Nuovo Ospedale della Sibaritide. |
| Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma integrativo 2007 | 4 | 0 | 0 | 3 | 1 | Relativamente al Nuovo Ospedale di Catanzaro l'ADP del 2007 è da considerarsi decaduto. |
| Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica (OPCM 3635/2007) | 14 | 0 | 9 | 5 | 0 | ---- |
| Interventi nel settore Materno Infantile, L. n. 34/96, art. 3 comma 4. (Delibera CIPE 06 maggio 1998) | 21 | 0 | 19 | 0 | 2 | La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi sospesi, sempre nell'ambito del settore materno infantile. |
| Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/1990) | 5 | 1 | 2 | 0 | 2 | La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi sospesi, sempre nell'ambito delle malattie infettive, alla luce delle sopraggiunte esigenze sanitarie connesse al COVID-19. |
| Programma specifico per l'utilizzo delle risorse legge 450/1997. Interventi urgenti settore sicurezza | 7 | 0 | 6 | 1 | 0 | ---- |
| Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | ---- |
| Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (L. n. 39/99) | 7 | 0 | 2 | ---- | ---- | Con decreto del Commissario ad acta n. 77 del 06/07/2015 e s.m.i. è stata riprogrammata la rete regionale di cure palliative e Hospice. |
| Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n.9, art. 3-ter e s.m.i. | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | ---- |
| Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. art. 71, L. 448/98 | 2 | 2 | ---- | ---- | ---- | Gli interventi originari sono stati revocati e le risorse rifinalizzate per la costruzione dei Nuovi Ospedali della Piana di Gioia Tauro e di Catanzaro |
| Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013) | 15 | 0 | 4 | 0 | 11 | ---- |
| Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE n. 32 del 21 marzo 2018) | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | ---- |
| Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020. | 46 | 0 | 2 | 0 | 44 | ---- |
| Piano di Azione e Coesione (PAC) 2007/13 Calabria. Programma Rete Regionale Case della Salute. | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | ---- |

7.1 Pianificazione pluriennale degli investimenti

Analisi e governo dei fabbisogni ed obiettivi generale

Le analisi dei fabbisogni effettuate nel corso degli ultimi anni hanno consentito di accertare che le strutture ospedaliere presenti nella Regione Calabria, anche a causa di carenze negli interventi manutentivi da parte delle Aziende, non sono in grado di assicurare una efficace risposta ai fabbisogni di salute dei cittadini, generando di conseguenza fenomeni di migrazione sanitaria, dai quali originano le maggiori criticità di ordine organizzativo e finanziario per il sistema sanitario regionale.

Si pone pertanto, l'assoluta necessità, in prosecuzione con quanto già avviato con l'Accordo di Programma del 2007, di attuare una complessiva strategia di adeguamento e potenziamento degli ospedali regionali, attraverso interventi di adeguamento/ampliamento e di nuove realizzazioni.

Nell'ambito della programmazione sanitaria pluriennale, pertanto, in continuità con le previsioni del precedente Programma Operativo, si prevedono azioni mirate a dare attuazione a quanto previsto nei principali atti programmatici adottati, con particolare riferimento al Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti, approvato con DCA n. 64/2016.

In coerenza con quanto previsto nel sopracitato Documento e in prosecuzione dell'azione di riqualificazione della rete ospedaliera già avviata con i precedenti Accordi di Programma sottoscritti, la Regione si prefigge ora l'obiettivo di migliorare ulteriormente l'offerta sanitaria dal punto di vista prestazionale, funzionale, strutturale, impiantistico e tecnologico.

L'analisi del contesto sociosanitario regionale determina la necessità di adozione di una strategia finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi generali:

- Riquilificazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. In coerenza con quanto previsto dal precedente Programma Operativo approvato con DCA n. 57/2020, nonché con quanto stabilito dal DCA n. 64/2016 in materia di riorganizzazione delle reti assistenziali ai fini dell'attuazione del DM n. 70/2015, l'obiettivo è quello di rimuovere le cause strutturali di insufficienza e inappropriata nell'erogazione dei LEA, attraverso una serie di modifiche organizzative e gestionali che assicurino un'offerta sanitaria adeguata in termini di qualità, sicurezza e innovazione tecnologica, contrastando in tal modo anche il fenomeno della mobilità passiva extraregionale.
- Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali, impiantistici e qualitativi e potenziamento tecnologico. Nel rispetto di quanto stabilito dai suddetti provvedimenti di programmazione regionale nonché dal DM n. 70/2015, l'obiettivo è quello di migliorare l'offerta sanitaria attraverso interventi finalizzati alla messa in sicurezza, alla riorganizzazione funzionale e al potenziamento della dotazione tecnologica dei presidi ospedalieri.
- Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale. La Regione Calabria è soggetta al Piano di Rientro, che rende indispensabile l'adozione di azioni finalizzate al risanamento del sistema sanitario regionale, nell'ottica della razionalizzazione dei servizi alla collettività e dell'efficace programmazione ed utilizzo delle risorse disponibili, assicurando un rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria.

La riqualificazione (anche strutturale e tecnologica) dell'offerta di servizi socio-sanitari consente un notevole miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza nell'uso delle risorse con risparmi connessi non solo alla chiusura di vecchi ospedali, con elevati costi di manutenzione e gestione, ma anche dalla realizzazione di nuove strutture che consentono, grazie alle nuove

tecnologie ed ai nuovi standard costruttivi, minori costi di gestione e manutenzione connessi anche all'efficientamento energetico, alla migliore logistica, ad una migliore integrazione ospedale-territorio e, con specifico riferimento all'assistenza ospedaliera, alla concentrazione delle risorse umane e delle infrastrutture in pochi centri di eccellenza in grado di sfruttare al meglio le dotazioni tecnologiche.

7.2 Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007

Stato di attuazione

L'Accordo di Programma integrativo del 13/12/2007 contiene le prime scelte strategiche fondamentali per il riordino della rete ospedaliera regionale, in coerenza sia con il Piano Sanitario Regionale dell'epoca (PSR 2007-2009), che con i più recenti provvedimenti di riorganizzazione delle reti come il DCA n. 64/2016.

L'Accordo ha previsto la realizzazione di 4 nuovi Ospedali Spoke: l'Ospedale di Vibo Valentia, l'Ospedale della Sibarite, l'Ospedale della Piana di Gioia Tauro e l'Ospedale di Catanzaro.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Catanzaro, con parere CALABRIA-DGPROG-373-P del 29 agosto 2012 rilasciato dai Ministeri dell'Economia e della Salute, l'Accordo è stato dichiarato decaduto. La realizzazione del nuovo Ospedale di Catanzaro è prevista nello stralcio programmatico della proposta di Accordo di Programma approvata con DCA n. 124/2019 ed in fase di istruttoria presso il Ministero della Salute.

Obiettivi

Gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso la realizzazione dei tre nuovi ospedali Spoke sono i seguenti:

- Razionalizzare l'offerta dei servizi ospedalieri, accentrandone i servizi distribuiti su più plessi, rendendola più efficiente ed in linea con gli attuali standard nazionali;
- Aumentare il livello qualitativo dell'offerta ospedaliera;
- Migliorare l'accessibilità dell'area ospedaliera;
- Riqualificare le dotazioni tecnologiche ospedaliere;
- Contenere i fenomeni di mobilità e governare le liste di attesa.

Azioni

- Progettazione definitiva ed esecutiva dei Nuovi Ospedali.
- Realizzazione delle nuove strutture ospedaliere e delle opere connesse e complementari.
- Impatto Economico

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle tre nuove strutture ospedaliere ammonta complessivamente a 464.527.050,82 € ed è così dettagliato:

| Intervento | Risorse Statali | Risorse Regionali | Risorse Private | Ulteriori risorse finanziarie regionali | Importi Totali | Note |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|-------------------------|--|
| Sibaritide | 63.375.381,91 € | 39.335.546,42 € | 14.198.035,87 € | - | 116.908.964,20 € | Importi da P.E. approvato con D.D. n. 5828 del 14/05/2019 |
| Piana di Gioia Tauro | 73.952.735,67 € | 27.000.000,00 € | 49.180.806,93 € | 8.485.539,65 € | 158.619.082,25 € | Importi da P.P. a base di gara – Finanziamento integrativo FSC |
| Vibo Valentia | 57.260.357,35 € | 66.954.255,4 € | 64.784.391,62 € | - | 188.999.003,37 € | Importi da P.D. approvato con D.D. n. 7411 del 6/07/2022 |
| TOTALE | 194.588.474,93 € | 133.289.801,82 € | 128.163.234,42 € | 8.485.539,65 € | 464.527.050,82 € | - |

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Nuovo Ospedale della Sibaritide

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|----------------------|----------------|
| 1 | Avanzamento della spesa per lavori nella realizzazione del N.O. | 25% | Dicembre 2022 |
| 2 | Avanzamento della spesa per lavori nella realizzazione del N.O. | 85% | Dicembre 2023 |
| 3 | Collaudo lavori e fornitura apparecchiature ed allestimenti | 100% | Settembre 2024 |
| 4 | Trasferimento del personale aziendale e avvio delle prestazioni all'utenza | Entrata in esercizio | Ottobre 2024 |

Nuovo Ospedale di Vibo Valentia

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|---------------|
| 1 | Completamento delle opere complementari di sistemazione idrogeologica del Fosso Calzone | Emissione certificato di collaudo | Ottobre 2022 |
| 2 | Approvazione PE Stralcio Nuovo Ospedale | Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA | Ottobre 2022 |
| 3 | Inizio lavori Nuovo Ospedale | Verbale di consegna dei lavori | Novembre 2022 |
| 4 | Approvazione PE completo Nuovo Ospedale | Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA | Gennaio 2023 |
| 5 | Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O. | 35% | Dicembre 2023 |
| 6 | Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O. | 70% | Dicembre 2024 |
| 7 | Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O. | 95% | Dicembre 2025 |

Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|---------------|
| 1 | Esecuzione campagna di indagine di caratterizzazione ambientale dell'area ospedaliera - Analisi di rischio - Conclusione Conferenza di Servizi di caratterizzazione | Provvedimento del Comune di Palmi di conclusione della CdS | Novembre 2022 |
| 2 | Approvazione del PEF aggiornato e dello schema di Contratto aggiuntivo con idoneo provvedimento | DCA | Marzo 2023 |
| 3 | Approvazione PD Nuovo Ospedale | Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA | Aprile 2023 |
| 4 | Approvazione PE Nuovo Ospedale | Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA | Ottobre 2023 |
| 5 | Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O. | 1% | Dicembre 2023 |
| 6 | Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O. | 30% | Dicembre 2024 |
| 7 | Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O. | 70% | Dicembre 2025 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021)

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.3 Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico. (Art. 6, c. 3 del D.L. n. 35/2019, convertito con modif. nella L.n. 60/2019 - Art. 3, c. 2 del D.L. n. 150/2020 convertito con modif. nella L. n. 181/2020).

L'art. 6, c. 3 del D.L. n. 35/2019, convertito con modificazioni dalla L. n. 60/2019, prevede che *"Al fine di assicurare la coerenza e la fattibilità degli interventi individuati dagli atti di programmazione previsti dalla legislazione vigente, ed, in ogni caso, nell'ambito delle risorse da questi assegnate, il Commissario ad acta predispone un Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione. Il Piano è approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute, delle infrastrutture e dei trasporti, del lavoro e delle politiche sociali. Con l'approvazione del Piano sono revocate le misure già adottate in contrasto con la nuova programmazione"*.

Il suddetto adempimento è stato ribadito dall'art. 3, c. 2 del D.L. n. 150/2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 181/2020, stabilendo che *"Il Commissario ad acta adotta, nel termine massimo di sessanta giorni, il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione, già previsto dall'articolo 6, comma 3, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60"*.

Con il Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 5 del 07/01/2020, si

è proceduto ad approvare il *“Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico”* ai sensi dell’art. 6, comma 3 del D.L. n. 35/2019, confermato anche dall’art. 3, c. 2 del D.L. n. 150/2020.

In particolare, il Piano comprende gli interventi afferenti ai seguenti Programmi:

- a) Accordo di Programma da sottoscrivere ai sensi dell’art. 5-bis del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., di importo complessivo pari a € 701.570.804,41, il cui Documento Programmatico è stato approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 124 del 20/09/2019;
- b) Programma di radioterapia oncologica nelle regioni del mezzogiorno, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 06/12/2017, di importo complessivo pari a € 10.000.000,00, adottato dal Commissario ad acta con DCA n. 5 dell’8/04/2020;
- c) Programma di ammodernamento tecnologico, ai sensi dell’art. 6, co. 5 della L. n. 60/2019, di importo complessivo pari a € 86.488.636,84, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 183 del 19/12/2019; il programma è stato successivamente rimodulato con DCA n. 141 del 06/11/2020 e definitivamente approvato con DCA n. 5 del 31/01/2022;
- d) Interventi già finanziati, non in contrasto con la programmazione regionale, il cui stato dei lavori risulta in fase di esecuzione.

Il suddetto Piano triennale è stato predisposto al fine di assicurare la coerenza e la fattibilità degli interventi individuati dagli atti di programmazione previsti dalla legislazione vigente, nell’ambito delle risorse da questi assegnate.

Il Piano, con nota prot. n. 7259 del 10/01/2020, è stato trasmesso al Ministero della Salute per l’istruttoria ai fini dell’approvazione con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

A conclusione dell’iter istruttorio, con nota prot. n. 21802 del 27/10/2021 il Ministero della Salute, nel prendere atto della definitiva documentazione trasmessa dalla Regione Calabria nota prot. n. 351860 del 06/08/2021, ha chiesto la trasmissione del Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico, aggiornato e coerente con gli atti di programmazione regionale.

Si descrivono, di seguito, i Programmi che compongono il Piano triennale straordinario.

7.3.1 Accordo di Programma da sottoscrivere

Stato di attuazione

Ai fini della stipula di un Accordo di Programma, ai sensi dell’art. 5bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i., con DCA n. 124 del 20/09/2019 è stato approvato il Documento Programmatico che costituisce il documento principale attraverso cui la Regione Calabria, previo inquadramento nella programmazione sanitaria, definisce le strategie e individua gli obiettivi generali e specifici degli investimenti che si intendono attivare.

Con il suddetto Documento, vengono individuati e definiti gli interventi strutturali e tecnologici che, in continuità con gli interventi già avviati nell’ambito dell’Accordo di Programma del 2007, contribuiscono a realizzare una rete ospedaliera e territoriale efficiente, con ospedali che rispettino la classificazione prevista e dotati di tecnologie avanzate ed adeguate.

Gli interventi previsti rientrano tutti nel complessivo quadro programmatico regionale in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, e la loro attuazione è prevista in fasi diverse.

In particolare, è stato individuato un primo stralcio attuativo costituito da n. 5 interventi, di importo complessivo pari a € 466.570.804,41:

| Primo stralcio interventi - Attuativo | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|
| Cod. int. | Intervento | Importo totale intervento (Euro) | Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro) | Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro) | Fondi Regionali (Euro) | Fondi da risorse private (PPP) (Euro) |
| ST1-AD1 | Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona | 25.000.000,00 | 23.750.000,00 | ----- | 1.250.000,00 | ----- |
| ST1-AD2 | Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme | 20.000.000,00 | 19.000.000,00 | ----- | 1.000.000,00 | ----- |
| ST1-NO3 | Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza | 375.000.000,00 | 174.705.000,00 | ----- | 9.195.000,00 | 191.100.000,00 |
| ST1-CS4 | Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza | 45.000.000,00 | 20.900.000,00 | ----- | 1.100.000,00 | 23.000.000,00 |
| ST1-PT5 | Potenziamento tecnologico del GOM di Reggio Calabria. Acquisto e installazione di un angiografo biplanare. | 1.570.804,41 | 1.492.264,19 | ----- | 78.540,22 | ----- |
| Totale primo stralcio | | 466.570.804,41 | 239.847.264,19 | 0,00 | 12.623.540,22 | 214.100.000,00 |

È altresì previsto un secondo stralcio programmatico, di importo complessivo pari a € 235.000.000,00, comprendente n. 3 interventi nella città di Catanzaro, la cui concreta attuazione è subordinata alla conclusione del processo di accorpamento tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", che richiederà la sottoscrizione di un successivo Accordo di Programma:

| Secondo stralcio interventi - Programmatico | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|
| Cod. int. | Intervento | Importo totale intervento (Euro) | Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro) | Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro) | Fondi Regionali (Euro) | Fondi da risorse private (PPP) (Euro) |
| ST2-NO6 | Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro | 170.000.000,00 | 48.555.468,37 | 17.571.984,68 | 17.072.546,95 | 86.800.000,00 |
| ST2-CS7 | Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro | 40.000.000,00 | 10.000.000,00 | ----- | 30.000.000,00 | ----- |
| ST2-AD8 | Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini | 25.000.000,00 | 10.000.000,00 | ----- | 15.000.000,00 | ----- |
| Totale secondo stralcio | | 235.000.000,00 | 68.555.468,37 | 17.571.984,68 | 62.072.546,95 | 86.800.000,00 |

Con nota prot. n. 329203 del 24/09/2019, il Documento Programmatico è stato trasmesso al Ministero della Salute per i conseguenziali adempimenti.

Nei mesi successivi è stata avviata l'istruttoria del Ministero della Salute che ha richiesto documentazione integrativa di natura tecnica ed amministrativa, già trasmessa dalla Regione.

Il Ministero della Salute, con nota prot. n. 9905 del 06/05/2022, ha chiesto l'aggiornamento del Documento Programmatico ai fini dell'avvio dell'istruttoria.

Obiettivi

Tale Programma si pone in continuità con i Programmi precedenti già attuati o in fase di attuazione

e, in coerenza con gli indirizzi della nuova programmazione sanitaria regionale, si prefigge i seguenti obiettivi:

- Realizzazione di nuove strutture ospedaliere, per far fronte alle attuali criticità di presidi esistenti, per i quali non sono tecnicamente ed economicamente sostenibili interventi di adeguamento alle norme vigenti.
- Messa in sicurezza di strutture sanitarie esistenti, prevedendo l'adeguamento impiantistico e strutturale ai requisiti richiesti dalle normative vigenti.
- Adeguamento funzionale degli spazi interni.
- Innovazione ed ammodernamento del patrimonio tecnologico.
- Potenziamento dei servizi territoriali.

Azioni

- Istruttoria da parte del Nucleo di Valutazione degli investimenti pubblici in sanità e del Ministero della Salute ed aggiornamento del Documento Programmatico.
- Pareri del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni.
- Sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte della Regione Calabria con i Ministeri competenti.
- Avvio delle progettazioni degli interventi ai fini dell'ammissione a finanziamento.
- Avvio e completamento delle procedure di gara per la fornitura di apparecchiature elettromedicali ed installazione.

Valutazione degli Investimenti

Con riferimento ai soli interventi ricompresi nello stralcio attuativo, oggetto quindi dell'Accordo attuativo da stipulare, l'impatto economico previsto per la realizzazione degli interventi previsti ammonta a € 466.570.804,41, per come sopra dettagliato.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Attività di programmazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|----------------|
| 1 | Aggiornamento Documento Programmatico | DCA approvazione | Settembre 2022 |
| 2 | Istruttoria da parte del Nucleo di Valutazione degli investimenti pubblici in sanità e del Ministero della Salute ed eventuale aggiornamento del Documento Programmatico | Parere del Nucleo di Valutazione | Dicembre 2022 |
| 3 | Istruttoria da parte del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni | Pareri del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni | Marzo 2023 |
| 4 | Sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte della Regione Calabria con i Ministeri competenti | DGR e/o DCA di recepimento dell'AdP | Luglio 2023 |
| 5 | Avvio delle progettazioni degli interventi ai fini dell'ammissione a finanziamento, previo espletamento delle relative gare | Contratti di progettazione | Marzo 2024 |

Le tempistiche indicate, nonché le tempistiche di realizzazione dei singoli interventi, sono

subordinate alla conclusione dell'attività istruttoria che il Ministero della Salute sta effettuando sul Documento Programmatico.

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021);

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.3.2 Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno

Stato di attuazione

La delibera CIPE del 21 marzo 2018, in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 06/12/2017, a valere sulle risorse residue del Programma pluriennale di interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, ha assegnato alla Regione Calabria la somma di € 9.400.000,00 (integrata con una quota aggiuntiva a carico della Regione pari a € 600.000,00), per la riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno.

Per l'utilizzo delle suddette risorse, la Regione, con il coinvolgimento delle Aziende Ospedaliere di Cosenza e di Catanzaro e del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria, sedi di centri di radioterapia oncologica, ha definito uno specifico Programma di utilizzo delle risorse assegnate.

La Regione Calabria con nota prot. n. 436008 del 21/12/2018 ha inviato al Ministero della Salute il proprio Programma di utilizzo delle risorse. Con nota del 31/03/2020, il Ministero ha comunicato l'approvazione del Programma da parte del Comitato Tecnico ministeriale, richiedendone alla Regione Calabria l'adozione e la documentazione necessaria ai fini dell'ammissione a finanziamento degli interventi in esso previsti.

Il Programma riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica della Regione Calabria è stato adottato con DCA n. 75 dell'8/04/2020.

Con decreti del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 97, 98 e 99 dell'8/07/2020, sono stati approvati i rispettivi progetti delle suddette Aziende del SSR e contestualmente è stata fatta richiesta di ammissione a finanziamento al Ministero della Salute.

Con decreti Ministeriali del 24/02/2021 i tre interventi afferenti al Programma sono stati ammessi a finanziamento.

Ai sensi delle disposizioni dettate dall'art. 3, comma 3 del D.L. 10/11/2020, n. 150, l'attuazione dei suddetti interventi è passata nella competenza del Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, che con nota prot. n. 1017181 del 30/07/2021, attraverso la sua struttura commissariale, ha richiesto alle Aziende interessate la predisposizione della documentazione tecnica necessaria per l'indizione delle specifiche procedure di gara. La suddetta documentazione tecnica è stata trasmessa dalle Aziende interessate nel mese di dicembre 2021.

Con l'entrata in vigore della legge 29 dicembre 2021 n. 233, con particolare riferimento a quanto stabilito all'art. 43-quater lettera b), la competenza dell'attuazione degli interventi in oggetto è passata al Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Calabria.

Con nota del 26/01/2022, il Commissario COVID pro-tempore, nel prendere atto di quanto stabilito dalla L. n. 233/2021, ha comunicato al Commissario ad acta per il Piano di rientro della Regione Calabria che l'approvvigionamento degli acceleratori lineari non potrà essere avviato dalla sua Struttura commissariale.

Il Commissario ad acta, pertanto, ai sensi di quanto stabilito dall'art. 43-quater lettera b) della legge 29 dicembre 2021 n. 233, avvierà tutte le iniziative necessarie ai fini dell'attuazione degli interventi afferenti al Programma di radioterapia oncologica, anche avvalendosi di INVITALIA S.p.a.

Obiettivo

Sulla base del quadro esigenziale emerso, e nei limiti delle risorse assegnate, con questo Programma si intendono acquistare tre nuovi acceleratori lineari, corredati della necessaria componentistica ai fini dell'erogazione dei trattamenti, nonché realizzare i necessari lavori edili e impiantistici ai fini dell'installazione delle apparecchiature.

In particolare, per l'AO di Cosenza è previsto la realizzazione di un nuovo bunker e l'acquisto di un Acceleratore lineare in aggiunta ai due già presenti, mentre per l'AO di Catanzaro e per il GOM di Reggio Calabria le nuove apparecchiature richieste andranno a sostituire quelle già presenti, consentendo in tal modo di abbassare l'obsolescenza media dei macchinari presenti in Regione.

L'attuazione del presente Programma, pertanto, consentirà alla Regione di dotarsi di apparecchiature di ultima generazione per:

- rispondere alle sempre più complesse esigenze cliniche in campo radioterapico (migliore efficacia clinica);
- garantire standard di sicurezza più elevati al paziente trattato (maggiore precisione per il posizionamento del paziente e per l'erogazione della dose che permette di ridurre al minimo i tempi della seduta di radioterapia e la riduzione dei volumi trattati) e contenimento delle liste di attesa e dei fenomeni di mobilità.

Azioni

- Stipula convenzione con INVITALIA ai sensi dell'art. 3, comma 3 del D.L. 150/2020, come modificato dall'art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021;
- Avvio e completamento delle procedure di gara per l'esecuzione dei lavori, fornitura ed installazione delle apparecchiature sulla base delle direttive che saranno fornite dal Commissario ad acta.
- Esecuzione dei lavori, installazione e collaudo delle apparecchiature.

Valutazione degli Investimenti

L'impatto economico per la realizzazione degli interventi previsti ammonta a complessivi € 10.000.000,00, di cui € 9.400.000,00 a carico dello Stato ed € 600.000,00 a carico della Regione Calabria, ed è così dettagliato:

| Azienda | Intervento | Fondi Statali | Fondi Regionali | Totale |
|---------------|--|-----------------------|---------------------|------------------------|
| AO CS | Fornitura e installazione acceleratore lineare presso AO "Annunziata" di Cosenza | € 3.223.867,24 | € 205.778,76 | € 3.429.646,00 |
| AO CZ | Fornitura e installazione acceleratore lineare presso AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro | € 3.371.798,80 | € 215.221,20 | € 3.587.020,00 |
| GOM RC | Fornitura e installazione acceleratore lineare presso GOM "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria | € 2.804.333,96 | € 179.000,04 | € 2.983.334,00 |
| Totale | | € 9.400.000,00 | € 600.000,00 | € 10.000.000,00 |

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Attività di programmazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|-----------------------------------|----------------|
| 1 | Avvio attività di INVITALIA quale Centrale di Committenza | Stipula convenzione | Settembre 2022 |
| 2 | Avvio e completamento delle procedure di gara per la progettazione, l'esecuzione dei lavori e la fornitura ed installazione delle apparecchiature | Stipula contratto | Maggio 2023 |
| 3 | Esecuzione dei lavori, installazione e collaudo delle apparecchiature | Collaudo lavori e apparecchiature | Settembre 2024 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021);

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.3.3 Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35)

Stato di attuazione

L'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ha previsto l'autorizzazione per la Regione Calabria della spesa di euro € 82.164.205,00 per l'ammodernamento tecnologico, in particolare per la sostituzione e il potenziamento delle tecnologie rientranti nella rilevazione del fabbisogno 2018-2020 del Ministero della Salute, sulla base dei dati trasmessi dalla Regione tra ottobre e novembre 2017, a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Definito il quadro esigenziale, di concerto con le Aziende del SSR, con DCA n. 183 del 19/12/2019 è stato approvato il Programma di ammodernamento tecnologico ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35.

Con DCA n. 141 del 06/11/2020, il Commissario ad Acta ha proceduto a modificare ed integrare il "Programma di ammodernamento tecnologico" approvato con DCA n. 183 del 19/12/2019.

La rimodulazione si è resa necessaria per effetto delle osservazioni formulate dal Ministero della Salute sul DCA n. 183/2019; dei riscontri pervenuti dalle Aziende del SSR a seguito delle richieste di chiarimenti avanzate con le comunicazioni PEC del 30/07/2020 e con le note prot. n. 309699, n. 309703, n. 309712 del 28/09/2020; del mutato quadro esigenziale del parco tecnologico delle Aziende, anche per effetto dell'emergenza COVID-19; della necessità di acquisire ulteriori apparecchiature per integrare ulteriormente le dotazioni delle Aziende del SSR.

Con DCA n. 5 del 31/01/2022 è stato definitivamente approvato il "Programma di ammodernamento tecnologico" per un importo complessivo pari a € 86.488.636,84, di cui € 82.164.205,00 quale 95 %

a carico dello Stato ed € 4.324.431,84 quale 5% a carico della Regione Calabria;

Il Programma prevede l'acquisto e l'installazione di n. 24 TAC (oltre l'aggiornamento di una esistente), n. 17 Risonanze Magnetiche (oltre l'aggiornamento di due esistenti), n. 21 Mammografi, n. 11 Angiografi, n. 2 Gamma Camera, n. 4 Gamma Camera/TAC, n. 3 PET/TAC e n. 2 Acceleratori Lineari.

| Apparecchiatura | CND | TIPO | ASP-CS | ASP-KR | ASP-CZ | ASP-VV | ASP-RC | AO-CS | AO-CZ | AO-RC | AO-MD | TOTALE |
|----------------------|-----------|---|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| TAC | Z11030603 | TAC 32 strati | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Z11030605 | TAC 64 strati | 0 | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | Z11030606 | TAC 128 strati | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| | Z11030606 | TAC 128 strati - Nativa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | Z11030607 | TAC 256 strati (Upgrade) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Z11030607 | TAC 256 strati | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| RISONANZA MAGNETICA | Z11050101 | Tomografo settoriale | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Z11050103 | Tomografo a magnete aperto >0,5 Tesla | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Z11050105 | Tomografo a magnete chiuso 0,5-3,0 T (Upgrade) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | Z11050105 | Tomografo a magnete chiuso 1,5 Tesla | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| | Z11050105 | Tomografo a magnete chiuso 3,0 Tesla | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| MAMMOGRAFO | Z11030202 | Mammografo digitale con tomosintesi | 11 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 21 |
| ANGIOGRAFO | Z11030102 | ANGIOGRAFICI E CARDIOLOGICI | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 9 |
| | Z11030103 | ANGIOGRAFI BIPLANARI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| GAMMA CAMERA | Z11020103 | SINGOLA TESTATA - "TOTAL BODY" | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Z11020105 | TESTATA MULTIPLA - "TOTAL BODY" | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| GAMMA CAMERA/TAC | Z11020201 | SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| PET - TAC | Z11020301 | SISTEMI TAC/PET | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| ACCELERATORE LINEARE | Z11010103 | ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| | | | 19 | 10 | 6 | 6 | 7 | 5 | 10 | 13 | 9 | 85 |

Il Nucleo di Valutazione degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute ha espresso il proprio parere sul Programma di ammodernamento tecnologico, con nota prot. n. 16290 del 08/08/2022.

In esito alla positiva valutazione del Programma di ammodernamento tecnologico da parte del Nucleo di Valutazione, la Regione Calabria procederà alle richieste di ammissione al finanziamento degli interventi secondo le modalità previste dall'Accordo per le procedure tra Governo, Regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

Ai sensi di quanto stabilito all'art. 43-quater lettera b) della legge 29 dicembre 2021 n. 233, l'attuazione degli interventi in oggetto è di competenza del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Calabria.

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di rinnovare e potenziare il parco delle grandi apparecchiature sanitarie delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Calabria, oramai obsolete, al fine di garantire percorsi diagnostici terapeutici più efficaci e sicuri, ridurre le liste di attesa e contenere i fenomeni di mobilità.

Azioni

Completa attuazione del Piano di ammodernamento tecnologico previsto dal D.L. n. 35/2019 dovrà avvenire attraverso le seguenti azioni:

- Predisposizione della documentazione necessaria ai fini della richiesta di ammissione a finanziamento degli interventi.
- Richiesta di ammissione a finanziamento al Ministero della Salute da parte della Regione Calabria.
- Istruttoria ed emanazione dei decreti di ammissione a finanziamento da parte del Ministero della Salute.
- Procedure di acquisto delle apparecchiature.
- Installazione e messa in esercizio delle apparecchiature.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 86.488.636,84 di cui € 82.164.205,00 quale 95% a carico dello Stato ed € 4.324.431,84 quale 5% a carico della Regione Calabria.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|---------------|
| 1 | Predisposizione della documentazione tecnica delle Aziende per la richiesta di ammissione al finanziamento al Ministero della Salute | Istanza di richiesta ammissione a finanziamento | Dicembre 2022 |
| 2 | Avvio procedure di gara per la fornitura previa istruttoria ed emanazione dei Decreti di ammissione a finanziamento da parte del Ministero della Salute | Convenzione con la centrale di committenza | Marzo 2023 |
| 3 | Stipula contratti di affidamento delle forniture | Contratti | Dicembre 2023 |
| 4 | Monitoraggio periodico dei Lavori di adeguamento edilizi ed impiantistici, installazione apparecchiatura. | Report Trimestrale | Dicembre 2024 |
| 5 | Collaudi ed entrata in esercizio | Atto di collaudo | Marzo 2025 |

Le tempistiche indicate sono subordinate alla definizione dell'iter istruttorio in corso tra Regione Calabria e Ministero della Salute.

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021);

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.4 Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020

Stato di attuazione

Il DPGR 18 del 22/10/2010, con il quale, tra l'altro, è stata approvata la riorganizzazione della Rete Ospedaliera della Regione Calabria, ha previsto la riconversione di alcuni Presidi Ospedalieri in Ospedali Distrettuali, successivamente denominati Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT) ed infine Case della Salute.

Con Decreto del Presidente di Giunta Regionale n. 135 del 21/12/2011 sono stati individuati i siti delle Case della da finanziare ai fini della riconversione.

Il progetto "Rete Regionale delle Case della Salute", inizialmente finanziato con le risorse del POR Calabria FESR 2007/2013 e poi con i fondi del Piano di Azione e Coesione – PAC 2007-2013, a seguito del parere di coerenza programmatica rilasciato dall'autorità di Gestione del POR Calabria FESR FSE 2014/2020 con nota n. 359017 del 13/08/2021, con decreto dirigenziale del Dipartimento Tutela della Salute n. 8630 del 20/08/2021, è stato ammesso nell'ambito del POR Calabria FESR FSE 2014/2020 per un importo complessivo di 48.952.332,43 euro, prevedendo la realizzazione delle Case della salute nei seguenti presidi:

ASP Cosenza

1. ex PO di San Marco Argentano: € 8.149.648,89
2. ex PO di Cariati: € 9.172.683,54

ASP Crotone

3. Piattaforma sanitaria di Mesoraca: € 5.500.000,00

ASP Catanzaro

4. ex PO di Chiaravalle: € 8.100.000,00

ASP Reggio Calabria

5. ex PO di Scilla: € 8.270.000,00
6. ex PO di Siderno: € 9.760.000,00

Per le suddette Case della Salute, in data 20/11/2017 sono state stipulate specifiche convenzioni regolanti il finanziamento tra la Regione Calabria e le Aziende Sanitarie Provinciali competenti, con scadenza al 31/12/2020.

L'attuazione degli interventi ha subito ritardi nella fase di avvio delle procedure di gara per l'affidamento delle progettazioni da parte degli uffici tecnici delle ASP interessate, per l'effettuazione delle indispensabili verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture e, da ultimo, per effetto delle disposizioni introdotte dell'art. 6, comma 1 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60, in ordine all'affidamento delle gare di importo superiore alla soglia comunitaria.

Considerati i ritardi accumulati ed al fine di accelerare la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria, tra cui anche le Case della Salute, ai sensi del dell'art. 6, c. 4 del D.L. n. 35/2019, in data 16/04/2020 è stata stipulata specifica convenzione quadro, il cui schema è stato approvato con DCA n. 75/2020, tra il Commissario ad acta per il piano di rientro e INVITALIA, attraverso la quale le Aziende del SSR possono avvalersi del supporto di INVITALIA che assume le funzioni di Centrale di Committenza sia per le procedure relative alla progettazione degli interventi che per quelle relative all'affidamento dei lavori. Alla suddetta convenzione hanno aderito tutte le Aziende del SSR.

Considerato che la Delibera di Giunta n. 216/2020 ha differito al 31/12/2021 il termine di conclusione degli interventi del Programma PAC 2007/2013 ed al fine di consentire il completamento degli interventi relativi alla realizzazione delle Case della Salute sopraindicate, con

DCA n. 35 del 24/02/2021 è stata prorogata al 31/12/2021 la scadenza delle suddette Convenzioni. Successivamente, il termine di chiusura del PAC è stato fissato al 31/12/2022.

Tenuto conto dell'esito della ricognizione effettuata sullo stato delle attività, dalla quale è emerso che i cronoprogrammi di tutti gli interventi vanno oltre il termine di chiusura del PAC 2007/2013, il Progetto "Case della Salute", come detto, è stato ammesso nell'ambito del POR Calabria FESR FSE 2014/2020.

Si precisa che le Aziende, in quanto beneficiarie del finanziamento, svolgono le funzioni di Soggetti Attuatori degli interventi cui compete, pertanto, la realizzazione delle opere.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dello stato di attuazione del Programma:

| Azienda | Casa della Salute | Stato di attuazione | Data presunta ultimazione interventi |
|---------|---------------------|---|--------------------------------------|
| ASP CS | San Marco Argentano | - Approvato il PFTE con deliberazione aziendale. - In fase di definizione, tra l'ASP di Cosenza e INVITALIA, gli atti convenzionali per lo svolgimento delle funzioni di Centrale di Committenza. | Dicembre 2025 |
| | Cariati | - Approvato il PFTE con deliberazione aziendale. - In fase di definizione, tra l'ASP di Cosenza e INVITALIA, gli atti convenzionali per lo svolgimento delle funzioni di Centrale di Committenza. | Dicembre 2025 |
| ASP KR | Mesoraca | - Approvato il progetto esecutivo con delibera Aziendale n. 192 del 16/04/2021; - Aggiudicati i lavori con delibera Aziendale n. 642 del 26/10/2021; - Lavori in corso. | Dicembre 2024 |
| ASP CZ | Chiaravalle | - Approvazione del progetto esecutivo con delibera Aziendale n. 15 del 09/01/2019; - Aggiudicazione dei lavori con provvedimento del 18/05/2021 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Lavori in corso. | Dicembre 2024 |
| ASP RC | Scilla | - Aggiudicazione dei servizi tecnici di indagine e progettazione con provvedimento n. 241930 del 04/10/2021 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Progettazione in fase di avvio. | Dicembre 2024 |
| | Siderno | - Aggiudicazione dei servizi tecnici di indagine e progettazione con provvedimento n. 243098 del 05/10/2022 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Progettazione in fase di avvio. | Dicembre 2024 |

Si rappresenta che le suddette strutture saranno parte integrante della rete delle Case della Comunità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nell'ambito della Missione 6 – Componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le progettazioni degli interventi e avviare/concludere l'esecuzione dei lavori al fine di migliorare l'integrazione Ospedale-Territorio, migliorare i LEA in termini di assistenza territoriale con conseguente riduzione di ricoveri/prestazioni inappropriate.

Azioni

- Approvazione dei progetti degli interventi da parte delle Aziende competenti.
- Esecuzione dei lavori ed installazione degli arredi e delle attrezzature.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 48.952.332,43 a valere sui fondi POR Calabria FESR FSE 2014/2020.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti in qualità di soggetti attuatori degli interventi.

7.5 Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020

Stato di attuazione

Il Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 (cd. Decreto Rilancio), convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, ha emanato una serie di misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Con riferimento agli aspetti sanitari, il provvedimento normativo ha previsto un complessivo rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, nelle sue diverse articolazioni, territoriale ed ospedaliera, sia sotto il profilo organizzativo che per quanto attiene al personale sanitario.

In particolare, l'art. 2 del DL n. 34/2020 inerente al *Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19*, ha stabilito che *"Le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica.*". Per le suddette finalità, viene resa strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva ulteriori rispetto agli attuali, in modo da garantire a ciascuna regione e provincia autonoma una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

L'art. 2 del DL n. 34/2020 ha stabilito, altresì, che le regioni e le province autonome:

- programmino una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. Inoltre, in relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% dei suddetti posti letto di terapia semi-intensiva, deve essere prevista la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio;
- provvedano, nelle strutture ospedaliere destinate al ricovero di pazienti affetti dal COVID-19, a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale, assicurando la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi;
- implementino i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19.

Con DCA n. 91 del 18/06/2020 e s.m.i, il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, ha approvato il *Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19* della Regione Calabria (approvato dal Ministero della Salute con decreto del 03/07/2020) ai sensi di quanto stabilito dall'art. 2 del DL n. 34/2020.

Il suddetto documento intende rivedere l'organizzazione della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del DL 34/2020, ed attuarne una revisione a seguito dell'emergenza da SARS-CoV-2 e per eventuali altre emergenze pandemiche che dovessero presentarsi nel tempo.

Il Piano è finalizzato a rendere strutturale la risposta al potenziale aumento della domanda di assistenza, con particolare attenzione al regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree ad alta intensità di cure, correlata all'accrescimento del numero dei soggetti contagiati e della eventuale gravità del decorso clinico, in modo da poter fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19 e, soprattutto, gli eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.

Con riferimento ai soli interventi di riordino della rete ospedaliera, il Documento approvato con DCA n. 91/2020 e s.m.i. prevede un incremento di n. 134 posti letto di terapia intensiva (n. 13 interventi), rispetto all'attuale dotazione, l'attivazione di n. 136 posti letto di terapia semintensiva (n. 12 interventi), attraverso la riconversione di posti letto in area medica, già presenti nella programmazione regionale di cui al DCA n. 64/2016. Sono, inoltre, previsti n. 18 interventi di riorganizzazione e ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza, nonché l'acquisto di n. 9 ambulanze dedicate o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti inter-ospedalieri no COVID-19.

Per la realizzazione dei suddetti interventi il D.L. 34/2020 ha assegnato alla Regione Calabria risorse complessive pari a € 51.171.973,00.

Si riporta di seguito il quadro riepilogativo degli interventi programmati:

| Interventi programmati con DCA n. 91/2020 e s.m.i. | | | | | |
|---|---|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------------|
| Aziende | Presidi Ospedalieri | Posti letto TI | Posti letto T-SI | Interventi PS | Ambulanze |
| ASP CS | Castrovillari | 8 | 8 | 1 | 3 |
| | Rossano | 6 | 10 | 1 | |
| | Corigliano | --- | --- | 1 | |
| | Paola | 4 | --- | 1 | |
| | Cetraro | --- | 8 | 1 | |
| ASP KR | Crotone | 3 | 8 | 1 | --- |
| ASP CZ | Lamezia Terme | 6 | 8 | 1 | 3 |
| | Soverato | --- | --- | 2 | |
| ASP VV | Vibo Valentia | 6 | 3 | 1 | --- |
| ASP RC | Locri | 8 | 4 | 1 | 3 |
| | Polistena | 6 | 6 | 1 | |
| | Melito Porto Salvo | --- | --- | 1 | |
| | Gioia Tauro | --- | --- | 1 | |
| AO CS | "Annunziata" - Cosenza | 34 | 28 | 2 | --- |
| AO CZ | "Pugliese" - Catanzaro | 15 | 15 | 1 | --- |
| AOU CZ | "Policlinico Universitario" - Catanzaro | 18 | 11 | --- | --- |
| GOM RC | PO "Riuniti" - Reggio Calabria | 20 | 27 | 1 | --- |
| Totale | | 134 | 136 | 18 | 9 |

L'attuazione dei suddetti interventi è di competenza del Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, ai sensi del comma 11 dell'art. 2 del DL 34/2020, nell'ambito dei poteri conferitigli dall'art. 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Con ordinanza n. 29 del 09/10/2020, il Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 ha nominato le Aziende del SSR della Regione Calabria Soggetti Attuatori dei rispettivi interventi inseriti nel Documento di cui al DCA n. 91/2020 e s.mi.i.

Il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, per il tramite della competente UOA, svolge un ruolo di coordinamento delle Aziende e di interfaccia con il Ministero della Salute e con il Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19.

In particolare, effettua il monitoraggio dello stato di attuazione delle procedure relative agli interventi in corso, che viene trasmesso al Ministero della Salute ed al Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, nonché le attività di coordinamento previste dal *Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e relativa rendicontazione delle spese*, predisposto dal Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19.

Per quanto attiene allo stato di attuazione degli interventi ricompresi nel Piano di riorganizzazione, ad oggi risultano attivati n. 4 pl di TI presso il PO di Paola (CS), n. 4 pl di TI presso il PO di Castrovillari (CS), n. 6 pl di TI presso il PO Pugliese-Ciaccio di Catanzaro (CZ), n. 6 pl di TI e n. 11 pl di TSI presso l'AOU Mater Domini di Catanzaro (CZ). Si precisa che l'AOU Mater Domini di Catanzaro ha comunicato di aver già attivato i 6 pl di TI e gli 11 pl di TSI, essendo già in possesso delle necessarie attrezzature e che, conclusa la fase di progettazione, procederà ad eseguire i lavori di adeguamento finanziati con il DCA n. 91/2020.

Risultano, inoltre, acquistate n. 3 ambulanze dall'ASP di Catanzaro e n. 3 ambulanze dall'ASP di Cosenza.

Da ultimo, si rappresenta che l'intero "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane" con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021, relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020, è stato inserito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia per la Linea di Intervento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", parte integrante della MISSIONE 6 - COMPONENTE 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale".

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le progettazioni degli interventi, avviare/concludere l'esecuzione dei lavori, completare la fornitura dei mezzi di soccorso per rendere strutturale l'offerta dei posti letto di terapia intensiva in linea con lo standard ministeriale di 0,14 pl/100.000 abitanti, dei posti letto di terapia semi-intensiva di cui almeno il 50% convertibili in posti letto di terapia intensiva, nonché assicurare la riorganizzazione e ristrutturazione dei Pronto Soccorso.

Azioni

- Approvazione dei progetti degli interventi da parte delle Aziende competenti.
- Esecuzione dei lavori ed installazione degli arredi e delle attrezzature.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 51.171.973,00 a valere sui fondi previsti dal D.L. n. 34/2020.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del SSR.

7.6 Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019).

Stato di attuazione

A valere sul fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, con DCA n. 8 del 10/01/2022 si è proceduto ad approvare il Piano di interventi di adeguamento sismico e antincendio, nonché lo schema di accordo inerente alle Modalità di erogazione del suddetto fondo, che dovrà essere sottoscritta dal Ministero della Salute e dal legale rappresentante della Regione Calabria.

Il suddetto Piano è costituito da n. 5 interventi e prevede una ripartizione del finanziamento nell'arco temporale di 11 anni (dal 2020 al 2030), per un importo complessivo pari a € 60.816.696,40.

In particolare, è previsto l'adeguamento sismico ed antincendio dei Presidi Ospedalieri di Locri, Melito Porto Salvo, Tropea e Cetraro, nonché un finanziamento finalizzato alla verifica della vulnerabilità sismica dei presidi sanitari della Regione Calabria.

Si è in attesa della sottoscrizione dell'accordo, ai sensi dell'art. 15 della L. 241/90, avente ad oggetto "Modalità di erogazione del fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145." tra Ministero della Salute e legale rappresentante della Regione.

L'attuazione del Piano consentirà l'adeguamento sismico ed antincendio di alcune strutture sanitarie che attualmente presentano rilevanti criticità, fonte di condizioni di rischio elevatissimo per il patrimonio e la sicurezza degli operatori sanitari e degli utenti, nonché la verifica di vulnerabilità sismica di molti presidi sanitari.

Si riporta di seguito il prospetto riepilogativo del Piano degli interventi:

| Titolo Intervento | Annualità finanziamento | Costo Totale |
|--|--------------------------------|------------------------|
| Adeguamento sismico ed antincendio del PO di Locri | 2021-2027 | € 19.107.850,00 |
| Adeguamento sismico ed antincendio del PO "Tiberio Evoli" di Melito Porto Salvo. | 2022-2029 | € 9.290.050,00 |
| Adeguamento sismico ed antincendio del PO di Tropea | 2023-2026 | € 7.330.920,00 |
| Adeguamento sismico ed antincendio del PO "G. Iannelli" di Cetraro | 2025-2030 | € 16.918.451,00 |
| Servizi di ingegneria strutturale per la verifica della vulnerabilità sismica degli ospedali | 2020-2021 | € 8.169.425,40 |
| | Totale | € 60.816.696,40 |

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le verifiche di vulnerabilità sismiche delle strutture interessate, le progettazioni degli interventi e avviare/concludere l'esecuzione dei lavori al fine consentire l'adeguamento/miglioramento sismico e antincendio delle

strutture oggetto di intervento compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Azioni

- Sottoscrizione dell'accordo inerente alle Modalità di erogazione del suddetto fondo, tra Ministero della Salute e dal legale rappresentante della Regione Calabria.
- Esecuzione delle verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie regionali.
- Approvazione dei progetti degli interventi ed esecuzione dei lavori da parte delle Aziende competenti compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 60.816.696,40 a valere sul fondo previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

[7.7 Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, commi 14 e 24 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 \(legge di bilancio 2020\).](#)

Stato di attuazione

A valere sul Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese, previsto nell'ambito disegno di legge di bilancio per l'anno 2020 e finalizzato ai programmi di investimento e ai progetti a carattere innovativo, ad elevata sostenibilità, anche in riferimento all'economia circolare, alla decarbonizzazione dell'economia, alla riduzione delle emissioni, al risparmio energetico e alla sostenibilità ambientale, la Regione Calabria, con il coinvolgimento delle Aziende del SSR, ha definito la propria proposta di interventi.

In particolare, sono stati individuati n. 12 interventi, per un importo complessivo di € 19.570.001,09, il cui finanziamento è previsto in un arco temporale di 15 anni (dal 2020 al 2034).

Da ultimo, con nota prot. n. 99278 del 28 febbraio 2022, la proposta di Programma definita dalla Regione Calabria è stata trasmessa al Coordinamento della Commissione Salute ai fini del successivo inserimento nello schema di Decreto Ministeriale di finanziamento.

Si riporta di seguito il prospetto riepilogativo della proposta di Piano degli interventi:

| Titolo Intervento | Annualità finanziamento | Costo Totale |
|--|-------------------------|----------------|
| Adeguamento impiantistico e tecnologico del Presidio Ospedaliero di Trebisacce | 2020-2022 | € 3.853.517,09 |
| Sostituzione gruppi frigoriferi Ospedali Riuniti di Reggio Calabria | 2022 | € 750.000,00 |
| Sostituzione infissi esterni con infissi a risparmio energetico. PO "Annunziata" di Cosenza | 2022-2023 | € 2.632.000,00 |
| Lavori di realizzazione di un cappotto termico presso il Presidio Pugliese Catanzaro | 2023-2024 | € 1.300.000,00 |
| Lavori di efficientamento energetico degli edifici C e D del Campus Universitario di Germaneto - Catanzaro. | 2024-2025 | € 1.500.000,00 |
| Sostituzione gruppi frigoriferi Ospedale Morelli di Reggio Calabria | 2025 | € 444.000,00 |
| Lavori di realizzazione di un cappotto termico presso il Padiglione Malattie Infettive e la Palazzina Poliambulatorio all'interno dell'area del PO Pugliese di Catanzaro | 2025 | € 1.200.000,00 |
| Realizzazione di interventi di efficientamento energetico nel Presidio Ospedaliero di Soverato. | 2025-2026 | € 1.500.000,00 |

| | | |
|---|-----------|------------------------|
| Interventi di efficientamento energetico presso il Poliambulatorio "Moderata Durant" di Vibo Valentia | 2026 | € 1.000.000,00 |
| Lavori di efficientamento energetico presso il Poliambulatorio di Cirò Marina (KR). | 2026-2027 | € 1.810.484,00 |
| Interventi di efficientamento energetico presso la sede centrale Palazzo ex INAM - Uffici amministrativi di Vibo Valentia. | 2027-2028 | € 1.000.000,00 |
| Intervento volto a sostenere l'attivazione e diversificazione delle fonti energetiche, all'aumento della quota di energia con fonti rinnovabili ed al risparmio energetico del PO di Locri. | 2028-2034 | € 2.580.000,00 |
| Totale | | € 19.570.001,09 |

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le progettazioni degli interventi e avviare/concludere l'esecuzione dei lavori, compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Azioni

- Sottoscrizione dell'accordo inerente alle Modalità di erogazione del suddetto fondo, tra Ministero della Salute e dal legale rappresentante della Regione Calabria.
- Approvazione dei progetti degli interventi ed esecuzione dei lavori da parte delle Aziende competenti, compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 60.816.696,40 a valere sul fondo previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.8 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LTI61/21, del 14 luglio 2021.

La Missione M6 del PNRR è dedicata al tema della Salute e stanZIA 15,63 miliardi di € per le due componenti C1 e C2 della Missione e cita l'approccio "One-Health" come riferimento per una riforma che definisca un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico:

- Componente C1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – 7 M€ di stanziamenti;
- Componente C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 8,63 M€ di stanziamenti.

7.8.1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

Il decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", pubblicato in Gazzetta Ufficiale – serie generale n. 229 del 24 settembre 2021, prevede, in

particolare, alla Missione 6 - Componente 1:

- l'Investimento 1.1 "*Casa della Comunità e presa in carico della persona*";
- l'Investimento 1.2 "*Casa come primo luogo di cura*", (Sub-Investimento 1.2.2 COT);
- l'Investimento 1.3 "*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*".

Ai fini della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi da attuare nella Regione Calabria nell'ambito del PNRR - Missione 6 - Componenti 1 e 2, con il DCA n. 59 del 24 aprile 2022, è stato approvato l'elenco degli interventi del Piano Operativo Regionale che comprende, per la Componente 1, la realizzazione di:

- n. 61 Case della Comunità
- n. 21 Centrali Operative Territoriali
- n. 5 interventi di interconnessione aziendale delle suddette Centrali Operative Territoriali
- n. 5 interventi di fornitura di device per le suddette Centrali Operative
- n. 20 Ospedali di Comunità

In data 30/05/2022 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute ed il Presidente della Regione Calabria – Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'attuazione del Piano Operativo Regionale della Calabria – PNRR – M6 Salute e, ai sensi dell'art. 3 del medesimo CIS, è stato nominato Referente Unico Regionale il Dirigente dell'Unità Organizzativa Autonoma "Investimenti sanitari" del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari".

Fabbisogno di Case della Comunità

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. È prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio di strutture sanitarie che consentano l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 84.677.262,22, quale Investimento 1.1, per la realizzazione di n° 57 Case della Comunità. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 4 Case di Comunità, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 6.000.000,00.

Le 61 Case della Comunità (CdC) previste nella regione Calabria dovranno essere dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multi professionale.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

| Ente del SSR | Numero Case della Comunità da edificare | Numero Case della Comunità da ristrutturare | Totale |
|----------------------------|---|---|-----------|
| ASP Cosenza | 4 | 18 | 22 |
| ASP Catanzaro | 1 | 10 | 11 |
| ASP Crotone | 0 | 6 | 6 |
| ASP Vibo Valentia | 0 | 5 | 5 |
| ASP Reggio Calabria | 0 | 17 | 17 |
| Totale | 5 | 56 | 61 |

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie media di circa 800mq.

Cronoprogramma

| Fase | Descrizione | Termine di esecuzione Regionale |
|------|--|---------------------------------|
| 1 | Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità | 30/06/2022 |
| 2 | Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità | 30/03/2023 |
| 3 | Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP | 30/03/2023 |
| 4 | Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità | 30/09/2023 |
| 5 | Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche | 30/03/2026 |

Fabbisogno di Centrali Operative Territoriali

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 3.288.425,00, quale Investimento 1.2.2, per la realizzazione di n° 19 Centrali Operative Territoriali, oltre ad € 1.350.357,71, per l'interconnessione aziendale delle medesime centrali nonché ulteriori € 1.837.607,58 per la fornitura di device, afferenti al medesimo Investimento. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 2 COT, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 700.000,00, comprensivi di device e interconnessione.

Le 21 Centrali Operative Territoriali (COT) costituiranno uno strumento organizzativo innovativo che svolgerà una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

| Ente del SSR | Numero Centrali Operative Territoriali da edificare | Numero Centrali Operative Territoriali da ristrutturare | Totale |
|----------------------------|---|---|-----------|
| ASP Cosenza | 0 | 7 | 7 |
| ASP Catanzaro | 2 | 2 | 4 |
| ASP Crotona | 0 | 2 | 2 |
| ASP Vibo Valentia | 0 | 2 | 2 |
| ASP Reggio Calabria | 0 | 6 | 6 |
| Totale | 2 | 19 | 21 |

Le strutture deriveranno da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie complessiva di circa 150 mq.

Cronoprogramma

| Fase | Descrizione | Termine di esecuzione Regionale |
|------|---|---------------------------------|
| 1 | Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali | 30/06/2022 |
| 2 | Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale | 30/06/2022 |
| 3 | Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali | 31/12/2022 |
| 4 | Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali | 31/12/2022 |
| 5 | Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale | 31/12/2022 |
| 6 | Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali | 30/06/2023 |
| 7 | Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale | 30/06/2023 |
| 8 | Centrali operative pienamente funzionanti | 30/03/2024 |
| 9 | Completamento interventi per interconnessione aziendale | 30/03/2024 |

Fabbisogno di Ospedali di Comunità

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti.

La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo € 37.634.338,76, quale Investimento 1.3, per la realizzazione di n° 15 Ospedali di Comunità. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta

regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 5 Ospedali di Comunità, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 12.500.000,00.

I 20 Ospedali di Comunità (OdC) saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

| Ente del SSR | Numero Ospedali di Comunità da edificare | Numero Ospedali di Comunità da ristrutturare | Totale |
|----------------------------|--|--|-----------|
| ASP Cosenza | 0 | 9 | 9 |
| ASP Catanzaro | 1 | 3 | 4 |
| ASP Crotona | 0 | 1 | 1 |
| ASP Vibo Valentia | 0 | 2 | 2 |
| ASP Reggio Calabria | 0 | 4 | 4 |
| Totale | 1 | 19 | 20 |

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie media di circa 1100 mq.

Cronoprogramma

| Fase | Descrizione | Termine di esecuzione Regionale |
|------|---|---------------------------------|
| 1 | Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità | 30/06/2022 |
| 2 | Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità | 30/03/2023 |
| 3 | Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità | 30/03/2023 |
| 4 | Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità | 30/09/2023 |
| 5 | Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche | 30/03/2026 |

7.8.2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Le misure incluse nella Componente 2 della Missione 6 consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

Si prevede:

- la sostituzione di grandi apparecchiature sanitarie;
- la digitalizzazione dei DEA di I e II livello;
- il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato);

- il miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

Il decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell’Economia e delle Finanze “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”, pubblicato in Gazzetta Ufficiale – serie generale n. 229 del 24 settembre 2021, prevede, in particolare, alla Missione 6 - Componente 2:

- l’Investimento 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, suddiviso nel Sub-investimento: 1.1.1 “*Digitalizzazione*” e nel Sub-investimento: 1.1.2 “*Grandi Apparecchiature*”;
- l’Investimento 1.2 “*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*”.

Con DCA n. 91 del 18 giugno 2020 e con DCA n.104 del 29 luglio 2020 è stato approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Calabria in emergenza COVID, prevedendo un incremento di n. 134 pl di terapia intensiva e di n. 136 pl di terapia sub-intensiva, n. 17 interventi di ristrutturazione dei percorsi nei Pronto Soccorso in 16 stabilimenti e l’acquisto di n. 9 nuove autoambulanze.

Con DCA n. 9 del 14 febbraio 2022 è stata approvata la proposta di Piano degli interventi di adeguamento/miglioramento sismico delle strutture sanitarie della Regione Calabria, costituita da n. 13 interventi, di cui n. 6 interventi finanziati a valere sulle risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e n. 7 interventi finanziati a valere sul PNC.

Con DCA n. 16 del 2 marzo 2022 è stata approvata la proposta di Piano degli interventi dell’investimento 1.1, costituito da n. 11 interventi di digitalizzazione, afferenti alla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.1 e n. 286 interventi per la fornitura e installazione di grandi apparecchiature, afferenti alla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.2.

Ai fini della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi da attuare nella Regione Calabria nell’ambito del PNRR - Missione 6 - Componenti 1 e 2, con il DCA n. 59 del 24 aprile 2022, è stato approvato l’elenco degli interventi del Piano Operativo Regionale che comprende, per la Componente 2, la realizzazione di:

- n. 11 interventi di Digitalizzazione dei DEA di I e II livello
- n. 286 interventi per la fornitura e installazione di grandi apparecchiature
- n. 6 interventi di adeguamento/miglioramento sismico di presidi (PNRR)
- n. 7 interventi di adeguamento/miglioramento sismico di presidi (PNC)
- n. 1 intervento di implementazione di 4 nuovi flussi informativi
- n. 1 intervento di organizzazione ed erogazione del corso di formazione in infezioni ospedaliere ai dipendenti del SSR

Fabbisogno per investimenti in apparecchiature elettromedicali di alta tecnologia

L’investimento consentirà di migliorare la digitalizzazione dell’assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l’erogazione di servizi di alta qualità attraverso l’ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti o fuori uso (vetustà maggiore di 5anni) con modelli tecnologicamente avanzati: TAC a 128 strati, risonanze magnetiche 1.5 T, acceleratori lineari, sistemi radiologici fissi, angiografi, gamma camere, gamma camere/TAC, PET-TAC, mammografi ed ecotomografi.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l’importo di di € 44.753.062,11, a valere sulla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.2, per la fornitura e posa in opera di n° 286 grandi apparecchiature.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione Calabria in termini di numerosità di apparecchiature, dettagliato per tipologia e per Ente del SSR è il seguente:

| ENTE del SSR | TAC | RMN | ACC. LIN. | SIST. RAD. | ANG. | G.C. | MAMM. | G.C. - TAC | PET - TAC | ECOT. | ULT. APP. | Totale |
|---------------------|----------|----------|-----------|------------|----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| ASP Cosenza | 3 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 39 | 18 | 68 |
| ASP Crotona | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 13 | 2 | 19 |
| ASP Catanzaro | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 6 | 24 |
| ASP Vibo Valentia | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 16 | 4 | 27 |
| ASP Reggio Calabria | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 36 | 7 | 49 |
| AO Cosenza | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 15 | 3 | 23 |
| AO Catanzaro | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 10 | 4 | 21 |
| AOU Catanzaro | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 4 | 16 |
| GOM Reggio Calabria | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 29 | 2 | 39 |
| Totale | 9 | 2 | 1 | 26 | 3 | 1 | 12 | 0 | 0 | 182 | 50 | 286 |

Cronoprogramma

| Fase | Descrizione | Termine di esecuzione Regionale |
|------|---|---------------------------------|
| 1 | Pubblicazione delle gare d'appalto per il rinnovo delle grandi attrezzature | 31/12/2022 |
| 2 | Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie | 31/12/2024 |

Fabbisogno per investimenti in digitalizzazione dei DEA di I e II livello

L'investimento consentirà di migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello. Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 54.573.930,99, a valere sulla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.1, per la realizzazione di n° 11 interventi di digitalizzazione.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione per Ente del SSR, per tipologia di struttura (DEA I o II livello)

e intervento di digitalizzazione è il seguente:

| ENTE del SSR | Titolo Progetto | Presidio ospedaliero | DEA I o II Livello |
|--|--|---|--------------------|
| ASP COSENZA | INFORMATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO DELLO SPOKE DI ROSSANO CORIGLIANO | P.O. CORIGLIANO /ROSSANO | DEA I |
| ASP COSENZA | INFORMATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO DELLO SPOKE DI CASTROVILLARI | P.O. PAOLA/CETRARO | DEA I |
| ASP COSENZA | INFORMATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO SPOKE PAOLA-CETRARO | P.O. CASTROVILLARI | DEA I |
| ASP CROTONE | SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO DEL PO DI CROTONE | OSPEDALE DI CROTONE | DEA I |
| ASP CATANZARO | AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO | PO LAMEZIA TERME | DEA I |
| ASP VIBO VALENTIA | IMPLEMENTAZIONE DOTAZIONE HARDWARE E SOFTWARE | P.O. VIBO VALENTIA | DEA I |
| ASP REGGIO CALABRIA | PNRR INTERVENTI FINALIZZATI ALLA DIGITALIZZAZIONE DEL DEA DI 1° LIVELLO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LOCRI (RC) | P.O. LOCRI | DEA I |
| ASP REGGIO CALABRIA | PNRR INTERVENTI FINALIZZATI ALLA DIGITALIZZAZIONE DEL DEA DI 1° LIVELLO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LOCRI (RC) | P.O. POLISTENA | DEA I |
| AO "ANNUNZIATA" COSENZA | SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO | ANNUNZIATA/S.BARBARA/MARIANO SANTO | DEA II |
| AO "PUGLIESE-CIACCIO" CATANZARO /AOU "MATER DOMINI" CATANZARO | AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO | PO "PUGLIESE" /PRESIDIO OSPEDALIERO GERMANETO E UFFICI AMMINISTRATIVI | DEA II |
| G.O.M. "BIANCHI-MELACRINO-MORELLI" REGGIO CALABRIA | SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI DEL GOM BIANCHI MELACRINO MORELLI DI REGGIO CALABRIA | P.O. G.O.M. "BIANCHI-MELACRINO-MORELLI" REGGIO CALABRIA | DEA II |

Cronoprogramma

| Fase | Descrizione | Termine di esecuzione Regionale |
|------|---|---------------------------------|
| 1 | Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali (sede di DEA di I e II livello) | 31/12/2022 |
| 2 | Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e II) | 30/09/2025 |

Fabbisogno per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento del Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari

L'investimento consentirà di potenziare la dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, con la relativa apparecchiatura di ausilio alla ventilazione, che deve essere resa strutturale (pari a un aumento di circa il 70 % del numero di posti letto preesistenti alla pandemia).

Il Ministero della Salute ha adottato con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021 il "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane", relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020.

La Regione Calabria ha dettagliato nel DCA n. 91 del 18.6. 2020 "Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 -Art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera" e nel DCA n.104 29.7.2020 "DCA n. 91 del 18 giugno 2020 avente ad oggetto:" Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 -Art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19" -Rettifica", le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento, pari ad € 51.171.973,00, per un incremento di n. 134 pl di terapia intensiva, n. 136 pl di terapia sub-intensiva, n. 17 interventi di ristrutturazione dei percorsi nei pronto soccorso in 16 stabilimenti e n. 9 nuove autoambulanze.

Cronoprogramma

| Fase | Descrizione | Termine di esecuzione Regionale |
|------|--|---------------------------------|
| 1 | 45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva | 31/12/2024 |
| 2 | 45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS ed autoambulanze | 31/12/2024 |
| 3 | 100% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva | 30/06/2026 |
| 4 | 100% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS ed autoambulanze | 30/06/2026 |

Fabbisogno per interventi di adeguamento/miglioramento sismico delle strutture sanitarie

L'investimento consentirà di adeguare alcune delle principali strutture ospedaliere regionali alle normative antisismiche. L'investimento si riferisce in particolare agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalla Regione Calabria.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria gli importi di € 24.042.738,10, per la realizzazione di n. 6 interventi finanziati a valere sulle risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e di € 54.569.791,21, per la realizzazione di n. 7 interventi finanziati a valere sul PNC.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione Calabria, in termini di numerosità di interventi, dettagliato per Ente del SSR e per stato di avanzamento del progetto è il seguente:

| ENTE del SSR | Titolo intervento (PNRR) | Interventi | |
|---|---|-------------------|--------------------------|
| | | Cat. Zona sismica | Livello progettazione |
| ASP REGGIO CALABRIA | OSPEDALE GENERALE "GIOVANNI XXIII" | 1 | STUDIO DI FATTIBILITÀ |
| GOM "BIANCHI-MELACRINO MORELLI" REGGIO CALABRIA | GOM "BIANCHI-MELACRINO MORELLI" REGGIO CALABRIA | 1 | STUDIO DI FATTIBILITÀ |
| AO "ANNUNZIATA" COSENZA | AO "ANNUNZIATA" COSENZA | 1 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO | AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO | 2 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| ASP VIBO VALENTIA | PO "JAZZOLINO" DI VIBO VALENTIA | 1 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |

| AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO | AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO | 2 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
|---------------------------------|---|-------------------|--------------------------|
| ENTE del SSR | Titolo intervento (PNC) | Interventi | |
| | | Cat. Zona sismica | Livello progettazione |
| AO "ANNUNZIATA" COSENZA | AO "ANNUNZIATA" COSENZA EDIFICIO 1939 | 1 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| AO "ANNUNZIATA" COSENZA | AO "ANNUNZIATA" COSENZA EDIFICIO MALATTIE INFETTIVE | 1 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| ASP COSENZA | PO DI S. GIOVANNI IN FIORE | 1 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| ASP CATANZARO | PO DI SOVERATO | 1 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| ASP CATANZARO | PO DI LAMEZIA TERME | 1 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| ASP COSENZA | PO DI TREBISACCE | 2 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |
| ASP COSENZA | PO DI PRAIA A MARE | 2 | PROGETTAZIONE DA AVVIARE |

Cronoprogramma

| Fase | Descrizione (Interventi PNRR) | Termine di esecuzione Regionale |
|------|---|---------------------------------|
| 1 | Pubblicazione procedure di gara per interventi antisismici | 30/03/2023 |
| 2 | Completamento degli interventi antisismici nelle strutture | 30/06/2026 |
| Fase | Descrizione (Interventi PNC) | Termine di esecuzione Regionale |
| 1 | Pubblicazione di gare d'appalto o accordo quadro per interventi antisismici da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN | 30/03/2023 |
| 2 | Sottoscrizione dei contratti da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN | 30/09/2023 |
| 3 | Avvio dei Lavori da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN | 31/12/2023 |
| 4 | Ultimazione dei lavori - Completamento degli interventi di adeguamento nel rispetto delle norme antisismiche | 30/06/2026 |

8. POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI

Il contenimento della spesa farmaceutica e la governance del farmaco rappresentano obiettivi necessari per garantire l'accesso e la sostenibilità delle cure. In tale ottica, sono state svolte in questi anni, nell'ambito dei programmi operativi che si sono succeduti, molteplici attività che hanno riguardato le aree di maggiore criticità, quali la spesa convenzionata e l'organizzazione aziendale dei processi di approvvigionamento di farmaci.

Stato di attuazione

Analizzando la spesa farmaceutica dal 2017 si osserva, sul versante della convenzionata, un trend in discesa, che porta la Regione a rientrare nel tetto stabilito per legge del 7,96% solo negli ultimi due anni. La spesa per acquisti diretti, invece, risulta costantemente al di sopra, non solo delle risorse complessive stabilite per legge (14,85%), ma anche dei valori di incidenza registrati a livello nazionale (vedi tabella sotto riportata).

Nel 2018 la Regione ha evidenziato una spesa farmaceutica convenzionata lorda di 290,2 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo, rispetto al tetto del 7,96% calcolato sul Fondo Sanitario Regionale, dello 0,07%, pari a +2,5 milioni di euro. La spesa per acquisti diretti, come definita ai sensi della Legge 232/2016, è risultata essere di 368,6 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 6,89% di 119,6 milioni di euro, pari al 3,31%.

Nel 2019 la Regione ha registrato una spesa farmaceutica convenzionata di 288,5 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 7,96% dello -0,01%, pari a 0,2 milioni di euro. Questo esiguo deficit è probabilmente attribuibile ad un aumento del FSR, dal momento che la spesa è risultata essere in linea con quella dell'anno precedente. La spesa per acquisti diretti, come definita ai sensi della Legge 232/2016 e della Legge 145/2018, è stata pari a 412,5 milioni di euro, evidenziando un disavanzo, rispetto al tetto stabilito, del 2,23% (127,4 milioni di euro) e in aumento rispetto all'anno precedente.

Dal monitoraggio AIFA riferito al periodo Gennaio-Dicembre 2020, la spesa convenzionata, calcolata al netto dei payback, è stata pari a 279.263.500 euro, con un'incidenza percentuale della spesa sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) del 7,33% e uno scostamento assoluto risulta essere di 23.885.154 euro. La Regione Calabria rappresenta la terza regione a maggiore incidenza di spesa convenzionata registrando un valore superiore a quello nazionale (6,64%).

Per l'anno 2020, la spesa per i farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche è stata di 372.069.291 euro, con un'incidenza sul FSR del 9,77%, superiore alla media nazionale del 9,02%, e uno scostamento rispetto al tetto stabilito per legge di 177.287.318 euro

Il monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica per il periodo Gennaio-Dicembre 2021, evidenzia per la Regione Calabria un valore della spesa farmaceutica convenzionata al netto del payback, pari a 279.387.841 euro, con un'incidenza percentuale della spesa sul FSR del 7,21%, superiore rispetto alla media nazionale del 6,54% e uno scostamento assoluto di 8.143.979 euro. Per il 2021 la Regione Calabria rappresenta la sesta regione a maggiore incidenza per la spesa farmaceutica convenzionata.

La Regione Calabria presenta per l'anno 2021 una spesa per farmaci ad acquisti diretti pari a 390.351.275 euro, con un'incidenza sul FSR del 10,07%, superiore rispetto alla media nazionale del 9,36%, con uno scostamento assoluto pari a 93.920.483 euro, rappresentando la nona regione a maggiore incidenza per la spesa farmaceutica per acquisti diretti.

Tabella 1. Andamento della spesa farmaceutica rispetto ai tetti stabiliti per legge

| LEA | 2017 Calabria | 2017 media Italia | 2018 Calabria | 2018 media Italia | 2019 Calabria | 2019 media Italia | 2020 Calabria | 2020 media Italia | 2021 Calabria | 2021 media Italia |
|------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
| % spesa convenzionata | 8,53% | 7,54% | 8,03% | 7,25% | 7,95% | 7,16% | 7,33% | 6,64% | 7,21% | 6,54% |
| % spesa per acquisti diretti | 9,08% | 8,37% | 10,12% | 8,84% | 10,18% | 9,08% | 9,77% | 9,02% | 10,07% | 9,36% |
| % Ossigeno | | | | | 0,36% | 0,21% | 0,31% | 0,20% | 0,32% | 0,20% |
| % totale | 17,61% | 15,90% | 18,15% | 16,09% | 18,49% | 16,45% | 17,30% | 15,80% | 17,60% | 16,10% |

Gli obiettivi, e le conseguenti azioni, del presente P.O. dovranno consentire alla Regione, il rispetto dei tetti programmati a livello nazionale, recuperando gli scostamenti marcati rispetto al valore nazionale e promuovendo l'appropriatezza prescrittiva anche al fine di ridurre la compartecipazione sui farmaci a carico dei cittadini.

Gli obiettivi programmati dipendono tuttavia in maniera imprescindibile dalla disponibilità dei dati di assistenza farmaceutica a livello regionale e locale e dalla loro qualità.

Oltre a ciò, risulta determinante colmare le carenze di organico dell'area farmaceutica a partire dalle posizioni apicali, Direttori di Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale, nonché dei Dirigenti Farmacisti e del personale di supporto, mai sostituito o implementato.

Si evidenzia infatti il problema della carenza di personale tecnico, sia nel Settore Regionale del Dipartimento, che nelle Farmacie delle Aziende del SSR. L'assenza di Farmacisti Dirigenti e di personale di supporto, mai assunto o sostituito a seguito di dimissioni o quiescenza, impatta immediatamente sulle linee di attività della farmaceutica e conseguentemente sulla spesa in ambito ospedaliero e territoriale, nonché sull'applicazione dei provvedimenti e sulle attività ordinarie di vigilanza e controllo previste dalle vigenti normative.

Azioni

In base a quanto emerso, la Regione Calabria, per gli anni 2022-2025, per quel che concerne la *governance* farmaceutica intende intraprendere le seguenti azioni:

- Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS.
- Riorganizzazione dei percorsi per gli acquisti centralizzati
- Monitoraggio della spesa farmaceutica per Acquisti Diretti
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biologici a brevetto scaduto.
- Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata.
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti.
- Aggiornamento periodico del prontuario terapeutico regionale (PTR)

8.1 Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS

Stato di attuazione

Nell'ultimo biennio la Regione ha mostrato notevoli criticità nella trasmissione dei flussi afferenti al sistema NSIS, evidenziate dalle relazioni di monitoraggio degli adempimenti LEA C.14 e C.15, relativi alla farmaceutica. L'invio dei dati relativi al flusso dei Consumi Ospedalieri e della Distribuzione Diretta risulta totalmente mancante e come tale il confronto sell in - sell out risulta difficile da attuare. La Regione stessa nelle sue relazioni ha individuato per ASP e AO l'incompletezza o addirittura la mancanza di invio dei dati.

Obiettivi

- Allineamento dei dati contenuti nel flusso della Tracciabilità con il dato della Distribuzione Diretta e del Consumo Ospedaliero.
- Sovrapposibilità del flusso della Distribuzione in Nome e Per Conto con i dati di Tessera Sanitaria.
- Analisi regionale della qualità dei dati dei flussi NSIS e dei consumi farmaceutici (Convenzionata, Diretta, Per Conto e Consumi Ospedalieri) al fine di descrivere i profili di utilizzo dei medicinali per le principali aree terapeutiche, evidenziandone lo scostamento rispetto alle raccomandazioni terapeutiche e alle linee guida regionali, nonché la variabilità esistente tra le diverse ASP.

- Riorganizzazione, potenziamento e qualificazione delle funzioni di controllo dei competenti servizi delle Aziende che dovranno armonizzare gli strumenti a disposizione per il monitoraggio delle prescrizioni e le attività di farmacovigilanza.

La criticità maggiore riguarda l'individuazione e l'analisi delle categorie di farmaci a maggior spesa e consumo, allo scopo di individuare inappropriately, sprechi e consumi notevoli.

Azioni

- Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 95% dei dati contenuti nel flusso della tracciabilità con il dato della Distribuzione Diretta e del Consumo Ospedaliero.
- Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 90% dei dati, per singola ASP, del flusso della Distribuzione in Nome e Per Conto con i dati di Tessera Sanitaria.
- Allineamento dei dati di Tessera Sanitaria alle DCR, con scostamento percentuale <0,5% sia del dato aggregato che per singola ASP.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|---------------|
| 1 | Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 95% dei dati contenuti nel flusso della Tracciabilità con il dato della Distribuzione Diretta e del Consumo Ospedaliero | Scostamento CO e DD rispetto al flusso della Tracciabilità | Novembre 2022 |
| 2 | Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 90% dei dati, per singola ASP, del flusso della Distribuzione in Nome e Per Conto con i dati di Tessera Sanitaria | Scostamento DPC rispetto a Tessera Sanitaria | Novembre 2022 |
| 3 | Allineamento dei dati di Tessera Sanitaria alle DCR, con scostamento percentuale <0,5% sia del dato aggregato che per singola ASP | Scostamento dati delle DCR rispetto a Tessera Sanitaria | Novembre 2022 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco".

Strutture regionali/aziendali a supporto

- Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale".
- Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze".
- Settore n. 7 "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".
- Settore n. 8 "Bilancio SSR – Monitoraggio dell'andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio".
- Settore n. 11 "Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari".

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.2 Riorganizzazione dei percorsi per gli acquisti centralizzati

Stato di attuazione

Il DL 150/2020 prevede che il Commissario *ad acta* provveda in via esclusiva all'espletamento delle procedure di approvvigionamento avvalendosi degli strumenti di acquisto e di negoziazione messi a disposizione da CONSIP o, previa convenzione, dalla Centrale di committenza regionale o dalle centrali di committenza di regioni limitrofe. Alcune gare sono state espletate attraverso apposite convenzioni con le Centrali di Acquisto della Regione Lazio (per i farmaci A-PHT) e Campania (farmaci H e innovativi). Sebbene queste procedure possano essere di supporto alla Regione, pongono vincoli nell'acquisto dei farmaci, non tengono conto delle necessità regionali e tendono a dilatare i tempi di approvvigionamento. Con il DCA n. 42 del 11/03/2021 (modificato e integrato dal DCA n. 85 del 27/05/2021 e DCA n. 107 del 19/10/2021), la Struttura Commissariale ha stipulato una convenzione, ex art. 3, comma 1, legge n. 181/2020, con la Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria (SUA), in virtù della quale la SUA per il periodo 2022/2025 deve provvedere all'espletamento, tra l'altro, delle procedure di gara per la fornitura di vaccini, farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche ed infusionali, nonché mezzi di contrasto per le Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali. Risulta dunque, necessario che la Regione diventi autonoma e garantisca un acquisto centralizzato per la quasi totalità dei farmaci utilizzati nelle strutture sanitarie pubbliche o erogati tramite il canale della Distribuzione in Nome e per Conto.

Allo stato attuale le procedure espletate dalla Centrale Direzione Acquisti della Regione Lazio per conto della Regione Calabria hanno garantito la copertura del 85% delle esigenze relative ai farmaci A-PHT.

Le procedure di acquisto espletate finora dalla SUA Calabria (farmaci A e H), concluse prima dell'entrata in vigore del DL 35/2019 e ancora in corso di validità, garantiscono circa l'80% delle esigenze delle Aziende del SSR, considerato che le specialità medicinali erogate in DD o acquistate per i consumi interni riguardano circa 1.000 principi attivi, 200 dei quali afferiscono a procedure espletate autonomamente dalle Aziende del SSR.

Obiettivi

Il calcolo dei fabbisogni sanitari, la comunicazione con la Stazione Unica Appaltante prima e Azienda Zero dopo, la corretta programmazione delle gare e l'espletamento delle stesse in tempi appropriati, risultano essere obiettivi prioritari. Attualmente la criticità di maggiore rilevanza è rappresentata dai tempi di avvio e conclusione delle procedure di gara in particolar modo relativamente ai farmaci di nuovo inserimento nel PTR, per i farmaci di nuova immissione in commercio con il requisito di innovatività o di innovatività condizionata e per i farmaci destinati alla cura di patologie rare. È necessario, pertanto, ottimizzare i tempi necessari all'espletamento delle procedure di gara. L'implementazione del processo permetterà di ottimizzare il tempo di acquisizione dei farmaci, anche nel caso di contratti in scadenza, e di allineare il fabbisogno regionale alle eventuali variazioni prescrittive, come il riconoscimento nuove indicazioni.

- Analisi e raccolta da parte del Settore 3 "Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie Convenzionate, Educazione all'uso consapevole del Farmaco" dei fabbisogni delle singole Aziende sanitarie regionali (ASP e AO) interfacciandosi con la SUA/Azienda Zero ai fini della predisposizione delle relative procedure di gara.
- Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei farmaci in DD e DPC.

Azioni

- Acquisti centralizzati fino al 90% nel triennio, dei farmaci e invio di un rapporto su tutte le gare, programmate ed espletate trimestralmente all'Agenzia Italiana del Farmaco, inclusive del dettaglio dei prezzi di aggiudicazione per singolo principio attivo.
- Elaborazione e invio agli organi competenti, di un report dettagliato sulle analisi dei fabbisogni trasmessi dalle Aziende con scadenza semestrale.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|---|
| 1 | Acquisti centralizzati fino al 90% nel triennio, dei farmaci e invio di un rapporto su tutte le gare, programmate ed espletate trimestralmente all'Agenzia Italiana del Farmaco, inclusive del dettaglio dei prezzi di aggiudicazione per singolo principio attivo | Percentuale dei farmaci acquistati con gara centralizzata | Giugno 2024 |
| 2 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | % acquisti centralizzati/totale gare da centralizzare | trimestrale |
| 3 | Elaborazione e invio agli organi competenti, di un report dettagliato sulle analisi dei fabbisogni trasmessi dalle Aziende con scadenza semestrale | Numero minimo di due report prodotti nell'anno | Scadenza semestrale a partire da gennaio 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Stazione Unica Appaltante – Regione Calabria.
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell'andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.3 Monitoraggio della spesa farmaceutica per Acquisti Diretti

La Legge di Bilancio 2021 (art. 1, commi 475-477, legge n. 178 del 2020) ha rimodulato, a decorrere dal 2021, i valori percentuali dei tetti della spesa, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN:

- Tetto della Spesa farmaceutica convenzionata rideterminato al 7,00% del fabbisogno sanitario nazionale.
- Tetto della Spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali rideterminato al 7,85% del fabbisogno sanitario nazionale.

Il monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica per acquisti diretti mostra per la Regione Calabria un valore della spesa, al netto dei gas medicinali, pari a 390.351.275 euro con uno scostamento assoluto pari a 93.920.483 euro un'incidenza sul FSR del 10,07%.

Il monitoraggio e il contenimento della spesa farmaceutica per acquisti diretti rappresenta dunque un obiettivo necessario nel *management* regionale e aziendale per il mantenimento dei tetti prefissati, attraverso una serie di azioni volte a ottimizzare la *governance* farmaceutica, dall'approvvigionamento alla prescrizione.

Stato di attuazione

Il controllo dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza terapeutica risultano azioni indispensabili per il contenimento della spesa farmaceutica.

L'ambito di intervento consiste:

- nell'incentivare l'uso di farmaci biosimilari, e in generale di medicinali a brevetto scaduto,
- nell'implementare il controllo dei farmaci soggetti a limitazioni prescrittive (PT, note AIFA, Registri) e dei farmaci ad alto costo e a maggior impatto economico,
- nel promuovere l'appropriatezza prescrittiva, utilizzando il sistema Tessera Sanitaria o piattaforme web dedicate come strumenti di supporto.

Altro aspetto cruciale è quello di potenziare l'attività di Distribuzione Diretta per il Primo Ciclo Terapia, mediante la fornitura di farmaci agli assistiti nel periodo immediatamente successivo alle dimissioni ospedaliere o alla visita specialistica ambulatoriale, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza terapeutica.

I farmaci biologici a brevetto scaduto rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, la Regione Calabria per il periodo 2022-2025 ha l'obiettivo di potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi, che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

Nel 2020, per i farmaci biologici a brevetto scaduto, la regione Calabria ha evidenziato scostamenti importanti del prezzo medio della molecola (originator + biosimilare) rispetto al valore medio nazionale (vedi tabella seguente). Le molecole Adalimumab, Epoietina, Etanercept, Filgrastim, Follitropina e Pegfilgrastim presentano uno scostamento percentuale superiore al 50%.

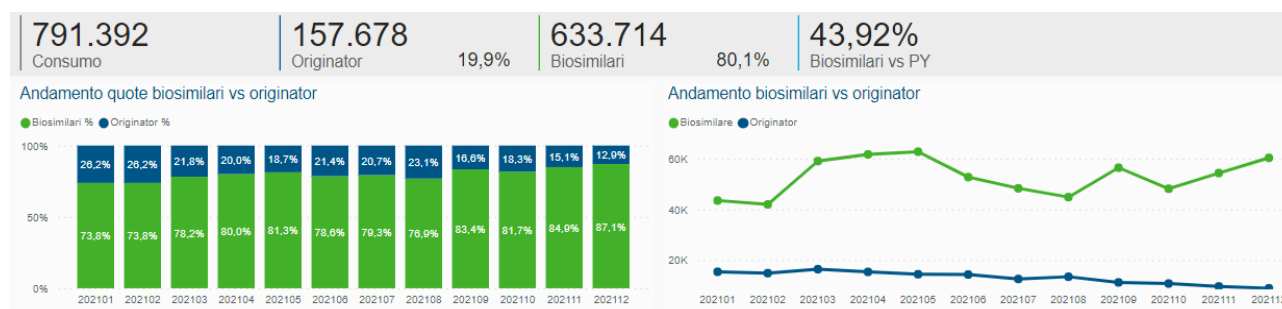
| Molecola | Prezzo medio Italia (euro) | Prezzo medio Calabria (euro) | Scostamento assoluto (euro) | Scostamento percentuale (%) |
|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Adalimumab | 244,94 | 530,79 | 285,85 | 116,70 |
| Bevacizumab | 682,44 | 655,68 | -26,76 | -3,92 |
| EBPM | 10,80 | 15,54 | 4,74 | 43,89 |
| Epoetine | 17,97 | 32,61 | 14,63 | 81,47 |
| Etanercept | 456,70 | 756,25 | 299,55 | 65,59 |
| Filgrastim | 8,16 | 21,93 | 13,76 | 168,75 |
| Follitropina | 196,19 | 307,30 | 111,11 | 56,63 |
| Infliximab | 136,49 | 181,40 | 44,92 | 32,90 |
| Insulina glargine | 36,27 | 40,99 | 4,72 | 13,01 |
| Insulina lispro | 15,89 | 21,71 | 5,82 | 36,63 |
| Pegfilgrastim | 287,29 | 453,21 | 165,92 | 57,75 |
| Rituximab ev | 502,76 | 524,77 | 22,01 | 4,38 |
| Rituximab sc | 1342,89 | 1336,49 | -6,4 | -0,48 |
| Somatropina | 148,86 | 131,93 | -16,94 | -11,37 |
| Teriparatide | 296,21 | 350,53 | 54,32 | 18,34 |
| Trastuzumab ev | 173,94 | 237,95 | 64,01 | 36,80 |
| Trastuzumab sc | 1182,01 | 1116,34 | -65,66 | -5,56 |

Confronto prezzi medi dei biosimilari della regione Calabria rispetto all'Italia e relativi scostamenti del periodo Gen-Set 2021:

| Molecola | Prezzo medio Italia (euro) | Prezzo medio Calabria (euro) | Scostamento assoluto (euro) | Scostamento percentuale (%) |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Adalimumab | 188,38 | 450,02 | 261,64 | 138,89 |
| Bevacizumab | 364,50 | 407,83 | 43,33 | 11,89 |
| EBPM | 14,11 | 18,65 | 4,54 | 32,18 |
| Epoetine | 16,54 | 25,90 | 9,36 | 56,59 |
| Etanercept | 394,54 | 748,19 | 353,65 | 89,64 |
| Filgrastim | 6,68 | 7,13 | 0,45 | 6,74 |

| Molecola | Prezzo medio Italia (euro) | Prezzo medio Calabria (euro) | Scostamento assoluto (euro) | Scostamento percentuale (%) |
|----------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Follitropina | 194,13 | 226,45 | 32,32 | 16,65 |
| Infliximab | 107,54 | 174,17 | 66,63 | 61,96 |
| Insuline fast acting | 13,39 | 21,84 | 8,45 | 63,11 |
| Insuline long acting | 34,93 | 34,91 | -0,02 | -0,06 |
| Pegfilgrastim | 170,77 | 196,79 | 26,02 | 15,24 |
| Rituximab ev | 395,96 | 522,65 | 126,69 | 32,00 |
| Rituximab sc | 1343,47 | 1341,10 | -2,37 | -0,18 |
| Somatropina | 148,26 | 122,49 | -25,77 | -17,38 |
| Teriparatide | 250,54 | 350,53 | 99,99 | 39,91 |
| Trastuzumab ev | 143,08 | 226,17 | 83,09 | 58,07 |
| Trastuzumab sc | 923,83 | 945,36 | 21,53 | 2,33 |

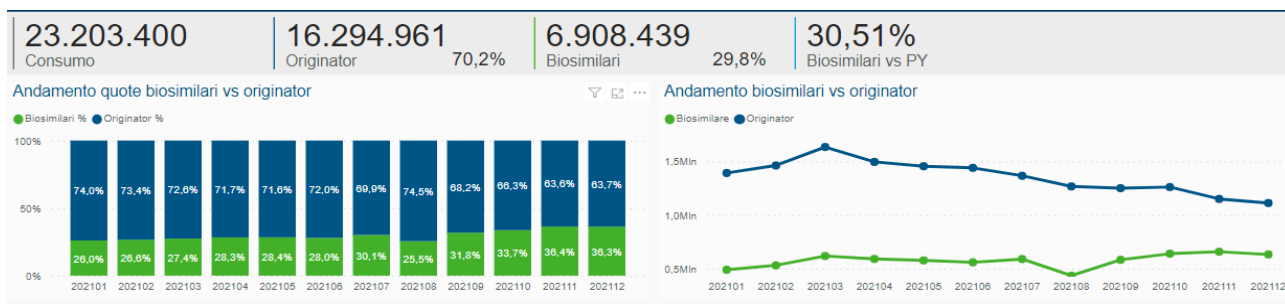
L'analisi dei consumi per l'anno 2021 dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci originator, mostra un maggiore utilizzo dei farmaci biosimilari che cresce nell'ultimo trimestre dell'anno 2021 rispetto ai primi mesi, con un consumo del biosimilare pari all'87,1% nell'ultimo mese.



REGIONE CALABRIA - analisi dei consumi UMF dei farmaci Biosimilari vs Originator Anno 2021

Nonostante l'aumentato utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci originator riscontrato nell'anno 2021, la spesa per farmaci originator risulta di gran lunga maggiore rispetto a quella dei farmaci biosimilari.

Lo scostamento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari nel corso del 2021 evidenzia la necessità di una programmazione e di un controllo degli acquisti dei biosimilari rispetto ai farmaci originator nelle Aziende, confermando il valore indispensabile delle gare centralizzate.



REGIONE CALABRIA - analisi della Spesa dei farmaci Biosimilari vs Originator Anno 2021

La promozione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari sia nell'arruolamento dei pazienti naïve che nello *switch* terapeutico per pazienti già in trattamento, andando ad intervenire in particolare in quelle Aziende dove si riscontra un maggiore utilizzo di farmaci originator, consentirebbe un risparmio di circa 9 milioni di euro, così come confermato anche dall'allineamento alla media nazionale del prezzo per confezione di tutte le molecole riportate nel report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto (*dati Rapporto AIFA – Biosimilari: Analisi della variabilità regionale dei consumi e del costo dei medicinali biologici a brevetto scaduto nel canale acquisti diretti - Dato NSIS/Tracciabilità del farmaco aggiornato a set-2021*)

| Molecola | Biosimilare : inc. % nel periodo gen-set 2021 | Biosimilare: inc. % a set 2021 | Biosimilare: prezzo medio per confezione e nel periodo gen-set 2021 | Biosimilare: prezzo medio per confezione e a set 2021 | Originator : prezzo medio per confezione e nel periodo gen-set 2021 | Originator : prezzo medio per confezione e a set 2021 | Prezzo medio della molecola (originator + biosimilare) per il periodo gen-set 2021 | Prezzo medio molecola (originator + biosimilare) a set 2021 | Stima del potenziale risparmio per il periodo gen-set 2021 |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---|---|---|---|--|---|--|
| Adalimumab | 24,9% | 25,5% | €92,12 | €84,37 | €568,48 | €568,07 | €450,02 | €444,76 | € 3.305.832 |
| Bevacizumab | 51,4% | 71,8% | €295,21 | €249,76 | €526,76 | €399,61 | €407,83 | €291,95 | € 258.948 |
| Eparine a basso peso molecolare | 50,6% | 49,4% | €18,69 | €19,81 | €18,31 | €0,00 | €18,65 | €19,81 | € 490.996 |
| Epoietine | 14,4% | 20,1% | €21,32 | €20,76 | €27,02 | €32,26 | €25,90 | €28,86 | € 1.535.312 |
| Etanercept | 24% | 30,1% | €401,18 | €404,03 | €857,78 | €860,95 | €748,19 | €723,30 | € 2.143.823 |
| Filgrastim | 95,3% | 100% | €5,41 | €5,22 | €42,07 | €0,00 | €7,13 | €5,22 | € 9.084 |
| Follitropine | 6,7% | 0% | €178,81 | €0,00 | €234,77 | €50,74 | €226,45 | €50,74 | € 98.632 |
| Infliximab ev | 63,2% | 63% | €117,88 | €119,15 | €270,68 | €270,68 | €174,17 | €175,15 | € 258.256 |
| Infliximab sc | 100% | 0% | €50,60 | €0,00 | €0,00 | €0,00 | €50,60 | €0,00 | € 0 |
| Insiline fast | 0% | 0% | €0,00 | €0,00 | €21,84 | €23,32 | €21,84 | €23,32 | € 16.817 |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------|-------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|--------------------|--|
| acting | | | | | | | | | | |
| Insiline long acting | 6,8% | 0,1% | €33,35 | €35,19 | €35,25 | €32,49 | €34,91 | €32,50 | € 0 | |
| Pegfilgrastim | 81,6% | 100% | €87,38 | €93,54 | €683,12 | €0,00 | €196,79 | €93,54 | € 28.343 | |
| Rituximab ev | 96% | 100% | €512,45 | €562,51 | €766,12 | €0,00 | €522,65 | €562,51 | € 412.640 | |
| Rituximab sc | 0% | 0% | €0,00 | €0,00 | €1341,10 | €1341,10 | €1341,10 | €1341,10 | € 0 | |
| Somatropine | 1,8% | 0% | €160,25 | €0,00 | €117,78 | €117,11 | €122,49 | €117,11 | € 0 | |
| Teriparatide | 0% | 0% | €0,00 | €0,00 | €350,53 | €0,00 | €350,53 | €0,00 | € 4.199 | |
| Trastuzumab ev | 88,5% | 90,5% | €206,80 | €206,80 | €375,40 | €336,70 | €226,17 | €219,10 | € 554.717 | |
| Trastuzumab sc | 0% | 0% | €0,00 | €0,00 | €945,36 | €834,59 | €945,36 | €834,59 | € 22.783 | |
| Totale | | | | | | | | | € 9.140.382 | |

Nel periodo Gen-Set 2021 gli scostamenti evidenziati dalla regione Calabria per alcune molecole sono migliorati ma per altre peggiorate. Di conseguenza il risparmio che la Regione potrebbe ottenere potrebbe essere superiore ai 9 milioni.

Obiettivi

La promozione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naïve, dove il medico deve indicare le motivazioni di mancato utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (*switch terapeutico*), secondo quanto indicato nel secondo *position paper* redatto dall'AIFA.

- Valutazione per singola indicazione terapeutica dell'andamento prescrittivo del biologico a brevetto scaduto rispetto ad altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica (categoria IV livello ATC o categoria omogenea). Le direzioni generali relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi percentuali di utilizzo di biosimilari, indicati dalla Regione, con verifiche almeno semestrali da effettuarsi presso la Direzione Generale Salute.
- Allineamento alla media nazionale del prezzo per confezione di tutte le molecole riportate nel report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto.
- Allineamento dei dati di consumo rispetto ai valori nazionali delle molecole inserite nel report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto.
- Definizione di percorsi per l'accesso alle terapie per pazienti affetti da patologie rare.
- Ridefinizione dei centri prescrittori: aggiornamento del DCA 164/2018 e digitalizzazione elenco centri prescrittori.
- Monitoraggio e analisi delle prescrizioni per centro prescrittore, dell'andamento dei consumi dei farmaci sottoposti a registri di monitoraggio e a note AIFA con riferimento all'appropriatezza e all'aderenza e all'applicazione del *payback* e delle attività di rimborso condizionato nelle procedure negoziali stabilite da AIFA;
- Adozione di misure di monitoraggio della prescrizione di farmaci innovativi per monitorare l'utilizzo appropriato e congruo rispetto al fondo stanziato.

- Definizione di obiettivi per i DG/Commissari volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biologici a brevetto scaduto con il miglior rapporto costo/efficacia, attraverso l'assegnazione alle singole UU.OO. di specifici obiettivi.

Azioni

- Riduzione dello scostamento del 50% dal prezzo medio Italia per le prime 5 molecole a maggiore costo per confezione, individuate dal report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto.
- Allineamento dei consumi rispetto al valore medio nazionale, espresso come numero di confezioni pro capite, per le molecole considerate.
- DCA Centri prescrittori e pubblicazione/gestione on line.
- Assegnazione, per singola Azienda pubblica del SSR, di tetti di spesa aziendali inerenti all'acquisto diretto dei medicinali nell'Ospedaliera, Distribuzione Diretta e Per Conto.
- Definizione mediante DCA dei percorsi e delle sanzioni da applicare nella verifica di prescrizioni inappropriate a carico dei medici specialisti territoriali ed ospedalieri.
- Definizione per singola Azienda SSR da parte del management Aziendale di obiettivi da assegnare alle UU.OO. per area terapeutica e reportistica di monitoraggio, tesi alla riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto delle categorie individuate.
- Revisione della governance regionale e aziendale per la prescrizione e la distribuzione di farmaci compresi nel tetto "Acquisti diretti" (Ospedaliera, DPC, Distribuzione Diretta) anche attraverso protocolli di intesa tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Provinciali per il coordinamento delle azioni, la corretta gestione del paziente nella continuità Ospedale-Territorio per garantire l'appropriatezza prescrittiva e il corretto utilizzo delle risorse;
- Monitoraggio Aziendale e Reportistica per farmaci per patologie rare.
- Aggiornamento/appropriatezza nella prescrizione dei farmaci HIV anche attraverso la revisione del PDTA.
- Assegnazione degli obiettivi ai Commissari straordinari / Direttori Generali delle aziende sanitarie.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|--|
| 1 | Riduzione dello scostamento del 50% dal prezzo medio Italia per le prime 5 molecole a maggiore costo per confezione, individuate dal report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto. | Scostamento del prezzo medio per confezione regionale rispetto al valore medio nazionale dei farmaci biologici a brevetti scaduto. | Settembre 2023 |
| 2 | Allineamento dei consumi rispetto al valore medio nazionale, espresso come n. di confezioni pro capite, per le molecole considerate. | Scostamento dei consumi dalla media nazionale dei farmaci biologici a brevetti scaduto. | Settembre 2023 |
| 3 | Aggiornamento Centri prescrittori | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Assegnazione tetti di spesa. | DCA | Dicembre 2023 a valere su gennaio 2023 |
| 5 | Definizione per singola Azienda SSR da parte del management Aziendale di obiettivi da assegnare alle UU.OO. per area terapeutica e reportistica di | Report | da gennaio 2023 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|--------------|
| | monitoraggio, tesi alla riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto delle categorie individuate. | | semestrale |
| 6 | Monitoraggio Aziendale e Reportistica per farmaci per patologie rare | Report | Trimestrale |
| 7 | Monitoraggio Distribuzione diretta – primo ciclo terapia – relazione settore competente | N farmaci erogati in Distribuzione Diretta per il primo ciclo di terapia/nr prescrizioni in dimissione o dopo visita specialistica ambulatoriale | trimestrale |
| 8 | Aggiornamento/appropriatezza nella prescrizione dei farmaci HIV | Documento | Gennaio 2023 |
| 9 | Assegnazione degli obiettivi ai DG/Commissari Straordinari | Provvedimento | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo Di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.3.1 Distribuzione in Nome e Per Conto farmaci A-PHT e Ossigenoterapia a Lungo Termine

Stato di attuazione

Nel 2020 la regione Calabria ha registrato, per la DPC, un valore di spesa pro capite pari a 49,1 euro, nettamente al di sopra del valore osservato a livello nazionale (31,4), riferibile all’elevata percentuale dei farmaci PHT erogati in DPC nella Regione (compresi farmaci ad alto costo come i fattori per la coagulazione e i farmaci A-PHT ex OSP2). Nel 2019 è stata affidata all’Ufficio DPC Regionale, la gestione del nuovo percorso operativo di erogazione dell’Ossigeno Terapia a Lungo Termine, con l’obiettivo di approvare linee guida regionali dell’OTLT e di provvedere agli aspetti

gestionali. Nel 2020 la spesa per acquisti diretti dei Gas Medicinali è stata pari a 11.923.703 euro, con un'incidenza sul FSR dello 0,31% e uno scostamento assoluto di 4.306.903 euro rispetto al tetto stabilito per legge.

| Anno | Confezioni | Differenza % | Spesa per Farmaci | Differenza % | Oneri Distributori ai | TOTALE | Differenza % |
|------|------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| 2019 | 617.170 | | € 35.380.515,36 | | € 1.430.600,06 | € 36.811.115,42 | |
| 2020 | 680.066 | 10,910% | € 36.349.530,46 | 2,739% | € 1.576.392,99 | € 37.925.923,45 | 3,028% |
| 2021 | 677.121 | -0,433% | € 34.747.989,85 | -4,406% | € 1.569.566,48 | € 36.317.556,33 | -4,241% |

Confronto primo quadrimestre 2019/2020/2021 (Fonte: piattaforma WEBDPC)

| Anno | Costo Medio a confezione | Differenza % |
|------|--------------------------|--------------|
| 2019 | € 57,33 | |
| 2020 | € 53,45 | -6,768% |
| 2021 | € 51,32 | -3,990% |

Obiettivi

- Attivazione dei PT on line al fine di assicurare un monitoraggio continuo delle prescrizioni e della spesa e soprattutto garantire l'appropriatezza prescrittiva.
- Implementazione uso equivalenti e biosimilari
- Implementazione flusso NSIS per l'erogazione dell'Ossigeno Liquido, attraverso l'utilizzo della ricetta del SSR.

Azioni

- Attivazione dei PT on line per alcune categorie di farmaci
- Aggiornamento dell'Elenco Unico Regionale dei farmaci in DPC.
- Revisione accordo con le associazioni di categorie e aggiornamento delle modalità operative.
- Implementazione uso farmaci equivalenti e biosimilari attraverso il pieno recepimento delle nuove procedure di gara.
- Rispetto del tetto di spesa, stabilito per legge (0,20%), per i Gas Medicinali.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---------------------------------|---------------|
| 1 | Attivazione dei PT on line per alcune categorie di farmaci | Nr PT on line | Dicembre 2022 |
| 2 | Aggiornamento dell'elenco unico regionale dei farmaci in DPC | Aggiornamento anagrafica WEBDPC | Dicembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|---------------|
| 3 | Implementazione uso equivalenti e biosimilari | Nr farmaci biosimilari/nr farmaci biologici Nr farmaci equivalenti/nr farmaci equivalenti e farmaci brand | Giugno 2023 |
| 4 | Revisione accordo con le associazioni di categorie e aggiornamento delle modalità operative | Recepimento nuovo accordo e nuovo regolamento operativo | Dicembre 2022 |
| 5 | Rispetto del tetto di spesa, stabilito per legge (0,20%), per i Gas Medicinali | Scostamento della spesa per Gas Medicinali rispetto al tetto dello 0,20% | Marzo 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Ufficio DPC Regionale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.4 Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

Stato di attuazione

I dati 2020, relativi alla spesa farmaceutica convenzionata, mostrano come la Regione Calabria abbia una spesa lorda di 279.778.031 euro, pari a un’incidenza sul FSR del 7,44%, nettamente superiore rispetto al valore medio registrato a livello nazionale del 6,65%. La spesa lorda pro-capite (popolazione pesata), invece, è stata pari a 15,4 euro, rispetto a un valore medio di 13,7 euro.

Pertanto, tutte le azioni che la Regione Calabria intende mettere in atto per la farmaceutica convenzionata sono volte a ricondurre la spesa pro capite lorda entro la media nazionale.

La legge di bilancio 2021 (art. 1, commi 475-477, legge n. 178 del 2020) ha rimodulato, a decorrere dal 2021, i valori percentuali dei tetti della spesa, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN:

- Tetto della Spesa farmaceutica convenzionata rideterminato al 7,00% del fabbisogno sanitario nazionale.
- Tetto della Spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali rideterminato al 7,85% del fabbisogno sanitario nazionale.

Il monitoraggio provvisorio per il periodo gennaio-ottobre 2021 per la verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,00% per la spesa farmaceutica convenzionata mostra che la Regione Calabria ha un'incidenza sul FSR del 7.32%.

Obiettivi

Per gli anni 2022-2025 la manovra di risparmio dovrà consentire il rispetto del tetto previsto per la farmaceutica convenzionata pari al 7% e il graduale avvicinamento alla media di incidenza nazionale (6.54% nei mesi gennaio-dicembre 2021) e il conseguente recupero dello scostamento, nonché la graduale riduzione della compartecipazione a carico del cittadino.

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica della regione Calabria, sarà necessario allineare i dati di spesa e consumo ai valori medi nazionali, con particolare riferimento agli antibiotici (J01) e alle classi terapeutiche a maggiore spesa. L'individuazione delle categorie terapeutiche su cui intervenire sarà possibile grazie ai report di monitoraggio dei primi 30 principi attivi della farmaceutica convenzionata, periodicamente inviati dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla Regione.

Tale reportistica verrà condivisa con i responsabili delle ASP competenti che dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni presenti.

Attraverso tale sistema la Regione Calabria potrà valutare semestralmente gli esiti delle politiche sanitarie attuate, in modo da poter assegnare a ciascuna ASP specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata.

Dai dati di spesa e consumo delle prime classi ATC4 dei farmaci erogati in regime SSN nel canale della farmaceutica convenzionata nel corso dell'anno 2021, si evidenzia uno scostamento dei consumi regionali in termini DDD rispetto alla media nazionale.

L'allineamento dei valori delle DDD alla media nazionale, per le principali categorie ATC4 che impattano sulla spesa, consentirebbe un risparmio stimato pari a circa 11 milioni di euro, mediante monitoraggio dei consumi, campagne di informazione e sensibilizzazione tramite invio di report di consumo e linee di indirizzo alle ASP, Distretti, Servizi Farmaceutici e MMG e attribuzione di specifici obiettivi ai direttori delle ASP o della territoriale.

| ATC | SPESA NETTA SSN 2021 | DDD x1000 AB. RES. DIE SELLOUT RIMB. 2021 | IPOTESI RISPARMIO |
|---|----------------------|---|-------------------|
| A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA | | | |
| CALABRIA | 21.013.399,97 € | 988,75 | 2.303.553,19 € |
| ITALIA | 540.685.351,88 € | 880,36 | |
| C09DA BLOCCANTI DEI RECETTORI ANGIOTENSINA II (ARBs) E DIURETICI | | | |

| | | | |
|--|------------------|--------|------------------------|
| CALABRIA | 7.417.574,20 € | 542,31 | 2.273.635,94 € |
| ITALIA | 159.294.339,07 € | 376,08 | |
| A10AB INSULINE ED ANALOGHI INIETTABILI AD AZIONE RAPIDA | | | |
| CALABRIA | 8.286.164,81 € | 115,14 | 2.254.783,36 € |
| ITALIA | 182.565.341,40 € | 83,81 | |
| J01DD CEFALOSPORINE DI TERZA GENERAZIONE | | | |
| CALABRIA | 4.963.526,99 € | 20,38 | 1.315.250,26 € |
| ITALIA | 88.440.565,32 € | 14,98 | |
| B01AC ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI- ESCLUSA L'EPARINA | | | |
| CALABRIA | 6.126.314,78 € | 886,32 | 1.237.145,18 € |
| ITALIA | 114.324.182,19 € | 707,33 | |
| C09CA BLOCCANTI DEI RECETTORI ANGIOTENSINA II (ARBs), NON ASSOCIATI | | | |
| CALABRIA | 7.699.123,05 € | 748,68 | 789.516,83 € |
| ITALIA | 206.432.157,25 € | 671,90 | |
| N03AX ALTRI ANTIEPILETTICI | | | |
| CALABRIA | 8.453.123,70 € | 79,81 | 626.768,04 € |
| ITALIA | 232.630.592,07 € | 73,89 | |
| C09BA ACE INIBITORI E DIURETICI | | | |
| CALABRIA | 4.149.877,72 € | 255,03 | 483.421,39 € |
| ITALIA | 104.358.508,25 € | 225,32 | |
| B01AB EPARINICI | | | |
| CALABRIA | 4.539.048,10 € | 35,25 | 49.992,69 € |
| ITALIA | 129.011.029,17 € | 34,86 | |
| TOTALE IPOTESI RISPARMIO | | | 11.334.066,88 € |

REGIONE CALABRIA – ITALIA: analisi della Spesa NETTA SSN E DDD X 1000 AB DIE

Azioni

- Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata.
- Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC al valore medio nazionale.

- Rimodulazione del DCA n. 63/2020 definendo nuovi indicatori di prescrizione e di aderenza per la valutazione delle ASP ed individuando in ogni singola ASP i MMG i cui livelli di spesa per i consumi farmaceutici di base eccedano i valori assimilabili a quelli medi.
- Implementazione attività e monitoraggio delle attività delle Commissioni per l'Appropriatezza prescrittiva, promozione del coordinamento tra le Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva sia a livello aziendale che a livello interaziendale al fine di correggere i comportamenti disomogenei tra le commissioni delle diverse ASP e addirittura tra distretti della stessa ASP.
- Promozione integrazione tra medici di medicina generale e PLS e medici specialisti territoriali ed ospedalieri e farmacisti di comunità mediante giornate formative e riunioni operative.
- Predisposizione di un Decreto Regionale che identifichi per le classi individuate una riduzione dei valori di spesa e consumo assegnando specifici obiettivi ai direttori delle ASP o della territoriale.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|--------------|
| 1 | Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata. | Scostamento percentuale della spesa pro capite dai valori medi nazionali | Giugno 2023 |
| 2 | Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC al valore medio nazionale. | Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali | Giugno 2023 |
| 3 | Rimodulazione del DCA n. 63/2020 definendo nuovi indicatori di prescrizione e di aderenza per la valutazione delle ASP ed individuando in ogni singola ASP i MMG i cui livelli di spesa per i consumi farmaceutici di base eccedano i valori assimilabili a quelli medi | DCA | Ottobre 2023 |
| 4 | Monitoraggio attività CAPD- relazione ufficio competente | n. incontri svolti/n. incontri programmati | trimestrale |
| 5 | Predisposizione di un Decreto Regionale che identifichi per le classi individuate una riduzione dei valori di spesa e consumo assegnando specifici obiettivi ai direttori delle ASP o della territoriale. | Decreto Regionale | Gennaio 2023 |
| 6 | Informazione/sensibilizzazione tramite invio di report di consumo alle ASP, Distretti, Servizi Farmaceutici e MMG | N report inviati | trimestrale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco".
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale".
- Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze".

- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo Di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.4.1 Farmaceutica territoriale: Farmaci equivalenti

L’incremento dell’utilizzo dei farmaci equivalenti è strettamente collegato al carico di spesa sul cittadino, essendo la quota differenziale in capo allo stesso per oneri di legge. Verranno intraprese azioni volte a una più corretta informazione sui farmaci equivalenti, al fine di incrementare consapevolmente l’utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

Stato di attuazione

Nel 2021 la spesa lorda pro capite della farmaceutica convenzionata, relativa al periodo gennaio-ottobre 2021, è stata pari a 15,54 euro. Di questi 0,45 sono attribuibili al ticket fisso pro capite e 1,87 euro alla compartecipazione. Questo valore è nettamente superiore al valore registrato a livello nazionale pari a 1,5 euro.

Campagne informative specifiche, che possano ridurre questa differenza sono dunque di fondamentale importanza.

Obiettivi

- Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini attraverso campagne formative/informative.
- Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna ASP.

Azioni

- Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l’anno, di campagne formative/informative ai cittadini.
- Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l’anno, di campagne formative/informative agli operatori sanitari volte ad un maggiore prescrizione dei farmaci equivalenti.
- Obiettivi ai Commissari straordinari / Direttori Generali delle ASP sui farmaci che maggiormente si discostano dai valori medi nazionali di consumo del generico.
- Collaborazione con le associazioni di cittadini e le associazioni di pazienti per diffondere la conoscenza dei farmaci equivalenti e a brevetto scaduto;
- Emanazione di direttive regionali finalizzate all’implementazione dell’uso dei farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|------------|
| 1 | Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l'anno, di campagne formative/informative ai cittadini | Numero di campagne informative ai cittadini | Annuale |
| 2 | Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l'anno, di campagne formative/informative agli operatori sanitari volte ad un maggiore prescrizione dei farmaci equivalenti | Numero di campagne informative agli operatori sanitari | Annuale |
| 3 | Obiettivi ai Commissari straordinari / Direttori Generali delle ASP sui farmaci che maggiormente si discostano dai valori medi nazionali di consumo del generico | Scostamento dal valore medio nazionale del consumo di farmaco generico rispetto alla media nazionale | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco".
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale".
- Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze".
- Settore n. 8 "Bilancio SSR – Monitoraggio dell'andamento Economico Delle Aziende Sanitarie – Controllo Di Gestione – Patrimonio".
- Settore n. 11 "Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari".

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle Asp.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.5 Aggiornamento periodico del prontuario terapeutico regionale (PTR)

Stato di attuazione

L'accesso ai farmaci nella Regione Calabria registra ancora alcune criticità, dovute a tempistiche eccessivamente lunghe degli iter procedurali. Il Prontuario Terapeutico Regionale ha un ruolo strategico sia quale strumento di Governo Clinico e di Appropriatezza Prescrittiva, sia quale garanzia di erogazione dei LEA, di cui l'assistenza farmaceutica è parte integrante, pertanto il punto di partenza può essere solo rappresentato da una revisione dei processi con l'obiettivo di rendere snelle le procedure di accesso al farmaco.

Negli anni sono state programmate numerose attività di aggiornamento, evidenziate da specifici provvedimenti regionali:

- DCA n. 3 del 31 Marzo 2015: Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) - P.O. 2013-2015 "Programma 17 - Assistenza Farmaceutica". Revisione circolare n. 13617 del 25 maggio 2010 " Linee guida Regionali gestione Prontuario Terapeutico

Aziendale e funzionamento della Commissione Terapeutica Aziendale del Farmaco"

-DCA n. 93/2016, Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) e aggiornamento DCA 118/2015 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia" - PO 2016-2018 2.4. Area Efficientamento della Spesa - 2.4.1.1 "Commissione Terapeutica Regionale e Revisione del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)"

- DCA n. 88/2017 Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete" - Linee guida di appropriatezza prescrittiva per i centri prescrittori dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell'ipercolesterolemia primaria"

- DCA n. 146/2017, DCA n. 163/2017 Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) - Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 " Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia"- Approvazione "Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete" - PO 2016-2018 2.4. Area Efficientamento della Spesa - 2.4.1.1 "Commissione Terapeutica Regionale e Revisione del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)"- Parziale rettifica degli allegati 2, a, b, c.

- DCA n. 126/2018, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica dermatologica e gastroenterologia".

- DCA n. 256/2018, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica dermatologica e gastroenterologia".

- DCA n. 109/2019, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica dermatologica e gastroenterologia".

- DCA n. 02/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR).

- DCA n. 64/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), sostituzione Allegato DCA n. 2 del 07.01.2020, disposizioni in ambito prescrittivo, costituzione Gruppo di Lavoro

- DCA n. 109/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), giugno 2020.

- DCA n. 147/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), novembre 2020.

- DCA n. 95/2021, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), giugno 2021

- DCA n. 134/2021, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), novembre 2021.

Le criticità sembrano legate alle tempistiche di inserimento del farmaco nel PTR e conseguentemente nelle gare regionali ancora eccessivamente lunghe. Il Programma Operativo

2019-2021 aveva previsto una revisione sistematica del PTR e una modifica delle relative tempistiche di aggiornamento, da semestrali a quadrimestrali, per permettere una rapida organizzazione delle Gare di Acquisto dei principi attivi di nuovo inserimento, ma ad oggi ancora molte procedure risultano rallentate. Alla luce delle esperienze nel tempo realizzate e con l'obiettivo di migliorare il sistema, si ritiene utile provvedere all'aggiornamento delle modalità operative finalizzate al percorso di approvvigionamento dei medicinali di nuovo inserimento o di una nuova indicazione terapeutica nel PTR. Per completare il processo è necessario individuare percorsi che riducano i tempi per il conseguente espletamento di procedure di gare centralizzate per tali farmaci.

Obiettivi

- Revisione sistematica del PTR quale strumento di governance clinica per l'accesso alle cure farmacologiche (ad esempio: farmaci biologici brevetto scaduto, farmaci equivalenti, ecc.). Comunicazione degli aggiornamenti all'ente aggregatore individuato a seguito del D.L.150/2020 per l'inserimento nelle gare regionali e nell'elenco PHT.
- Costituzione di Gruppi di lavoro a supporto della commissione terapeutica regionale per la definizione di linee guida di appropriatezza prescrittiva per area terapeutica e monitoraggio dell'attività dei centri prescrittori.
- Aggiornamento D.C.A. n.3 del 31/03/2015 "Revisione circolare n. 13617 del 25 maggio 2010 " Linee guida Regionali gestione Prontuario Terapeutico Aziendale e funzionamento della Commissione Terapeutica Aziendale del Farmaco" con aggiornamento modalità operative del PTR relativo agli anni 2021-2023.

Azioni

- Aggiornamenti del PTR da effettuare con sistematicità, con cadenza almeno quadrimestrale, sulla base delle richieste formulate dalle Aziende Farmaceutiche
- Costituzione di GdL per area terapeutica a supporto della Commissione Terapeutica Regionale e rapporto semestrale sulle loro attività.
- Assegnazione di obiettivi di appropriatezza d'uso per area terapeutica e contenimento della spesa farmaceutica da parte della Commissione Terapeutica Regionale;
- Linee guida per area terapeutica individuata sulla base delle categorie terapeutiche a maggior impatto di spesa

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|----------------------------------|---------------|
| 1 | Revisione e aggiornamento delle modalità operative previste dal DCA 3/2015 di inserimento di un nuovo prodotto farmaceutico o di una nuova indicazione terapeutica nel PTR | Numero di aggiornamenti del PTR. | luglio 2022 |
| 2 | Costituzione di GdL per area terapeutica a supporto della Commissione Terapeutica Regionale e rapporto semestrale sulle loro attività. | Decreto Dirigenziale | dicembre 2022 |
| 3 | Assegnazione di obiettivi di appropriatezza d'uso per area terapeutica e contenimento della spesa farmaceutica da parte della Commissione Terapeutica Regionale. | DCA | Annuale |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|----------------------------------|------------|------------|
| 4 | Linee guida per area terapeutica | DCA | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”;
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.6 Appropriato utilizzo dei dispositivi medici: definizione delle azioni di contenimento della spesa

La spesa per dispositivi medici nel 2019 presenta un aumento del 3,2% rispetto al 2018, in linea con l’incremento nazionale. In particolare, si rileva: Dispositivi Medici (+6,4%); Dispositivi medici impiantabili attivi (-7,3%); Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (+2,1%).

La spesa per dispositivi medici nel 2020 presenta una riduzione dell’1,4% rispetto al 2019, a fronte di un incremento nazionale del 5,3%. In particolare, si rileva: Dispositivi Medici (-1,3%); Dispositivi medici impiantabili attivi (-12,3%); Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (+5,7%).

| Descrizione voce CE | Consuntivo 2018 | Consuntivo 2019 | IV trimestre 2020 | Δ % C 2019- 2018 | | Δ % IV trim 2020- C 2019 | |
|--|-----------------|-----------------|-------------------|------------------|--------|--------------------------|--------|
| | | | | Regione | Italia | Regione | Italia |
| B.1.A.3) Dispositivi medici | 167.482.476 | 172.919.324 | 170.511.671 | 3,2% | 3,3% | -1,4% | 5,3% |
| B.1.A.3.1) Dispositivi medici | 104.146.274 | 110.829.797 | 109.419.114 | 6,4% | 4,5% | -1,3% | 0,3% |
| B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi | 27.180.846 | 25.185.801 | 22.087.150 | -7,3% | -0,8% | -12,3% | -15,9% |
| B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro | 36.155.356 | 36.903.726 | 39.005.407 | 2,1% | 1,0% | 5,7% | 28,7% |

Dati flusso NSIS marzo 2021

Il Tetto di spesa per i dispositivi medici è fissato nella misura del 4,4% del fabbisogno sanitario regionale.

| Anno | FRS | Tetto 4,4% | Totale dispositivi medici | Superamento tetto |
|------|-------|------------|---------------------------|-------------------|
| 2018 | 3.614 | 159 | 167,5 | 8,5 |
| 2019 | 3.652 | 161 | 173 | 12 |
| 2020 | 3.808 | 168 | 170,5 | 2,5 |

La Regione intende migliorare la *governance* dei dispositivi medici, attraverso la strutturazione di un sistema di monitoraggio, la centralizzazione degli acquisti, l'applicazione di metodiche di HTA, il rafforzamento del sistema di vigilanza.

Il monitoraggio dei consumi dovrà avvalersi di indicatori per valutare l'incidenza del costo dei DM rispetto al valore dell'attività assistenziale erogata, l'appropriatezza clinica, con particolare attenzione ai dispositivi medici ad alto impatto tecnologico. L'attività di monitoraggio presuppone la costituzione di un gruppo di lavoro a livello regionale che comprenda i referenti aziendali per i consumi e l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici al fine di consentire lo scambio sistematico di dati e di informazioni.

Il governo della spesa dovrà prevedere la definizione di cluster omogenei di prodotto per gli acquisti, il monitoraggio dei prezzi, le gare centralizzate. Le risorse derivanti dall'efficientamento degli acquisti potranno essere destinate anche al rafforzamento della vigilanza e del controllo, e quindi alla prevenzione degli incidenti.

In particolare, per quanto riguarda il rafforzamento dell'attività di vigilanza bisognerà ridurre l'entità del fenomeno dell'under reporting degli incidenti da parte degli operatori sanitari così come evidenziato dal Ministero della salute nell'ultimo Rapporto sulle attività di vigilanza sui dispositivi medici (anno 2019). Tale azione potrà essere implementata tramite l'erogazione di corsi di formazione con la finalità di sensibilizzare maggiormente gli operatori sanitari circa la rilevanza dell'attività di segnalazione di incidenti, utilizzando il modulo on line disponibile sul sito del Ministero della Salute, nel garantire la circolazione sul territorio nazionale di prodotti sicuri ed efficaci per i pazienti, gli utilizzatori e gli operatori sanitari.

Un sistema di vigilanza ben funzionante deve essere in grado di identificare rapidamente ogni nuovo problema legato a un dispositivo medico e di individuare quindi l'azione correttiva più idonea per eliminare o ridurre tale problematica. Inoltre, deve assicurare l'implementazione tempestiva delle azioni correttive e monitorare la loro puntuale attuazione. Infine, deve mettere in atto tutte le attività necessarie a prevenire la ripetizione di incidenti simili.

Analisi

Con DPGR n. 92/11 è stato costituito un gruppo di lavoro per la verifica e l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione e nella logistica dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale.

Con DPGR n. 38/12 "Definizione dell'organizzazione del Settore Farmaceutico Regionale e di linee guida vincolanti per l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale" - sono state approvate linee guida inerenti il "processo di acquisto per le farmacie" con l'obiettivo di uniformare i processi e le procedure adottate nella gestione del farmaco e dei dispositivi medici presso le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere della Regione.

Con il DPGR n. 41/14 è stato istituito il Gruppo di Lavoro sul repertorio dei Dispositivi Medici per la predisposizione del Repertorio Regionale dei Dispositivi Medici. Il Dipartimento della Salute, con il supporto del GdL dei Dispositivi Medici e la collaborazione, attraverso una convenzione senza oneri per il Servizio Sanitario Regionale con IMS Healths (Decreto Dirigenziale n. 4118 del 9 aprile 2014 e Decreto Dirigenziale n. 3868 del 29 aprile 2015) ha avviato l'analisi della qualità dei dati di consumo e spesa dei dispositivi medici in ambito ospedaliero e in distribuzione diretta attraverso il

confronto dei dati trasmessi in NSIS dalle Aziende e dei dati rilevati da IMS Healths. È stata rinnovata la convenzione con la Società IMS Healths (ad oggi IQVIA con DDG n. 6129 del 21/05/2019).

Con DCA n. 137/15 è stato approvato il Regolamento sul Conflitto d'interessi in ambito sanitario e, sulla base delle indicazioni sul settore farmaceutico dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, aggiornato il DPGR n. 38/12 "Linee guida per l'uniformità dei processi e delle procedure di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale".

DCA n.88/2017 "Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete" - Linee guida di appropriatezza prescrittiva per i centri prescrittori dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell'ipercolesterolemia primaria".

Attraverso un costante monitoraggio dei flussi dei Consumi e dei Contratti dei Dispositivi Medici sul Portale NSIS ministeriale, il Settore ha attuato una serie di azioni (supporto per la correzione degli errori dei file trasmessi dalle Aziende Sanitarie al Ministero, acquisizione e trasmissione attraverso il Flusso delle Eccezioni dei dati mancanti) finalizzate a superare le inadempienze LEA.

Tali azioni attualmente sono penalizzate dalla mancanza di personale, in particolare di professionalità con competenze specifiche, quali Ingegneri clinici ed economisti e farmacisti dedicati esclusivamente ai Dispositivi Medici e all'HTA.

Centralizzazione degli acquisti

Con il DCA n. 42 del 11/03/2021 la Struttura Commissariale ha stipulato una convenzione, ex art. 3, comma 1, legge n. 181/2020, con la Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria (SUA), che per il biennio 2021/2022 provvederà all'espletamento di alcune procedure di gara programmate per farmaci e Dispositivi Medici per le Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali, dettagliate nel suddetto decreto.

Da un'indagine conoscitiva sulle Aziende del SSR, volta ad individuare le procedure più urgenti, sono emerse le richieste riportate nella seguente tabella:

| CATEGORIE MERCEOLOGICHE | ASP CS | ASP KR | ASP CZ | ASP WV | ASP RC | AO CS | AO CZ | AO MD | AO RC | SUA |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-----|
| SERVIZIO VENTILOTERAPIA DOMICILIARE | | | • | • | | | | | | |
| MATERIALE ORTOPEDICO PER TRAUMATOLOGIA | | • | • | | • | | | | • | |
| GUANTI | • | | | | | • | | • | • | • |
| MATERIALE SPECIALISTICO E PROTESICO PER CHIRURGIA VASCOLARE | • | | | | | • | | | • | |
| ANTISETTICI, DISINFETTANTI, PROTEOLITICI E DETERGENTI | • | • | | | • | • | | • | • | |
| MEDICAZIONI GENERALI | • | • | | | | • | | | | |
| MATERIALE PER RIANIMAZIONE | | • | | | • | • | | | | |
| MATERIALE PER OCULISTICA | | • | • | • | | • | | • | | |
| DISPOSITIVI MEDICI PER DIABETICI | • | • | | | | | | | | • |
| AUSILI E MATERIALE PROTESICI E RELATIVO RIUSO | | | • | • | | | | | | |

Obiettivi

- Definizione di un sistema di monitoraggio dei dispositivi medici e restituzione dei dati alle Aziende del SSR;
- Monitoraggio e miglioramento della qualità del flusso dei consumi dei dispositivi medici, anche al fine di garantire l'ottemperanza agli adempimenti LEA;
- Centralizzazione degli acquisti, a partire dalla ricognizione dei fabbisogni a livello regionale;

- Rafforzamento dell'attività di dispositivo-vigilanza;
- Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili.

Azioni

- Revisione/aggiornamento Gruppi di Lavoro approvati con DPGR n. 61/2013 e DPGR n. 3186/2014, per il monitoraggio e il governo delle attività relative ai dispositivi medici (appropriatezza, alternative con miglior costo/efficacia, etc.).
- Prosecuzione dell'attività di monitoraggio della qualità e della completezza del flusso consumi e contratti dei dispositivi medici, ai fini dell'elaborazione e trasmissione dei flussi ministeriali.
- Avvio dell'attività di monitoraggio dei consumi con cadenza trimestrale e del monitoraggio delle attività di gestione dei dispositivi medici, previste dal DCA n.137/15 di aggiornamento del DPGR n. 38/12, presso le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere.
- Aggiornamento elenco responsabili aziendali dispositivo-vigilanza e loro formazione.
- Realizzazione di una banca dati regionale dei dispositivi medici in linea con il repertorio nazionale a partire dai flussi informativi regionali e aziendali.
- Definizione del fabbisogno complessivo per categorie di dispositivi medici.
- Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|---------------|
| 1 | Revisione/aggiornamento Gruppi di Lavoro costituiti dai referenti regionali e aziendali | Decreto dirigenziale | Dicembre 2022 |
| 2 | Prosecuzione dell'attività di monitoraggio della qualità della qualità e completezza del flusso consumi e contratti dei dispositivi medici, ai fini dell'elaborazione e trasmissione dei flussi ministeriali; | -copertura del 75% della spesa rilevata dal Flusso Consumi rispetto ai costi rilevati da Modello di conto economico -incremento percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti | Trimestrale |
| 3 | Avvio dell'attività di monitoraggio dei consumi con cadenza trimestrale e del monitoraggio delle attività di gestione dei dispositivi medici, previste dal DCA n.137/15 di aggiornamento del DPGR n. 38/12, presso le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere | Report | Trimestrale |
| 4 | Aggiornamento elenco responsabili aziendali dispositivo-vigilanza e loro formazione | Decreto | Ottobre 2022 |
| 5 | Realizzazione di una banca dati regionale dei | DCA | Gennaio 2024 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|------------|
| | dispositivi medici | | |
| 6 | Definizione del fabbisogno per categorie di dispositivi medici | Nota Aziendale | Annuale |
| 7 | Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili | n. dispositivi registrati/n dispositivi impiantati | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.7 Health Technology Assessment ed innovazione

In tema di Health Technology Assessment (HTA), si assume tra i riferimenti regionali il Programma nazionale HTA per i dispositivi medici di cui all’Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 e l’adozione degli atti di indirizzo adottati dalla Cabina di Regia nazionale. Il trasferimento delle conoscenze scientifiche aggiornate e basate su solide prove di efficacia è un elemento di comprovato valore per la crescita delle competenze cliniche e manageriali del personale sanitario e per il miglioramento del governo dell’appropriatezza, attraverso la promozione di *Best Practices*.

Per tale motivo, appare fondamentale implementare la conoscenza dell’HTA attraverso un programma formativo che coinvolga Agenas, i Dipartimenti universitari di Scienza della Salute e di Giurisprudenza Economia e Sociologia dell’UMG e l’Università Cattolica del Sacro Cuore dove sono presenti specifiche competenze. Si intende così favorire, nell’ambito delle iniziative regionali di *governance* dei dispositivi medici e delle tecnologie innovative, la predisposizione e l’adozione di documenti di indirizzo in tema di valutazione delle innovazioni tecnologiche in sanità.

Si prevede quindi, di dotarsi di un Piano di Governo Regionale per l’HTA che definisca - per la valutazione dei dispositivi medici - adeguati equilibri fra richieste di acquisizione e risorse a disposizione, attraverso:

- la definizione di un modello organizzativo di *governance*, idoneo al coordinamento ed al raccordo della produzione;
- la messa in rete delle competenze disponibili all'interno del Sistema Sanitario Regionale, evitando duplicazioni e frammentazioni;
- la raccolta sistematica delle richieste di acquisizione di nuove tecnologie;
- la gestione della valutazione e il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni.

In tale prospettiva, sarà altresì favorito il raccordo con gli enti di coordinamento presenti nelle altre regioni, in modo tale da attivare efficienti sinergie nella produzione, promuovendo strumenti di condivisione della documentazione e buone pratiche per la loro implementazione.

Obiettivi

- Diffondere formazione e informazione tra i professionisti sull'HTA;
- Promuovere la costruzione di un Network con i Referenti aziendali per la condivisione di obiettivi e individuazioni di sinergie comuni;
- Promuovere un re-inquadramento strategico delle azioni già in essere, in coerenza con l'implementazione degli atti indirizzo adottati dalla Cabina di Regia Nazionale HTA;
- Sostenere un processo di comunicazione strategica per promuovere la condivisione delle strategie nazionali a livello regionale sulle innovazioni sia cliniche che organizzative in ambito sanitario;
- Promuovere azioni utili ad inquadrare strategicamente gli investimenti, anche a lungo termine, in infrastrutture, capitale umano, trasferimento di conoscenza, tecnologie innovative e nuovi modelli per la prestazione di servizi di assistenza;
- Sviluppare un sistema informativo, idoneo a supportare le azioni di coordinamento regionale sulle politiche di HTA;
- Predisposizione di documento HTA e diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR.

Azioni

- Definizione ed attuazione di un programma di Formazione nell'ambito dell'HTA con il supporto di AGENAS anche su specifiche tematiche individuate dalla Regione.
- Definizione di un Programma Regionale per l'HTA che definisca priorità, iter di richiesta e modulistica standard, livelli di approvazione aziendale o regionale.
- Definizione del Network delle Unità Valutative Aziendali con i professionisti impegnati nella definizione dei processi di innovazione tecnologica ed organizzativa e nell'implementazione dei documenti di HTA nell'ambito delle Aziende.
- Definizione dei collegamenti con il network professionale e specialistico presente in Agenas e nelle altre Regioni.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|-----------------------|---------------|
| 1 | Definizione di un Programma Regionale per l'HTA | DCA | Giugno 2023 |
| 2 | Definizione ed attuazione di un programma di Formazione nell'ambito dell'HTA | n. corsi avviati | Marzo 2024 |
| 3 | Definizione del Network dei professionisti impegnati | Report di avanzamento | Dicembre 2023 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|-----------------------|---------------|
| | nella definizione dei processi di innovazione tecnologica ed organizzativa e nell'implementazione dei documenti di HTA nell'ambito delle Aziende | | |
| 4 | Definizione dei collegamenti con il network professionale e specialistico presente in Agenas e nelle altre Regioni | Report di avanzamento | Dicembre 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.8 Sperimentazione attività della farmacia dei servizi

Il Decreto Legislativo 153/2009 definisce i “Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale” e prevede, tra l’altro, che la farmacia partecipi al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata attraverso la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici, la preparazione e la dispensazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta, la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio ed a favorire l’aderenza dei malati alle terapie mediche, nonché la partecipazione delle farmacie ai programmi di educazione sanitaria e alle campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale rivolti sia alla popolazione generale sia a gruppi a particolare rischio. Si delinea così un nuovo contesto regolamentare per lo sviluppo di un nuovo modello di farmacia e un nuovo profilo per la professione del farmacista.

La farmacia dei servizi innova la stessa concezione di farmacia: fortemente integrata nel sistema sanitario che eroga servizi propri e funge da porta di accesso per tutti; in grado di contribuire all’innovazione del sistema sanitario ed affrontare i grandi temi della qualità e dell’accessibilità dei servizi, della sostenibilità e dell’efficienza economica e dell’ammortamento tecnologico.

La Legge di bilancio 2020, al comma 461, proroga la sperimentazione della farmacia dei servizi per il biennio 2021-2022, prevista inizialmente per nove regioni e la estende alle restanti regioni a statuto ordinario compresa la Calabria, non precedentemente individuate dalla Legge n.205 del 27 dicembre 2017. La Legge n. 160 di dicembre 2019 autorizza, inoltre, la spesa di € 25.300.000 per ciascuno degli anni 2021 e 2022.

Con il DCA n. 53 del 2020 ha sancito il recepimento delle linee di indirizzo nazionale per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità.

La Legge di bilancio 2021, al comma 471 e come riformato dall'articolo 20, comma 2, lettera h) del decreto legge 22 marzo 2021, n. 41 (DL "Sostegni") che prevede che "In attuazione di quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, lettere b) e c), della legge 18 giugno 2009, n. 69, e dall'articolo 3, comma 3, lettera b), del decreto del Ministro della salute 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011, tenuto conto delle recenti iniziative attuate nei Paesi appartenenti all'Unione europea finalizzate alla valorizzazione del ruolo dei farmacisti nelle azioni di contrasto e di prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, ha consentito, in via sperimentale, per l'anno 2021, la somministrazione di vaccini contro il SARS-CoV-2 nelle farmacie aperte al pubblico da parte di farmacisti opportunamente formati con le modalità di cui al comma 465, anche con specifico riferimento alla disciplina del consenso informato che gli stessi provvedono ad acquisire direttamente, subordinatamente alla stipulazione di specifici accordi stipulati con le organizzazioni sindacali rappresentative delle farmacie, sentito il competente ordine professionale.

In attuazione di ciò il Dipartimento Tutela della Salute ha siglato un protocollo d'intesa con le Associazioni di categoria per la campagna vaccinale anti Covid-19 nell'ambito sperimentale della "farmacia dei servizi", recepito con DCA n. 62/2021.

Ma anche prima che sopraggiungesse l'attuale periodo di emergenza sanitaria, la sperimentazione sulla farmacia dei servizi era stata avviata, consolidando una visione della farmacia sempre più orientata ai servizi, così da farla diventare un vero e proprio presidio del Sistema Sanitario Nazionale, accorciando il percorso del paziente e alleggerendo il carico delle altre strutture.

In una visione moderna di inserimento della farmacia per la presa in carico dei pazienti cronici, la farmacia va riorientata a fornire servizi al paziente, con specifico riferimento al miglioramento delle cure primarie e alla gestione del paziente cronico, prevedendo la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali che siano di supporto al miglioramento della capacità del cittadino.

Con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 30 marzo 2022 è stata sancita l'Intesa (Rep. Atti n. 41/CSR del 30 marzo 2022), ai sensi dell'articolo 115, comma 1 lett. a), del decreto legislativo del 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta di deliberazione CIPESS relativa alla ripartizione del finanziamento, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2021-2022, destinato alla proroga ed alla estensione della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, nella versione diramata il 22 marzo 2022

Nell'ambito della sperimentazione della farmacia dei servizi, un ruolo importante è svolto dal servizio di telemedicina, che consente l'effettuazione di prestazioni come ECG, holter cardiaci e pressori, telespirometria, che possono essere refertati a distanza grazie al collegamento con centri specialistici.

Con DCA n. 52 del 13 maggio 2022 è stata istituita la Commissione Regionale per la Farmacia dei Servizi allo scopo di attuare le disposizioni nazionali e quanto previsto dalla Linee di Indirizzo

Ministeriali.

Tra i servizi individuati dal Gruppo di Lavoro Ministeriale, si è deciso di avviare nella Regione Calabria l'attività di sperimentazione riguardanti i servizi di Telemedicina, in quanto la realizzazione di queste attività presso le Farmacie convenzionate aderenti rappresenta uno strumento importante per la riduzione delle liste d'attesa attualmente presenti nella Regione Calabria per questi servizi, la cui erogazione si è ridotta in particolare nel periodo dell'emergenza Covid-19.

Per tali servizi è prevista la redazione di un protocollo con le procedure operative necessarie allo svolgimento di tutte le attività in carico alle Farmacie di Comunità della Regione, in conformità alle linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella Farmacia di Comunità, approvate dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le P.A. di Trento e Bolzano, in data 17 ottobre 2019.

Nell'ambito della sperimentazione della Farmacia dei Servizi e in ottemperanza all'Accordo Quadro del 29 marzo 2021 sottoscritto tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Federfarma e Assofarm, la Regione Calabria ha già attivato nell'anno 2021, la somministrazione in farmacia, da parte dei farmacisti, dei vaccini anti SARS-CoV-2.

Nel crono programma per la sperimentazione della Farmacia dei Servizi, redatto dal Settore e approvato dalla Commissione Regionale, è stata determinata la programmazione delle diverse fasi operative previste, nonché l'attuazione strategica dei range di intervento necessari al conseguimento di obiettivi e finalità collegate alla sperimentazione dei Nuovi Servizi delle Farmacie di Comunità, adattandoli al contesto regionale calabrese.

Il cronoprogramma potrà subire modifiche e aggiornamenti in base ad eventuali esigenze o criticità che potrebbero emergere nel periodo di sperimentazione.

Obiettivi

- Elaborazione di un progetto condiviso con le associazioni di categoria delle farmacie di comunità per il monitoraggio dei servizi individuati dalla regione nell'ambito della sperimentazione della Farmacia dei Servizi.
- Valutazione dei dati e analisi dell'impatto al termine della sperimentazione.
- Attuazione delle linee di indirizzo nazionale per la sperimentazione della farmacia dei servizi.

Azioni

- Recepimento dell'approvazione della proposta di crono programma da parte del Comitato Paritetico e dal Tavolo Tecnico Ministeriale (in attesa dell'approvazione da parte del Ministero)
- Protocollo d'intesa tra Regione Calabria e Associazioni di categoria
- Avvio della sperimentazione.
- Report sui risultati della sperimentazione.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Recepimento della proposta di crono programma regionale a seguito dell'approvazione da parte del Comitato Paritetico e dal Tavolo Tecnico Ministeriale | DCA | Dicembre 2022 |
| 2 | Protocollo d'intesa tra Regione Calabria e | DCA | Dicembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|--------------|
| | Associazioni di categoria per l'avvio della sperimentazione (a seguito dell'approvazione del crono programma da parte del Comitato Paritetico e dal Tavolo Tecnico Ministeriale) | | |
| 3 | Avvio della sperimentazione | N farmacie aderenti alla sperimentazione | Gennaio 2023 |
| 4 | Monitoraggio sui risultati della sperimentazione – report del settore competente | N prestazioni erogate | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”;
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

9. GESTIONE DEGLI ACQUISTI

9.1 Pianificazione pluriennale degli acquisti ed analisi e governo dei fabbisogni

Stato di attuazione

Il D.L. 150/2020, convertito dalla L. 181/2020, all’art. 3, comma 1, prevede che “il Commissario ad acta di cui all’articolo 1, provvede in via esclusiva all’espletamento delle procedure di approvvigionamento avvalendosi degli strumenti di acquisto e di negoziazione aventi ad oggetto beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione dalla società CONSIP S.p.a. nell’ambito del programma di razionalizzazione degli acquisti della pubblica amministrazione ovvero, previa convenzione, dalla centrale di committenza della regione Calabria o di centrali di committenza delle regioni limitrofe, per l’affidamento di appalti di lavoro, servizi e forniture, strumentali all’esercizio delle proprie funzioni, di importo pari o superiore alle soglie di rilevanza comunitaria di cui all’articolo 35 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. (...) Il Commissario ad acta può delegare ai Commissari straordinari degli enti del servizio sanitario regionale le procedure di cui al presente comma, da svolgersi nel rispetto delle medesime disposizioni”.

All’interno della cornice normativa il Commissario ad acta ha stipulato apposita Convenzione con la Stazione Unica Appaltante (SUA) della Regione Calabria, approvata con DCA n. 42

dell'11/03/2021, con la quale viene regolamentato e disciplinato l'ambito di operatività, nonché le funzioni, attività e servizi resi dalla SUA in qualità di centrale di committenza in favore degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare, la Convenzione prevede la collaborazione tra la SUA e il Dipartimento Tutela della Salute in continuità con le disposizioni adottate con il decreto dirigenziale del 28/01/2016 n. 460, che prevedeva l'istituzione di appositi Gruppi Tecnici costituiti da referenti Aziendali, esperti nelle diverse materie oggetto di appalto, e da personale del Dipartimento e della SUA con funzione di supporto tecnico amministrativo, deputati alla predisposizione dei documenti propedeutici di gara (capitolato tecnico) .

Con DCA n. 85 del 27/05/2021, si è proceduto a modificare e integrare la predetta Convenzione al fine di perfezionare le procedure in essa contenute, aggiungendo all' art. 5 la lettera d), che prevede che la Struttura Commissariale "prenda atto, con il supporto del Dipartimento Tutela della Salute, del capitolato tecnico di gara, trasmettendolo consequenzialmente alla SUA".

Con Parere n. 50 del 30/03/2022 i Ministeri affiancati hanno espresso parere favorevole ai suddetti decreti.

Per il biennio 2022/2023 è stato concordato, in via prioritaria, l'espletamento da parte della SUA delle seguenti gare:

- Fornitura in service di un Sistema Integrato Regionale RIS/PACS per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Forniture di servizi e materiale di consumo per trattamenti emodialitici e dialisi peritoneale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura in service di sistemi analitici per i test coagulazione, citofluorimetria, emocromi, ecc. per i laboratori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di Microbiologia, Virologia e Analisi chimico-cliniche per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di analisi per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura di protesi d'anca per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura di suture e suturatrici per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Servizio di brokeraggio assicurativo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Servizio di copertura assicurativa RCT/O per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Servizio di elisoccorso per la Regione Calabria.
- Fornitura di vaccini, farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche ed infusionali e mezzi di contrasto per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura di dispositivi medici per diabetici per le Aziende Sanitarie della Calabria.
- Servizio di ossigeno terapia a lungo termine per le Aziende Sanitarie della Calabria.

Successivamente, considerato che da parte di alcune Aziende Sanitarie è pervenuta la richiesta di procedere all'espletamento della gara riguardante le polizze assicurative rami diversi, con il DCA n. 107 del 29/09/2021 si è proceduto ad integrare l'elenco delle procedure di gara inserendo i "Servizi di assicurazione riguardanti le polizze All Risk, incendio, furto, Kasko, libro matricola, infortuni".

Con nota prot. 11383 del 12/01/2022, il Dirigente Generale Reggente della Stazione Unica

Appaltante ha comunicato un ulteriore elenco di procedure di gara da espletarsi per il biennio 2022/2023, partecipato e condiviso con la Direzione Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. In tale ottica, con DCA n. 50 del 5/5/2022 è stata integrata ulteriormente la Convenzione con un ulteriore elenco di procedure come di seguito riportato:

- 1) Servizio di ristorazione;
- 2) Radiofarmaci;
- 3) Medicazioni Generali;
- 4) Defibrillatori;
- 5) Pace maker;
- 6) Disinfettanti – antisettici – proteolitici e detergenti;
- 7) Sistemi analitici, gruppi sanguigni, sacche;
- 8) Vigilanza armata;
- 9) Medicazioni avanzate;
- 10) Guanti chirurgici e non, materiale monouso,
- 11) Trasporto sangue ed emocomponenti per la rete trasfusionale regionale.

Nell'anno 2022 la fase di attuazione delle procedure di gara è la seguente:

- 1) Fornitura in service di un Sistema Integrato Regionale RIS/PACS per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico;

- 2) Forniture di servizi e materiale di consumo per trattamenti emodialitici e dialisi peritoneale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 99 del 29/7/2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Con decreto dirigenziale SUA n. 1960 del 28/02/2022 è stata nominata la Commissione giudicatrice - Status dei lavori: bandita e in corso di valutazione le offerte presentate.

- 3) Fornitura in service di sistemi analitici per i test coagulazione, citofluorimetria, emocromi, ecc. per i laboratori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Tempistica da definire. Subordinata al superamento delle problematiche relative all'organizzazione della rete dei laboratori.

- 4) Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di Microbiologia, Virologia per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico. Tempistica da definire. Subordinata al superamento delle problematiche relative all'organizzazione della rete dei laboratori.

- 5) Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di analisi chimico-cliniche per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico. Tempistica da definire. Subordinata al superamento delle problematiche relative all'organizzazione della rete dei laboratori.

- 6) Fornitura di protesi d'anca per le Aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 98 del 27/7/2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Con decreto dirigenziale SUA n.

12586 del 07/12/2021 è stata nominata la Commissione giudicatrice. Bandita e in corso di valutazione le offerte presentate.

7) Fornitura di suture e suturatrici per le aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico;

8) Servizio di brokeraggio assicurativo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 88 del 16.06.2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Da aggiudicare entro settembre 2022 da parte della SUA.

9) Servizio di copertura assicurativa RCT/O per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 130 del 28.10.2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Gara aggiudicata.

10) Servizio di elisoccorso per la Regione Calabria.

In corso la redazione del Capitolato tecnico.

11) Farmaci (diverse procedure)

a. DCA n. 18/2022 di presa atto del capitolato tecnico di gara per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alle Aziende del SSR nell'ambito del Sistema Dinamico di Acquisizione della Pubblica Amministrazione. Individuato nuovo RUP che dovrà aggiornare tutti gli atti di gara già approvati con il predetto DCA.

Da pubblicare nell'ultimo trimestre 2022.

b. Fornitura di farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche ed infusionali e mezzi di contrasto per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Da pubblicare entro l'ultimo trimestre 2022.

c. Farmaci A-PHT: Individuato nuovo RUP, in fase di redazione il capitolato;

d. Altri prodotti farmaceutici: Individuato nuovo RUP, in fase di redazione il capitolato;

e. Radiofarmaci: Individuato nuovo RUP, in fase di redazione il capitolato. Da pubblicare entro il primo trimestre 2023.

12) Fornitura di vaccini antiinfluenzali

DCA n. 87 del 28.10.2021 di presa atto del Capitolato Tecnico di gara. Gara aggiudicata con decreto dirigenziale SUA n. 8371 del 20/07/2022.

13) Servizio di ossigenoterapia a lungo termine per le Aziende Sanitarie della Calabria.

DCA n. 93 del 06/07/2021 di presa atto del Capitolato Tecnico di gara. Da pubblicare entro il primo trimestre 2023.

DCA n. 17/2022 di presa atto del capitolato tecnico di gara per l'affidamento del servizio di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti affetti da Insufficienza Respiratoria Cronica. Rettifica capitolato tecnico di cui al DCA n. 93/2021.

Individuato nuovo RUP che dovrà aggiornare tutti gli atti di gara già approvati con il predetto DCA.

13) Fornitura di dispositivi medici per diabetici per le Aziende Sanitarie della Calabria.

Individuato RUP, in fase di redazione il capitolato. Da pubblicare entro il primo trimestre 2023 da parte della SUA.

14) Servizi di assicurazione riguardanti le polizze All Risk, incendio, furto, Kasko, libro matricola, infortuni. Costituzione Tavolo Tecnico.

Il contributo di risparmio derivante dall'applicazione della *centralizzazione degli acquisti (economie di scala)* e del *monitoraggio dei volumi di acquisto e dei relativi costi delle voci di beni e servizi* è tra i principali punti di attenzione individuati dalla Regione Calabria non completamente perseguito

in passato e che pertanto, viene ribadito per la programmazione 2022/2025.

Obiettivi

Il Dipartimento regionale Tutela della Salute, in collaborazione con la SUA e la Struttura Commissariale, continua a fungere da perno gestionale della rete degli acquisti svolgendo in particolare un'azione di raccordo tra le esigenze espresse dalle Aziende del SSR, e la programmazione regionale.

Nel nuovo modello organizzativo che si sta delineando la gestione delle attività degli acquisti centralizzati rientrerà nella competenza di "Azienda Zero" che avrà funzione di governance nella gestione della rete degli acquisti e sarà sopposta, nell'esercizio delle sue funzioni, agli indirizzi e al controllo della Giunta regionale o del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario della Regione Calabria.

Azienda Zero diventerà responsabile nella gestione di detta rete svolgendo in particolare un'azione di raccordo tra le esigenze espresse dalle Aziende del SSR, e la programmazione regionale.

Obiettivo generale sarà organizzare e far partire l'attività di Azienda Zero al fine di costituire la rete regionale degli acquisti in sanità.

Nella fase transitoria la SUA e il Dipartimento Tutela della Salute continueranno a svolgere la propria attività attraverso, anche, il rafforzamento dei Gruppi Tecnici Interaziendali di Acquisto (GTIA).

A seguito di alcuni incontri con i provveditori delle UOC ABS delle singole Aziende del Servizio sanitario regionale è stata avviata l'attività di individuazione e raccolta di ulteriori categorie merceologiche per l'espletamento di gare sopra soglia mediante aziende capofila che supportino la SUA.

Verranno individuati i RUP delle procedure attingendo anche a personale specializzato in servizio presso gli uffici "Acquisizione Beni e Servizi" delle Aziende.

La nuova programmazione per il biennio 2022/2023, riferita sia alle categorie merceologiche di cui al DPCM 11/7/2018, sia alle procedure di gara effettuate negli anni precedenti i cui contratti risultano in scadenza è la seguente:

- **Servizio di ristorazione**

In attesa della nomina del RUP. In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura;

- **Medicazioni Generali**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura.

- **Defibrillatori**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura.

- **Pace Maker**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura.

- **Disinfettanti, antisettici, proteolitici e detergenti**

Procedura da avviare previa individuazione del RUP;

- **Medicazioni avanzate**

Procedura da avviare previa individuazione del RUP;

- **Guanti chirurgici e non, materiale monouso**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura;

- **Trasporto sangue ed emocomponenti per la rete trasfusionale regionale**

In fase di redazione il capitolato.

- **Aghi e Siringhe**

Procedura affidata ad altro soggetto aggregatore (Regione Lazio).

- **Stent**

Procedura affidata ad altro soggetto aggregatore (Regione Lazio).

Si provvederà all'adozione del decreto commissariale di aggiornamento del Piano degli acquisti adottato con la Convenzione di cui al DCA 42/2021 e ss.mm.ii.

Azioni

- Adozione dei DCA di presa d'atto dei capitolati definiti dai Tavoli tecnici;
- Predisposizione da parte delle Aziende del programma biennale di acquisti di beni e di servizi per gli anni 2022-2023, coerentemente all'art. 21 del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
- aggiornamento della programmazione biennale degli acquisti centralizzati in sanità a integrazione della programmazione del Soggetto Aggregatore Regionale (SUA), di cui alle categorie merceologiche previste dal DPCM 11 luglio 2018 nonché alle ulteriori categorie riferite al comparto sanità;

Nella fase transitoria, in attesa dell'attivazione di Azienda Zero, il Dipartimento regionale Tutela della Salute, in collaborazione con Azienda Zero, svolgerà le seguenti attività:

- incontri con i Provveditori aziendali per l'individuazione di ulteriori procedure di acquisto riferite a contratti in scadenza (non contemplati nella programmazione biennale) e indicazione di un RUP aziendale che riceverà formale incarico per l'espletamento delle procedure presso la SUA;
- attivazione dei gruppi tecnici costituiti da referenti aziendali, esperti nelle diverse materie oggetto di gara, e da personale del Dipartimento e della SUA;
- monitoraggio dell'iter procedimentale delle gare svolte dalla SUA;
- monitoraggio dello stato di esecuzione dei contratti da parte delle aziende sanitarie regionali con il supporto delle informazioni contrattuali quali-quantitative possedute dall' Osservatorio Contratti pubblici presso la SUA;
- Monitoraggio presso tutte le Aziende del SSR degli acquisti mediante l'utilizzo degli strumenti di negoziazione predisposti da Consip o altri Soggetti Aggregatori Regionali.
- Verifica della corretta applicazione dell'art. 15, comma 13, lett. e) del D.L. n. 95/2012, in merito alla redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management delle Aziende del SSR, in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni

richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--------------------------|--|
| 1 | presa d'atto del capitolato di gara: RIS/PACS | DCA | Aprile 2023 |
| 2 | presa d'atto del capitolato di gara: servizi e materiale di consumo per trattamenti emodialitici e dialisi peritoneale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria | DCA | In corso di valutazione le offerte presentate. |
| 3 | presa d'atto del capitolato di gara service di sistemi analitici per i test coagulazione, citofluorimetria, emocromi, ecc. per i laboratori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere | DCA | In corso di valutazione le offerte presentate |
| 4 | presa d'atto del capitolato di gara: service di sistemi analitici per i laboratori di Microbiologia e Virologia | DCA | In corso di valutazione le offerte presentate |
| 5 | presa d'atto del capitolato di gara service di sistemi analitici per i laboratori di analisi chimico-cliniche | DCA | In corso di valutazione le offerte presentate |
| 6 | presa d'atto del capitolato di gara Suture e suturatrici | DCA | Dicembre 2022 |
| 7 | presa d'atto del capitolato di gara Servizio di elisoccorso | DCA | Dicembre 2023 |
| 8 | presa d'atto del capitolato di gara Farmaci (varie procedure) | DCA | Dicembre 2022 |
| 9 | presa d'atto del capitolato di gara Radiofarmaci | DCA | Dicembre 2022 |
| 10 | presa d'atto del capitolato di gara Ossigenoterapia | DCA | Dicembre 2022 |
| 11 | presa d'atto del capitolato di gara dispositivi medici per diabetici | DCA | Dicembre 2022 |
| 12 | presa d'atto del capitolato di gara Servizi di assicurazione rami diversi | DCA | Dicembre 2022 |
| 13 | presa d'atto del capitolato di gara Servizio di ristorazione | DCA/Decreto Dirigenziale | Dicembre 2023 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--------------------------|-------------------|
| 14 | presa d'atto del capitolato di gara Medicazioni Generali | DCA/Decreto Dirigenziale | Dicembre 2023 |
| 15 | presa d'atto del capitolato di gara Defibrillatori | DCA/Decreto Dirigenziale | Dicembre 2023 |
| 16 | presa d'atto del capitolato di gara Pace Maker | DCA/Decreto Dirigenziale | Dicembre 2023 |
| 17 | presa d'atto del capitolato di gara Disinfettanti, antisettici, proteolitici e detergenti | DCA/Decreto Dirigenziale | Giugno 2023 |
| 18 | presa d'atto del capitolato di gara Guanti chirurgici e non, materiale monouso | DCA/Decreto Dirigenziale | Giugno 2023 |
| 19 | presa d'atto del capitolato di gara Trasporto sangue ed emocomponenti per la rete trasfusionale regionale | DCA | Dicembre 2022 |
| 20 | presa d'atto del capitolato di gara Aghi e siringhe | DCA/Decreto Dirigenziale | Dicembre 2022 |
| 21 | presa d'atto del capitolato di gara: Stent | DCA/Decreto Dirigenziale | Dicembre 2022 |
| 22 | Incontri con i Provveditori aziendali per l'individuazione di ulteriori procedure di acquisto | Report di analisi | Semestrale |
| 23 | Aggiornamento della programmazione biennale degli acquisti centralizzati in sanità a integrazione della programmazione del Soggetto Aggregatore Regionale | DCA | Dicembre 2022 |
| 24 | Individuazione RUP e attivazione dei gruppi tecnici costituiti da referenti aziendali, esperti nelle diverse materie oggetto di gara da personale del Dipartimento e della SUA | Report di analisi | Secondo necessità |
| 25 | monitoraggio delle gare svolte dalla SUA | Report di analisi | Semestrale |
| 26 | monitoraggio dello stato di attivazione/esecuzione dei contratti derivanti dall'aggiudicazione delle gare centralizzate | Report di analisi | Annuale |
| 27 | Monitoraggio degli acquisti mediante l'utilizzo degli strumenti di negoziazione predisposti da Consip o altri Soggetti Aggregatori Regionali | Report di analisi | Annuale |
| 28 | Verifica della corretta applicazione dell'art. 15, comma 13, lett. e) del D.L. n. 95/2012, in merito alla redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management delle Aziende del SSR | Report di analisi | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Azienda Zero/Dipartimento (Settore n. 7)/SUA

Strutture a Supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU;

Responsabili uffici acquisti beni e servizi aziendali;

Responsabili delle strutture aziendali ordinatrici di spesa, preposte anche alla definizione e certificazione dei fabbisogni di acquisti di beni e servizi.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il cronoprogramma riportato costituisce obiettivo dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

9.2 Audit

Al fine di conseguire la massima efficacia delle azioni previste e garantire un controllo effettivo nella fase di esecuzione del contratto, l'Azienda Zero/Dipartimento Settore 7, predisporrà delle linee guida da inserire nel PAC (Ciclo passivo) e appositi report da compilare a cura dei Responsabili Unico del procedimento (RUP) e dai Direttori dell'esecuzione del contratto (DEC) aziendali, per la fase di verifica dell'avanzamento dei contratti attivati.

Pertanto, Azienda Zero/Dipartimento, avrà funzione di governance anche nella fase dell'esecuzione dei contratti e curerà l'organizzazione di specifici incontri e corsi di formazione e/o aggiornamento per le Aziende del SSR

10. RETE OSPEDALIERA

10.1 Processo di fusione per incorporazione della azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro

La legge regionale n. 33 del 16 dicembre 2021, "*Razionalizzazione e miglioramento dell'offerta assistenziale del territorio Regionale*" stabilisce che, al fine di migliorare l'offerta assistenziale sul territorio regionale, è necessario assicurare la razionalizzazione della spesa assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse, in conformità alle previsioni del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale. Ciò in ottemperanza della sentenza della Corte Costituzionale n. 50 del 9 febbraio 2021 che impone - tenuto conto dall'intervenuta intesa tra il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro nella Regione Calabria e l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro riguardante l'integrazione tra le due aziende ospedaliere catanzaresi – il suo perfezionamento mediante una fusione per incorporazione, di cui agli artt. 2501 e ss., del Codice civile.

Il ricorso alla procedura di fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini, comporterà significative variazioni dello stato giuridico-economico: l'assunzione della denominazione di Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco"; il complessivo organico del personale determinato dalla somma di quello in servizio presso le stesse; una situazione patrimoniale costituita dalla aggregazione dei rispettivi saldi.

A tal fine, attesa la necessità di pervenire ad un provvedimento governativo che garantisca la conservazione ex tunc dei valori giuridici conseguiti dall'incorporante a tutt'oggi, si rende necessario ricorrere all'istituto della conversione, da perfezionarsi con un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, del provvedimento di costituzione dell'AOU "Mater Domini", da ritenersi

nullo, emesso dal Presidente della Giunta regionale n. 170 dell'8 febbraio 1995, che intercettava erroneamente il suo presupposto giuridico su una norma (art. 4, comma 4, del d.lgs. n. 502/92), già dichiarata incostituzionale dalla Consulta con la sentenza n. 355 del 28 luglio 1993.

Viene rimesso allo strumento Protocollo d'intesa, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, del d.lgs. 517/1999, il compito di stabilire i criteri generali per l'adozione degli atti normativi interni, compreso l'atto aziendale, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco", con in esso protocollo dettagliati – oltre alle attività di didattica e di ricerca – quelle a vocazione assistenziale e di alta specializzazione, ivi compresa l'istituzione del pronto soccorso.

Obiettivi

- Fusione/integrazione tra le due Aziende, da perfezionarsi - a conclusione dell'intrapreso anzidetto procedimento di conversione da ufficializzare con un apposito DCA - con l'emissione di un DPCM, a mente dell'art. 8 del vigente d.lgs. 517/1999, su proposta del Ministro della salute di concerto con quello dell'università e della ricerca;
- Sottoscrizione del suddetto protocollo d'Intesa tra il Commissario ad acta e il Rettore dell'Università Magna Graecia di Catanzaro;

Azioni

1. Istanza del Commissario ad acta intesa a perfezionare la necessaria conversione dell'atto presidenziale regionale nullo pervenendo ad un DPCM che abbia efficacia costitutiva ex tunc della costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria "Mater Domini", incorporante;
2. Istanza del Commissario ad acta al MIUR, perché lo stesso autorizzi, sentito quello della Salute e la Conferenza Stato-Regioni, ad intraprendere la ripetuta procedura di fusione per incorporazione, pretesa dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 50/2021;
3. Costituzione della commissione tecnica paritetica per la definizione del protocollo d'intesa (L.R. n.33/2021, art. 2 comma 3);
4. Adozione del Presidente del Consiglio dei Ministri del DPCM che formalizzi l'intervenuta costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco";
5. Approvazione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con relativo cronoprogramma;
6. Adozione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco".

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|------------|--------------------|
| 1 | Costituzione della commissione tecnica paritetica per la definizione del protocollo d'intesa (L.R. n.33/2021, art. 2 comma 3) | DCA | Marzo 2022 |
| 2 | Istanza del Commissario ad acta intesa a perfezionare la necessaria conversione dell'atto presidenziale regionale nullo pervenendo ad un DPCM che abbia efficacia costitutiva ex tunc della costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria "Mater Domini", incorporante. | | Aprile 2022 |
| 3 | Istanza del Commissario ad acta al MIUR, perché lo stesso autorizzi, sentito quello della Salute e la Conferenza Stato-Regioni, ad intraprendere la ripetuta procedura di fusione per incorporazione, pretesa dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 50/2021; | | Maggio/giugno 2022 |
| 4 | Adozione del Presidente del Consiglio dei Ministri del DPCM che formalizzi l'intervenuta costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco" | DCA | Settembre 2022 |
| 5 | Approvazione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con relativo cronoprogramma | | Dicembre 2022 |
| 6 | Adozione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco". | DCA | Marzo 2023 |

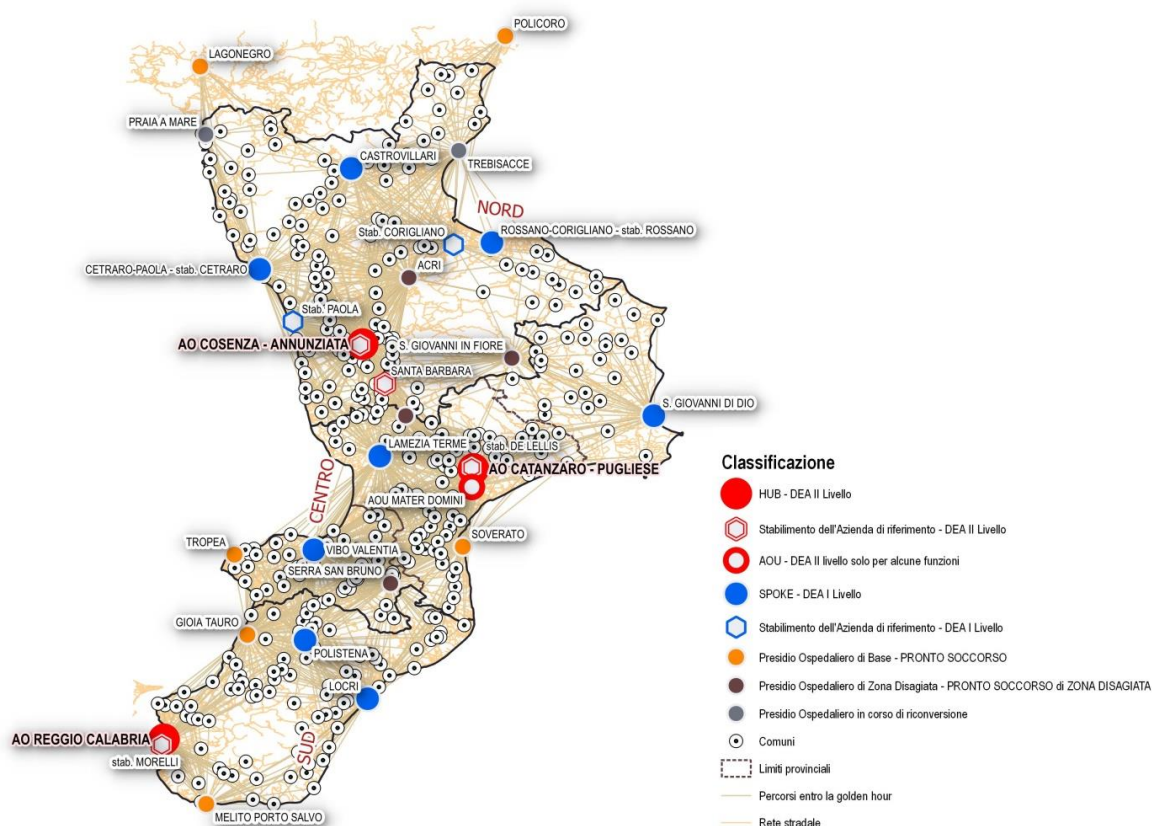
10.2 Rete ospedaliera - stato di attuazione e programmazione

La programmazione della rete ospedaliera attualmente in vigore è definita con il DCA 64/2016 che identifica anche il ruolo delle diverse strutture ospedaliere nella rete dell'emergenza-urgenza e nello specifico: 3 DEA di II livello, 8 DEA di I livello, 4 Pronto Soccorso di base, 4 Pronto Soccorso di Zona disagiata.

Alla luce delle criticità rilevate e sulla base dell'esperienza maturata anche in relazione alla pandemia da SARS-COV 2, è necessario effettuare un approfondimento sull'attualità della rete ospedaliera adottata con DCA n. 64/2016, anche al fine di verificare la necessità di una revisione/aggiornamento della citata programmazione. La regione ha pertanto proseguito le attività di monitoraggio dell'attuazione della rete ospedaliera mediante la richiesta alle Aziende Sanitarie di fornire un quadro aggiornato su quanto attuato rispetto al DCA 64/2016 ai fini dell'individuazione delle necessarie azioni per il superamento delle criticità riscontrate. I risultati del monitoraggio saranno utilizzati ai fini dell'aggiornamento della programmazione prevista.

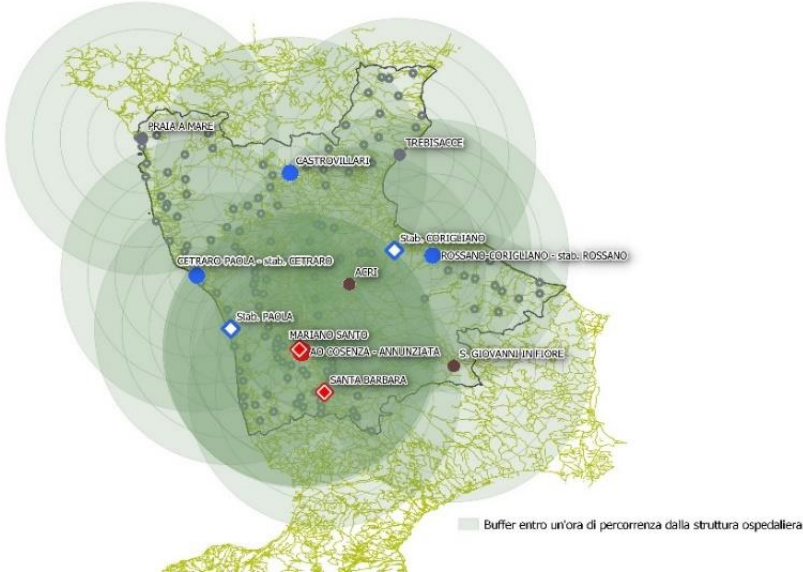
10.3 Distribuzione geografica dei servizi ospedalieri

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

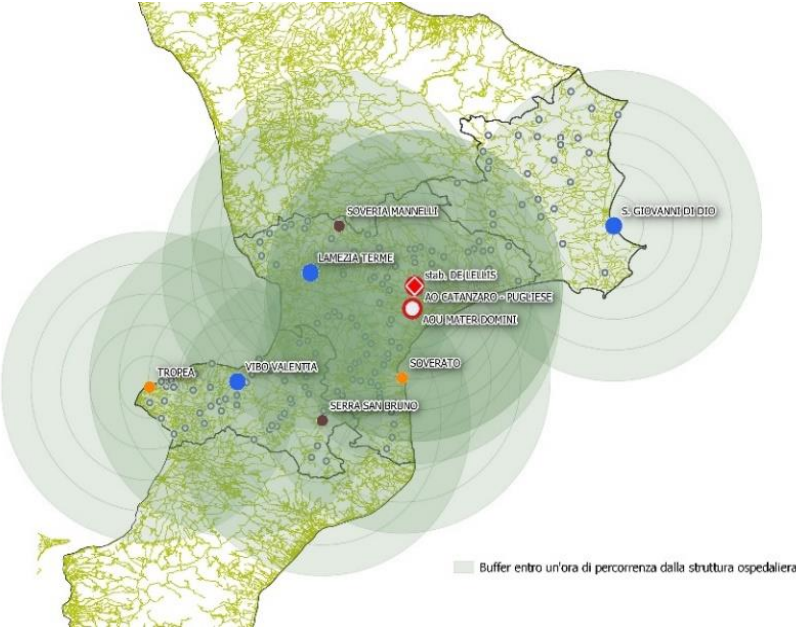


Si riportano di seguito le mappe rappresentative della copertura delle aree geografiche Nord, Centro, Sud che mostrano la completa copertura del territorio in termini di strutture raggiungibili entro un'ora dai diversi bacini di popolazione e dai singoli Comuni.

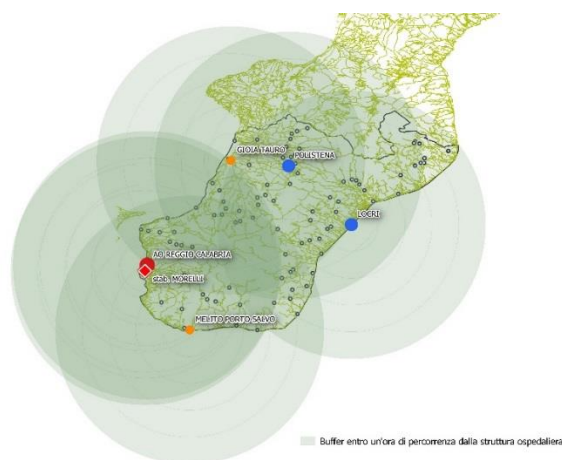
Area Nord



Area Centro



Area Sud



10.3.1 Analisi dei posti letto e del tasso di occupazione

Si riporta di seguito l'analisi dei posti letto attivi al 2019 rispetto ai posti letto programmati. Il DCA 64/2016 ha previsto una programmazione pari a 6.504 posti letto in degenza ordinaria e diurna. Dai flussi HSP.12 e 13, anno 2019, risultano 5.607 posti letto attivati in degenza ordinaria e diurna (al netto delle discipline nido ed emodialisi) per le strutture pubbliche e private accreditate. Si rileva, pertanto, una percentuale di attivazione dei posti letto pari in totale all'86% del programmato e, in particolare, al 97% per le strutture private accreditate e pari all'82% per le strutture pubbliche.

Posti letto ospedalieri complessivi - acuti e post acuti

| | PL HSP 12 e 13 2019 | PL DCA 64/2016 | Δ PL DCA 64/2016- PL HSP 2019 |
|--------------|------------------------|----------------|-------------------------------------|
| numero | 5607 | 6504 | 897 |
| per 1.000 ab | 3,0 | 3,4 | 0,5 |

Nota: Posti letto al netto di nido ed emodialisi

Posti letto acuti Ordinari, DH, DS

| | | PL HSP 12 e 13 2019 | PL DCA 64/2016 | Δ PL DCA 64/2016- PL HSP 2019 |
|---------------------|--------------|------------------------|----------------|----------------------------------|
| Ordinari | numero | 3.965 | 4.469 | 504 |
| | per 1.000 ab | 2,1 | 2,4 | 0,3 |
| DH | numero | 449 | 382 | -67 |
| | per 1.000 ab | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| DS | numero | 216 | 385 | 169 |
| | per 1.000 ab | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| tot | | 4630 | 5236 | 606 |
| per 1.000 ab | | 2,4 | 2,8 | 0,3 |

Posti letto post acuti Ordinari, DH

| | | PL HSP 12 e 13 2019 | PL DCA 64/2016 | Δ PL DCA 64/2016- PL HSP 2019 |
|--------------|--------------|------------------------|----------------|----------------------------------|
| Ordinari | numero | 897 | 1181 | 284 |
| | per 1.000 ab | 0,5 | 0,6 | 0,1 |
| DH | numero | 80 | 87 | 7 |
| | per 1.000 ab | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| tot | | 977 | 1.268 | 291 |
| per 1.000 ab | | 0,5 | 0,7 | 0,2 |

Posti letto complessivi, suddivisi tra pubblici e privati

| | PL HSP 12 e 13 2019 | PL DCA 64/2016 | 64/2016 - PL HSP 2019 |
|--------------|------------------------|-------------------|--------------------------|
| pubblici | 3.755 | 4.598 | 843 |
| privati | 1.852 | 1.906 | 54 |
| tot | 5.607 | 6.504 | 897 |
| per 1.000 ab | 3,0 | 3,4 | 0,5 |

Posti letto acuti per regime di ricovero, suddivisi tra pubblici e privati

| | PL HSP 12 e 13 2019 | | | | PL DCA 64/2016 | | | | Δ PL DCA 64/2016 - PL HSP 2019 | | | | |
|--------------|---------------------|------------|--------------|--------------|----------------|------------|--------------|--------------|--------------------------------|-----------|------------|------------|------------|
| | DH | DS | DO | tot | DH | DS | DO | tot | DH | DS | DO | tot | |
| pubblici | 389 | 145 | 3.073 | 3.607 | 366 | 293 | 3.600 | 4.259 | -23 | 148 | 527 | 652 | |
| privati | 60 | 71 | 892 | 1.023 | 16 | 92 | 869 | 977 | -44 | 21 | 23 | 46 | |
| tot | 449 | 216 | 3.965 | 4.630 | 382 | 385 | 4.469 | 5.236 | - | 67 | 169 | 504 | 606 |
| per 1.000 ab | 0,2 | 0,1 | 2,1 | 2,4 | 0,2 | 0,2 | 2,4 | 2,8 | - | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,3 |

Posti letto post acuti, per regime di ricovero, suddivisi tra pubblici e privati

| | PL HSP 12 e 13 2019 | | | PL DCA 64/2016 | | | Δ PL DCA 64/2016 - PL HSP 2019 | | |
|--------------|---------------------|------------|------------|----------------|--------------|--------------|--------------------------------|------------|------------|
| | DH | DO | tot | DH | DO | tot | DH | DO | tot |
| pubblici | 6 | 142 | 148 | 8 | 331 | 339 | 2 | 189 | 191 |
| privati | 74 | 755 | 829 | 79 | 850 | 929 | 5 | 95 | 100 |
| tot | 80 | 897 | 977 | 87 | 1.181 | 1.268 | 7 | 284 | 291 |
| per 1.000 ab | 0,0 | 0,5 | 0,5 | 0,0 | 0,6 | 0,7 | 0,0 | 0,1 | 0,2 |

POPOLAZIONE CALABRIA AL 01/01/2020: 1.894.110 (FONTE: ISTAT)

Attuare la programmazione delle attività pubbliche di ricovero ordinario: confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati per area funzionale e area geografica

Rispetto alla programmazione, nel 2019 risulta attivo l'82% dei posti letto delle strutture pubbliche: in particolare, per l'area Nord è attivo il 78% dei posti letto, per l'area Centro l'86%, per l'area Sud l'80%. I maggiori scostamenti si rilevano per l'area emergenza-urgenza e per l'area post-acuzie, per cui si rilevano rispettivamente il 49% e il 43% dei posti letto attivi. Per l'area chirurgica, per cui sono attivi in totale l'82% dei posti letto, il dato più basso si rileva nell'area Sud (73%). Per l'area materno infantile, per cui sono attivi in totale il 92% dei posti letto, il dato più basso si rileva nell'area Nord (82%). Per l'area medica risulta attivo l'87% dei posti letto (85% dei posti letto attivi nell'area Nord e nell'area Sud e 89% nell'area Centro).

Rispetto alla programmazione, nel 2019 risulta attivo il 96% dei posti letto delle strutture private. A

livello regionale risulta attivo l'89% dei posti letto per l'area post acuzie; il dato più basso si rileva per l'area Nord (75% dei posti letto attivi).

Sul totale dei posti letto delle strutture pubbliche e private, nel 2019 risulta attivo l'86% dei posti letto programmati; il maggior scostamento si rileva per l'area nord (81%), a seguire l'area sud (86%) e l'area centro (90%)

Confronto tra posti letto programmato e posti letto attivati – strutture pubbliche

| Area funzionale | Area Nord | | | | Area Centro | | | | Area Sud | | | | Totale Regionale | | | |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati |
| | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | |
| | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | |
| CHIRURGICA | 323 | 265 | - 58 | 82% | 449 | 394 | - 55 | 88% | 313 | 230 | - 83 | 73% | 1.085 | 889 | - 196 | 82% |
| EMERGENZA-URGENZA | 44 | 16 | - 28 | 36% | 34 | 20 | - 14 | 59% | 36 | 20 | - 16 | 56% | 114 | 56 | - 58 | 49% |
| MATERNO INFANTILE | 211 | 173 | - 38 | 82% | 202 | 198 | - 4 | 98% | 174 | 169 | - 5 | 97% | 587 | 540 | - 47 | 92% |
| MEDICA | 550 | 468 | - 82 | 85% | 628 | 561 | - 67 | 89% | 375 | 318 | - 57 | 85% | 1.553 | 1.347 | - 206 | 87% |
| MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI | 5 | 0 | - 5 | 0% | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | - | 5 | 0 | - 5 | 0% |
| POST ACUZIE | 151 | 78 | - 73 | 52% | 110 | 36 | - 74 | 33% | 70 | 28 | - 42 | 40% | 331 | 142 | - 189 | 43% |
| TERAPIE INTENSIVE | 77 | 67 | - 10 | 87% | 106 | 101 | - 5 | 95% | 73 | 73 | 0 | 100% | 256 | 241 | - 15 | 94% |
| Totale | 1.361 | 1.067 | - 294 | 78% | 1.529 | 1.310 | - 219 | 86% | 1.041 | 838 | - 203 | 80% | 3.931 | 3.215 | - 716 | 82% |

Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati – strutture private

| Area funzionale | Area Nord | | | | Area Centro | | | | Area Sud | | | | Totale Regionale | | | |
|-------------------|------------|------------|-------------|---------------|-------------|------------|----------|---------------|------------|------------|----------|---------------|------------------|--------------|-------------|---------------|
| | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati |
| | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | |
| | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | |
| CHIRURGICA | 215 | 215 | - | 100% | 219 | 242 | 23 | 111% | 229 | 229 | - | 100% | 663 | 686 | 23 | 103% |
| MATERNO INFANTILE | 34 | 34 | - | 100% | - | - | - | - | - | - | - | - | 34 | 34 | - | - |
| MEDICA | 40 | 40 | - | 100% | 62 | 62 | - | 100% | 50 | 50 | - | 100% | 152 | 152 | - | 100% |
| POST ACUZIE | 303 | 227 | - 76 | 75% | 375 | 355 | - 20 | 95% | 172 | 173 | 1 | 101% | 850 | 755 | - 95 | 89% |
| TERAPIE INTENSIVE | 5 | 5 | - | 100% | 15 | 15 | - | - | - | - | - | - | 20 | 20 | - | - |
| Totale | 597 | 521 | - 76 | 87% | 671 | 674 | 3 | 100% | 451 | 452 | 1 | 100% | 1.719 | 1.647 | - 72 | 96% |

Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati – strutture totale

| Area funzionale | Area Nord | | | | Area Centro | | | | Area Sud | | | | Totale Regionale | | | |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati | PL DO | PL DO | delta | % pl attivati |
| | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | | DCA | HSP | | |
| | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | | 64/2016 | 2019 | | |
| CHIRURGICA | 538 | 480 | - 58 | 89% | 668 | 636 | - 32 | 95% | 542 | 459 | - 83 | 85% | 1.748 | 1.575 | - 173 | 90% |
| EMERGENZA-URGENZA | 44 | 16 | - 28 | 36% | 34 | 20 | - 14 | 59% | 36 | 20 | - 16 | 56% | 114 | 56 | - 58 | 49% |
| MATERNO INFANTILE | 245 | 207 | - 38 | 84% | 202 | 198 | - 4 | 98% | 174 | 169 | - 5 | 97% | 621 | 574 | - 47 | 92% |
| MEDICA | 590 | 508 | - 82 | 86% | 690 | 623 | - 67 | 90% | 425 | 368 | - 57 | 87% | 1.705 | 1.499 | - 206 | 88% |
| MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI | 5 | - | - 5 | 0% | - | - | - | - | - | - | - | - | 5 | - | - 5 | 0% |
| POST ACUZIE | 454 | 305 | - 149 | 67% | 485 | 391 | - 94 | 81% | 242 | 201 | - 41 | 83% | 1.181 | 897 | - 284 | 76% |
| TERAPIE INTENSIVE | 82 | 72 | - 10 | 88% | 121 | 116 | - 5 | 96% | 73 | 73 | - | 100% | 276 | 261 | - 15 | 95% |
| Totale | 1.958 | 1.588 | - 370 | 81% | 2.200 | 1.984 | - 216 | 90% | 1.492 | 1.290 | - 202 | 86% | 5.650 | 4.862 | - 788 | 86% |

Aumentare l'efficiente utilizzo dei posti letto: il tasso di occupazione

È stata fatta un'analisi approfondita del tasso di occupazione⁶ dei posti letto in degenza ordinaria per area funzionale e per area geografica, sia per le strutture pubbliche che per quelle private accreditate.

Nell'analisi sono state incluse tutte le SDO 2019 rilevate dal flusso ministeriale per il ricovero ordinario, ad esclusione delle discipline 'nido' ed 'emodialisi'.

⁶ Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni - Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Analisi dei posti letto attivati e dei tassi di occupazione per area funzionale e per area geografica

Tra le strutture pubbliche si rileva un tasso di occupazione totale inferiore allo standard previsto dal DM 70/2015 ($\geq 90\%$) e pari all'80%. In particolare, il tasso di occupazione risulta pari al 45% per l'area post-acuzie (con un valore più basso nell'Area Nord, 37%), al 70% per l'area materno infantile (con un valore più basso nell'Area Sud, 59%) e pari al 75% per l'area chirurgica (con un valore più basso nell'Area Nord, 69%).

Tra le strutture private si rileva un tasso di occupazione totale inferiore allo standard previsto dal DM 70/2015 ($\geq 90\%$) e pari al 63%. In particolare, il tasso di occupazione risulta pari al 27% per l'area materno infantile e pari al 34% per l'area chirurgica (con un valore più basso nell'Area Nord, 26%).

Considerando il dato complessivo, ad esclusione delle terapie intensive, tassi di occupazione più bassi ed inferiori allo standard del DM 70/2015 si riscontrano per l'area chirurgica (58%) ed in particolare nell'Area Nord (50%), per l'area materno infantile (67%) ed in particolare per l'Area Sud (59%) e per l'area post acuzie (82%) ed in particolare per l'Area Sud (77%).

Strutture pubbliche

| Area funzionale | Area Nord | | | Area Centro | | | Area Sud | | | Totale Regionale | | |
|-------------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|------------------|------------------------|------------|
| | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL |
| CHIRURGICA | 265 | 66.412 | 69% | 394 | 112.862 | 78% | 230 | 65.498 | 78% | 889 | 244.772 | 75% |
| EMERGENZA-URGENZA | 16 | 4.773 | 82% | 20 | 8.253 | 113% | 20 | 6.665 | 91% | 56 | 19.691 | 96% |
| MATERNO INFANTILE | 173 | 45.900 | 73% | 198 | 55.478 | 77% | 169 | 36.173 | 59% | 540 | 137.551 | 70% |
| MEDICA | 468 | 152.604 | 89% | 561 | 199.492 | 97% | 318 | 106.532 | 92% | 1.347 | 458.628 | 93% |
| POST ACUZIE | 78 | 10.603 | 37% | 36 | 6.402 | 49% | 28 | 6.241 | 61% | 142 | 23.246 | 45% |
| TERAPIE INTENSIVE | 67 | 11.230 | 46% | 101 | 20.941 | 57% | 73 | 18.554 | 70% | 241 | 50.725 | 58% |
| Totale | 1.067 | 291.522 | 75% | 1.310 | 403.428 | 84% | 838 | 239.663 | 78% | 3.215 | 934.613 | 80% |

Strutture private

| Area funzionale | Area Nord | | | Area Centro | | | Area Sud | | | Totale Regionale | | |
|-------------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|------------------|------------------------|------------|
| | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL |
| CHIRURGICA | 215 | 20.767 | 26% | 242 | 37.512 | 42% | 229 | 27.635 | 33% | 686 | 85.914 | 34% |
| MATERNO INFANTILE | 34 | 3.377 | 27% | - | - | 0% | - | - | 0% | 34 | 3.377 | 27% |
| MEDICA | 40 | 12.769 | 87% | 62 | 13.175 | 58% | 50 | 15.703 | 86% | 152 | 41.647 | 75% |
| POST ACUZIE | 227 | 83.302 | 101% | 355 | 113.262 | 87% | 173 | 49.904 | 79% | 755 | 246.468 | 89% |
| TERAPIE INTENSIVE | 5 | - | 0% | 15 | 1.534 | 28% | - | - | 0% | 20 | 1.534 | 21% |
| Totale | 521 | 120.215 | 63% | 674 | 165.483 | 67% | 452 | 93.242 | 57% | 1.647 | 378.940 | 63% |

Totale strutture

| Area funzionale | Area Nord | | | Area Centro | | | Area Sud | | | Totale Regionale | | |
|-------------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|------------------|------------------------|------------|
| | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL |
| CHIRURGICA | 480 | 87.179 | 50% | 636 | 150.374 | 65% | 459 | 93.133 | 56% | 1.575 | 330.686 | 58% |
| EMERGENZA-URGENZA | 16 | 4.773 | 82% | 20 | 8.253 | 113% | 20 | 6.665 | 91% | 56 | 19.691 | 96% |
| MATERNO INFANTILE | 207 | 49.277 | 65% | 198 | 55.478 | 77% | 169 | 36.173 | 59% | 574 | 140.928 | 67% |
| MEDICA | 508 | 165.373 | 89% | 623 | 212.667 | 94% | 368 | 122.235 | 91% | 1.499 | 500.275 | 91% |
| POST ACUZIE | 305 | 93.905 | 84% | 391 | 119.664 | 84% | 201 | 56.145 | 77% | 897 | 269.714 | 82% |
| TERAPIE INTENSIVE | 72 | 11.230 | 43% | 116 | 22.475 | 53% | 73 | 18.554 | 70% | 261 | 52.259 | 55% |
| Totale | 1.588 | 411.737 | 71% | 1.984 | 568.911 | 79% | 1.290 | 332.905 | 71% | 4.862 | 1.313.553 | 74% |

10.3.2 Area Chirurgica (chirurgia generale e ortopedia) e Area Materno-Infantile (ginecologia e punti nascita)

Per l'area chirurgica il tasso di occupazione risulta complessivamente basso e pari al 58%, con notevole differenza tra le strutture pubbliche (75%) e quelle private accreditate (34%).

L'area Nord presenta il tasso di occupazione più basso e pari al 50% (pubblico e privato).

Per quanto riguarda il numero di posti letto, risultano ancora da attivare 196 posti letto tra le strutture pubbliche, mentre, tra le strutture private accreditate si rilevano 23 posti letto in più attivati rispetto ai programmati considerando tuttavia che il Marrelli Hospital è stato attivato successivamente all'entrata in vigore del decreto di programmazione della rete.

- *Chirurgia generale:*

Per l'area Nord, tra le strutture che erogano volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, tra le strutture pubbliche, si rileva un tasso di occupazione basso per l'AO di Cosenza (62%), con una mancata attivazione di 18 posti letto. Per il Presidio di Cetraro-Paola si rileva che l'Ospedale di Paola presenta un tasso di occupazione pari al 65%, con ulteriori 16 posti letto da attivare, mentre per l'Ospedale di Cetraro il tasso di occupazione è pari al 76%, con 8 posti letto in più attivati rispetto alla programmazione. Analogamente, per il Presidio di Rossano-Corigliano si rileva che l'Ospedale di Rossano presenta un tasso di occupazione pari al 113% con 18 posti letto ancora da attivare, mentre per l'Ospedale di Corigliano risulta un tasso di occupazione pari al 51%, con 17 posti letto attivati in più rispetto ai programmati. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate, per le quali sono stati attivati tutti i posti letto programmati.

Per l'area Centro, l'AO Pugliese Ciaccio rappresenta la struttura che eroga volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza a livello regionale, con un tasso di occupazione pari al 120% e 5 posti letto in più attivati rispetto a quanto programmato. Un tasso di occupazione basso si riscontra invece per l'AOU Mater Domini (46%), con un numero di posti letto programmati ed attivati in linea con i posti letto dell'AO Pugliese Ciaccio. Per la provincia di Crotona, l'Ospedale S. Giovanni di Dio di Crotona presenta un tasso di occupazione pari al 62% e tutti i posti letto programmati sono attivi. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

Per l'area Sud, tra le strutture che erogano volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, si rileva un tasso di occupazione pari all'87% per l'AO di Reggio Calabria e pari al 93% per il Presidio Santa Maria degli Ungheresi. Per l'Ospedale Civile di Locri si rileva un tasso di occupazione pari al 79% con una mancata attivazione di 17 posti letto rispetto a quanto programmato. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

- *Ortopedia e traumatologia:*

Per l'area Nord, tra le strutture pubbliche che erogano volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, si rileva un tasso di occupazione pari allo standard per l'AO di Cosenza, con un posto letto in più attivato rispetto a quanto programmato ed inferiore allo standard per l'Ospedale di Rossano (77%) con 2 posti letto da attivare. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

Per l'area Centro, l'AO Pugliese Ciaccio presenta un tasso di occupazione pari al 118% con 2 posti letto ancora da attivare, mentre per le altre strutture pubbliche si rilevano tassi di occupazione inferiori allo standard (ad esempio, 70% per l'Ospedale Civile San Giovanni di Dio di Crotona, 45% per il Presidio di Lamezia Terme). Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

Per l'area Sud, la struttura per la quale si rilevano volumi maggiori di attività in termini di giornate di degenza è l'Istituto Ortopedico del Mezzogiorno, con un tasso di occupazione pari al 55% e tutti i posti letto programmati attivi. Ad esclusione dell'AO di Reggio, con un tasso di occupazione pari al 100%, le altre strutture dell'area presentano tassi di occupazione bassi. Per l'Ospedale di Melito e

il PO di Gioia Tauro i posti letto programmati non risultano attivi.

Per l'Area Materno Infantile, il tasso di occupazione risulta complessivamente pari al 67% ed in particolare pari al 70% per le strutture pubbliche e al 27% per l'unica struttura privata accreditata (iGreco Ospedali Riuniti).

L'area Sud presenta il tasso di occupazione più basso e pari al 59%.

Per quanto riguarda il numero di posti letto, risultano ancora da attivare 47 posti letto tra le strutture pubbliche.

- *Ostetricia e ginecologia:*

Nell'ambito dell'area Nord, l'AO di Cosenza - che rappresenta la struttura con volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza a livello regionale - presenta un tasso di occupazione pari al 97% e 4 posti letto ancora da attivare. Per le altre strutture si rilevano tassi di occupazione bassi ed inferiori allo standard.

Per l'area Centro, l'AO Pugliese-Ciaccio presenta un tasso di occupazione pari all'89% con 2 posti letto in più attivati rispetto ai programmati. Per le altre strutture si rilevano tassi di occupazione bassi ed inferiori allo standard, in particolare, per l'Ospedale Basso Ionio sono stati attivati 12 posti letto non previsti dalla programmazione, con un tasso di occupazione pari al 29%.

Per l'area Sud, l'AO di Reggio Calabria è quella che presenta volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, con un tasso di occupazione pari al 78% e tutti i posti letto programmati attivi. Per il Presidio Santa Maria degli Ungheresi si rileva un tasso di occupazione pari al 61%, con 3 posti letto attivati in più rispetto a quanto programmato.

Area Chirurgica: pubblico e privato

| Area funzionale | Area Nord | | | Area Centro | | | Area Sud | | | Totale | | |
|--------------------------------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|
| | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL |
| CHIRURGIA GENERALE | 228 | 39.659 | 48% | 198 | 42.972 | 59% | 186 | 30.831 | 45% | 612 | 113.462 | 51% |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 129 | 26.058 | 55% | 218 | 40.328 | 51% | 155 | 33.273 | 59% | 502 | 99.659 | 54% |
| UROLOGIA | 31 | 5.727 | 51% | 77 | 19.977 | 71% | 8 | 2.047 | 70% | 116 | 27.751 | 66% |
| NEUROCHIRURGIA | 21 | 6.493 | 85% | 26 | 10.989 | 116% | 19 | 6.604 | 95% | 66 | 24.086 | 100% |
| CARDIOCHIRURGIA | - | - | 0% | 34 | 17.065 | 138% | 20 | 5.606 | 77% | 54 | 22.671 | 115% |
| CHIRURGIA VASCOLARE | 13 | 2.684 | 57% | 32 | 6.993 | 60% | 19 | 2.861 | 41% | 64 | 12.538 | 54% |
| CHIRURGIA TORACICA | 10 | 2.309 | 63% | 8 | 3.688 | 126% | 14 | 3.394 | 66% | 32 | 9.391 | 80% |
| UROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RI) | - | - | 0% | - | - | 0% | 18 | 5.871 | 89% | 18 | 5.871 | 89% |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 19 | 1.546 | 22% | 10 | 1.739 | 48% | 6 | 1.867 | 85% | 35 | 5.152 | 40% |
| CHIRURGIA PEDIATRICA | 15 | 2.551 | 47% | 9 | 1.744 | 0% | 10 | 201 | 0% | 34 | 4.496 | 36% |
| CHIRURGIA PLASTICA | - | - | 0% | 10 | 1.940 | 53% | - | - | 0% | 10 | 1.940 | 53% |
| OCULISTICA | 14 | 152 | 3% | 8 | 1.516 | 52% | 2 | 219 | 30% | 24 | 1.887 | 22% |
| CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE | - | - | 0% | 6 | 1.423 | 65% | - | - | 0% | 6 | 1.423 | 65% |
| NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO) | - | - | 0% | - | - | 0% | 2 | 359 | 49% | 2 | 359 | 49% |
| Totale | 480 | 87.179 | 50% | 636 | 150.374 | 65% | 459 | 93.133 | 56% | 1.575 | 330.686 | 58% |

Le discipline dell'area chirurgica con maggior numero di giornate sono la Chirurgia generale e l'Ortopedia, delle quali si riportano i dati per singoli ospedali.

Chirurgia Generale per singoli ospedali

| Pubblico / Privato | Denominazione struttura | Codice Azienda | Descrizione Azienda | Area | PL DO DCA 64/2016 | PL DO HSP 2019 | delta PL | Giornate di degenza DO | Tasso di occupazione DO |
|---------------------------|--|----------------|--|-------------|-------------------|----------------|------------|------------------------|-------------------------|
| Publicco | AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | 912 | AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | Area Nord | 54 | 36 | -18 | 8.185 | 62% |
| Publicco | Ospedale Rossano | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 35 | 17 | -18 | 7.022 | 113% |
| Publicco | Ospedale Paola | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 35 | 19 | -16 | 4.496 | 65% |
| Privato | CASA DI CURA CASCINI SRL | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 20 | 20 | 0 | 3.861 | 53% |
| Privato | CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 20 | 20 | 0 | 3.668 | 50% |
| Publicco | OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 23 | 19 | -4 | 3.333 | 48% |
| Publicco | Ospedale Corigliano | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 0 | 17 | 17 | 3.174 | 51% |
| Privato | CASA DI CURA VILLA DEL SOLE | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 40 | 40 | 0 | 2.311 | 16% |
| Publicco | Ospedale Cetraro | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 0 | 8 | 8 | 2.206 | 76% |
| Privato | IGRECO OSPEDALI RIUNITI EX LA MADONNINA | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 24 | 24 | 0 | 1.035 | 12% |
| Publicco | P.O. BEATO ANGELICO | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 0 | 8 | 8 | 368 | 13% |
| Totale Area Nord | | | | | 251 | 228 | -23 | 39.659 | 48% |
| Publicco | AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE DE LELLIS" | 913 | Azienda Ospedaliera Pugliese De Lellis | Area Centro | 23 | 28 | 5 | 12.234 | 120% |
| Publicco | OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO | 202 | A.S.P. CROTONE | Area Centro | 30 | 30 | 0 | 6.827 | 62% |
| Publicco | PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 20 | 20 | 0 | 6.257 | 86% |
| Publicco | OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA | 204 | A.S.P. VIBO VALENTIA | Area Centro | 14 | 14 | 0 | 5.416 | 106% |
| Publicco | A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO | 914 | A.O.U. MATER DOMINI CATANZARO | Area Centro | 26 | 26 | 0 | 4.323 | 46% |
| Publicco | OSPEDALE BASSO IONIO | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 18 | 18 | 0 | 3.318 | 51% |
| Privato | Marrelli hospital | 202 | A.S.P. CROTONE | Area Centro | 0 | 32 | 32 | 2.136 | 18% |
| Privato | VILLA DEI GERANI | 204 | A.S.P. VIBO VALENTIA | Area Centro | 38 | 20 | -18 | 1.908 | 26% |
| Privato | CASA DI CURA VILLA DEL SOLE | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 10 | 10 | 0 | 553 | 15% |
| Publicco | OSPEDALE TROPEA | 204 | A.S.P. VIBO VALENTIA | Area Centro | 8 | 0 | -8 | - | na |
| Totale Area Centro | | | | | 187 | 198 | 11 | 42.972 | 59% |
| Publicco | AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI | 915 | Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli | Area Sud | 28 | 28 | 0 | 8.909 | 87% |
| Publicco | P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 18 | 18 | 0 | 6.112 | 93% |
| Privato | POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 20 | 20 | 0 | 4.651 | 64% |
| Privato | CASA DI CURA 'VILLA AURORA' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 40 | 40 | 0 | 3.604 | 25% |
| Publicco | OSPEDALE CIVILE LOCRI | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 27 | 10 | -17 | 2.868 | 79% |
| Privato | CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 27 | 27 | 0 | 2.039 | 21% |
| Publicco | OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S. | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 16 | 8 | -8 | 1.648 | 56% |
| Privato | CASA DI CURA 'VILLA S.ANNA' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 35 | 35 | 0 | 1.000 | 8% |
| Publicco | P.O. 'GIOVANNI XXII' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 16 | 0 | -16 | - | na |
| Totale Area Sud | | | | | 227 | 186 | -41 | 30.831 | 45% |
| Totale | | | | | 665 | 612 | -53 | 113.462 | 51% |

Ortopedia e traumatologia per singoli ospedali

| Pubblico / Privato | Denominazione struttura | Codice Azienda | Descrizione Azienda | Area | PL DO DCA 64/2016 | PL DO HSP 2019 | delta PL DO | Giornate di degenza DO | Tasso di occupazione DO |
|---------------------------|--|----------------|--|-------------|-------------------|----------------|-------------|------------------------|-------------------------|
| Publicco | AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | 912 | AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | Area Nord | 28 | 29 | 1 | 9.476 | 90% |
| Publicco | Ospedale Rossano | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 18 | 16 | -2 | 4.503 | 77% |
| Privato | CASA DI CURA SCARNATI | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 40 | 30 | -10 | 3.931 | 36% |
| Publicco | Ospedale Paola | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 16 | 14 | -2 | 3.006 | 59% |
| Privato | CASA DI CURA CASCINI SRL | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 20 | 20 | 0 | 2.760 | 38% |
| Privato | IGRECO OSPEDALI RIUNITI EX LA MADONNINA | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 18 | 18 | 0 | 1.948 | 30% |
| Publicco | OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 18 | 2 | -16 | 434 | 59% |
| Totale Area Nord | | | | | 158 | 129 | -29 | 26.058 | 55% |
| Publicco | AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE DE LELLIS" | 913 | Azienda Ospedaliera Pugliese De Lellis | Area Centro | 26 | 24 | -2 | 10.299 | 118% |
| Publicco | OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO | 202 | A.S.P. CROTONE | Area Centro | 30 | 30 | 0 | 7.654 | 70% |
| Privato | CASA DI CURA VILLA DEL SOLE | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 37 | 37 | 0 | 5.619 | 42% |
| Publicco | PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 29 | 29 | 0 | 4.785 | 45% |
| Privato | CASA DI CURA VILLA SERENA | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 30 | 30 | 0 | 3.196 | 29% |
| Publicco | OSPEDALE BASSO IONIO | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 11 | 11 | 0 | 2.258 | 56% |
| Publicco | OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA | 204 | A.S.P. VIBO VALENTIA | Area Centro | 14 | 8 | -6 | 2.080 | 71% |
| Privato | CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 27 | 27 | 0 | 1.828 | 19% |
| Privato | Marrelli hospital | 202 | A.S.P. CROTONE | Area Centro | 0 | 16 | 16 | 1.567 | 27% |
| Publicco | A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO | 914 | A.O.U. MATER DOMINI CATANZARO | Area Centro | 7 | 6 | -1 | 1.042 | 48% |
| Publicco | OSPEDALE TROPEA | 204 | A.S.P. VIBO VALENTIA | Area Centro | 8 | 0 | -8 | - | na |
| Totale Area Centro | | | | | 219 | 218 | -1 | 40328 | 51% |
| Privato | ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 70 | 70 | 0 | 14.034 | 55% |
| Publicco | AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI | 915 | Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli | Area Sud | 28 | 28 | 0 | 10.270 | 100% |
| Publicco | P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 18 | 18 | 0 | 5.159 | 79% |
| Privato | CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 27 | 27 | 0 | 2.106 | 21% |
| Publicco | OSPEDALE CIVILE LOCRI | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 16 | 12 | -4 | 1.704 | 39% |
| Publicco | OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S. | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 18 | 0 | -18 | - | na |
| Publicco | P.O. 'GIOVANNI XXII' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 10 | 0 | -10 | - | na |
| Totale Area Sud | | | | | 187 | 155 | -32 | 33273 | 59% |
| Totale | | | | | 564 | 502 | -62 | 99.659 | 54% |

Area materno infantile

| Area funzionale | Area Nord | | | Area Centro | | | Area Sud | | | Totale | | |
|-----------------------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|----------------|------------------------|------------|
| | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL | PL DO HSP 2019 | Giornate di degenza DO | TO PL |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 138 | 28.072 | 56% | 123 | 28.841 | 64% | 87 | 18.485 | 58% | 348 | 75.398 | 59% |
| PEDIATRIA | 44 | 11.481 | 71% | 38 | 12.379 | 89% | 52 | 12.326 | 65% | 134 | 36.186 | 74% |
| NEONATOLOGIA | 15 | 8.482 | 155% | 25 | 12.544 | 137% | 16 | 4.098 | 70% | 56 | 25.124 | 123% |
| TERAPIA INTENSIVA NEONATALE | 10 | 1.242 | 34% | 6 | 552 | 25% | 10 | 642 | 18% | 26 | 2.436 | 26% |
| ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA | - | - | 0% | 6 | 1.162 | 53% | 4 | 622 | 43% | 10 | 1.784 | 49% |
| Totale | 207 | 49.277 | 65% | 198 | 55.478 | 77% | 169 | 36.173 | 59% | 574 | 140.928 | 67% |

Ostetricia e Ginecologia per singoli ospedali

| Pubblico / Privato | Denominazione struttura | Codice Azienda | Descrizione Azienda | Area | PL DO DCA 64/2016 | PL DO HSP 2019 | delta PL DO | Giornate di degenza DO | Tasso di occupazione DO |
|---------------------------|--|----------------|--|-------------|-------------------|----------------|-------------|------------------------|-------------------------|
| Pubblico | AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | 912 | AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | Area Nord | 45 | 41 | -4 | 14.449 | 97% |
| Pubblico | Ospedale Corigliano | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 25 | 25 | 0 | 5.097 | 56% |
| Privato | IGRECO OSP. RIUNITI EX SACRO CUORE | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 34 | 34 | 0 | 3.377 | 27% |
| Pubblico | OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 20 | 16 | -4 | 3.150 | 54% |
| Pubblico | Ospedale Cetraro | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 26 | 22 | -4 | 1.997 | 25% |
| Pubblico | P.O. BEATO ANGELICO | 201 | A.S.P. COSENZA | Area Nord | 0 | 0 | 0 | 2 | na |
| Totale Area Nord | | | | | 150 | 138 | -12 | 28.072 | 56% |
| Pubblico | AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE DE LELLIS" | 913 | Azienda Ospedaliera Pugliese De Lellis | Area Centro | 36 | 38 | 2 | 12.399 | 89% |
| Pubblico | OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO | 202 | A.S.P. CROTONE | Area Centro | 26 | 26 | 0 | 6.403 | 67% |
| Pubblico | PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 29 | 29 | 0 | 4.963 | 47% |
| Pubblico | OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA | 204 | A.S.P. VIBO VALENTIA | Area Centro | 18 | 18 | 0 | 3.824 | 58% |
| Pubblico | OSPEDALE BASSO IONIO | 203 | A.S.P. CATANZARO | Area Centro | 0 | 12 | 12 | 1.252 | 29% |
| Totale Area Centro | | | | | 109 | 123 | 14 | 28.841 | 64% |
| Pubblico | AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI | 915 | Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli | Area Sud | 36 | 36 | 0 | 10.227 | 78% |
| Pubblico | P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 17 | 20 | 3 | 4.489 | 61% |
| Pubblico | OSPEDALE CIVILE LOCRI | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 27 | 28 | 1 | 3.703 | 36% |
| Pubblico | OSPEDALE 'TIBERIO EVOLVI' - MELITO P.S. | 205 | A.S.P. REGGIO CALABRIA | Area Sud | 9 | 3 | -6 | 66 | 6% |
| Totale Area Sud | | | | | 89 | 87 | -2 | 18.485 | 58% |
| Totale | | | | | 348 | 348 | 0 | 75.398 | 59% |

Punti Nascita

Si riportano di seguito i volumi e la percentuale di parti cesarei eseguiti per struttura (dati anno 2019 - PNE edizione 2020).

| STRUTTURA | PROV. | Ruolo nella rete | N. parti | % cesarei* | Standard DM 70/2015 |
|--|-------|------------------|----------|------------|---------------------|
| P.O. ANNUNZIATA - COSENZA | CS | HUB | 1.981 | 30,4% | 25% |
| Ospedale Pugliese - CATANZARO | CZ | HUB | 1.952 | 28,3% | 25% |
| Presidio Ospedaliero E. Morelli - REGGIO DI CALABRIA | RC | HUB | 2.194 | 30,8% | 25% |
| OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI | CS | SPOKE | 519 | 48,0% | 15% |
| Ospedale Corigliano - COSENZA | CS | SPOKE | 1.517 | 33,1% | 25% |
| Ospedale Cetraro - CETRARO | CS | SPOKE | 262 | 62,5% | 15% |
| OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO - CROTONE | KR | SPOKE | 1.274 | 8,3% | 25% |
| Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME | CZ | SPOKE | 972 | 37,5% | 15% |
| P.O. JAZZOLINO - VIBO VALENTIA | VV | SPOKE | 779 | 37,2% | 15% |
| OSPEDALE BASSO IONIO - SOVERATO | CZ | | 190 | 31,4% | 15% |
| OSPEDALE CIVILE LOCRI - LOCRI | RC | SPOKE | 901 | 31,0% | 15% |
| P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' - POLISTENA | RC | SPOKE | 963 | 39,3% | 15% |

* % di parti cesarei viene calcolata a partire dai volumi dei parti ad esclusione delle dimissioni di donne con progresso parto cesareo.

L'attività dei P.N. dei P.O. di Soverato e Cetraro è stata sospesa nell'agosto del 2019.

Per il P.N. di Cetraro è in corso la richiesta di riapertura in deroga a seguito dell'avvenuta ristrutturazione delle sale parto e dell'imminente espletamento del concorso per l'incarico di direttore della UOC di ostetricia e ginecologia.

10.3.3 Analisi dell'attività chirurgica degli HUB

AO Cosenza

| Cod. disc. | Descrizione disciplina | Numero Dimessi | | | PL DCA 64/2016 | | | PL HSP-12 | | | Giornate di degenza DO | Tasso di occupazione DO |
|-----------------------|--|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|-------------------------|
| | | DIMESSI DO SDO 2019 | DIMESSI DH SDO 2019 | DIMESSI TOT SDO 2019 | PL DH DCA 64/2016 | PL DS DCA 64/2016 | PL DO DCA 64/2016 | PL DH HSP 2019 | PL DS HSP 2019 | PL DO HSP 2019 | | |
| 09 | CHIRURGIA GENERALE | 1.361 | 40 | 1.401 | 0 | 6 | 54 | 0 | 1 | 36 | 8.185 | 62% |
| 11 | CHIRURGIA PEDIATRICA | 653 | 256 | 909 | 0 | 5 | 15 | 0 | 5 | 15 | 2.551 | 47% |
| 13 | CHIRURGIA TORACICA | 261 | 8 | 269 | 0 | 1 | 9 | 0 | 1 | 10 | 2.309 | 63% |
| 14 | CHIRURGIA VASCOLARE | 383 | 0 | 383 | 0 | 1 | 9 | 0 | 0 | 8 | 2.288 | 78% |
| 30 | NEUROCHIRURGIA | 792 | 0 | 792 | 0 | 1 | 24 | 0 | 0 | 21 | 6.493 | 85% |
| 34 | OCULISTICA | 22 | 143 | 165 | 0 | 6 | 4 | 0 | 1 | 1 | 42 | 12% |
| 36 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 1.122 | 129 | 1.251 | 0 | 2 | 28 | 0 | 1 | 29 | 9.476 | 89,5% |
| 38 | OTORINOLARINGOIATRIA | 197 | 0 | 197 | 0 | 4 | 6 | 0 | 4 | 4 | 755 | 52% |
| 43 | UROLOGIA | 636 | 179 | 815 | 0 | 1 | 9 | 0 | 1 | 13 | 4.436 | 93% |
| 48 | NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | | |
| Totale Azienda | | 20.208 | 3.550 | 23.758 | 74 | 46 | 585 | 45 | 31 | 484 | 152.005 | 86% |

AO Pugliese

| Cod. disc. | Descrizione disciplina | Numero Dimessi | | | PL DCA 64/2016 | | | PL HSP-12 | | | Giornate di degenza DO | Tasso di occupazione DO |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|-------------------------|
| | | DIMESSI DO SDO 2019 | DIMESSI DH SDO 2019 | DIMESSI TOT SDO 2019 | PL DH DCA 64/2016 | PL DS DCA 64/2016 | PL DO DCA 64/2016 | PL DH HSP 2019 | PL DS HSP 2019 | PL DO HSP 2019 | | |
| 09 | CHIRURGIA GENERALE | 1.356 | 227 | 1.583 | 0 | 2 | 23 | 0 | 3 | 28 | 12.234 | 120% |
| 11 | CHIRURGIA PEDIATRICA | 607 | 204 | 811 | 0 | 2 | 8 | 0 | 2 | 9 | 1.744 | 53% |
| 12 | CHIRURGIA PLASTICA | 437 | 0 | 437 | 0 | 2 | 8 | 0 | 1 | 6 | 1.406 | 64% |
| 13 | CHIRURGIA TORACICA (MATER DOMINI) | 340 | 144 | 484 | 0 | 0 | 10 | 0 | 1 | 8 | 3.688 | 126% |
| 14 | CHIRURGIA VASCOLARE | 411 | 26 | 437 | 0 | 2 | 8 | 0 | 1 | 8 | 2.802 | 96% |
| 30 | NEUROCHIRURGIA | 769 | 0 | 769 | 0 | 1 | 24 | 0 | 1 | 20 | 9.282 | 127% |
| 34 | OCULISTICA | 166 | 406 | 572 | 0 | 4 | 6 | 2 | 2 | 4 | 1.067 | 73% |
| 36 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 1.047 | 104 | 1.151 | 0 | 4 | 26 | 0 | 4 | 24 | 10.299 | 118% |
| 38 | OTORINOLARINGOIATRIA | 245 | 48 | 293 | 0 | 4 | 6 | 2 | 2 | 6 | 1.646 | 75% |
| 43 | UROLOGIA | 922 | 408 | 1.330 | 0 | 1 | 13 | 2 | 2 | 13 | 4.712 | 99% |
| Totale Azienda | | 19.203 | 7.320 | 26.523 | 53 | 22 | 443 | 63 | 23 | 389 | 142.235 | 100% |

AOU Mater Domini

| Cod. disc. | Descrizione disciplina | Numero Dimessi | | | PL DCA 64/2016 | | | PL HSP-12 | | | Giornate di degenza DO | Tasso di occupazione DO |
|-----------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|-------------------------|
| | | DIMESSI DO SDO 2019 | DIMESSI DH SDO 2019 | DIMESSI TOT SDO 2019 | PL DH DCA 64/2016 | PL DS DCA 64/2016 | PL DO DCA 64/2016 | PL DH HSP 2019 | PL DS HSP 2019 | PL DO HSP 2019 | | |
| 07 | CARDIOCHIRURGIA | 298 | 0 | 298 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 | 6.114 | 120% |
| 09 | CHIRURGIA GENERALE | 917 | 151 | 1.068 | 0 | 4 | 26 | 2 | 4 | 26 | 4.323 | 46% |
| 10 | CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE | 233 | 7 | 240 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 6 | 1.423 | 65% |
| 11 | CHIRURGIA PEDIATRICA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 12 | CHIRURGIA PLASTICA | 150 | 97 | 247 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 4 | 534 | 37% |
| 14 | CHIRURGIA VASCOLARE | 74 | 51 | 125 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 4 | 362 | 25% |
| 30 | NEUROCHIRURGIA | 227 | 161 | 388 | 0 | 1 | 9 | 0 | 1 | 6 | 1.707 | 78% |
| 34 | OCULISTICA | 230 | 329 | 559 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 449 | 31% |
| 36 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 304 | 49 | 353 | 0 | 1 | 7 | 0 | 1 | 6 | 1.042 | 48% |
| 38 | OTORINOLARINGOIATRIA | 82 | 2 | 84 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 4 | 93 | 6% |
| 43 | UROLOGIA | 373 | 232 | 605 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 6 | 1.703 | 78% |
| Totale Azienda | | 7.544 | 4.394 | 11.938 | 22 | 19 | 227 | 28 | 19 | 189 | 52.780 | 77% |

AO di Reggio Calabria

| Cod. disc. | Descrizione disciplina | Numero Dimessi | | | PL DCA 64/2016 | | | PL HSP-12 | | | Giornate di degenza DO | Tasso di occupazione DO |
|-----------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|-------------------------|
| | | DIMESSI DO SDO 2019 | DIMESSI DH SDO 2019 | DIMESSI TOT SDO 2019 | PL DH DCA 64/2016 | PL DS DCA 64/2016 | PL DO DCA 64/2016 | PL DH HSP 2019 | PL DS HSP 2019 | PL DO HSP 2019 | | |
| 07 | CARDIOCHIRURGIA | 298 | 0 | 298 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 | 6.114 | 120% |
| 09 | CHIRURGIA GENERALE | 917 | 151 | 1.068 | 0 | 4 | 26 | 2 | 4 | 26 | 4.323 | 46% |
| 10 | CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE | 233 | 7 | 240 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 6 | 1.423 | 65% |
| 11 | CHIRURGIA PEDIATRICA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 12 | CHIRURGIA PLASTICA | 150 | 97 | 247 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 4 | 534 | 37% |
| 14 | CHIRURGIA VASCOLARE | 74 | 51 | 125 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 4 | 362 | 25% |
| 30 | NEUROCHIRURGIA | 227 | 161 | 388 | 0 | 1 | 9 | 0 | 1 | 6 | 1.707 | 78% |
| 34 | OCULISTICA | 230 | 329 | 559 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 449 | 31% |
| 36 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 304 | 49 | 353 | 0 | 1 | 7 | 0 | 1 | 6 | 1.042 | 48% |
| 38 | OTORINOLARINGOIATRIA | 82 | 2 | 84 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 4 | 93 | 6% |
| 43 | UROLOGIA | 373 | 232 | 605 | 0 | 2 | 6 | 0 | 2 | 6 | 1.703 | 78% |
| Totale Azienda | | 7.544 | 4.394 | 11.938 | 22 | 19 | 227 | 28 | 19 | 189 | 52.780 | 77% |

10.3.4 Analisi degli esiti

Dal Programma Nazionale Esiti (PNE, edizione 2020 su dati 2019), elaborato da Agenas, sono tratte le informazioni delle seguenti tabelle che mostrano il grado di aderenza agli indicatori di qualità misurati e ai rispettivi valori di riferimento.

Ospedali con DEA II livello

| | AREA NORD | AREA CENTRO | | AREA SUD |
|--------------------|-------------|------------------|-------------|-------------|
| | AO COSENZA | AOU MATER DOMINI | AO PUGLIESE | GOM RC |
| cardiocircolatorio | medio | alto | medio | alto |
| gravidenza e parto | basso | na | medio | basso |
| nervoso | medio | na | medio | basso |
| osteomuscolare | molto basso | na | medio | molto basso |
| respiratorio | medio | na | medio | basso |
| ch. Oncologica | basso | basso | basso | basso |
| ch. Generale | medio | molto basso | alto | molto alto |

Per l'area osteomuscolare si rileva un livello di aderenza molto basso agli standard di qualità per l'AO di Cosenza e per il GOM di Reggio Calabria e medio per l'AO Pugliese. Per l'area della chirurgia oncologica risulta un livello basso per tutti gli Hub, mentre per la Chirurgia generale si evidenzia una situazione eterogenea tra le strutture. Per l'area gravidanza e parto e l'area nervoso il livello risulta medio-basso.

Ospedali con DEA I livello

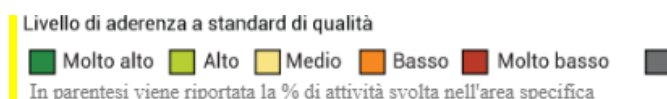
| | AREA NORD | | | | | AREA CENTRO | | | AREA SUD | |
|--------------------|---------------------|---------------|------------------|-------------|---------------|--------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| | PO di Castrovillari | PO di Rossano | PO di Corigliano | PO di Paola | PO di Cetraro | San Giovanni di Dio di Crotone | Ospedale di Lamezia | PO Jazolino di Vibo Valentia | Ospedale Civile di Locri | S. Maria degli Ungheresi di Polistena |
| cardiocircolatorio | alto | medio | medio | medio | na | medio | medio | alto | medio | basso |
| gravidenza e parto | molto basso | na | basso | na | molto basso | molto alto | molto basso | basso | basso | molto basso |
| nervoso | na | na | basso | na | na | medio | molto basso | medio | molto alto | na |
| osteomuscolare | na | molto basso | na | molto basso | na | molto basso | basso | molto basso | molto basso | molto basso |
| respiratorio | molto basso | na | alto | na | na | medio | molto alto | medio | molto basso | molto basso |
| ch. Oncologica | na | na | na | na | na | na | basso | na | na | na |
| ch. Generale | molto basso | molto basso | molto basso | na | molto basso | molto basso | alto | medio | molto alto | alto |

Per l'area osteomuscolare si rileva un livello di aderenza basso / molto basso agli standard di qualità per tutti i DEA di I livello. Per la Chirurgia generale si evidenzia una situazione eterogenea tra le aree della regione: livelli molto bassi per l'Area Nord, alti per l'area Sud). Per l'area gravidanza e parto il livello risulta basso /molto basso ad eccezione del PO San Giovanni di Dio per cui si rileva un livello molto alto. Per l'area nervoso il livello risulta prevalentemente medio/basso. Non risultano attive le Stroke Unit di

Locri, Polistena, Corigliano, Cetraro, Castrovillari. Per l'area cardiocircolatorio il livello risulta prevalentemente medio/basso, ad eccezione dei PO di Vibo Valentia e Castrovillari.

PS e PS di Zona disagiata

| | AREA NORD | | | AREA CENTRO | | | AREA SUD | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|----------------------|----------------------------------|--|----|
| | P.O. BEATO ANGELICO | OSPEDALE CIVILE SGF | OSPEDALE GUDO CHIDICHIMO TREBISACCE | P.O. TROPEA | OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI | P.O. SERRA SAN BRUNO | OSPEDALE BASSO IONIO di Soverato | OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S. | |
| cardiocircolatorio | alto | alto | na | na | na | na | na | medio | na |
| gravidanza e parto | na | na | na | na | na | na | molto basso | na | na |
| nervoso | na | na | na | na | na | na | na | na | na |
| osteomuscolare | na | na | na | na | na | na | molto basso | na | na |
| respiratorio | medio | na | na | molto alto | na | molto alto | na | na | na |
| ch. Oncologica | na | na | na | na | na | na | na | na | na |
| ch. Generale | na | na | na | na | na | na | alto | molto basso | na |



Per la maggior parte dei presidi non risultano calcolabili gli indicatori a causa del ridotto o assente volumi dei ricoveri.

10.4 Riconfigurazione della rete ospedaliera

A seguito delle criticità riscontrate nell'attuazione del DCA 64/2016 per come rappresentato nei paragrafi precedenti ed in particolare:

- le sentenze del giudice amministrativo relative alla riapertura del PO di Praia a mare (Delibera del Commissario Straordinario dell'A.S.P. di Cosenza n.1030 del 4.08.21 e da ultimo sentenza del CdS n.384/2022), riaperto con DCA n. 51/2022 e del PO di Trebisacce (Delibera del Commissario ad acta n.3/2021);
- la mancata riconversione del P.O. di Cariati;
- l'organizzazione dei centri di emodinamica concentrati, con riferimento all'area centro, nella città di Catanzaro, pur in presenza di una forte domanda assistenziale nell'area del crotonese;
- carenza offerta assistenziale nell'area della Piana, anche in conseguenza dello sviluppo delle attività economiche dell'area stessa;
- Forte mobilità passiva nelle patologie neuromuscolari e nei trapianti di cellule staminali e previsione di specifici centri presso il GOM di Reggio Calabria;
- nell'attuazione di quanto programmato, a livello funzionale ed organizzativo, per lo Spoke Rossano/Corigliano e per lo Spoke Cetraro/Paola, con esplicitazione dei percorsi assistenziali nel caso di strutture con più stabilimenti.

Il nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera provvederà, tra l'altro, a potenziare e riorganizzare:

- la neuroradiologia diagnostica e interventistica e della Neurochirurgia.
- l'attività chirurgica oncologica ed in particolare della chirurgia oncologica senologica, ginecologica e della chirurgia oncologica toracica e della pneumologia interventistica, anche in termini di incremento dei volumi di attività.
- l'assistenza al trauma maggiore, compresa chirurgia ortopedica delle fratture di bacino e attivazione della radiologia interventistica periferica.

- l'area quali-quantitativo onco-ematologica e la funzione di Hub della Terapia del dolore.
- la rete dei Laboratori Pubblici
- l'istituzione, presso l'AOU Mater Domini di Catanzaro, del centro ECMO che fa capo alla UOC di Anestesia e Rianimazione quale centro di riferimento per la Regione Calabria (DCA n 90 del 2021): monitoraggio e controllo ed approvato inserimento dello stesso nella Rete Nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmonite da virus A (H1N1) (Rete Nazionale Respiratoria) di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5/11/2009.
- Le Breast Unit.
- Il Centro di riferimento emato-oncologico (C.R.E.O.) quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico giusto DCA n. 76 del 11.05.2021 sul quale i Ministeri affiancanti, con parere prot. 137-P del 26.05.21, hanno espresso il proprio nulla osta ai fini del proseguimento dell'iter amministrativo.
- L'attivazione di un Centro Antiveleni
- L'attivazione della medicina delle migrazioni

Al fine di garantire la piena attuazione della nuova programmazione si potranno prevedere, anche attraverso una nuova cornice legislativa, nuovi modelli di gestione dei presidi ospedalieri, che vedono il coinvolgimento di soggetti esterni espressione di eccellenze a livello nazionale.

Pertanto, si procederà alla revisione/aggiornamento del documento di riorganizzazione della rete ospedaliera (DCA 64/2016).

Obiettivo 1: modifica/integrazione della rete ospedaliera

Azione: Integrazione e aggiornamento del DCA 64/2016.

| | | | |
|---|---|--|---------------|
| | | | |
| 1 | Costituzione gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | DCA | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Aggiornamento linee guida atti aziendali | DCA | Gennaio 2023 |
| 5 | Adozione degli atti aziendali da parte delle aziende del SSR | Delibere | Aprile 2023 |
| 6 | Approvazione atti aziendali | DCA | Giugno 2023 |
| 7 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | N posti letto attivati/n posti letto programmati | Trimestrale |
| | | Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente | trimestrale |

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| | | DRG ad alto rischio di inappropriatazza | trimestrale |
| | | N incarichi dirigenziali attivati/su n. incarichi programmati | annuale |

Per il prossimo triennio l'obiettivo, oltre il monitoraggio dell'attuazione della nuova rete ospedaliera sarà l'analisi e la valutazione dei livelli di inappropriatazza in termini quantitativi e qualitativi ma anche un'analisi delle attività da potenziare in termini di risposta clinico-assistenziale attraverso il costante monitoraggio sia degli indicatori del NSG sia del PNE

11. RETI ASSISTENZIALI

11.1 Rete Emergenza-Urgenza

Stato di attuazione

Accessi al PS – triennio 2017/2019

Di seguito sono riportati i dati relativi al numero di accessi al PS per il triennio 2017-2019 rispetto agli standard del DM 70/2015 e i volumi di attività regionali divisi per colore triage per il periodo 2018-2019.

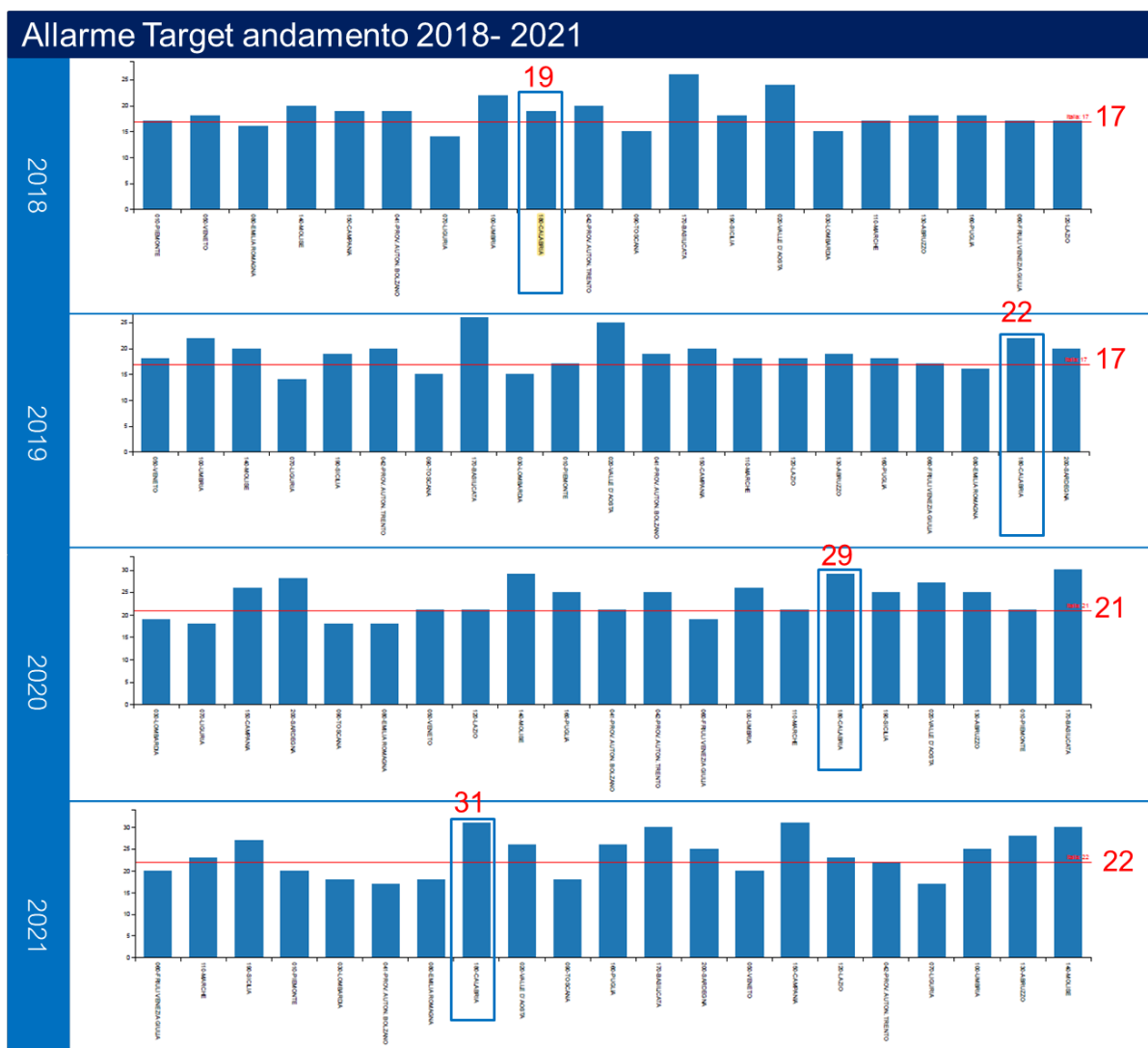
| Strutture pubbliche | Provincia | Ruolo nella rete EM-UR | Standard DM 70/2015 | N. accessi PS 2017 | N. accessi PS 2018 | N. accessi PS 2019 |
|---|-----------|------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Totale Regione | | | | 518.456 | 428.739 | 488.135 |
| OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI | CS | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 16.508 | 18.475 | 17.931 |
| P.O. PRAIA A MARE | CS | | | | | |
| Ospedale Rossano Corigliano | CS | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 34.336 | 37.030 | 36.454 |
| P.O. BEATO ANGELICO | CS | PO ZONA DISAGIATA | | 7.723 | 9.129 | 9.247 |
| Ospedale Cetraro Paola | CS | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 27.795 | 30.931 | 29.220 |
| OSPEDALE CIVILE SGF | CS | PO ZONA DISAGIATA | | 5.848 | 6.653 | 6.515 |
| OSPEDALE GUDO CHIDICHIMO TREBISACCE | CS | PO ZONA DISAGIATA | | - | - | - |
| AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | CS | DEA II LIVELLO | N. accessi > 70.000 | 66.717 | 71.047 | 69.480 |
| INRCA COSENZA | CS | | | | | |
| OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO | KR | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 40.863 | 51.534 | 21.553 |
| Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME | CZ | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 38.363 | 42.066 | 42.515 |
| OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI | CZ | PO ZONA DISAGIATA | | 7.067 | 7.316 | 6.849 |
| OSPEDALE BASSO IONIO | CZ | PS | N. accessi > 20.000 | 18.964 | 21.621 | 21.899 |
| AO PUGLIESE DE LELLIS | CZ | DEA II LIVELLO | N. accessi > 70.000 | 50.751 | 53.982 | 46.753 |
| A.O.U. MATER DOMINI CATANZARO | CZ | DEA II LIVELLO | | | | |
| P.O. JAZZOLINO | VV | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 33.846 | nd | 31.769 |
| P.O. TROPEA | VV | PS | N. accessi > 20.000 | 9.773 | nd | 9.270 |
| P.O. SERRA SAN BRUNO | VV | PO ZONA DISAGIATA | | 4.634 | nd | 5.164 |
| OSPEDALE CIVILE LOCRI | RC | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 34.441 | nd | 28.272 |
| P.O. S. MARIA DEGLI UNGHERESI | RC | DEA I LIVELLO | N. accessi > 45.000 | 26.168 | nd | 24.815 |
| OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S. | RC | PS | N. accessi > 20.000 | 12.597 | nd | 11.717 |
| P.O. 'GIOVANNI XXIII' di GIOIA TAURO | RC | PS | N. accessi > 20.000 | 13.088 | nd | 12.373 |
| AO BIANCHI MELACRINO MORELLI | RC | DEA II LIVELLO | N. accessi > 70.000 | 68.974 | 64.309 | 56.339 |

11.1.1 Centrali Operative (CO) 118 e Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) e PPI

Il sistema dell'emergenza territoriale è stato definito con DCA 64/2016 che prevedeva:

- n. 5 Centrali Operative 118: Cosenza, Catanzaro, Crotona, Vibo Valentia e Reggio Calabria. Si programma l'accorpamento delle CO 118 di Crotona e Vibo Valentia nella CO 118 di Catanzaro e si prevede la riconversione di queste due centrali in Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria CURAP.
- n. 50 postazioni PET complessive dislocate sui territori provinciali e coordinate dalla corrispondente Centrale Operativa e dotate di ambulanze medicalizzate con Autista, Infermiere e Medico (MSA).
- Per l'area Nord: erano previste ed autorizzate ma non sono state ancora attivate 3 PET; sono presenti inoltre 2 PPI e 7 ambulanze convenzionate con volontari a bordo.
- Nell'area Centro sono presenti un PPI nella PET di Chiaravalle Centrale (CZ) in quella di Soriano Calabro.
- Nell'area Sud sono presenti PPI, Scilla e Oppido Mamertina e a Palmi.

L'andamento dei tempi di risposta "allarme target", come rappresentato nella figura sottostante, indica un incremento dei tempi passando dai 22 minuti del 2018 ai 31 minuti del 2021. Tali dati necessitano di un ulteriore approfondimento a causa della carenza di invio delle informazioni da parte delle centrali operative, ma sono indicativi della necessità di una revisione del sistema generale di risposta e di gestione del sistema del 118. Come riportato anche nel paragrafo ricognitivo "Centrali Operative (CO) 118 e Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) e PPI" il processo di riduzione dei tempi "allarme -target" deve passare anche attraverso un potenziamento delle dotazioni tecnologiche di mezzi e di personale sul territorio e soprattutto ad un ripensamento del modello organizzativo del sistema della emergenza urgenza.



Fonte: Cruscotto NSIS (anni 2018-2021)

11.1.2 Elisoccorso ed Elisuperfici

La Regione Calabria ha fornito una relazione (nota prot. Siveas 25 del 5 marzo 2019) dello stato di attuazione del programma definito con DCA 64/2016. A seguito di una successiva rilevazione, la situazione attuale non risulta sostanzialmente mutata, come di seguito riportato:

- n. 4 Basi di elisoccorso HEMS (Cosenza, Lamezia Terme, Cirò Marina e Locri), di cui la base di Lamezia operativa in h24;
- n. 56 siti di atterraggio attivabili all'occorrenza.

Dai dati in nostro possesso si evidenzia un limitato utilizzo dell'elisoccorso con una media per mezzo di 0,87 viaggi al giorno nel 2018 e di 0,7 (-11%) nel 2019.

Obiettivi

Gli obiettivi che la Regione si pone nel **prossimo triennio** sono una completa trasformazione del servizio di urgenza ed emergenza pre-ospedaliero e delle modalità di contatto del cittadino e di interazione con le strutture sanitarie e di urgenza ed emergenza ospedaliero, attraverso la realizzazione e integrazione del Numero Unico di Emergenza (NUE) 112, in linea con le migliori *practice* nazionali.

In riferimento al 118, la regione ha già avviato il processo di cambiamento intervenendo con la

Legge Regionale 32/2021 e s.m.i che, all'art.7 prevede che la costituenda Azienda Zero diriga, coordini e monitori il sistema regionale della Emergenza Urgenza 118 e dell'elisoccorso. L'Azienda Zero sarà anche il gestore dell'organizzazione della centrale unica di risposta del Numero unico di emergenza NUE 112, a seguito del trasferimento delle competenze in carico, nella fase implementativa, al Dipartimento della Presidenza.

Azienda Zero sarà, inoltre, garante della operatività del numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti NEA (116117).

Sono competenze della Azienda Zero anche:

- il coordinamento delle attività trasfusionali e dei flussi di scambio e compensazione di sangue emocomponenti ed emoderivati,
 - il coordinamento logistico delle attività di prelievo e trapianti degli organi e tessuti,
 - il convenzionamento delle associazioni di volontariato per l'attività di soccorso pre-ospedaliero.
- L'obiettivo della regione è quello di attuare una completa trasformazione del servizio della emergenza urgenza che, in linea con gli standard delle altre regioni, possa dare una risposta efficace alla popolazione e all'intero sistema sanitario regionale.

Essenziale è addivenire a strumenti unificati di gestione (software, hardware, fonia) di tutte le fasi del soccorso al fine di una omogeneizzazione del servizio.

Sulla base della situazione attuale gli obiettivi principali della regione possono essere così articolati:

- 1) rafforzamento della capacità di raccolta, elaborazione e analisi dei flussi informativi regionali utili al monitoraggio e controllo delle attività;
- 2) avvio del numero unico di emergenza 112 sulla attuale configurazione delle centrali operative 118 e successiva unificazione delle stesse,
- 3) revisione delle modalità operative e potenziamento di personale e mezzi necessari alla gestione delle emergenze, anche attraverso l'impegno di operatori del terzo settore
- 4) razionalizzazione della tipologia di mezzi di soccorso impiegati, in linea con le esigenze regionali;
- 5) avvio della trasformazione del servizio 118 con la creazione della Centrale Operativa Integrata presso Catanzaro e l'individuazione delle centrali "slave", potenziamento e revisione delle piattaforme e infrastrutture tecnologiche a supporto;
- 6) razionalizzazione del sistema dell'elisoccorso con un aggiornamento dell'assetto organizzativo e tecnologico con dotazioni adeguate alle esigenze del territorio ed in linea con gli standard nazionali e delle regioni *best practice*;
- 7) sviluppo dei percorsi formativi delle équipes di soccorso (personale sanitario e tecnico, soccorritori volontari etc.) e delle pratiche per la standardizzazione dei comportamenti organizzativi, gestionali e operativi nell'ambito dell'intera organizzazione regionale;
- 8) Introduzione del NEA 116117 per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari, la cui attivazione concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità.

L'incremento e l'investimento nelle risorse umane, in termini di crescita professionale e delle competenze è da considerarsi una leva strategica per consentire un *paradigm shift* regionale al fine di divenire una delle regioni virtuose. Per la realizzazione dei suddetti obiettivi la regione Calabria sta già collaborando con altre realtà regionali per un supporto specialistico professionale ed esperienziale nell'ambito di una convenzione di collaborazione nello sviluppo di modelli innovativi di gestione della emergenza urgenza.

Nelle more dell'attivazione dell'Azienda Zero, il Settore n. 6 del Dipartimento Salute provvederà ad effettuare la governance della Rete Emergenza Urgenza 118, al fine di garantire la continuità della stessa, mediante l'immediata istituzione di un Coordinamento multidisciplinare con la partecipazione dei dirigenti dei DEA, mentre il Dipartimento della Presidenza sarà gestore e coordinatore della introduzione del sistema NUE 112 fino al momento di passaggio delle

competenze ad Azienda Zero.

La revisione e l'aggiornamento della rete di emergenza – urgenza sarà ricompresa nel nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza urgenza in aggiornamento al DCA 64/2016.

Azioni

La regione Calabria, nel documento di aggiornamento del DCA 64/2016, al fine di potenziare e migliorare i servizi sanitari, considera il sistema della emergenza urgenza il pilastro del cambiamento, terrà conto delle seguenti Azioni:

1. Trasformazione di tutti i PPI (7) ancora esistenti in PET;
2. Definizione di specifici accordi e protocolli di intesa interregionale per la gestione e la cooperazione nei servizi NUE 112, 118, elisoccorso e del NEA 116117;
3. Ricognizione dello stato dell'arte sull'attuale sistema dell'emergenza urgenza (effettiva attività delle centrali operative in termini di chiamate, interventi e missioni, del numero di personale, livello di competenza e mansioni e anzianità, delle equipe di soccorso, verifica del livello di accreditamento del terzo settore a supporto, etc.);
4. Ricognizione sullo stato dell'arte delle infrastrutture tecnologiche e informatiche a supporto delle centrali operative;
5. Definizione di una modalità operativa, anche parallela agli attuali sistemi; per il completamento dei flussi informativi al fine di inviare da giugno 2022 flussi qualitativamente e quantitativamente corretti al sistema EMUR, e che possano essere utilizzati per un effettivo monitoraggio, controllo e programmazione delle attività;
6. Definizione di un piano tattico di breve periodo per l'introduzione dei primi interventi immediati e necessari per il miglioramento del servizio 118;
7. Definizione ed approvazione piano di implementazione del sistema NUE 112 comprensivo di cronoprogramma attuativo;
8. Indizione dei bandi necessari all'adeguamento tecnologico e delle opere per la realizzazione della CUR 112;
9. Definizione ed approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 118 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo comprensivo della valutazione del fabbisogno di personale, tecnologico e infrastrutturale;
10. Elaborazione e indizione delle procedure di approvvigionamento necessarie per l'adeguamento tecnologico, di mezzi e infrastrutturale del servizio 118;
11. Approvazione del nuovo piano di organizzazione e gestione del servizio di elisoccorso, delle modalità operative e della nuova mappa delle superfici;
12. Elaborazione e indizione della gara per l'aggiornamento del servizio di gestione dell'elisoccorso in linea con le migliori practice nazionali;
13. Approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 116117 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo e valutazione del fabbisogno di personale e risorse umane e tecnologico;
14. Elaborazione e indizione delle gare necessarie per l'adeguamento tecnologico e delle infrastrutture del servizio 116117;
15. Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario al 112;
16. Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario al 118;
17. Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario al 116117;

18. Avvio del programma di formazione del personale anche attraverso la collaborazione, tramite convenzioni, con altre regioni italiane.

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|--------------------------------|
| 1 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | DDG | settembre 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Trasformazione di tutti i PPI (7) ancora esistenti in PET | delibera aziendale delle ASP interessate (numero di PPI trasformati/ PPI da trasformare) | Marzo 2023 |
| 5 | Definizione di specifici accordi e protocolli di intesa interregionale per la gestione e la cooperazione nei servizi NUE 112, 118, elisoccorso e del NEA 116117 | Realizzazione protocolli d'intesa Firma dei protocolli di intesa Numeri di protocolli firmati /Numero di protocolli da firmare Data di effettiva sottoscrizione vs. data prevista di firma | Agosto 2022- settembre 2022 |
| 6 | Ricognizione dello stato dell'arte sull'attuale sistema dell'emergenza urgenza (effettiva attività delle centrali operative in termini di chiamate, interventi e missioni, del numero di personale, livello di competenza e mansioni e anzianità, delle equipe di soccorso, verifica del livello di accreditamento del terzo settore a supporto, etc.); | Documento di ricognizione tecnico Rispetto del tempo per la ricognizione dello stato attuale | ottobre 2022 |
| 7 | Ricognizione sullo stato dell'arte delle infrastrutture tecnologiche e informatiche a supporto delle centrali operative; | Documento di ricognizione Rispetto del tempo per la predisposizione della ricognizione | ottobre 2022 |
| 8 | Definizione di una modalità operativa, anche parallela agli attuali sistemi; per il completamento dei flussi informativi al fine di inviare da giugno 2022 flussi qualitativamente e quantitativamente corretti al sistema EMUR, e che possano essere utilizzati per un effettivo monitoraggio, controllo e programmazione delle attività; | stesura Documento modalità operative alternative Rispetto del tempo per la predisposizione della ricognizione | novembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|---------------|
| 9 | Definizione di un piano tattico di breve periodo per l'introduzione dei primi interventi immediati e necessari per il miglioramento del servizio 118; | Piano tattico Rispetto del tempo per la predisposizione del piano tattico | dicembre 2022 |
| 10 | Definizione ed approvazione piano di implementazione del sistema NUE 112 comprensivo di cronoprogramma attuativo | DCA Rispetto del tempo per la predisposizione del piano | dicembre 2022 |
| 11 | Indizione dei bandi necessari all'adeguamento tecnologico e delle opere per la realizzazione della CUR 112 | Gara Numero di bandi/procedure consip attivate rispetto al completamento definitivo del piano (procedure da attivare) L'indicatore deve rendere possibile la valutazione della copertura di quanto attivato rispetto alla progettualità complessiva | febbraio 2023 |
| 12 | Definizione ed approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 118 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo comprensivo della valutazione del fabbisogno di personale, tecnologico e infrastrutturale; | DCA Rispetto del tempo per la predisposizione del piano | dicembre 2022 |
| 13 | Elaborazione e indizione delle procedure di approvvigionamento necessarie per l'adeguamento tecnologico, di mezzi e infrastrutturale del servizio 118 | Gara Numero di bandi/procedure consip attivate rispetto al completamento definitivo del piano (procedure da attivare) L'indicatore deve rendere possibile la valutazione della copertura di quanto attivato rispetto alla progettualità complessiva | marzo 2023 |
| 14 | Approvazione del nuovo piano di organizzazione e gestione del servizio di elisoccorso, delle modalità | DCA | dicembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|-------------------------------|
| | operative e della nuova mappa delle superfici | Rispetto del tempo per la predisposizione del piano | |
| 15 | Elaborazione e indizione della gara per l'aggiornamento del servizio di gestione dell'elisoccorso in linea con le migliori practice nazionali | Gara Rispetto del tempo per la predisposizione del capitolato e di pubblicazione del bando | marzo 2023 |
| 16 | Approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 116117 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo e valutazione del fabbisogno di personale e risorse umane e tecnologico | DCA Rispetto del tempo per la predisposizione del piano | giugno 2023 |
| 17 | Elaborazione e indizione delle gare necessarie per l'adeguamento tecnologico e delle infrastrutture del servizio 116117 | Gara Rispetto del tempo per la predisposizione del capitolato e di pubblicazione del bando | settembre 2023 |
| 18 | Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario 112 | Avviso/Concorso Rispetto del tempo per la predisposizione e pubblicazione delle procedure di selezione | aprile 2023 |
| 19 | Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario 118 | Avviso/Concorso Rispetto del tempo per la predisposizione e pubblicazione delle procedure di selezione | aprile 2023 |
| 20 | Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario 116117 | Avviso/Concorso Rispetto del tempo per la predisposizione e pubblicazione delle procedure di selezione | settembre 2023 |
| 21 | Avvio del programma di formazione del personale anche attraverso la collaborazione, tramite convenzioni, con altre regioni italiane. | Corsi Rispetto della predisposizione e avvio dei corsi Popolazione formata/ popolazione da formare | aprile 2023 – ottobre 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Dipartimento della Presidenza

11.2 Rete pediatrica e Rete dell'emergenza pediatrica

Allo stato attuale non esiste né la rete della pediatria né la rete dell'emergenza pediatrica. Si costituirà un coordinamento regionale la cui finalità sarà quella di mettere in rete tutte le pediatrie e stabilire il percorso per l'emergenza-urgenza pediatrica. Anche questa Rete sarà oggetto di integrazione nel DCA 64/2016.

Parte qualificante del progetto di rete pediatrica sarà l'accordo con l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù.

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|----------------|
| 1 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | Decreto Dirigenziale | settembre 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Coordinamento per l'attuazione della rete pediatrica e del percorso emergenza-urgenza pediatrica | Decreto Dirigenziale | Gennaio 2023 |
| 5 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | n. pl attivati/n. pl programmati | trimestrale |
| | | numero di accessi di residenti da 0-16 nell'area di riferimento del PS Pediatrico/numero di accessi totali 0-16 | annuale |
| | | % rientri al P.S. entro 72 ore con la stessa diagnosi | annuale |
| | | numero trasporti secondari attivati | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto

11.3 Le Reti Tempo-Dipendenti

11.3.1 Rete Sindrome Coronarica Acuta (SCA)

Stato di attuazione

La rete SCA è attiva e funzionante, con ottimi risultati anche in termini di esiti, verificati a livello di PNE. Le emodinamiche sono tutte attive tranne quella di Polistena dell'A.S.P. di Reggio Calabria e quella del Sant'Anna di Catanzaro.

Di seguito si riporta la rete di offerta complessiva dell'assistenza cardiologica in Calabria articolata come da DCA 64/2016.

STRUTTURA DELLA RETE SCA - AREA NORD

| AREA NORD | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------|-------------|-------------------|-------------|
| ASP – AO – AZIENDE Private e Miste | Codice Struttura | Denominazione Azienda | Comune | CARDIOLOGIA | UNITA' CORONARICA | EMODINAMICA |
| A.O. | 180912 | A.O. DI COSENZA | COSENZA | 25 | 10 | si |
| A.S.P. Cosenza | 180006 | OSP.CIVILE CASTROVILLARI | CASTROVILLARI | 18 | 7 | si |
| | 180010 | P.O. CORIGLIANO | CORIGLIANO | 18 | 7 | no |
| | 180012 | P.O. CETRARO | CETRARO | 18 | 7 | no |
| AZIENDE PRIVATE | 180025 | CASA DI CURA TRCARICO ROSANO | BELVEDERE MARIITTIMO | 22 | 5 | si |

Fonte: DCA 64/2016

Gli Ospedali della Provincia di Cosenza hanno come Hub di riferimento per l'emergenza cardiologica l'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

All'interno della rete SCA regionale pubblica vi è anche il ruolo operativo della struttura privata Tricarico a copertura dei bacini di utenza dell'alta costa tirrenica dell'area Nord.

STRUTTURA DELLA RETE SCA - AREA CENTRO

| AREA CENTRO | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---|---------------|-------------|-------------------|-------------|
| ASP – AO – AZIENDE Private e Miste | Codice Struttura | Denominazione Azienda | Comune | CARDIOLOGIA | UNITA' CORONARICA | EMODINAMICA |
| CATANZARO | | | | | | |
| A.O. | 180913 | A. O. CATANZARO | CATANZARO | si | si | si |
| A.O.U. | 180914 | A.O. MATER DOMINI | CATANZARO | si | si | si |
| A.S.P. | 180033 | OSP. LAMEZIA TERME | LAMEZIA TERME | si | si | |
| AZIENDE PRIVATE | 180053 | CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO | CATANZARO | si | si | si |
| CROTONE | | | | | | |
| A.S.P. | 180032 | OSP. CIV. S.GIOVANNI DI DIO CROTONE | CROTONE | si | si | |
| VIBO V. | | | | | | |
| A.S.P. | 180034 | P.O. JAZZOLINO VIBO V. | VIBO VALENTIA | si | si | |

| AREA CENTRO | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---|---------------|-------------|-------------------|-------------|
| ASP – AO – AZIENDE Private e Miste | Codice Struttura | Denominazione Azienda | Comune | CARDIOLOGIA | UNITA' CORONARICA | EMODINAMICA |
| CATANZARO | | | | | | |
| A.O. | 180913 | A.O. DI CATANZARO | CATANZARO | 20 | 12 | si |
| A.O.U. | 180914 | A.O. MATER DOMINI | CATANZARO | 20 | 12 | si |
| A.S.P. Catanzaro | 180033 | OSPEDALE DI LAMEZIA TERME | LAMEZIA TERME | 14 | 6 | no |
| AZIENDE PRIVATE | | | | | | |
| | 180053 | CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO | CATANZARO | 27 | 6 | si |
| CROTONE | | | | | | |
| A.S.P. | 180032 | OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE | CROTONE | 20 | 10 | no |
| VIBO | | | | | | |
| A.S.P. | 180034 | P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA | VIBO VALENTIA | 9 | 8 | no |

Fonte: DCA 64/2016

Gli ospedali delle Province di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia hanno attualmente come Hub di riferimento l'AO Pugliese-Ciaccio e l'AOU Mater Domini di Catanzaro.

Attualmente la struttura S. Anna Hospital di Catanzaro ha sospeso le attività ai sensi dell'art.6 comma 1 lettera f della legge regionale n 24/2008 per carenza dei requisiti organizzativi. Il P.O di Polistena non ha attualmente i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'attivazione dell'emodinamica.

L'area centro della regione in virtù della fusione in corso tra le aziende AO Pugliese-Ciaccio e AOU Mater Domini di Catanzaro nella futura AOU Dulbecco sarà oggetto di un piano di riorganizzazione **senza aumentare il numero complessivo di emodinamiche attive sul territorio e pertanto mantenendo il rispetto dei limiti stabiliti dal DM 70/2015.**

Obiettivo della riorganizzazione è l'apertura di una emodinamica presso l'Ospedale San Giovanni di Dio di Crotone, in quanto i pazienti eleggibili al trattamento di PTCA devono essere trasferiti fino a Catanzaro (Pugliese/Mater Domini) distante oltre 75 minuti. Per questo motivo è spesso impossibile iniziare la procedura di PTCA entro i 90 minuti come previsto dalle buone pratiche ampiamente documentate in letteratura scientifica ed evidenziate dallo specifico indicatore PNE. Tutto questo sarà oggetto di modifica del DCA 64/2016.

STRUTTURA DELLA RETE SCA - AREA SUD

| AREA SUD | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---|-----------------|-------------|-------------------|-------------|
| ASP – AO – AZIENDE Private e Miste | Codice Struttura | Denominazione Azienda | Comune | CARDIOLOGIA | UNITA' CORONARICA | EMODINAMICA |
| A.O. | 180915 | A.O. DI REGGIO CALABRIA | REGGIO CALABRIA | 22 | 15 | si |
| A.S.P. Reggio Calabria | 180059 | OSPEDALE CIVILE DI LOCRI | LOCRI | 12 | 4 | no |
| | 180061 | P.O. S.MARIA DEGLI UNGHERESI DI POLISTENA | POLISTENA | 12 | 8 | si |
| AZIENDE PRIVATE | 180074 | POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE RC | REGGIO CALABRIA | 11 | | no no |

Fonte: DCA 64/2016

Gli ospedali della Provincia di Reggio Calabria hanno come Hub di riferimento il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria.

Obiettivi

modifica/integrazione del DCA 64/2016 al fine anche di una ottimizzazione dell'attuale organizzazione della rete SCA anche attraverso l'istituzione di un Coordinamento Regionale della Rete SCA.

Azioni

- Modifica ed integrazione del DCA 64

- Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete SCA (**CR-SCA**)

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|---------------|
| 1 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | Decreto Dirigenziale | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Istituzione Coordinamento regionale Rete SCA | Decreto Dirigenziale | Giugno 2022 |
| 5 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni | Annuale |
| | | STEMI: proporzione di PTCA entro 2 giorni | Annuale |
| | | Numero di interventi di bypass aorto-coronarico isolato. | Annuale |
| | | Bypass aorto-coronarico isolato: distribuzione delle strutture per volume di attività | Annuale |
| | | Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

11.3.2 Rete Traumatologica

Stato di attuazione

La tabella mostra i volumi di ricovero aggregati, da flusso SDO - anno 2019, per i codici di traumatismo, analizzando principalmente, quali di questi pazienti vengono ricoverati in reparti di Terapia Intensiva, Rianimazione e Neurochirurgia.

| Anno 2019 | | | |
|------------------------------------|-----------------|--|-----------------------------------|
| Strutture | Totali ricoveri | di cui ricoveri in T.I. e Rianimazione | di cui ricoveri in Neurochirurgia |
| A.O. MATER DOMINI CATANZARO | 141 | 4 | 7 |
| AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | 1899 | 30 | 275 |
| CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL | 2 | 1 | 0 |
| Ospedale Cetraro | 62 | 1 | 0 |
| Ospedale Rossano | 872 | 8 | 0 |
| OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROV | 155 | 2 | 0 |
| OSPEDALE CIVILE LOCRI | 474 | 6 | 0 |
| OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI D | 1316 | 13 | 0 |
| Ospedale Pugliese | 1783 | 66 | 359 |
| P.O. JAZZOLINO | 448 | 5 | 0 |
| P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' | 804 | 20 | 0 |
| Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME | 767 | 11 | 0 |
| Presidio Ospedaliero Riuniti | 1498 | 29 | 164 |
| Totale ricoveri Regione | 10.221 | 196 | 805 |

Ad integrazione della rete si sottolinea che le case di cura private hanno avuto un ruolo attivo negli interventi di fratture.

Obiettivi

- potenziamento della rete Politrauma attraverso la messa a regime della rete su tutto il territorio regionale.
- Istituire un Coordinamento Regionale della Rete Traumatologica, per l'elaborazione, definizione e monitoraggio del Piano di Rete.
- attuazione nova rete politrauma

Azioni

1. Modifica ed integrazione DCA 64/ 2016
2. Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete POLITRAUMA

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|---------------|
| 1 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | Decreto Dirigenziale | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete POLITRAUMA | Decreto Dirigenziale | Gennaio 2023 |
| | | 118: - Tempo chiamata 118 - Tempo arrivo sul posto - Tempo arrivo sul posto- - Deceduti sul posto | Annuale |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|------------|
| 5 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | - % arrivo al centro HUB | |
| | | PS - Tempo permanenza in PS - Tempo intercorrente tra arrivo in PS e prima immagine diagnostica (TAC, RX, etc) - % trasferimenti vs centro HUB e tra centri HUB | Annuale |
| | | SDO - Tipologia di reparto di ricovero - Durata degenza - Tempo arrivo in PS e ingresso in sala operatoria (solo casi chirurgici) | Annuale |
| | | Fase post acuta - Mortalità a 90 giorni - Reingressi in ospedale a 90 giorni - Valutazione indici di disabilità e qualità della vita | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende

11.3.3 Rete Stroke

Stato di attuazione

Secondo il DCA n. 64/2016, l’offerta delle strutture pubbliche ed equiparate dedicate anche all’assistenza a pazienti con evento icale di tipo ischemico o emorragico presenta la seguente composizione:

- attive cinque Stroke Unit presso le Aziende Ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria e Catanzaro e presso i Presidi Ospedalieri di Crotona e Vibo Valentia, Cetraro;
- ancora da attivare le S.U. programmate presso i Presidi Ospedalieri di Castrovillari, Corigliano, Locri e Polistena.

| Volumi di attività Rete ICTUS - anno 2019 | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|-------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|----------|-----------|-----------|------------|
| ICTUS ISCHEMICO | | | | | | | | | | | |
| Strutture | Codici diagnosi | | | | Codici intervento | | | | | | |
| | _433.x1 | _434.x1 | _436 | _434.91 | _99.10 | _39.50 | _39.74 | _38.42 | _38.32 | _39.72 | _012.X |
| CENTRO | 277 | 770 | 260 | 189 | 146 | 128 | | | 7 | | 81 |
| NORD | 68 | 898 | 118 | 131 | 141 | 241 | 87 | | | 73 | 202 |
| SUD | 116 | 640 | 77 | 97 | 54 | 110 | 21 | 4 | 7 | 1 | 196 |
| Totale complessivo Regione | 461 | 2308 | 455 | 417 | 341 | 479 | 108 | 4 | 14 | 74 | 479 |

| Volumi di attività Rete ICTUS - anno 2019 | | | | | | | | | |
|---|-----------------|------------|------------|-------------------|-----------|--------|--------|----------|------------|
| ICTUS EMORRAGICO | | | | | | | | | |
| Strutture | Codici diagnosi | | | Codici intervento | | | | | |
| | _430 | _431 | _432.x | _39.51 | _39.52 | _38.31 | _38.61 | _38.62 | _012.X |
| A.O. MATER DOMINI CATANZARO | 2 | 9 | 2 | | 1 | | | | 17 |
| AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA | 71 | 250 | 122 | 8 | 1 | | | | 202 |
| CASA DI CURA M.MISASI GR.S.BARTOLO | | 23 | 7 | | | | | | |
| CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL | | 1 | | | | | | | |
| CASA DI CURA S.RITA DOTT. CAPARRA | | 2 | 1 | | | | | | |
| CASA DI CURA SAN FRANCESCO | 3 | 3 | 1 | | | | | | |
| CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL | | 1 | 1 | | 5 | | | | |
| CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL | | 6 | | | | | | | |
| CASA DI CURA 'VILLA AURORA' | | 25 | | | 1 | | | | |
| CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A. | 1 | 11 | 4 | | | | | | |
| CASA DI CURA VILLA SERENA | 1 | 1 | | | | | | | |
| IGRECO OSP. RIUNITI MADONNA DELLA CATENA | 2 | 18 | 99 | | | | | | |
| INRCA COSENZA | 1 | | | | | | | | |
| IST. SANT'ANNA SS 106 , KM 143 KR | 3 | 37 | 1 | | | | | | |
| ISTITUTO SANT'ANNA | 1 | 6 | | | | | | | |
| ISTITUTO SANT'ANNA DI EZIO PUGLIESE | | | 1 | | | | | | |
| MEDICAL HOTEL CLIMAT. SPES PIETR.'ARENA' | 1 | | 2 | | | | | | |
| Ospedale Cetraro | 1 | 4 | 5 | | | | | | |
| Ospedale Rossano | | 2 | 1 | | | | | | |
| OSPEDALE BASSO IONIO | 3 | 14 | 3 | | | | | | |
| OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI | | 6 | | | | | | | |
| OSPEDALE CIVILE LOCRI | 1 | 27 | 10 | | | | | | |
| OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO | 6 | 28 | 59 | | | | | | |
| OSPEDALE CIVILE SGF | | 3 | 6 | | | | | | |
| Ospedale Corigliano | 1 | 12 | 3 | | | | | | |
| Ospedale De Lellis | | 1 | | | | | | | |
| OSPEDALE GUDO CHIDICHIMO TREBISACCE | | 2 | 2 | | | | | | |
| Ospedale Paola | | 8 | 1 | | | | | | |
| Ospedale Pugliese | 10 | 149 | 82 | 2 | 3 | | | 3 | 64 |
| OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S. | | 5 | 1 | | | | | | |
| P.O. BEATO ANGELICO | | | 2 | | | | | | |
| P.O. 'GIOVANNI XXIII' | | 2 | | | | | | | |
| P.O. JAZZOLINO | 3 | 66 | 17 | | | | | | |
| P.O. PRAIA A MARE | 1 | | 1 | | | | | | |
| P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' | 2 | 28 | 3 | | | | | | |
| P.O. SERRA SAN BRUNO | | 23 | 1 | | | | | | |
| POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE' | 3 | 24 | 6 | | | | | | |
| Presidio Ospedaliero E. Morelli | | 11 | 1 | | | | | | |
| Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME | 1 | 17 | 3 | | | | | | |
| Presidio Ospedaliero Riuniti | 33 | 132 | 69 | 27 | 10 | | | 1 | 196 |
| VILLA DEI GERANI | | | 8 | | | | | | |
| Totale complessivo | 151 | 957 | 525 | 37 | 21 | | | 4 | 479 |

| Volumi di attività Rete ICTUS - anno 2019 | | | | | | | | | |
|---|-----------------|------------|------------|-------------------|-----------|--------|--------|----------|------------|
| ICTUS EMORRAGICO | | | | | | | | | |
| Strutture | Codici diagnosi | | | Codici intervento | | | | | |
| | _430 | _431 | _432.x | _39.51 | _39.52 | _38.31 | _38.61 | _38.62 | _012.X |
| CENTRO | 29 | 354 | 179 | 2 | 9 | | | 3 | 81 |
| NORD | 81 | 337 | 252 | 8 | 1 | | | | 202 |
| SUD | 41 | 266 | 94 | 27 | 11 | | | 1 | 196 |
| Totale complessivo Regione | 151 | 957 | 525 | 37 | 21 | | | 4 | 479 |

L'eventuale modifica ed integrazione sarà oggetto della revisione del DCA 64/2016.

Dotazione tecnologica

In relazione all'organizzazione delle cure in fase acuta:

- le 5 SU o UTN sono in grado di garantire accesso ad ANGIO TC cranio/collo h24 ai pazienti con sospetto ictus cerebrale ischemico/emorragico;
- le 5 SU dispongono di tecnologie per neuroimaging avanzato (TC/RM perfusione) accessibile h24;
- l'AO di Cosenza e il GOM di Reggio Calabria dispongono di accesso a laboratorio angiografico con caratteristiche tecniche tali da soddisfare i bisogni dei pazienti con ictus cerebrale (ischemico/ESA).

| Strutture | TAC Perfusione | RMN Encefalo | RMN Perfusione |
|---|--|--------------|----------------|
| Grande Ospedale Metropolitano Reggio Calabria | attiva H24 | attiva H24 | attiva H24 |
| Azienda Ospedaliera Cosenza | attiva H24 | attiva H24 | Non presente |
| Ospedale Jazzolino Vibo Valentia | Non eseguibile (apparecchiatura dedicata solo percorso COVID-19) | attiva H24 | Non presente |
| A.O. Pugliese – Ciaccio Catanzaro | attiva H24 | attiva H24 | attiva H24 |

Obiettivi

- Potenziamento della rete stroke
- Istituire un Coordinamento Regionale della Rete Ictus, per l'elaborazione e monitoraggio del Piano di Rete
- Potenziare la governance con l'istituzione dello **Stroke Ready Hospital negli ospedali dove ancora non è stata attivata la Stroke Unit di I livello.**

Azioni

Modifica ed integrazione del DCA n. 64/2016

Istituzione di un Coordinamento Regionale della Rete Ictus, per l'elaborazione e monitoraggio del Piano di Rete

Potenziamento Governance con l'istituzione di una **Stroke Ready Hospital.**

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|----------------------|---------------|
| 1 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | Decreto Dirigenziale | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|--------------|
| 4 | Coordinamento Regionale della Rete Ictus | Decreto Dirigenziale | Gennaio 2023 |
| 5 | Istituzione Stroke Ready Hospital | DCA PDITA interaziendale piano di formazione | Gennaio 2023 |
| 6 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | Numero di ricoveri per ictus ischemico. | Annuale |
| | | ictus ischemico: mortalità a 30 giorni | Annuale |
| | | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA). | Annuale |
| | | Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

11.3.4 Rete Trasporto Neonatale

Stato di attuazione

La Rete di trasporto neonatale è operativa sul 100% del territorio regionale.

Con DCA n. 9/2015 e n. 30/2016, successivamente integrati con DCA 64/2016, è stata approvata la Rete del Trasporto Neonatale. Con DCA n. 48 del 25 maggio 2016 sono state approvate le linee di indirizzo sulla organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN) applicate in tutta la Regione Calabria.

Attualmente in Calabria il trasporto neonatale (STEN) è assicurato dagli ospedali Hub in collaborazione con il 118, sia con ambulanza che, quando necessario, con

Elisoccorso, e dalle Unità Operative di Neonatologia e TIN degli Ospedali HUB.

Negli ultimi anni sono stati effettuati circa 150 trasporti/anno.

Le criticità rilevabili attualmente sono:

- grave carenza di personale, sia medico che infermieristico e di OSS
- elevata età media del personale in servizio

- numero di posti letto disponibili inferiori alla reale necessità (attualmente il n. di p.l. attivi sono n. 18. Previsti 1 p.l. ogni 700 nati, attualmente abbiamo 15 mila nati /anno, per cui il n. dei p.l. a cui tendere è di circa 22).

Obiettivi

Aggiornamento ed integrazione del DCA 64/2016 per migliorare la rete regionale dei punti nascita, comprensiva dei posti letto di terapia intensiva neonatale (TIN). Aggiornamento dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e di emergenza neonatale (STEN).

Definizione di protocolli operativi condivisi tra i centri di I e II livello.

Azioni

1. Modifica ed integrazione del DCA 64/2016
2. Potenziamento del coordinamento regionale

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|---------------|
| 1 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | Decreto Dirigenziale | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Potenziamento del coordinamento regionale | Decreto Dirigenziale | Gennaio 2023 |
| 5 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione) | Annuale |
| | | Percentuale di parti fortemente pretermine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN | Annuale |
| | | N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno. | Annuale |
| | | N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati. | Annuale |
| | | N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno | Annuale |
| | | N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno | Annuale |
| | | N. neonati < 34 settimane non trasferiti al centro T.I.N. di II livello / N. totale neonati < 34 settimane nell'anno | Annuale |
| | | N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda | Annuale |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--------|--|------------|
| | | compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello | |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende sanitarie.

11.3.5 Rete dei Consulenti Familiari e dei Punti Nascita

Stato di attuazione

Con DCA n. 60 del 6 marzo 2020 è stata approvata la revisione e l’aggiornamento del Diario della Gravidanza di cui al DPGR n. 28 del 21 marzo 2012.

Il DCA n.125 del 29 settembre 2020 “Comitato Percorso Nascita Regionale-Integrazioni e modifiche al DCA 112 del 25.07.2019” ha aggiornato e modificato il Comitato Percorso Nascita Regionale.

Secondo quanto previsto dal DPGR n. 28/2012 si effettuerà monitoraggio e controllo delle attività dei consulenti per garantire l’apertura h 12.

Il DPGR 28/2012 prevedeva altresì l’istituzione di ambulatori per la gestione delle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO), fino alla trentaseiesima settimana di gravidanza presso i consulenti e dopo la trentaseiesima, presso tutti i punti nascita regionali, farà seguito un PDTA regionale.

Per il punto nascita di Cetraro per il punto nascita di Cetraro, questo sarà oggetto di verifica ed integrazione del DCA 64/ 2016.

Con DCA n. 90 del 18 agosto 2022 sono state approvate le linee di indirizzo sull’induzione del travaglio di parto che hanno lo scopo di descrivere le evidenze disponibili sulle indicazioni all’induzione dello stesso e le nuove conoscenze sulle diverse metodiche disponibili, con l’obiettivo di facilitare l’appropriatezza del ricorso a questa procedura ostetrica e di ottimizzare l’utilizzo clinico.

Obiettivi

- Aggiornamento del DCA n.125 del 29 settembre 2020.
- Attuazione del percorso ospedale territorio;

Azioni

1. Aggiornamento del DCA n.125/2020
2. Modifica ed integrazione del DCA 64/2016 relativamente alla rete regionale dei punti nascita, secondo le indicazioni del Comitato Percorso Nascita Nazionale

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|---------------|
| 1 | Aggiornamento del DCA n.125/2020 | DCA | Dicembre 2022 |
| 1 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | Decreto Dirigenziale | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | N punti nascita | Annuale |
| | | Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura. | Annuale |
| | | Numero di ricoveri per parto | Annuale |
| | | Distribuzione dei punti nascita per volume di parti. | Annuale |
| | | Proporzione di parti con taglio cesareo primario | Annuale |
| | | Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo | Annuale |
| | | Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno 1.000 parti | Annuale |
| | | Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno | Annuale |
| 5 | Definizione PDTA | DCA | Gennaio 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 9 “Assistenza Territoriale – Salute Mentale - Dipendenza Patologica -Salute nelle Carceri”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

11.4 Rete Laboratoristica Pubblica/Privata

Stato di attuazione

Nel rispetto di quanto previsto nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", che stabilisce i criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio, prevedendo una soglia minima di attività per tutte le strutture pubbliche e private, pari a 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, con il DCA n. 112/2016 è stata approvata la rete regionale dei laboratori pubblici e privati. Tale decreto è stato successivamente modificato dal DCA n. 122/2017 che ha riorganizzato la sola Rete regionale dei laboratori privati, sostituita dal successivo DCA n. 142/2017.

Con successivi atti emanati nel corso degli anni, in applicazione a quanto stabilito nel predetto DCA 142/2017, è stato dato avvio al processo di costituzione delle aggregazioni dei laboratori privati e al successivo aggiornamento delle stesse, fino ai DDCA n. 68/2021 e n.22/2022.

La Regione procede annualmente alla ricognizione delle Reti verificando sia i volumi di attività ai fini del tetto stabilito sia la documentazione prodotta dalle singole strutture per la costituzione delle reti stesse. Ad oggi, alcune criticità / riserve non risultano ancora superate.

Per la parte pubblica, il DCA n. 112/2016 ha previsto la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DCA n. 64/2016 "P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016".

Al fine di migliorare l'organizzazione e la qualità della rete, il DCA n. 62/2020 ha approvato e aggiornato la Nuova Rete dei Laboratori Pubblici. In considerazione della mancata applicazione della rete laboratoristica pubblica, a seguito della mappatura definitiva delle strutture erogatrici pubbliche, con indicazione dei dati di produzione, si valuterà entro dicembre 2022 la necessità di un aggiornamento della rete medesima.

Il catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato approvato con DCA n. 149/2019 ed aggiornato con DCA n. 59 del 6/3/2020.

Obiettivi

1. Aggiornamento dei DDCA n. 62/2020 e n. 68/2021.

Azioni

1. Aggiornamento della rete dei Laboratori pubblici e privati: innalzamento delle soglie di produzione nel rispetto delle tempistiche indicate nel cronoprogramma.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|------------|----------------|
| 1 | Aggiornamento della rete dei Laboratori pubblici e privati: innalzamento delle soglie di produzione | DCA | dicembre 2022 |
| 2 | Elaborazione di un prospetto di rilevazione intermedio (30 giugno) per una valutazione delle attività, delle azioni e dei risultati raggiunti | Prospetto | 30 luglio 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|---|--|--|------------------|
| 3 | Rilevazione del dato definitivo (31 dicembre) per la valutazione dei risultati finali conseguiti rispetto all'obiettivo di efficienza operativa atteso | Prospetto | 31 gennaio 2023 |
| 4 | Definizione della rete dei laboratori privati | DCA | 28 febbraio 2023 |
| 5 | Monitoraggio rete laboratori | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. (assistenza specialistica ambulatoriale) | trimestrale |
| Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. | | annuale | |
| Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio | | annuale | |
| Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti | | annuale | |
| Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza. | | annuale | |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze"

Commissari straordinari / Direttori Generali delle ASP.

12. ALTRE RETI ASSISTENZIALI

12.1 Rete Oncologica

Stato di attuazione

Con DCA n. 100/2020 è stata approvata la nuova rete oncologica, alla luce delle indicazioni previste nell'Accordo Stato Regioni del 17 aprile 2019 sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" repertorio atto n. 59/CSR.

Tuttavia, l'emergenza epidemiologica Covid-19 non ha consentito la piena attuazione della rete, per cui i Centri oncologici regionali non costituiscono ancora ad oggi punti di riferimento per molti pazienti, tanto che la mobilità sanitaria per la cura dei tumori continua ad essere tra le più cospicue.

È stato formalmente costituito il Coordinamento regionale della rete oncologica con DDG n. 3939 del 15/04/2021, che avrà il compito di governare la rete oncologica.

I volumi di chirurgia oncologica per singolo centro sono da incrementare, in specie per le forme oncologiche più frequenti (colon-retto, polmone, prostata, tumori ginecologici) per le quali talora non si raggiungano valori soglia raccomandati per la migliore qualità clinico-assistenziale (Vedi tabelle di seguito riportate).

Si rende necessario un monitoraggio dello stato di attuazione del DCA 100/2020 e un aggiornamento del DCA 64/2016 con l'identificazione nei singoli HUB di specifica branca chirurgica per patologia; ogni HUB rappresenterà il centro di eccellenza regionale per la specifica patologia oncologica. Il monitoraggio vedrà un'attenzione particolare ai dati relativi alla chirurgia senologica.

Di seguito riportate le mobilità regionali per patologie oncologiche prevalenti che sottolineano l'assoluta necessità di una organizzazione di Rete efficiente con percorsi per la malattia oncologica organizzati e che diano risposte concrete.

1.1 Mobilità dei residenti per la regione Calabria per patologia oncologica (anni 2019 – 2020)

| TM POLMONE | | TM COLON | | TM mammella | | TM PROSTATA | |
|------------|------|----------|------|-------------|------|-------------|------|
| 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 |
| 104 | 109 | 520 | 474 | 708 | 612 | 207 | 167 |

| TM RETTO | | PROSTECTOMIA TM | | TM OVAIO | | TM UTERO | |
|----------|------|-----------------|------|----------|------|----------|------|
| 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 |
| 88 | 80 | 169 | 143 | 59 | 42 | 240 | 185 |

Obiettivi

Dare forte impulso al Coordinamento regionale e realizzare la rete oncologica in coerenza con le indicazioni del DM n. 70/2015 e dell'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019.

Individuare e potenziare gli Hub, dal punto di vista chirurgico, per le principali neoplasie e assicurarvi la concentrazione della casistica e la presa in carico globale e tempestiva.

Modifica ed integrazione del DCA 64/2016

Azioni

1. Potenziamento del coordinamento della Rete Oncologica Regionale.
2. Potenziare l'oncologia chirurgica presso gli Hub:
 - l'AO di Cosenza per la chirurgia oncologica toracica;
 - l'AO dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco" di Catanzaro (ex Pugliese Ciaccio e Materdomini) per la chirurgia oncologica ginecologica;
 - l'AO di Reggio Calabria per la chirurgia oncologica addominale ed urologica;

3. Potenziare le Breast Unit, come da DCA 100/2020.
4. Potenziare l'Oncologica Medica e l'oncoematologia per i quali si individuano come centro di riferimento gli ospedali regionali HUB.
5. Attivare i molecular tumor board specifici in tutti i centri Hub;
6. Presa in carico precoce dei neodiagnosticati (da screening o da diagnosi incidentali) tramite l'istituzione di un numero verde, sito presso la sede del coordinamento della rete, in contatto con gli HUB usufruibile dai pazienti, da MMG e da strutture sanitarie.
7. Regolamentazione e messa a norma delle Unità Farmaci Antiblastici (UFA).
8. Costituzione di un gruppo oncologico multidisciplinare (GOM) per ogni area Nord Centro e Sud
9. Istituzione del Registro Tumori Regionale (Legge 27 dicembre 2019 n. 160, art.1, comma 463)
10. Implementazione del Raccordo della Rete Oncologica con le Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore.
11. Implementazione della Ricerca Clinica

12.2 Rete Tumori Rari

La peculiarità dei tumori rari e la loro esiguità numerica porta alla necessità di un raccordo con la Rete Nazionale dei Tumori Rari con i centri di coordinamento regionali e interregionali. Il coordinamento verrà posto presso l'AOU "Renato Dulbecco" di Catanzaro. Implementare il Registro dei Tumori Rari (in atto è attivo a Cosenza presso l'AO Annunziata e a Catanzaro presso l'AO Mater Domini).

Raccordo mediante teleconsulto con la Rete Nazionale dei Tumori Rari (tumori solidi dell'adulto, tumori pediatrici ed ematologici) centri ERN, con centri di coordinamento regionali (Cosenza) ed interregionali entro il 2022 (teleconsulto) entro il 2022.

Strutture regionali responsabili

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali di collaborazione

Settore n.11 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei Flussi Sanitari".

Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'Uso Consapevole del Farmaco

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|----------------------|---------------|
| 1 | Potenziamento del coordinamento della rete oncologica | Decreto Dirigenziale | Giugno 2022 |
| 3 | Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016 | Decreto Dirigenziale | Luglio 2022 |
| 4 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 5 | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |

| | | | |
|----|---|---|----------------|
| 6 | Potenziamento della chirurgia sugli HUB | Elaborazione di un Piano di potenziamento aziendale delle singole oncologie | Giugno 2022 |
| | | Elaborazione di un Piano di potenziamento aziendale delle singole chirurgie | Giugno 2022 |
| 7 | Potenziamento delle breast unit | Delibera istitutiva per ogni azienda | Settembre 2022 |
| 8 | Potenziare l'oncologia medica e l'oncoematologia. | Delibere aziendali | Giugno 2022 |
| 9 | Istituire molecular tumor board aziendali specifici per patologia oncologica | Formalizzazione dell'azione da parte del coordinamento regionale | settembre 2022 |
| 10 | Presa in carico precoce dei neodiagnosticati | Decreto dirigenziale | Settembre 2022 |
| 11 | Garantire la presenza di Unità Farmaci Antiblastici (UFA). | DCA | Dicembre 2022 |
| 12 | Costituzione di un gruppo oncologico multidisciplinare per area Nord Centro e Sud | Delibere aziendali | Giugno 2022 |
| 13 | Organizzazione Registro Tumori regionali | Proposta di disegno di legge di modifica della Legge Regionale n. 2/2016 | Dicembre 2023 |
| | | Progetto operativo | Dicembre 2023 |
| 14 | Attivazione del centro di coordinamento regionale dei tumori rari in raccordo con la Rete nazionale tumori rari (RNTR) e centri ERN | DCA | Dicembre 2022 |
| 15 | Implementazione registro tumori rari | DCA | Dicembre 2022 |
| 16 | Raccordo con le Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore | DCA | giugno 2022 |
| 17 | Implementazione della Ricerca clinica | Formalizzazione dell'azione da parte del gruppo di coordinamento regionale | Dicembre 2023 |
| 18 | Creazione di un sistema di raccolta dati per gli interventi senologici | | Gennaio 2023 |
| 19 | Monitoraggio stato attuazione DCA 100/2020 | Volumi di attività Brest Unit | Annuale |
| | | Ricoveri in fuga/ volumi di attività | Annuale |

12.3 Rete Nefrologica e dialitica

Stato di attuazione

Con DCA n. 123 del 17/9/2020 "Programma Operativo 2019-2021. Punto 11.4.2 "Rete Nefrologica e Dialitica" Approvazione Rete Nefrodialitica regionale e Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente affetto da malattia renale cronica" sono stati approvati la Rete Nefrodialitica regionale e il PDTA per le malattie renali croniche.

Lo stesso Decreto ha previsto l'istituzione di una Commissione Regionale per il monitoraggio e lo sviluppo della Rete nefrodialitica, formalizzata con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento n. 3209 del 29/03/2021 e rappresentativa delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholders, con il compito di:

- Sviluppare tutte le azioni programmatiche previste nel documento della rete nefrodialitica, fra le quali il potenziamento dei centri dialisi, l'attivazione della dialisi domiciliare e gli interventi di prevenzione primaria e secondaria per controllare l'epidemia di Malattia Renale Cronica.
- Monitorare il corretto funzionamento dei Centri della rete e l'applicazione del PDTA per le malattie renali croniche, nelle aziende sanitarie.

L'implementazione della metodologia di teledialisi, in particolare l'utilizzo del monitoraggio in remoto, rappresenta una strategia irrinunciabile per i pazienti nefropatici, Questo faciliterà l'avvio della dialisi domiciliare che, in una prima fase sperimentale nell'anno 2022, coinvolgerà solo alcune aree distrettuali del territorio regionale come sarà esplicitato con apposito progetto sperimentale.

Obiettivi:

1. Potenziare la rete nefrodialitica
2. Identificare precocemente i pazienti a rischio elevato di malattia renale cronica.
3. Attivare la dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale), anche con il supporto di sistemi di telemedicina e specifica formazione
4. Incrementare il numero dei trapianti.
5. Avviare interventi mirati alla prevenzione della malattia renale cronica (MRC), attraverso un progetto di prevenzione che sarà effettuato dal Dipartimento della salute con la collaborazione di ANED e altri rappresentanti di associazioni di pazienti dializzati.

Azioni

1. Riorganizzazione dei centri dialisi al fine di individuare e porre rimedio alle situazioni di carenza e di inadeguatezza strutturale.
2. Realizzazione del progetto di screening
 - 3.1 Emanazione di indirizzi sulla dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) da avviare in una prima fase sperimentale in alcune aree distrettuali del territorio regionale.
 - 3.2 Attivazione in attuazione del PNRR di un progetto di telemedicina territoriale per pazienti in dialisi.
4. Informazione e Formazione
5. Stesura progetto prevenzione della malattia renale cronica (MRC)

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempi |
|--------|--|------------|----------------|
| 1 | Riorganizzazione dei centri dialisi | DCA | Giugno 2023 |
| 2 | Realizzazione del progetto di screening | DDG | Dicembre 2023 |
| 3.1 | Emanazione di indirizzi sulla dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) | DDG | Settembre 2023 |

| | | | |
|-----|---|--|----------------|
| | da avviare in una prima fase sperimentale in alcune aree distrettuali del territorio regionale. | | |
| 3.2 | Attivazione in attuazione del PNRR di un progetto di telemedicina territoriale per pazienti in dialisi. | DCA | Dicembre 2023 |
| 4 | Informazione e Formazione | Corsi | Dicembre 2023 |
| 5 | Stesura progetto | DDG | Settembre 2023 |
| 6 | Monitoraggio PDTA - relazione settore regionale competente | % di pazienti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC | Annuale |
| | | % di pazienti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa (dieterica e farmacologica) | Annuale |
| | | n. di pazienti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita | Annuale |
| 7 | Monitoraggio Nefrodialitica - relazione settore regionale competente | Insufficienza renale cronica: mortalita' a 30 giorni dal ricovero | Annuale |
| | | Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica | Annuale |
| | | Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto:

Settore n.4 - "Prevenzione e Sanità Pubblica".

Settore n.9 - "Assistenza territoriale - Salute mentale - Dipendenze patologiche - Salute nelle carceri.

Settore n. 10 - "Gestione SIRS-Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari - modernizzazione e digitalizzazione sistema salute - telemedicina".

12.4 Rete di Medicina Trasfusionale

Stato di attuazione Stato di attuazione

La rete trasfusionale regionale, disegnata e approvata con il DPGR n. 58/2014, comprende tre Dipartimenti interaziendali funzionali di Medicina Trasfusionale collocati nelle tre aree geografiche della Regione (Area Nord - Area Centro - Area Sud), con i tre Centri di lavorazione ubicati nei

Servizi Trasfusionali di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, e il Centro Regionale di Qualificazione Biologica ubicato presso il Servizio Trasfusionale di Catanzaro. Tale sistema trasfusionale regionale, ricorrendo prevalentemente alla raccolta associativa, permette la raccolta di emocomponenti labili ad uso clinico (GR, piastrine e plasma) che, numericamente garantisce l'autosufficienza regionale.

A tal fine, il Centro Regionale Sangue mette in atto campagne di promozione di donazione di sangue ed emocomponenti, soprattutto nei periodi più critici dell'anno, in collaborazione con le Associazioni dei donatori; con quest'ultime è stata avviata anche la raccolta di plasma presso le UdR associative, previa addestramento del personale.

In tutte le Aziende Sanitarie è stato implementato il programma di Patient Blood Management, che ha consentito di ottimizzare l'utilizzo della risorsa sangue e di migliorare i risultati clinici.

La rete informatica regionale unica consente di mettere in collegamento tutte le strutture trasfusionali ospedaliere e le unità di raccolta associative ad esse afferenti, gestisce la trasmissione dei flussi informativi e la tracciabilità dell'intero sistema.

Il DCA n. 19/2022 ha recepito l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 100/CSR dell'8 luglio 2021 per *"la definizione dei criteri e dei principi generali per la regolamentazione delle convenzioni tra regioni, province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue e adozione del relativo schema-tipo. Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 14 aprile 2016 (Rep. atti 61/CSR)"* e ha stabilito le azioni relative alla stipula delle convenzioni con le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue operanti nel territorio regionale, garantendo la loro più ampia partecipazione alla programmazione regionale e locale per l'autosufficienza, affinché l'attività sanitaria di raccolta del sangue e degli emocomponenti delle Associazioni sia rispondente, per gli aspetti quantitativi e qualitativi, alle necessità trasfusionali regionali.

Le convenzioni stipulate ed eventualmente rinnovate, rimangono vigenti fino all'adozione di un nuovo Accordo Stato-Regioni.

Il trasporto delle unità di sangue e degli emocomponenti nonché dei campioni biologici e dei dispositivi correlati è attualmente assicurato dalle Associazioni dei donatori.

Sarà effettuata una gara regionale per la successiva assegnazione del servizio di trasporto.

A tal fine è stato costituito, con il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento n.2548/2021, un gruppo di lavoro per l'elaborazione del Capitolato tecnico, che, una volta approvato, verrà trasmesso alla Stazione Unica Appaltante per la procedura di gara.

In riferimento al percorso di accreditamento del sistema trasfusionale regionale, con il DCA n. 58/2021 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 29/CSR del 25 marzo 2021, concernente *"Aggiornamento e revisione dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (rep. atti n.242/CSR) sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica"*.

Allo stato attuale, successivamente al recepimento dell'Accordo de quo, l'Organismo Tecnicamente Accreditante con i valutatori nazionali del Sistema Trasfusionale ha espletato nel 2021 le verifiche per circa l'80% dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta associative.

Obiettivi

1. Attivazione della gara per il servizio di trasporto regionale del sangue ed emocomponenti
2. Prosieguo delle attività di verifica dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 29/CSR del 25 marzo 2021
3. Riduzione dei consumi di sangue ed emocomponenti negli interventi di elezione.

Azioni

1. Determinazione del fabbisogno per l'acquisizione del servizio di trasporto regionale
2. Effettuazione delle visite di verifica dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta associative ai sensi del D.lgs. n. 261/2007.
3. Applicazione costante del programma di Patient Blood Management

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|---------------|--|---|---|
| 1 | Determinazione del fabbisogno per l'acquisizione del servizio di trasporto regionale | Decreto | Febbraio 2023 |
| 2 | Effettuazione delle visite di verifica dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta associative ai sensi del D.lgs. n. 261/2007 | 100 % dei Servizi e delle Unità di raccolta | Giugno 2022 |
| 3 | Applicazione costante del programma di Patient Blood Management | Riduzione dei consumi di sangue ed emocomponenti negli interventi di elezione rispetto agli anni precedenti | Dicembre 2023 Dicembre 2024 dicembre 2025 |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

12.5 Rete Trapianti

Stato di attuazione

In Calabria, grazie anche al potenziamento dei coordinamenti Aziendali degli Ospedali Hub di Cosenza e Reggio Calabria previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018 "Riorganizzazione Rete Regionale Trapianti e sistema di procurement", si è registrato un sostanziale incremento dell'attività di procurement che ha portato a 16,9 p.m.p. il dato regionale relativo ai donatori utilizzati, prima che la pandemia da Covid-19 colpisse pesantemente anche la Regione Calabria.

La seconda ondata pandemica, purtroppo, ha determinato una riduzione del numero dei donatori effettivi a causa dell'aumento dei ricoveri di pazienti Covid positivi che hanno drasticamente saturato i posti disponibili soprattutto nei reparti di Terapia Intensiva degli Hub. Tale situazione ha reso ancora più difficile la collaborazione tra Ospedali Hub e Spoke finalizzata all'aumento degli indici di procurement che, in quest'ultimi ospedali, era già particolarmente scarsa. Infatti a dicembre 2019 il numero dei donatori procurati è stato di 35 a fronte dei 28 assegnati come obiettivo, mentre nel 2020, a causa della pandemia, è stato soltanto di 26 a fronte dei 39 assegnati.

Con l'Accordo Stato-Regioni del 24 Gennaio 2018 Rep. Atti n. 16/CSR sono stati indicati i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi a cui devono adeguarsi le strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Il Centro Regionale Trapianti con nota prot. 16028/RG del 19/07/2019 ha comunicato ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria la necessità di adeguamento delle due strutture regionali autorizzate al trapianto di rene in base a quanto previsto dal suddetto Accordo.

Lo stesso CRT con nota prot. n. 24933/RG del 6/12/2019 ha chiesto all'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) il supporto per la verifica dei piani di adeguamento e con nota prot. n. 14502/RG del 2/04/2021 ha chiesto alle due Aziende interessate notizie circa lo stato di avanzamento dei lavori intrapresi per il necessario adeguamento delle due strutture.

In data 30 settembre 2022 l'ASP di Reggio Calabria ha deliberato in merito al fabbisogno del personale prevedendo per l'area trapianti il personale adeguato. Farà seguito immediatamente l'attivazione delle procedure di reclutamento. Sarà cura del centro trapianti di Reggio Calabria comunicare l'avvenuta assunzione al CNT.

Con il DCA n. 167/2018 è stata definita anche la dotazione organica del Centro Regionale Trapianti con l'identificazione del personale necessario.

Con nota prot. 223949 del 17 maggio 2021 è stata prevista "l'Autorizzazione straordinaria al reclutamento di personale a stralcio - Piano Assunzionale 2022", che ancora oggi non ha trovato attuazione.

Obiettivi

1. Valutazione ed eventuale modifica di quanto previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018 "Riorganizzazione Rete Regionale Trapianti e sistema di procurement" e completa attuazione della dotazione tecnica e di risorse umane.
2. Implementare le procedure di accertamento di morte con equipe itineranti dalle Aziende Ospedaliere verso gli Spoke.
3. Adeguamento delle Strutture autorizzate al trapianto di Cosenza e Reggio Calabria, in base a quanto previsto dall'Accordo di Conferenza Stato-Regioni n. 16 del 24/01/2018.

Azioni

1. Istituzione Gruppo di lavoro per la valutazione ed eventuale modifica di quanto previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018.

1.2 Reclutamento personale per la dotazione organica del Centro Regionale Trapianti, già definita con DCA n. 167/2018.

2. Istituzione con Delibere aziendali presso ciascuna delle Aziende Ospedaliere di Cosenza (Area Nord), di Catanzaro "Pugliese-Ciaccio" (Area Centro) e di Reggio Calabria (Area Sud), di equipe multidisciplinari itineranti per la costituzione del Collegio Medico finalizzato all'accertamento di morte con criteri neurologici il cui obiettivo sarà quello di supportare gli Ospedali Spoke dell'area di appartenenza a garanzia della corretta gestione dell'intera procedura dall'accertamento di morte al prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto. Per tale attività è in fase di adozione un nuovo DCA che prevede l'istituzione di tali equipe in ogni Hub; identificazione degli operatori che fanno parte delle equipe itineranti.
3. Adeguamento ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 24/01/2018 delle due strutture autorizzate alle attività di trapianto di rene delle Aziende Ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria. Verifiche dell'adeguamento dei requisiti necessari al rinnovo dell'autorizzazione al trapianto.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|-------------------|---------------|
| 1 | 1.1 Istituzione Gruppo di lavoro per la valutazione ed eventuale modifica di quanto previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018. 1.2 Reclutamento personale per la dotazione organica del Centro Regionale Trapianti, già definita con DCA n. 167/2018 | DCA | Dicembre 2022 |
| 2 | Istituzione in ogni Ospedale Hub di una equipe e/o professionisti itineranti per l'accertamento di morte con criteri neurologici | DCA | Dicembre 2022 |
| 3 | Adeguamento ai requisiti delle strutture AO Cosenza e GOM Reggio Calabria e verifiche sull'avvenuto adeguamento | Verifiche in loco | Giugno 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze"

12.5.1 Rete trapianti di fegato in Calabria

La Regione Calabria afferisce al Centro Nazionale Trapianti che ha, tra le sue finalità, la promozione della donazione di organi, di tessuti e cellule e lo sviluppo dei trapianti nonché lo scambio di conoscenze ed esperienze.

In considerazione del numero di abitanti (circa 2.000.000), del numero delle donazioni di organi (in media 15 l'anno) e del rapporto costo-beneficio, è attivo soltanto il programma per trapianto di rene, sia da donatore cadavere (polo Azienda Ospedaliera di Cosenza e polo GOM di Reggio Calabria) che da donatore vivente (polo GOM di Reggio Calabria).

Dal 2016 è attiva una Convenzione tra le Regioni Calabria e Lazio (DPRG – CA n. 118 del 2 agosto 2013) per le attività di Trapianto di Fegato per i cittadini residenti in Calabria (che era nata anche con l'intento, di promuovere la realizzazione di un Centro trapianto di fegato in Calabria).

Da giugno 2019 nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza esiste l'expertise chirurgica ed organizzativa per la realizzazione di Trapianto di fegato in Calabria.

Gli standard minimi di attività annuale definiti dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14/2/2002 e previsti all'art. 16 della legge N° 91 del 1/4/99 "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti" sono di 25 trapianti di fegato da cadavere/anno.

In realtà i pazienti calabresi in attesa di trapianto di fegato, iscritti nei vari centri italiani, variano da 40 a 50 in considerazione del numero dei trapianti, dei decessi e delle nuove iscrizioni.

Il numero di organi che annualmente si rendono disponibili sul territorio regionale, circa 15, destinati ad aumentare, con punte di 22 donazioni in alcuni anni (es nel 2009, 2013, 2019), è da ritenere, quindi, sufficiente per garantire il diritto al trapianto di fegato nella regione Calabria ai cittadini ivi residenti.

Tutto quanto premesso è indispensabile per ridurre la migrazione sanitaria dei cittadini calabresi che necessitano di trapianto di fegato, con risparmio dei relativi DRG (circa 100.000 euro per trapianto).

Ci si propone, quindi, di attivare un Centro Trapianto di Fegato in Calabria, nello specifico nell'U.O.C. di Chirurgia Generale "Falcone" dell'Az. Ospedaliera di Cosenza, con il coinvolgimento delle UU.OO.CC. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di tutte le Aziende della Calabria, in modo che i fegati prelevati in Calabria, vengano trapiantati in Regione a pazienti iscritti nella lista d'attesa calabrese per trapianto di fegato per tumore.

Con successivo provvedimento verranno definiti gli obiettivi e le azioni della suddetta rete regionale.

Obiettivi

1. Realizzazione della Rete Regionale Trapianti di fegato.

Azioni

1. Istituzione Gruppo di lavoro per la proposta progettuale e la formazione.
2. Studio fattibilità attraverso anali dei dati e raccordo con il Centro Nazionale Trapianti
3. Proposta progettuale

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Istituzione Gruppo di lavoro per la proposta progettuale e la formazione | DCA | Giugno 2022 |
| 2 | Studio fattibilità analisi dati e raccordo con il Centro Nazionale Trapianti | documento | Dicembre 2022 |
| 3 | Proposta progettuale | DCA | Febbraio 2023 |

12.6 Rete per le Malattie Rare

Stato di attuazione

Con DCA n. 61 del 06/03/2020, integrato con successivo DCA n. 127 del 29/09/2020, sono state definite le *Linee di indirizzo per la presa in carico dei pazienti nei Presidi della Rete Regionale Malattie Rare*, che ad oggi è strutturata sui 3 Hub (AO Cosenza - AO di Catanzaro e GOM) e sull'AOU Mater Domini di Catanzaro.

Al fine di provvedere alle successive azioni di sviluppo della Rete, con Decreto Dirigenziale n. 4016 del 19/04/2021 è stato aggiornato il Gruppo tecnico di lavoro regionale in materia di Malattie Rare, che, già istituito con DDG n. 4773 del 29/04/2016 e comprensivo del Coordinamento regionale MR, ha il compito di creare un modello organizzativo regionale che si faccia carico di delineare percorsi clinico-assistenziali condivisi nei principali ambiti di intervento (PDTA) con una connessione sinergica delle strutture ospedaliere con quelle territoriali (Hub & Spoke), al fine di garantire una presa in carico globale del paziente.

Tra le attività istituzionali della Rete regionale Malattie Rare v'è, altresì, quella relativa agli screening neonatali previsti dai LEA - vedi sezione dedicata allo Screening Neonatale Esteso (SNE) nonché agli screening neonatali audiologico ed oftalmologico -, per la realizzazione dei quali si ricorrerà al finanziamento previsto dall'*art. 6, comma 2, legge n. 167/2016*.

Obiettivi

- ✓ Aggiornamento della Rete regionale delle Malattie Rare mediante la strutturazione di PDTA specifici per le principali patologie che consentano l'ottimale gestione del paziente. Rafforzamento della *governance* regionale in attuazione di quanto già programmato.
- ✓ Attivazione e messa a regime dello screening neonatale, per le cui attività si ricorrerà al finanziamento previsto dall'*art. 6, comma 2, legge n. 167/2016*.

Azioni

- Elaborazione dei PDTA sotto il monitoraggio del Coordinamento Regionale e multidisciplinare della Rete Malattie Rare sulle patologie rare a carattere genetico e/o pediatrico a maggiore incidenza nella regione Calabria.
- Messa a regime del Registro Regionale Malattie Rare, istituito con DGR n. 409/2009, mediante individuazione ed abilitazione dei referenti clinici (Direttori delle UU.OO. o loro delegati) responsabili dell'inserimento dei dati dei Presidi della Rete sul Registro medesimo.
- Monitoraggio e verifica dei volumi di attività dei Presidi della Rete.
- Ridefinizione della Rete regionale MR sulla base degli esiti del monitoraggio.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|---------------|
| 1 | Elaborazione dei PDTA | DCA | Dicembre 2022 |
| 2 | Messa a regime del Registro Regionale MR ed individuazione dei referenti di Presidio MR | Referenti abilitati totale direttori UUOO (100%) | Dicembre 2022 |
| 3 | Monitoraggio dell'attività dei Presidi mediante il Registro Regionale Malattie Rare – report | Volume di attività | Gennaio 2024 |
| | | Verifica trasmissione dei dati dai Registri regionali/interregionali al Registro Nazionale delle Malattie Rare | |
| | | Numero di PDTA attivi per pazienti seguiti nei Centri regionale per le malattie rare | |
| 4 | Ridefinizione della Rete regionale MR | DCA di aggiornamento della rete | Dicembre 2024 |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Gruppo tecnico regionale.

12.7 Rete Endocrinologica

Stato di attuazione

In Calabria, nelle strutture ospedaliere e sul territorio sono presenti numerosi ambulatori di endocrinologia e di endocrinologia pediatrica la cui attività, a causa di una insufficiente organizzazione per intensità e complessità di cure, rischia di diventare poco efficiente con aumento della migrazione sanitaria.

L'elevata diffusione delle tireopatie in Calabria (fino al 50-60% patologia nodulare, fino al 10% alterazioni funzionali) pone gli esami tiroidei ai primi posti tra le indagini di laboratorio, spesso con un alto rischio di inappropriata e conseguente grave rincaro della spesa sanitaria.

Con decreto dirigenziale n. 3221 del 29/03/2021 è stato istituito il Gruppo tecnico regionale per la "Rete Endocrinologica" con l'obiettivo, appunto, di realizzare una Rete endocrinologica che preveda la creazione di un modello organizzativo regionale nonché di percorsi clinico-assistenziali condivisi nei principali ambiti di intervento con una connessione sinergica delle strutture ospedaliere con quelle territoriali, al fine di garantire una presa in carico globale del paziente su tutto il territorio regionale, dallo screening, alla diagnosi ed alla terapia medica, chirurgica e radio-metabolica.

Obiettivi

- ✓ Programmazione della rete endocrinologica ed elaborare il PDTA specifico per la patologia tiroidea.

Azioni

- Elaborazione della rete endocrinologica regionale.
- Elaborazione del PDTA sulla patologia tiroidea.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|--------------|
| 1 | Elaborazione di una proposta di Rete endocrinologica regionale | DCA | Ottobre 2022 |
| 2 | Elaborazione del PDTA sulla patologia tiroidea | DCA | Gennaio 2023 |

Strutture regionali/aziende responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 "Assistenza territoriale - Sistemi alternativi al ricovero e Gestione territoriale delle epidemie".

Settore n. 3 "Assistenza farmaceutica – assistenza integrativa protesica – farmacie convenzionate – educazione all'uso consapevole del farmaco".

Settore n. 3 "Assistenza farmaceutica – assistenza integrativa protesica – farmacie convenzionate – educazione all'uso consapevole del farmaco".

12.8 Rete Diabetologica

Stato di attuazione

Con DCA n. 13/2015 sono stati approvati i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica.

Con DCA n.172/2017 è stato approvato il PDTA sul Piede Diabetico che prevede la creazione di un PAC specifico per standardizzare e facilitare il percorso del paziente stesso.

Il DCA 11/2018, che ha approvato la Rete Assistenziale Diabetologica Integrata Territorio-Ospedale, ha fornito le linee di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale e del diabete pre-gestazionale tipo 1 e tipo 2 per i quali è stata prevista la creazione di PAC specifici.

L'*Allegato 1* del predetto DCA ha previsto, fra l'altro, la costituzione di un Coordinamento regionale della rete assistenziale diabetologica con il compito, tra l'altro, di implementare la Rete Assistenziale Diabetologica, implementare e monitorare i PDTA secondo gli indicatori previsti e configurare una rete informatica regionale quale strumento essenziale per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici e per la prescrizione informatizzata dei farmaci.

Tale rete informatica si basa su una piattaforma condivisa dalle Aziende Sanitarie che prevede, all'interno del sito web, un link "Rete Assistenziale Diabetologica" a cui gli operatori autorizzati possano accedere mediante inserimento di uno User ID e di una password come previsto dal DCA 11/2018. All'interno della piattaforma è previsto un servizio di telemedicina destinato ai clinici, ai pazienti e ai loro caregiver al fine di migliorare la qualità di vita del paziente e risparmiare risorse.

Al fine di avviare il monitoraggio della rete diabetologica regionale, è stato ricostituito il Coordinamento Regionale della Rete Assistenziale Diabetologica, presieduto dal Dirigente del competente Settore n. 6 e costituito dai professionisti comunicati dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e dalle Associazioni dei pazienti. Il Coordinamento regionale avrà il compito di monitorare il funzionamento dei Centri della rete diabetologica e l'applicazione dei PDTA nelle aziende sanitarie secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa.

Obiettivi

- ✓ Monitoraggio della rete diabetologica dell'adulto e nell'età pediatrica su tutto il territorio regionale.
- ✓ Implementazione dei PDTA sul piede diabetico e sul Diabete in gravidanza con attivazione dei PAC "Diabete in gravidanza" e "Piede Diabetico".
- ✓ Attivazione della rete informatica diabetologica anche con l'ausilio della telemedicina.

Azioni

- Attivazione dei PAC "Diabete in gravidanza" e "Piede Diabetico".
- Attivazione della rete informatica diabetologica.
- Attivazione della telemedicina per i pazienti diabetici.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|------------|---------------|
| 1 | Attivazione dei PAC "Diabete in gravidanza" e "Piede Diabetico" | Decreto | Dicembre 2022 |
| 2 | Attivazione della Rete informatica diabetologica anche con l'ausilio della telemedicina | Decreto | Marzo 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - “Programmazione dell’Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 - “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.

12.9 Rete Medicina di Genere

La Medicina di Genere, dimensione interdisciplinare della branca medica, studia e approfondisce l’influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana ovvero sui meccanismi generativi delle patologie, sulle azioni di prevenzione, diagnosi e terapia più opportune a seconda del sesso biologico e del genere di appartenenza.

In particolare, l’ambito di studi eseguiti finora riguarda:

- le malattie cardiovascolari,
- tumori,
- le malattie metaboliche,
- le osteoarticolari,
- neurologiche,
- infettive,
- autoimmuni

Questa “nuova” dimensione della medicina prevede che, oltre all’influenza esercitata dalle determinanti di genere e al sesso biologico, rientrino nella valutazione etiopatogenica anche parametri, quali età, etnia, livello culturale, confessione religiosa, orientamento sessuale, condizioni sociali ed economiche ciò al fine di riparametrare l’equità di accesso al servizio sanitario.

La medicina genere-specifica è focalizzata sull’identificazione e sulla comprensione dei meccanismi attraverso cui le differenze legate al genere agiscono su: stato di salute, evoluzione patologica e *outcome* dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

In base alle recenti indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS la Medicina deve essere declinata in modo da includere il Genere come determinante di salute attraverso lo studio dell’influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. La promozione della cultura della medicina di genere contribuisce, al contrasto delle disuguaglianze di salute e necessita di un approccio intersettoriale e inclusivo in linea con la logica ‘*one health*’.

La comunicazione per la diffusione della Medicina di Genere, rappresenta, uno straordinario strumento di *governance* delle politiche di prevenzione, promozione della salute e contrasto alle disuguaglianze, come sostenuto già dal Piano Sanitario Nazionale e dal Rapporto Salute 2020, oltre che un supporto alla diffusione e alla promozione della medicina di genere.

Infatti l’Unione propone di inserire una dimensione di genere nel piano dell’UE per la lotta contro il cancro già avviato nel 2020 in modo da facilitare attraverso la condivisione di buone pratiche tra Stati membri e *stakeholder*, sugli aspetti di genere della salute, ivi compresa quella sessuale e riproduttiva.

La normativa nazionale, con la Legge 11 gennaio 2018 n.3 art. 3, ha adottato il Piano Nazionale per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere in attuazione dell’articolo 3, comma 1), documento predisposto dal Ministero della Salute, con il fondamentale supporto del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, che fornisce “un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche

sanitarie nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura che tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio". Il Ministero della Salute, con nota del 26 giugno 2019, ha richiesto di indicare un referente regionale per la medicina di genere così come previsto dal Piano.

All'adozione del Piano, si è aggiunta l'istituzione, da parte del Ministero della Salute, dell'Osservatorio nazionale della Medicina di Genere presso l'Istituto Superiore Sanità il 22.09.2020, il cui obiettivo principale è assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano.

Il presente Piano per la diffusione e l'applicazione della medicina di Genere, a supporto del PRP 2020-2025 e del Piano di Comunicazione per la Salute 2021, si configura come strumento di riferimento sui tre assi

- clinica e ricerca,
- diffusione e formazione,
- informazione e comunicazione – in continuità con quanto stabilito nel Piano Nazionale.

Il Piano Regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere che la nostra Regione attuerà riporterà le indicazioni operative sull'attivazione di Gruppi di Lavoro specifici con funzioni di osservatorio locale e di supporto alle Azioni intraprese dal Tavolo Regionale.

È stato identificato un Referente che si propone di coordinare il Tavolo tecnico regionale per una diffusione capillare della medicina di genere e la creazione di una Rete regionale.

OBIETTIVI

1. Realizzazione della Rete di Medicina di Genere:
2. Istituzione Coordinamento Regionale per best- practice di genere
3. Realizzazione sito web Regionale su Medicina di genere
4. Definizione dei percorsi clinici orientati al genere
5. Prevenzione patologie di genere
6. Formazione operatori sanitari sul Genere
7. Osservatorio Regionale in accordo con Tavolo Regioni e ISS

AZIONI

1. Definizione del progetto: Linee di indirizzo regionali sulla Medicina di Genere in accordo con il Piano Nazionale
2. Attivare ambulatori di medicina di genere aziendali e di quant'altro stabilito dal Coordinamento Regionale
3. Creazione e aggiornamento biblioteche interattive
4. PDTA delle patologie di genere
5. Screening organizzati per genere sul: colon retto, prostata e osteoporosi
6. Organizzazione Corsi Formazione operatori sanitari sul Genere
7. Raccolta epidemiologica Regionale e raccolta dei dati disaggregati per sesso per studi di popolazione

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Definizione del progetto: Linee di indirizzo regionali sulla | DCA | Dicembre 2022 |

| | | | |
|---|--|----------------------|---------------|
| | Medicina di Genere in accordo con il Piano Nazionale | | |
| 2 | Attivare ambulatori di medicina di genere aziendali e di quant'altro stabilito dal Coordinamento Regionale | DCA | Giugno 2024 |
| 3 | Creazione e aggiornamento biblioteche interattive | Attivazione sito web | Dicembre 2022 |
| 4 | PDTA delle patologie di genere | DCA | Dicembre 2022 |
| 5 | Screening organizzati per genere sul: colon retto, prostata e osteoporosi | DDG | Giugno 2023 |
| 6 | Organizzazione Corsi Formazione operatori sanitari sul Genere | DDG | Novembre 2022 |
| 7 | Raccolta epidemiologica Regionale e raccolta dei dati disaggregati per sesso per studi di popolazione | DDG | Giugno 2024 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze"

Strutture regionali di collaborazione

Settore n.10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei Flussi Sanitari –

Modernizzazione e Digitalizzazione Sistema della Salute - Telemedicina".

13.RETI ASSISTENZIALI AD INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

13.1 Rete Riabilitazione e Lungodegenza

Stato di attuazione

Al fine di procedere alla costruzione della rete regionale di riabilitazione e lungodegenza è stata necessaria una prima fase di ricognizione delle strutture pubbliche e private presenti nel territorio regionale e di rilevazione delle prestazioni quali-quantitative erogate dalle stesse.

È stato costituito con DDG n. 608 del 29/01/2020 un gruppo tecnico di lavoro, con il compito di effettuare un'analisi della situazione attuale e programmare una proposta di rete.

La proposta di rete definirà l'articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle post-acuzie in stretta coerenza con gli standard di cui al D.M. n.70/2015, nonché alle recenti Intese Rep. Atti n. 126/CSR del 4/08/2021 e Rep. Atti n. 124/CSR del 4/08/2021.

Pertanto nel nuovo documento di aggiornamento/integrazione del DCA 64/2016, sarà definita anche la rete della riabilitazione e della lungodegenza

Obiettivi:

aggiornamento/integrazione DCA 64/2016

Azioni:

Elaborazione proposta di rete con attivazione posti letto per incrementare l'offerta pubblica post-

acuzie, differenziando la lungodegenza a carattere prevalentemente internistico dalla lungodegenza da quella a carattere di riabilitazione estensiva.

Attivazione dei posti letto programmati. Parte di questi posti letto saranno previsti nei presidi ospedalieri da riconvertire per effetto delle sentenze del giudice amministrativo.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|---------------|
| 1. | Costituzione gruppo tecnico di lavoro | Decreto Dirigenziale n. 608 del 29/01/2020 | Gennaio 2020 |
| 2. | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3. | Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4. | Monitoraggio rete post-acuzie | n. pl attivati/n. pl programmati | Annuale |
| | | Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acute inappropriati dal punto vista clinico | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto:

Settore n. 7 - "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".

Settore Politiche Sociali Regione Calabria (esclusivamente sulla programmazione della rete della non autosufficienza).

Organismi Rappresentativi delle strutture convenzionate della Regione Calabria.

13.2 Rete Sclerosi Multipla

Stato di attuazione

Il DCA n. 140 del 19/10/2017 ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Sclerosi Multipla (PDTA SM) e ha previsto il monitoraggio dell'implementazione nelle Aziende Sanitarie attraverso una Commissione Regionale appositamente istituita con DDG n. 15639 del 19/12/2018, che ha anche il compito di integrare sia le innovazioni assistenziali che eventualmente quelle terapeutiche. I Centri di I e II livello sono tutti funzionanti e dotati di team multidisciplinari. Quasi tutte le Aziende Sanitarie hanno formalizzato un PDTA aziendale per la presa in carico delle persone con SM alle quali, pur nelle differenziazioni degli assetti aziendali, devono essere assicurati i livelli essenziali di salute.

Tenuto conto dell'importanza che assume il trattamento riabilitativo per la condizione di salute e di vita delle persone con sclerosi multipla in tutti i setting di eleggibilità (domiciliare, ambulatoriale, residenziale), si rende necessario garantire un percorso riabilitativo personalizzato, in una logica di continuità assistenziale e integrazione all'interno della rete riabilitativa regionale.

La pandemia di Covid-19, fin dai primi mesi del 2020, ha notoriamente stravolto e sovraccaricato il sistema sanitario italiano, con implicazioni significative nella gestione di molte patologie croniche, inclusa la SM. Secondo un'indagine svolta dall'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM), durante la prima ondata pandemica, il 91% dei Centri Sclerosi Multipla (Centri SM) sul territorio nazionale ha dichiarato di aver subito un impatto organizzativo moderato-grave, con l'88% dei Centri che ha dovuto annullare o rinviare visite di controllo. Il 75% dei pazienti ha avuto, altresì, difficoltà di accesso ai servizi riabilitativi e il 45% ai servizi ambulatoriali. A tal proposito, la Sclerosi Multipla può essere considerata un terreno particolarmente favorevole di applicazione della telemedicina, in cui le tecnologie digitali, integrate in modo sistematico e in risposta ai bisogni messi in luce dagli stakeholder stessi, potenziano il percorso favorendo una presa in carico che sia globale, integrata e continua, che possa migliorare gli outcome di salute, supportare e valorizzare il lavoro dei professionisti coinvolti in tutte le fasi del percorso.

In particolare Agenas, nell'anno 2022, ha elaborato un PDTA specificatamente dedicato alle persone affette da Sclerosi Multipla, delineando un percorso allo scopo di sostenere la progettazione e l'implementazione omogenea in tutte le regioni.

Obiettivi

- ✓ Coordinamento della rete regionale e potenziamento dei centri di riferimento di II livello.
- ✓ Attivazione della telemedicina per i pazienti con SM.

Azioni

- Attivazione, in collaborazione con il settore regionale competente, della telemedicina, proponendo la digitalizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e riabilitativo a supporto sia dei pazienti che dei clinici, coinvolgendo e potenzialmente collegando tra loro tutti gli operatori di riferimento lungo il percorso.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|--------------|
| 1 | Attivazione, in collaborazione con il settore regionale competente, della telemedicina | Decreto | Gennaio 2023 |
| 2 | Monitoraggio PDTA | Popolazione con SM in carico nei sistemi regionali. | Annuale |
| | | Tempo che intercorre fra il primo contatto con una struttura di neurologia e l'inizio della terapia con DMT | Annuale |
| | | esecuzione di almeno una visita neurologica/paziente/anno. | Annuale |
| | | esecuzione di almeno una RM encefalica all'anno per tutti i | Annuale |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--------|---|------------|
| | | pazienti in terapia con DMT | |
| | | numero di pazienti ricoverati per complicanze infettive | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - “Programmazione dell’Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 - “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.

Settore n. 3 - “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’Uso Consapevole del Farmaco”.

13.3 Rete Broncopneumologica

Stato di attuazione

Con DCA n. 11/2015 è stato approvato il PDTA per la gestione integrata dei pazienti affetti da Bronco Pneumopatia Cronico-Ostruttiva (BPCO) con l’obiettivo di qualificare l’offerta di assistenza al paziente cronico riducendo l’ospedalizzazione, di garantire risposte personalizzate alle cure dei pazienti con un approccio multidisciplinare incentrato sul malato e di realizzare aree di ricovero graduate per intensità di bisogno assistenziale con forte integrazione Ospedale-Territorio.

Con Decreto Dirigenziale n. 3944 del 15/04/2021 “Gruppo tecnico per la rete Pneumologica ed il Percorso Diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione integrata della Bronco pneumopatia cronica ostruttiva, asma e sindrome della apnee notturne” è stato ricostituito il gruppo tecnico di lavoro con il compito di aggiornare il PDTA sulla BPCO sulla base delle ultime linee guida delle società scientifiche, definire il “PDTA per l’asma” e il “PDTA per la Sindrome delle apnee notturne”, nonché programmare la “Rete Pneumologica e Allergologica Regionale”, con l’obiettivo di individuare i nodi della rete, distinti per livelli di intensità, secondo un modello organizzativo a forte integrazione ospedale-territorio.

Obiettivi

- Programmazione della Rete Broncopneumologica.
- Aggiornamento del PDTA sulla BPCO.
- Approvazione dei PDTA sull’asma e sulla sindrome delle apnee notturne.

Azioni

- Elaborazione di una proposta di Rete Broncopneumologica
- Aggiornamento del PDTA sulla BPCO
- Elaborazione dei PDTA per le principali patologie pneumologiche croniche (asma e sindrome delle apnee notturne)
- Monitoraggio degli indicatori relativi ai PDTA elaborati ed approvati

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|---------------|
| 1 | Elaborazione di una proposta di Rete broncopneumologica | DCA | Giugno 2023 |
| 2 | Aggiornamento del PDTA sulla BPCO | DCA | Dicembre 2022 |
| 3 | Elaborazione di PDTA per l'asma e la sindrome delle apnee notturne | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Monitoraggio degli indicatori relativi ai PDTA sulla BPCO | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) BPCO. | |
| | | Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata | |
| | | BPCO: volume di ricoveri in day hospital | |
| | | BPCO: volume di ricoveri ordinari | |
| 5 | Monitoraggio PDTA per l'asma e la sindrome delle apnee notturne | diminuzione dei tempi di presa in carico | |
| | | appropriatezza organizzativa, con riduzione di prestazioni inefficaci/inefficienti | |
| | | Ospedalizzazione per asma negli adulti | |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto:

Settore n. 7 "Assistenza territoriale - Sistemi alternativi al ricovero e Gestione territoriale delle epidemie".

Settore n. 3 "Assistenza farmaceutica – assistenza integrativa protesica – farmacie convenzionate – educazione all'uso consapevole del farmaco".

13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore

13.4.1 Rete Terapia del Dolore

Il DCA n° 36 del 14/05/2015 ha definito la Rete Hub – Spoke ad integrazione Territoriale, individuando quale Centro di riferimento della terapia del dolore (Hub), l'UOC di Terapia del Dolore e CP dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza. Inoltre, venivano individuati gli Spoke di Terapia del dolore di II livello (AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro e AO di Reggio Calabria) e quelli di I livello (allocati negli ospedali Spoke della Regione Calabria).

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza con delibera n. 228 del 31 agosto 2015 si è impegnata a realizzare ed implementare un Polo di Eccellenza per la ricerca e la cura del dolore cronico e, con atti deliberativi successivi, il Centro Hub è stato dotato di autonomo personale medico ed infermieristico. Al fine di attuare quanto programmato, e cioè garantire in modo ottimale la cura e la continuità terapeutica ai pazienti con dolore in ogni luogo di cura, sono stati sviluppati diversi setting clinico-gestionali, che rappresentano i nodi della rete.

Si ritiene inoltre che è necessario realizzare un unicum di cure che hanno come comune denominatore la lotta alla sofferenza. Per tale ragione bisogna cominciare a pensare che le due Reti, Rete di Terapia del Dolore e Rete di Cure Palliative, debbano interagire per ridurre la frammentazione delle cure e di conseguenza ridurre i costi. L'Integrazione deve essere intesa come integrazione delle cure, cure palliative e terapia del dolore con riorganizzazione del sistema in termini di efficienza.

A tale scopo sono stati avviati dei percorsi interaziendali che hanno permesso di:

- Definire ed implementare il PDTA del paziente con Dolore Oncologico con l'attivazione di un percorso dedicato ai pazienti con metastasi ossee e la costituzione di un team multidisciplinare dedicato a tale percorso;
- Avviare il percorso dei pazienti con dolore, candidati a cure palliative nel Dipartimento di Emergenza (DEA), che ricorrono in maniera inappropriata al pronto soccorso impegnando tutti i servizi della rete di emergenza urgenza. È stato inoltre costituito un team di consulenza multidisciplinare, composto da diverse figure sanitarie (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, case manager, etc.). Il team è in grado di fornire consulenze ai pazienti ricoverati con il supporto di operatori sanitari, per garantire un'assistenza centrata sul paziente e sulle famiglie valutando e gestendo i sintomi refrattari.

Da un'attenta analisi si è constatato che nella Rete regionale solo tre Strutture possono essere contrassegnate dal codice 96 secondo quanto previsto nel DM 21/11/2018:

- ◆ AO "Annunziata" di Cosenza dove è prevista la degenza ordinaria e Day Hospital;
- ◆ AO "Pugliese – Ciaccio" di Catanzaro dove è prevista la degenza in Day Hospital;
- ◆ AO "Bianchi – Melacrino – Morelli" di Reggio Calabria dove è prevista la degenza in Day Hospital.

Tra gli **Obiettivi** generali da conseguire bisogna:

- assicurare una appropriata erogazione di servizi e garantire una continuità assistenziale h 24 con totale presa in carico per i pazienti con dolore;
- Implementare tutti gli Spoke esistenti e attivare quelli previsti nelle linee guida del 2015, e dalle strutture di prossimità che verranno individuate dal Settore regionale competente;
- Contrassegnare le Strutture con degenza (ordinaria e/o Day Hospital) con il codice 96.

Tra le **Azioni** si prevede:

- 1) Interazione del Coordinamento regionale con i rappresentanti di tutti i nodi della rete;

- 2) Implementazione del centro Hub della rete di Terapia del Dolore;
- 3) Informatizzazione della rete di Terapia del Dolore, con costituzione di una piattaforma digitale presso il centro Hub finalizzata alla messa in rete degli Spoke e dei MMG.
- 4) Predisposizione di un progetto formativo per i medici della rete e i MMG;
- 5) Implementazione del PDTA del paziente con dolore oncologico con sviluppo del percorso a livello di tutta la rete territoriale.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Costituzione gruppo tecnico di lavoro | DCA 71 | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 65/2020 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete territoriale e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Implementare la rete di terapia del dolore con nuovi nodi della rete | DCA | Aprile 2022 |
| 5 | Definire il PDTA del paziente con dolore rachideo | DCA | Giugno 2022 |
| 6 | Elaborare progetto formativo per MMG e personale sanitario della rete | Decreto | Ottobre 2022 |

13.4.2 Rete di Cure Palliative

Il DCA n. 77 del 6/7/2015 ha definito la Rete regionale di cure palliative, considerata trasversale ad alcune patologie ed una nuova redistribuzione dei posti Hospice su tutto il territorio regionale. Con successivo DCA (n. 56 del 29/3/2017) la programmazione degli Hospice veniva implementata con la previsione di un nuovo Hospice presso l'ASP di Crotona di 10 posti letto. Attualmente, la Regione Calabria ha attivato 6 Hospice per un totale di 60 posti letto su 94 programmati. Solo un Hospice (quello di Cassano allo Jonio) è pubblico, mentre gli altri 5 sono privati accreditati. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare in cure palliative ancora essa non è distribuita uniformemente su tutto il territorio regionale; tutto ciò per la grave carenza di personale specializzato previsto nell'Accordo S/R del 10/7/2014 e nell'Art. 5 della legge 38/10.

Infatti, attualmente, l'assistenza domiciliare viene effettuata dai privati accreditati per gli Hospice con un rapporto di 4 pazienti assistiti al domicilio per ogni posto letto Hospice, mentre dalle ASP è garantita solo la prima fase delle cure palliative attraverso l'ADI ed il MMG.

Con il DCA n. 81 del 21 maggio 2020 è stato istituito il coordinamento regionale, previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 che ha sede presso il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ed ha le funzioni organizzative e programmatiche. Inoltre sono stati costituiti due tavoli tecnici scientifici uno per la rete di cure palliative e uno per la rete di terapia del dolore, cui componenti sono i referenti delle singole aziende sanitarie e ospedaliere con funzione di coordinamento locale.

Il coordinamento regionale unico sia per le cure palliative che per la terapia del dolore assicura l'integrazione delle due reti assistenziali al fine di ridurre la frammentazione delle cure e i conseguenti costi.

Le Linee guida decretate con DCA 77/15 descrivono tutte le fasi dalla presa in carico del paziente tra cui la gestione clinica in tutti i setting assistenziali con distinzione per quella domiciliare, e per il livello di cura (di base o specialistiche). A tal proposito, il Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute, al fine di agevolare la presa in carico dei malati eleggibili alle cure palliative, in caso di dimissione protetta, ha emanato la circolare n. 2 dello 08/06/2017.

Con i Progetti Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del 2019 è stata finanziata l'istituzione della Rete delle cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica. Allo stato bisogna constatare che la progettualità è iniziata nel 2019 coinvolgendo sia la neonatologia che la pediatria dell'AO di Cosenza con buoni risultati.

La Programmazione della Rete Hospice in Calabria riportata nel DCA 65/2020

| ASP | Denominazione | Distretto Sanitario | Comune | Posti letto | Pubblico / Privato | Stato |
|-----------------|---------------------------|---------------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|
| Cosenza | Ex PO S. Giuseppe Moscati | Jonio Nord | Cassano Allo Jonio | 10 | Pubblico | Attivo |
| Cosenza | Villa Gioiosa | Valle Crati | Montalto Uffugo | 10 | Privato | Attivo |
| Cosenza | Ex PO di Rogliano | Cosenza Savuto | Rogliano | 14 | | In programmazione |
| Catanzaro | San Vitaliano | Catanzaro | Catanzaro | 10 | Privato | Attivo |
| Catanzaro | S. Andrea Apostolo | Soverato | S. Andrea Apostolo | 10 | Privato | Attivo |
| Crotone | San Dionigi | Unico Aziendale | Crotone | 10 | Privato | Attivo |
| Vibo Valentia | PO Tropea | Tropea | Tropea | 10 | | In programmazione |
| Reggio Calabria | Ex PO Siderno | Jonico | Siderno | 10 | | In programmazione |
| Reggio Calabria | Via delle stelle | Centro | Reggio Calabria | 10 | Gestione privata | Attivo |

La programmazione degli Hospice pubblici, finanziati con la legge 39/99, includeva anche quello di Paola (10 pl) attribuiti all'Hospice di Montalto Uffugo e Catanzaro (20 pl) che sono stati riprogrammati in strutture private.

Anche alla luce del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*" sarà aggiornata la programmazione relativa alla rete della terapia del dolore e delle cure palliative.

Obiettivi specifici:

- Presa in carico globale del paziente, mediante l'integrazione di servizi territoriali ed ospedalieri, sanitari e sociali, mantenendo l'autonomia dei singoli componenti.
- Assicurare una appropriata erogazione di servizi e garantire una continuità assistenziale H 24 con totale presa in carico per i pazienti in cure palliative;
- Attivare nuovi Hospice come da programmazione regionale;

- Implementazione delle equipe di assistenza domiciliare in cure palliative;
- Attivare parte della rete di cure palliative e di terapia del dolore in età pediatrica con particolare riguardo all'assistenza domiciliare;
- L'assistenza che inizialmente è stata erogata in via sperimentale in un percorso giornaliero con ricovero diurno di 12 ore con progetto obiettivi di piano 2019/2021, sarà erogata in degenza ordinaria consolidando il progetto nella programmazione ordinaria dei posti letto di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, all'interno del Centro Hub dell'AO di Cosenza con attivazione di 4 posti letto di degenza ordinaria.
- Attuazione del DM Salute 4/6/2015 sul riconoscimento dell'idoneità a lavorare nella rete di cure palliative ai medici non specialisti. Il medico che fa palliazione deve essere formato anche in terapia del dolore e viceversa

Le future Azioni prevedono:

1. Rinnovo del Comitato Regionale degli interventi nell'ambito della Rete di Cure Palliative;
2. Organizzazione di almeno un corso di Formazione annuo per il personale sanitario di ogni Azienda sanitaria ed ospedaliera della Regione;
3. Organizzazione di almeno un evento di informazione per l'utenza di ogni Azienda sanitaria della Regione;
4. Attivazione nuovi Hospice;
5. Implementazione delle equipe domiciliari;
6. Monitoraggio dell'attuazione della Rete attraverso specifici strumenti di monitoraggio regionali (Griglie di rilevazioni, Indicatori, Audit, etc.)

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|---|
| 1 | Costituzione gruppo tecnico di lavoro | DCA 71 | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 65/2020 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete territoriale e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Elaborazione di un progetto formativo con predisposizione di corsi per ciascuna area Nord Centro e Sud | DDG | Giugno 2022 |
| 5 | Attivazione ed esecuzione dei corsi di formazione | Corsi attivati | Settembre 2022 Dicembre 2022 |
| 6 | Implementazione delle équipes di assistenza domiciliare in ogni Azienda | n. équipes attivate/ n. équipes previste | Giugno/Dicembre 2022 - 2023 |
| 7 | Attivazione nuovi hospice (Rogliano, Siderno e Tropea) | DCA | Giugno 2022 Rogliano; Giugno 2023 Tropea; Dicembre 2023 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|------------|
| | | | Siderno. |
| 8 | Monitoraggio – relazione settore competente | Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | Annuale |
| | | Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore | Annuale |
| | | Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.9 “Assistenza territoriale - Salute Mentale - Dipendenze Patologiche - Salute nelle Carceri”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

13.5 Rete Cefalee

Stato di attuazione

Il DCA n. 9/2016 “Approvazione rete delle cefalee e percorso diagnostico-terapeutico per il soggetto con cefalea – Programma 14.4) - P.O. 2013-2015.” ha approvato un modello organizzativo regionale di rete assistenziale per le cefalee, con l’obiettivo primario di garantire un’adeguata assistenza al malato cefalalgico, con riduzione della mobilità passiva extraregionale, attraverso una rete integrata ospedale-territorio, costruita secondo il modello stratificato in livelli di assistenza, dipendenti dalla complessità diagnostica e terapeutica e dalla disponibilità di risorse.

La rete ha previsto il Centro Cefalee di Riferimento Regionale, quale struttura autonoma dedicata, ubicata nell’Unità Operativa di Neurologia, incardinata nel Dipartimento di Neuroscienze

dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, al quale è demandata la diagnostica più complessa e la terapia per le forme croniche, le forme farmaco resistenti con comorbilità complesse e le cefalee croniche con abuso di analgesici, che ha attualmente in carico il 60% dei pazienti cefalalgici ad elevata frequenza e intensità nel contesto regionale. Lo stesso Centro Cefalee coordina l'attività di tutta la rete, raccordandosi con i vari nodi rappresentati dagli ambulatori ospedalieri e distrettuali dedicati.

All'interno della rete, la costruzione del percorso assistenziale ha presupposto la messa in rete informatica di tutti i centri ospedalieri e territoriali dedicati alla cura delle cefalee, nonché la formazione e l'aggiornamento costante di tutti i soggetti coinvolti nella rete, indispensabile per garantire e mantenere adeguati ed elevati standard assistenziali.

Con il DDG n. 4296/2017 è stato costituito il Coordinamento Regionale della Rete delle Cefalee, con il compito di affrontare e sviluppare nel dettaglio tutti gli aspetti della rete, al fine di implementarla e renderla operativa.

Grazie ad una forma di collaborazione con l'Università di Cosenza, nell'ambito di un progetto di ricerca e sviluppo ALCMEONE, è stato sviluppato un modello organizzativo e applicata una innovativa Piattaforma Tecnologica di Servizi a supporto della Gestione Clinica Integrata dei Pazienti Cefalalgici, che ha fornito un appropriato supporto informativo-decisionale a tutti gli "attori" (pazienti ed operatori sanitari), migliorando l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogate.

Inoltre, è stato avviato e realizzato nel corso degli ultimi anni un percorso formativo dedicato agli specialisti neurologi ospedalieri e territoriali e ai medici di medicina generale, volto a migliorarne le sinergie e l'interazione, al fine di offrire la migliore risposta alla domanda di cura dei pazienti e ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche.

Con il DCA n. 21/2022 è stata aggiornata la Rete delle Cefalee con l'attivazione del Centro Multidisciplinare presso il Polo Sanitario Reggio Sud, che ha ridefinito l'assetto assistenziale regionale, e con i trattamenti terapeutici, sia in termini di utilizzo di nuovi farmaci (anticorpi monoclonali) sia in termini di appropriati *setting* assistenziali terapeutici.

Obiettivi

- ✓ Aggiornamento e miglioramento della Rete delle Cefalee, anche alla luce delle terapie farmacologiche innovative, attraverso lo sviluppo di strumenti tecnologici che consentano una migliore presa in carico e una continuità assistenziale del paziente, sia per gli aspetti clinici che gestionali e organizzativi.

Azioni

- Attivazione dei PAC terapeutici per il trattamento terapeutico dell'Emicrania Cronica.
- Attivazione e validazione, in tutti i Centri della Rete, di strumenti *web-based* per la raccolta, la gestione e l'analisi dei dati clinici e sanitari, sia quelli provenienti direttamente dai pazienti sia quelli generati dall'esercizio clinico degli specialisti neurologi.
- Attivazione del servizio di telemedicina, a supporto sia dei pazienti che dei clinici, coinvolgendo e potenzialmente collegando tra loro tutti gli operatori di riferimento lungo il percorso assistenziale (MMG, farmacisti del territorio e neurologi territoriali).

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---------------------|---------------|
| 1 | Attivazione dei PAC terapeutici per il trattamento terapeutico dell' Eemicrania Cronica | Decreto | Dicembre 2022 |
| 2 | Attivazione e validazione, in tutti i Centri della Rete, di strumenti <i>web-based</i> per la raccolta, la gestione e l'analisi dei dati clinici e sanitari | Report aziendali | Dicembre 2023 |
| 3 | Attivazione del servizio di telemedicina con l'ausilio del competente settore | Direttive regionali | Marzo 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 "Servizi Territoriali e Personale Convenzionato".

14. RETE TERRITORIALE

Stato di attuazione

L'emergenza pandemica ha evidenziato la necessità di rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di fornire adeguati servizi sul territorio per due fondamentali riscontri epidemiologici (i) il progressivo invecchiamento della popolazione e (ii) la constatazione che una quota significativa e crescente della stessa è afflitta da malattie croniche.

La Regione Calabria, già dal marzo 2020, si è dotata di importanti strumenti normativo-programmatori di riorganizzazione della Rete Territoriale rappresentati dal DCA 65/2020 e dal successivo DCA 67/2020 recepiti nei rispettivi Piani Attuativi dalle Aziende Sanitarie Provinciali.

il quadro aggiornato dello stato di implementazione del DCA n. 65/2020 e con i piani attuativi territoriali è il seguente:

| SETTING ASSISTENZIALI | FABBISOGNO DCA n. 65/2020 | OFFERTA DCA n. 65/2020 | ATTIVAZIONI PREVISTE | AGGIORNAMENTO Attivazioni previste al netto delle AUTORIZZAZIONI |
|---|------------------------------|---------------------------|-------------------------|---|
| R1- Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata | 426 | 132 | 294 | 239 |
| RSA (R2) | 2047 | 1582 | 465 | 365 |
| Casa Protetta (R3) | 1791 | 82 | 789 | 709 |
| SR 1 | 294 | 0 | 294 | 189 |
| SR 2 | 294 | 0 | 294 | 227 |
| RRE1-RRE2 (Riabilitazione estensiva ciclo continuativo) | 554 | 516 | 38 | 0 |
| RD1 Residenza Sanitaria SLA e malattie neurodegenerative | 37 | 15 | 22 | 9 |
| RD4 Residenza Sanitaria Assistenza Disabili | 332 | 234 | 98 | 78 |
| RD5 Casa Protetta Disabili | 308 | 217 | 91 | 91 |
| Residenzialità per dipendenze patologiche | 490 | 462 | 28 | 28 |
| Semiresidenzialità per dipendenze patologiche (<i>errata corrige / tot. 118 non 117 come riportato nel dca 65)</i> | 118 | 94 | 24 | 24 |
| SRP1 Residenza psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale | 294 | 254 | 40 | 22 |
| SRP2 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata | 261 | 120 | 141 | 141 |

| | | | | |
|---|------------|----|-----|-----|
| integrazione sanitaria | | | | |
| SRP3 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale | 98 | 6 | 92 | 72 |
| Residenzialità Autismo | 14 | 0 | 14 | 14 |
| Semiresidenzialità Autismo | 140 | 0 | 140 | 100 |
| Residenzialità Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione | 36 | 0 | 36 | 36 |
| Semiresidenzialità Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione | 30 | 0 | 30 | 20 |
| Hospice | 94 | 60 | 34 | 34 |
| Hospice Trattamenti domiciliari (4 Trattamenti domiciliari per posto letto) | 0 | 0 | 140 | 140 |

Inoltre, dall'analisi dei flussi del NSIS, l'ambito maggiormente carente in Regione Calabria è quello relativo al trattamento delle cronicità ed in particolare le Cure Domiciliari Integrate. La quota di persone sopra i 65 anni assistite al domicilio, infatti, raggiunge l'1,86%, mentre la media nazionale è di circa il 5% delle persone sopra i 65 anni assistite al domicilio. La Regione Calabria, per le cure domiciliari, risulta inadempiente anche in ambito di verifica adempimenti LEA, in quanto non raggiunge la soglia di riferimento prevista dalla Griglia LEA di almeno l'1,88% della popolazione sopra i 65 anni presa in carico al domicilio.

Sempre dall'analisi condotta sui flussi dell'NSIS, in particolare sul flusso FAR si rileva una grande criticità nel tasso di assistiti in trattamento residenziale per intensità di cura su tutte le fasce di età della popolazione, soprattutto per quanto concerne le cure residenziali estensive (R2 i nuclei Alzheimer (R2D) del tutto assenti, e le cure residenziali di mantenimento (R3).

Dal prospetto sopra riportato si rileva ancora un ritardo nella copertura del fabbisogno relativa all'assistenza semiresidenziale per persone non autosufficienti (SR1-SR2). Si rappresenta però che l'attività di attivazione dei posti letto è cominciata con l'autorizzazione per 105 SR1 e 67 SR2.

In Regione, infine, risultano carenti le prestazioni c.d. di sollievo come le prestazioni semiresidenziali. Anche per la citata tipologia di prestazioni, la Regione Calabria risulta "inadempiente" in ambito di valutazione dei LEA, in quanto non raggiunge la soglia minima di riferimento prevista (numero di posti equivalenti presso strutture semiresidenziali preposte all'assistenza dei disabili pari allo 0,06 per 1.000 ab. contro una soglia minima di almeno 0,22 pl per 1.000 abitanti).

Tali indicatori si sono aggravati, in quanto le già insufficienti risorse umane sono state riassorbite per fronteggiare l'emergenza Covid-19.

Con DCA N. 71 del 13 luglio 2022 è stato costituito il gruppo di lavoro per la revisione/aggiornamento della rete territoriale.

Obiettivi

1. aggiornare la programmazione prevista nel DCA 65/2020 adeguandola al Decreto 23 maggio 2022, n. 77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”* e realizzare gli interventi previsti dal PNRR.

La nuova programmazione terrà conto, in particolare, di:

- potenziare i Distretti secondo il ruolo previsto dalla normativa vigente;
- potenziare la capacità di governance e di coordinamento regionale nell'implementazione delle reti territoriali aziendali;
- potenziare il sistema informativo territoriale e la capacità di verifica e monitoraggio delle performance dell'assistenza territoriale;
- implementare la digitalizzazione e l'uso della telemedicina;

Azioni

Nel rimandare al paragrafo *“7.9.1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima”* gli elementi di dettaglio per il finanziamento, le funzioni e il personale necessario al funzionamento delle strutture da realizzarsi a valere sui fondi PNRR, per raggiungere gli obiettivi sopra elencati la Regione intende:

1. adottare il provvedimento di aggiornamento del DCA 65/2020 per recepire gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici dell'assistenza territoriale, mettendo a sistema anche gli interventi previsti dalla M6C1 del PNRR;
2. effettuare la ricognizione delle specifiche esigenze in termini di personale dei distretti e degli altri servizi territoriali, al fine di integrare il turnover e/o il potenziamento degli organici, privilegiando i modelli organizzativi multiprofessionali e/o multidisciplinari. In tal senso è indispensabile per la Regione Calabria effettuare tutte le azioni propedeutiche per avvalersi di quanto previsto dalla Legge 234/2021 in materia di spesa del personale;
3. attivazione/potenziamento della Cabina di Regia già prevista con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute n. 11035 del 29/10/2020, che ha il compito di:
 - potenziare la governance per l'assistenza territoriale
 - armonizzazione dell'assistenza territoriale su tutto il territorio regionale
 - integrazione dei servizi territoriali
 - definizione di un sistema di monitoraggio condiviso tra i diversi livelli di responsabilità;
4. rafforzare la governance regionale attraverso il miglioramento della qualità dei dati disponibili e del coordinamento degli interventi sul territorio, attraverso:
 - a) il potenziamento e l'implementazione del sistema informativo territoriale nell'ambito delle seguenti aree:
 - assistenza primaria;
 - assistenza domiciliare;
 - assistenza residenziale per persone non autosufficienti;
 - assistenza semiresidenziale per persone non autosufficienti;
 - assistenza in Hospice;
 - assistenza domiciliare per malati terminali;
 - assistenza riabilitativa.
 - b) il potenziamento dei sistemi di verifica e del monitoraggio delle performance dell'assistenza territoriale con report semestrali inerenti agli obiettivi di programmazione regionale (obiettivi dei MMG, incremento delle Cure domiciliari, etc.) e la definizione di

linee di indirizzo, con la conseguente realizzazione di un sistema di monitoraggio delle attività territoriali che ricomprenda anche l'analisi delle liste d'attesa per ricondurle agli standard nazionali;

5. potenziare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), come strumento formale, per tracciare il percorso sanitario della persona per garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità dei dati su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari. Tale strumento è fondamentale per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale degli assistiti e per la sua corretta implementazione è necessario il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e medici di continuità assistenziale (MCA) nell'attività di alimentazione. Per incrementare l'utilizzo della telemedicina si intende:
 - a) in coerenza con il DCA di recepimento delle linee guida nazionali per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina (DCA n. 79 del 18 maggio 2021), rafforzare gli strumenti di telemedicina in materia di erogazione delle prestazioni assistenziali territoriali, soprattutto nell'ambito delle cure domiciliari;
 - b) istituire una Task Force regionale, composta anche da rappresentanti delle cinque ASP regionali, con il compito di individuare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina, anche attraverso l'individuazione delle buone pratiche regionali e nazionali presenti nei diversi ambiti. La citata Task Force, inoltre, si dovrà interfacciare con la Cabina di Regia istituita ai sensi del Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute n. 11035 del 29/10/2020 per coordinare lo sviluppo dei modelli e degli strumenti di telemedicina individuati, al fine di realizzare un sistema omogeneo e interconnesso;
 - c) adottare un documento di programmazione e di sviluppo della telemedicina che definisca in coerenza:
 - il fabbisogno e l'organizzazione delle prestazioni di telemedicina individuate per i diversi servizi di assistenza territoriale e per le centrali operative territoriali (televisita, teleconsulto, telerefertazione, teleriabilitazione, telemedicina, intelligenza artificiale, etc.);
 - le tariffe applicabili alle prestazioni di telemedicina individuate;
 - il nomenclatore regionale aggiornato con l'inserimento delle prestazioni di telemedicina.
6. potenziare la rete territoriale attraverso:
 - a) l'attivazione della Centrale Operativa di Cure Primarie (CURAP) quale strumento per l'integrazione delle cure primarie e della continuità assistenziale, al fine di istituire il Numero Unico Armonizzato 116117. Tale numero sarà a disposizione dei cittadini h 24 e avrà il compito di garantire le funzioni di raccordo tra l'utenza, i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza. La funzione di questa centrale è quella di fornire una risposta immediata ai cittadini per i loro bisogni di cure non urgenti e non differibili, tramite anche la centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale almeno su base provinciale. Al fine di garantire l'integrazione con il servizio di emergenza-urgenza, la Centrale 116117 sarà dotata di una piattaforma tecnologica condivisa che, anche tramite la predisposizione di protocolli operativi condivisi con gli operatori 118, garantirà un migliore interscambio di informazioni tra la rete di continuità assistenziale, delle cure primarie e dell'emergenza-urgenza, per favorire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la qualità e tempestività delle cure;
 - b) la piena attivazione, attraverso adeguati accordi con i MMG, i PLS, Specialisti convenzionati di tutte quelle forme organizzative già delineate e programmate con i precedenti Accordi Integrativi Regionali e non completamente attuate dalle Aziende Sanitarie Provinciali. Con DCA n.65/2018 è stato attuato un accordo ponte con i MMG per la realizzazione di AFT E UCCP. Tutte le Aziende hanno attivato il numero previsto dal

DCA di cui sopra solo per le AFT e le AFT in rete. Allo stato non si registrano attivazioni di UCCP. Sono in atto gli incontri con per l'aggiornamento e la sottoscrizione del nuovo accordo integrativo regionale.

- c) la realizzazione di 57 Casa della Comunità di cui 21 da realizzare nel territorio dell'ASP di Cosenza, 16 nel territorio dell'ASP di Reggio Calabria, 10 nel territorio dell'ASP di Catanzaro, 5 nel territorio dell'ASP di Crotona e 5 nel territorio dell'ASP di Vibo Valentia. Nel periodo di vigenza del presente P.O. saranno realizzate 57 delle Case della Comunità, fermo restando che queste dovranno essere attivate entro il primo semestre 2026;
- d) la realizzazione di 15 Ospedali di Comunità di cui 6 da realizzare nel territorio dell'ASP di Cosenza, 4 nel territorio dell'ASP di Reggio Calabria, 3 nel territorio dell'ASP di Catanzaro, 1 nel territorio dell'ASP di Crotona e 1 nel territorio dell'ASP di Vibo Valentia. Nel periodo di vigenza del presente P.O. saranno realizzati 15 Ospedali di Comunità, fermo restando che questi dovranno essere attivati entro il primo semestre 2026;
- e) la realizzazione di 19 Centrali Operative Territoriali di cui 7 da realizzare nel territorio dell'ASP di Cosenza, 6 nel territorio dell'ASP di Reggio Calabria, 4 nel territorio dell'ASP di Catanzaro, 1 nel territorio dell'ASP di Crotona e 1 nel territorio dell'ASP di Vibo Valentia. Tali strutture saranno pienamente funzionanti entro l'ultimo trimestre 2023;
- f) l'incremento del numero di persone assistite in cure domiciliari fino a prendere in carico al domicilio, a regime, il 10% della popolazione sopra i 65 anni ogni anno, rispetto all'attuale 1,86% circa, tenuto conto del basso numero di persone sopra i 65 anni assistite in cure domiciliari, anche sulla base dei nuovi obiettivi di programmazione nazionale definiti nell'art. 1, comma 4 del D.L. n. 34/2020 e dal PNRR. Per raggiungere il citato obiettivo, tenuto conto dell'arco temporale del presente Programma Operativo si prevede, nel 2024, di prendere in carico in cure domiciliari il 6% delle persone sopra i 65 anni. La Regione, inoltre, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro intende aggiornare il DCA di definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari sulla base di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 4/08/2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) e aggiornare le tariffe previste nel DCA n. 144 del 11/07/2018.
- g) completare l'iter previsto per ricondurre le strutture psichiatriche a gestione mista pubblico/privata che operano sul territorio dell'ASP di Reggio Calabria, al sistema di autorizzazione e accreditamento ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e smi. In merito si segnala che la Regione Calabria, con il DCA 65/2020, ha stimato il fabbisogno di prestazioni psichiatriche per l'area di Reggio Calabria e l'ASP ha adottato il relativo Piano Attuativo Aziendale. Ad oggi tutte le strutture hanno prodotto istanza ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e smi e la Regione sta provvedendo a verificare la completa presentazione delle istanze al fine di garantire la copertura del totale fabbisogno programmato. Qualora il fabbisogno non dovesse essere immediatamente soddisfatto, si provvederà a definire specifici interventi, di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Reggio Calabria per la sua completa soddisfazione. La Regione, inoltre, prevede di stipulare un accordo con l'autorità giudiziaria per regolare le modalità di inserimento delle persone con problemi psichiatrici sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria in strutture residenziali psichiatriche, al fine di migliorare l'appropriatezza erogativa. La Regione, infine, intende effettuare una ricognizione del personale attualmente impegnato nei Dipartimenti di Salute Mentale, al fine di riportarli ai previsti standard di personale di riferimento di almeno un operatore ogni 1.500 abitanti garantendo tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostico, terapeutici e riabilitativi;
- h) costituire una UOC o una UOSD di neuropsichiatria infantile per ciascuna ASP, secondo le dimensioni del bacino d'utenza le quali operino in stretto collegamento con le strutture ospedaliere (una UOC all'AO di Catanzaro e strutture o servizi alle AO di Cosenza e di Reggio Calabria). La Regione, inoltre, prevede di definire con uno specifico unitario provvedimento la rete assistenziale per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del

neurosviluppo che individui anche il fabbisogno di prestazioni residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali. Il citato provvedimento, in particolare, supererà quanto previsto in via sperimentale dal DCA 65/2020 e definirà il fabbisogno per le 4 principali aree d'intervento (Disturbi neurologici, Disturbi neuropsichici che determinano disabilità complesse, Disturbi Specifici e Disturbi psichiatrici). In detto provvedimento avranno specifica e approfondita trattazione i servizi per persone affette da disturbi dello spettro autistico con l'individuazione del fabbisogno di prestazioni residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

7. Implementazione dei percorsi terapeutici delle malattie croniche non ancora presenti come rete.

Con riferimento all'intesa rep. N. 104/CU del 6 luglio 2022 recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti" la Regione provvederà a recepire con proprio atto i contenuti dell'intesa e a definire il "budget di salute".

In particolare il budget di salute avrà il ruolo di implementare e potenziare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio - sanitaria

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Obiettivo 1 – Implementazione e riorganizzazione della rete territoriale

| | Azione | Indicatore | Tempistica |
|---|---|---|--|
| 1 | Costituzione gruppo tecnico di lavoro | DCA n. 71 | Luglio 2022 |
| 2 | Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 65/2020 | Documento | Ottobre 2022 |
| 3 | Approvazione nuova rete territoriale e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | attivazione della Cabina di Regia già prevista con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute n. 11035 del 29/10/2020 | DDG | Settembre 2022 |
| 5 | rafforzare la governance regionale attraverso il miglioramento della qualità dei dati | | Cfr paragrafo dei flussi |
| 6 | potenziare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - recepimento delle linee guida nazionali | istituire una Task Force regionale, per la telemedicina | Dicembre 2022 |
| 7 | - attivazione della Centrale Operativa di Cure Primarie (CURAP) - accordi con i MMG, i PLS, Specialisti convenzionati - completare l'iter previsto per ricondurre le strutture psichiatriche a gestione mista pubblico/privata che operano sul territorio | - DCA - CONVENZIONE/DCA - Tavolo di lavoro con il settore autorizzazioni ed | Luglio 2022 Settembre 2022 Maggio 2022 |

| | Azione | Indicatore | Tempistica |
|----|---|--|---------------|
| | dell'ASP di Reggio Calabria, | accreditamento | |
| 8 | Implementazione dei percorsi terapeutici delle malattie croniche non ancora presenti come rete. | Identificazione della popolazione target, registrazione dei dati, con stadiazione dei bisogni assistenziali. Rete delle pat. Croniche non ancora presenti | Dicembre 2022 |
| 9 | Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente | N posti letto attivati/n posti letto programmati | Trimestrale |
| 10 | Monitoraggio rete territoriale – report settore competente | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco. | trimestrale |
| | | Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente | |
| | | Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente | |
| | | Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) | |
| | | Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) | |
| | | Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne | |
| | | Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria | |

| | Azione | Indicatore | Tempistica |
|----|---|---|---------------|
| | | Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente | |
| | | Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti | |
| | | Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) (R1, R2, R3,) | |
| | | Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) (SR1 e SR2) | |
| 11 | Documento per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute | DCA | Novembre 2022 |
| 12 | Verifica e monitoraggio dei progetti realizzati con la metodologia del Budget di Salute | N progetti di budget di salute attivati n. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM | Annuale |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore 9. Assistenza Territoriale - Salute Mentale – Dipendenze Patologiche – Salute nelle Carceri

Settore 5. Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie

PATOLOGIE LEGATE ALLO SPETTRO AUTISTICO

Un ulteriore importante obiettivo da inserire nella rete territoriale è la costituzione del Coordinamento regionale e dell'Osservatorio regionale permanente per i disturbi dello spettro autistico.

Definizione

I disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorders, ASD) sono un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da una compromissione qualitativa nelle aree dell'interazione sociale e della comunicazione e da modelli ripetitivi e stereotipati di comportamento, interessi e attività. I sintomi e la loro severità possono manifestarsi in modo differente da persona a persona, conseguentemente i bisogni specifici e la necessità di sostegno sono variabili e possono mutare nel tempo. Le aree maggiormente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri (Baird et al.2003; Berney,2000; Szatmari, 2003). In Italia, secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico, Questi dati sottolineano la necessità di politiche sanitarie, educative e sociali atte a incrementare i servizi e migliorare l'organizzazione delle risorse a supporto delle famiglie. (<https://www.salute.gov.it>).

A fronte di una richiesta così incisiva da parte del Ministero della Salute è importante prevedere un Coordinamento Regionale per i disturbi dello spettro autistico in età evolutiva e adulta, al fine di promuovere e attuare interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone nello spettro autistico.

L'autismo si configura, pertanto, come una disabilità "permanente" che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale. Anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo.

Epidemiologia

L'autismo non presenta prevalenze geografiche e/o etniche, in quanto è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza o ambiente sociale. In Italia 1 bambino su 77 (età 7-9 anni) presenta un disturbo dello spettro autistico con una prevalenza maggiore nei maschi, che sono colpiti 4,4 volte in più rispetto alle femmine. In età adulta sono stati effettuati pochi studi, ad esempio la letteratura segnala una prevalenza di 1 su 100 nei paesi europei. (Progetto Osservatorio per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute).

Sulla scorta dei dati epidemiologici del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità si stima che in Calabria vi sia una incidenza di 187 nuovi casi anno (Catanzaro :35; Crotone 16 ; Vibo Valentia :15 ;Reggio Calabria : 54; Cosenza :67) e una prevalenza di persone con autismo 0-18 anni pari a 3366 circa (630 Catanzaro; 288 Crotone ; 270 Vibo Valentia; 972 Reggio Calabria; Cosenza 1206)

Obiettivi

Istituzione del Coordinamento Regionale per i disturbi dello spettro autistico.

1. Costituzione di un Osservatorio Regionale permanente sull'Autismo allo scopo di collaborare con l'Osservatorio Nazionale Autismo dell'Istituto Superiore di Sanità.

Azioni

1. Istituzione del Coordinamento Regionale

1.1 Proposta di organizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi dello spettro autistico e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte.

1.2 Valutazione quali/quantitativa del disturbo per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti socioassistenziali.

1.3 Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva).

1.4 Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta)

1.5 Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa.

2 Costituzione di un Osservatorio Regionale

2.1 Monitoraggio quali quantitativo in relazione alla valutazione di tutti i bisogni legati alla patologia

2.2 Valutazione epidemiologica dell'andamento della patologia con produzione di report semestrali.

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|-----------------------------|----------------|
| 1 | Istituzione del Coordinamento Regionale | DCA | Maggio 2022 |
| 1.1 | Proposta di organizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi dello spettro autistico e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte. | Elaborazione di un progetto | Settembre 2022 |
| 1.2 | Valutazione quali/quantitativa del disturbo per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti socioassistenziali. | Elaborazione di un progetto | Dicembre 2022 |
| 1.3 | Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva). | Elaborazione di un progetto | Gennaio 2023 |
| 1.4 | Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta) | Elaborazione di un progetto | Aprile 2023 |
| 1.5 | Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa. | Elaborazione di un progetto | Luglio 2023 |
| 2 | Costituzione di un Osservatorio Regionale | DCA | Dicembre 2022 |
| 2.1 | Monitoraggio quali quantitativo in relazione all'azione del coordinamento ed alla valutazione quali quantitativa dei bisogni legati alla patologia | report | semestrali |
| 2.2 | Valutazione epidemiologica dell'andamento della patologia con produzione di report semestrali. | report | annuali |

SALUTE MENTALE

Un ulteriore importante obiettivo da inserire nella rete territoriale è la costituzione del Coordinamento regionale per la Salute Mentale.

Definizione

La tutela della salute mentale riveste un ruolo centrale nella programmazione degli interventi sanitari e socio riabilitativi in tutti i paesi più industrializzati soprattutto nel post-pandemia durante la quale si sono registrate lo sviluppo di numerose patologie mentali legate per lo più all'isolamento, come indicato anche dall'OMS/WHO che ne sottolinea il peso in termini di *"burden of disease"* per i

sistemi sanitari e socio- sanitari.

La legge Basaglia ha completamente cambiato il paradigma di approccio del nostro paese nei confronti della salute mentale, ma a tutt'oggi, si registra una scarsa attenzione per i problemi legati alle patologie mentali. I progetti che si sono susseguiti negli anni, non hanno dato risposte istituzionali (regionali) alla complessità delle patologie legate alla salute mentale.

La salute mentale è una delle aree socio-sanitarie più complesse all'interno della quale vi sono diverse aree tematiche, che sono state e saranno oggetto di specifiche progettualità come, ad esempio, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il problema che più attanaglia la Regione Calabria è la valutazione del funzionamento organizzativo dei Dipartimenti di Salute Mentale sul territorio. A tal fine, entro la fine di aprile 2022, verrà istituita una Commissione regionale per la riorganizzazione della salute mentale sul territorio regionale che si occupi dello sviluppo organizzativo di tutte le aree tematiche legate alla stessa con anche l'emanazione di linee di indirizzo alle aziende sanitarie.

A fronte di una richiesta incisiva da parte del Ministero della Salute è importante prevedere un Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta, al fine di promuovere e attuare interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con le patologie di cui sopra.

Il Coordinamento regionale si occuperà della riorganizzazione dei CSM sul territorio regionale, ma anche della istituzione di specifici ambulatori nelle case di comunità e del fabbisogno di posti letto per quanto riguarda l'area ospedaliera.

Obiettivi

1. Istituzione del Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta.

Azioni

1.1 Istituzione del Coordinamento Regionale

1.2 Proposta di ri-organizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi mentali e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte.

1.3 Valutazione quali/quantitativa delle varie tematiche legate ai disturbi mentali per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti sociosaniatrie ed assistenziali.

1.4 Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva).

1.5 Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta)

1.6 Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa dei soggetti con patologie mentali.

1.7 Monitoraggio quali quantitativo in relazione alla valutazione di tutti i bisogni legati alla patologia

1.8 Valutazione epidemiologica dell'andamento delle varie tematiche legate alla patologia mentale con produzione di report annuale.

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|-----------------------------|----------------|
| 1 | Istituzione del Coordinamento Regionale | DCA | Maggio 2022 |
| 1.1 | Proposta di riorganizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi mentali e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte. | Elaborazione di un progetto | Settembre 2022 |
| 1.2 | Valutazione quali/quantitativa delle varie tematiche legate ai disturbi mentali per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti socio sanitarie ed assistenziali. | Elaborazione di un progetto | Dicembre 2022 |
| 1.3 | Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva). | Elaborazione di un progetto | Gennaio 2023 |
| 1.4 | Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta) | Elaborazione di un progetto | Aprile 2023 |
| 1.5 | Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa dei soggetti con patologie mentali. | Elaborazione di un progetto | Luglio 2023 |
| 1.6 | Monitoraggio quali quantitativo in relazione alla valutazione di tutti i bisogni legati alla patologia | DCA | Dicembre 2022 |
| 1.7 | Valutazione epidemiologica dell'andamento delle varie tematiche legate alla patologia mentale con produzione di report annuale. | report | semestrali |

Tabella 1. **Casa della Salute programmate della Regione Calabria**

| ASP | Casa della Salute |
|------------------------|-----------------------------|
| Cosenza | EX P.O. Cariati |
| | EX P.O. Lungro |
| | EX P.O. Mormanno |
| | Amantea |
| | EX P.O. San Marco Argentano |
| Crotone | Mesoraca |
| Catanzaro | Chiaravalle |
| Vibo Valentia | EX P.O. Soriano |
| Reggio Calabria | EX P.O. Scilla |
| | EX P.O. Siderno |
| | EX P.O. Oppido Mamertina |
| | EX P.O. Palmi |
| | EX P.O. Taurianova |

Fonte: DCA 65/2020

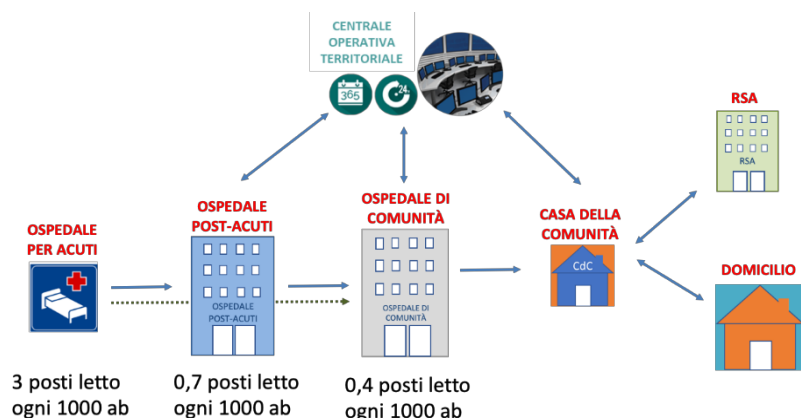
La programmazione da PNRR indicherà i modelli strutturali e gestionali-organizzativi di tali realtà giuste DCA 15/2022.

Nella Regione Calabria sono previste In particolare, la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, soprattutto ai pazienti cronici, con una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) e, in via facoltativa, i servizi a tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari. Potranno, inoltre, essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili,

variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

Inoltre, per ampliare la gamma dei servizi territoriali, vengono previste strutture sanitarie di ricovero breve in conformità con l'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020 recante “*Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità*” (Rep. Atti n. 17/CSR).

Figura 2. **Ospedale di Comunità nell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali**



Sarà incrementato il numero di persone assistite attraverso le cure domiciliari fino a prendere in carico al domicilio, a regime, il 10% della popolazione sopra i 65 anni ogni anno, rispetto all'attuale 2% circa, anche sulla base dei nuovi obiettivi di programmazione nazionale definiti nell'art. 1, comma 4 del D.L. n. 34/2020 e dal PNRR.

Per raggiungere il citato obiettivo, tenuto conto dell'arco temporale del presente Programma Operativo, di incrementare gli utenti in assistenza domiciliare sopra i 65 anni a circa 19.000 persone. La Regione, inoltre, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro intende revisionare il DCA n. 144 del 11/07/2018, in particolare tale gruppo di lavoro si focalizzerà sull'aggiornamento dei requisiti specifici per le Cure Domiciliari e sulla definizione delle tariffe anche alla luce del recente DM 71 e dell'Accordo Stato Regione recepito con DCA 10 del 24 febbraio 2022.

Superare le criticità in merito alle strutture psichiatriche a gestione mista pubblico/privata che operano sul territorio dell'ASP di Reggio Calabria, riconducendole al sistema di autorizzazione e accreditamento previsto dal D.lgs. 502/1992 e smi. La Regione ha avviato un percorso condiviso con il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Reggio Calabria, in seguito al quale con DCA 65/2020 è stato aggiornato il fabbisogno di prestazioni psichiatriche, suddiviso nei tre livelli di intensità assistenziale. Successivamente l'ASP di Reggio Calabria ha adattato il proprio fabbisogno aziendale con la redazione di un Piano Attuativo Aziendale, già approvato, avviando le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento di tutte le strutture che hanno prodotto istanza ai sensi del D.lgs. 502/1992 e smi.

In materia di tutela della salute mentale, la Regione intende:

- Realizzare la REMS a Girifalco nell' ASP di Catanzaro.
- Stipulare un accordo con l'autorità giudiziaria per regolare le modalità di inserimento nelle citate strutture delle persone con problemi psichiatrici sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, al fine di migliorare l'appropriatezza erogativa.
- Valutare la situazione del personale afferente alla struttura de quo.

Circa l'organizzazione della neuropsichiatria infantile, si prevede la costituzione di servizi ambulatoriali presso ciascuna ASP (UOSD/UOC), secondo le dimensioni del bacino d'utenza i quali opereranno in stretto collegamento con la struttura ospedaliera AOU Mater Domini di Catanzaro dove saranno ubicati n. 6 p.l. di degenza ordinaria e n.4 di DH dedicati ai casi ritenuti più difficili.

Si prevede inoltre di definire con uno specifico provvedimento la rete assistenziale per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo che individui anche il fabbisogno di prestazioni residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

Il citato provvedimento terrà conto del DM 71 definendo anche il fabbisogno per le principali aree d'intervento (Disturbi neurologici, Disturbi neuropsichici che determinano disabilità complesse, Disturbi Specifici e Disturbi psichiatrici, disturbi dello spettro autistico).

15. PREVENZIONE

15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare

Stato di attuazione

Tra i servizi sanitari regionali la Prevenzione riveste un ruolo decisivo. Tutte le attività connesse a tale importante settore vengono svolte dai Servizi Veterinari e dai SIAN, inseriti nei Dipartimenti di Prevenzione e coordinati a livello regionale dall'apposito Settore competente per la risoluzione delle numerose e gravi criticità rilevate dal Ministero della Salute.

Di seguito vengono riportati i punti di interesse della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare previsti dal DPCM 12 Gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" a cui la Regione deve ottemperare:

| nr. | Programmi/Attività | Componenti del programma | Prestazioni |
|-----|---|--|---|
| D1 | Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali | Controllo delle strutture Verifica della documentazione e della registrazione delle movimentazioni animali | <ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Rilascio pareri ed autorizzazioni |
| D2 | Riproduzione animale | Controllo sulla riproduzione animale Gestione dell'anagrafe degli operatori della riproduzione animale divisa per tipologia ed attività Gestione istanze di registrazione, di riconoscimento e di autorizzazione | <ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Rilascio pareri ed autorizzazioni • Gestione delle anagrafiche |

| nr. | Programmi/Attività | Componenti del programma | Prestazioni |
|-----|--|---|---|
| D3 | Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale | Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche Gestione e aggiornamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende zootecniche e degli animali da reddito, divise per specie animali Geo-referenziazione delle aziende | <ul style="list-style-type: none"> • Implementazioni anagrafiche • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti |
| D4 | Controllo sul benessere degli animali da reddito | Controllo degli allevamenti e degli animali da reddito Informazione degli operatori zootecnici Controllo sulle condizioni di trasporto Controllo sulla protezione degli animali durante la macellazione | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Attività informativa e divulgativa • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Rilascio pareri, certificazioni ed autorizzazioni |
| D5 | Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali | Effettuazione dei piani di profilassi e di eradicazione regionali e nazionali Attribuzione qualifiche sanitarie Valutazione epidemiologica dei dati ai fini della programmazione dell'attività | <ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| D6 | Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali | Registrazione di segnalazione di malattia infettiva di animali, anche sospetta, e/o di focolaio epidemico Notifica in caso di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico Produzione di report periodici per la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive animali Verifica della biosicurezza e della sanità animale | <ul style="list-style-type: none"> • Gestione di casi di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| D7 | Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali | Analisi dei possibili scenari Identificazione delle misure organizzative da adottare in rapporto ai diversi livelli di allarme Predisposizione di procedure/protocolli locali per le operazioni di gestione e di estinzione del focolaio Formazione del personale addetto ai sistemi di controllo | Piani di emergenza |

| nr. | Programmi/Attività | Componenti del programma | Prestazioni |
|-----|--|--|---|
| D8 | Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza | Piani di sorveglianza sul farmaco per uso veterinario Controllo del corretto utilizzo del farmaco per uso veterinario: Verifica delle registrazioni e della documentazione Autorizzazione delle scorte Autorizzazione alla detenzione e distribuzione Registrazione transazioni e prescrizioni medico veterinarie Gestione delle anagrafiche | <ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Rilascio pareri ed autorizzazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Gestione delle anagrafiche |
| D9 | Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione | Realizzazione ed aggiornamento dell'anagrafe canina e censimento delle colonie feline. Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie Controllo sanitario e del benessere degli animali d'affezione Prevenzione dell'abbandono ed informazione per l'adozione consapevole | <ul style="list-style-type: none"> • Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Identificazione e iscrizione in anagrafe • Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie • Censimento delle colonie feline • Attività informativa e divulgativa |
| D10 | Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantropi Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani | Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti: Zoonosi trasmesse in ambito urbano Gestione e classificazione delle morsicature da animali ed episodi di aggressione da cani | <ul style="list-style-type: none"> • Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione • Controllo animali morsicatori • Valutazione comportamentale dei cani morsicatori e aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica |
| D11 | Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi | Sorveglianza e controllo degli Operatori del Settore dei Mangimi (OSM) Controlli ai sensi Piano nazionale alimentazione animale Registrazione e riconoscimento OSM Gestione dell'anagrafe degli OSM divisa per tipologia ed attività | <ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Rilascio pareri e autorizzazioni • Gestione delle anagrafiche |
| D12 | Prevenzione e controllo delle zoonosi. | Gestione di sistemi di monitoraggio di sorveglianza epidemiologica | Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione |

| nr. | Programmi/Attività | Componenti del programma | Prestazioni |
|-----|--|--|--|
| | Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente | Valutazione di situazioni di rischio ed interventi di prevenzione | <ul style="list-style-type: none"> • Sorveglianza epidemiologica • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| D13 | Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione | Aggiornamento dell'anagrafe delle aziende autorizzate di competenza Attività di vigilanza periodica | <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento di un'anagrafe locale • Vigilanza su utilizzatori • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti su allevatori e fornitori • <i>Report</i> di attività/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| D14 | Soccorso degli animali a seguito di incidente stradale Legge 281/91 art. 2 c.12 Legge 120/2010 – Nuovo codice della strada art. 31 | Coordinamento degli Enti preposti e delle Associazioni per il recupero e la stabilizzazione degli animali d'affezione coinvolti in un incidente stradale | Informazione all'utenza sulle modalità di accesso al sistema di primo soccorso |

Area di intervento: e) Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori;

| nr. | Programmi/Attività | Componenti del programma | Prestazioni |
|-----|--|---|--|
| E1 | Registrazione / riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente | Processo di riconoscimento Gestione dell'anagrafe degli stabilimenti del settore alimentare (OSA) divisa per tipologia ed attività | Gestione delle anagrafiche Esecuzione dei prescritti sopralluoghi |
| E2 | Sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina | Controlli sulla macellazione degli animali e sulla selvaggina destinata al consumo umano | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| E3 | Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti | Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| E4 | Sorveglianza sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti e OGM negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli | Espletamento del Piano regionale residui Espletamento del Piano OGM Controllo dei contaminanti negli alimenti | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |

| nr. | Programmi/Attività | Componenti del programma | Prestazioni |
|-----|---|--|---|
| E5 | Controllo sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari, compreso il controllo dei residui | Controllo utilizzo fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari, anche in relazione al punto B4 Controllo registri dei trattamenti Analisi e valutazione dei flussi di vendita dei prodotti fitosanitari Espletamento dei piani di controllo dei residui | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| E6 | Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento UE 625/2017 | Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| E7 | Sorveglianza su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari nell'ambito delle procedure di autocontrollo | Gestione dell'anagrafe dei laboratori Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti | Gestione delle anagrafiche Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| E8 | Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e/o allevamento di molluschi bivalvi | Attività di monitoraggio effettuata sulle zone di produzione e/o di allevamento riconosciute dalla regione Valutazione dei dati ed emissione di provvedimenti conseguenti Attività di sorveglianza per la classificazione delle acque | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| E9 | Sorveglianza su sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano | Gestione istanze registrazione/ riconoscimento stabilimenti Gestione dell'anagrafe degli stabilimenti del settore sottoprodotti Controllo ufficiale Rilascio autorizzazioni trasporto | Gestione delle anagrafiche Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni |
| E10 | Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze | Attivazione Diffusione delle informazioni e verifica delle misure adottate dagli Operatori Sorveglianza Provvedimenti conseguenti | Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Attuazione piani di emergenza |

Queste nuove linee di indirizzo dei LEA hanno la finalità di proporre alle regioni in Piano di Rientro chiamate a delineare Programmi Operativi in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare un percorso teso a conseguire, in tempi definiti, gli obiettivi, secondo gli *standard* condivisi dallo Stato e dalle Regioni nelle sedi istituzionali.

Il presente Programma Operativo di sanità veterinaria e sicurezza alimentare si pone l'obiettivo di portare l'area della prevenzione del Sistema Sanitario della Regione Calabria al rispetto della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Programma Operativo si articola con l'individuazione di obiettivi prioritari suddivisi in obiettivi di tipo organizzativo e obiettivi di tipo qualitativo-operativo.

Il punto di partenza è costituito dal quadro dell'esistente, mediante il monitoraggio dei flussi delle attività trasmesse. Si sottolinea come l'analisi dei dati, pur tenendo conto delle diverse realtà e della popolazione animale esistente, evidenzia ancora disomogeneità e disuguaglianze delle attività dei servizi veterinari delle Aziende Sanitarie Provinciali, imputabili al differente grado di sviluppo dei diversi sistemi aziendali.

Il Programma Operativo traccia un percorso finalizzato all'appropriato utilizzo delle risorse esistenti per migliorare la qualità dei servizi sul territorio e per raggiungere pienamente gli *standard* di funzionamento prefissati a livello Ministeriale, in un contesto dinamico e in continua evoluzione (sistemi informatici da utilizzare sul campo, es: modelli 4 elettronici, ricetta elettronica, attività di ispezione, *audit* e campionamento con l'utilizzo di supporti informatici – VETINFO, NSIS; ANAGRAFE CANINA, ecc.).

Il personale del Servizio Sanitario, composto da dirigenti veterinari, dirigenti medici, veterinari e medici specialisti ambulatoriali e tecnici della prevenzione, che opera nelle Aziende Sanitarie Provinciali, coordinato a livello regionale dal settore competente, rappresenta la componente fondamentale dell'organizzazione del sistema. Sono i principali attori chiamati a svolgere tutte le attività necessarie alla realizzazione di un buon piano operativo.

Obiettivi

Elevare il livello di attività dei servizi.

Pubblicazione PCRP 2022-2024 (Piano di Controllo Regionale Pluriennale).

Raggiungimento degli obiettivi legati alle profilassi obbligatorie (Tubercolosi e Brucellosi bovina e Brucellosi ovi-caprina) con interventi specifici sulle ASP di Reggio Calabria e Vibo Valentia.

Favorire l'implementazione della ricetta veterinaria elettronica (REV) per consentire un uso corretto dei farmaci veterinari e di conseguenza contribuire alla diminuzione dell'antimicrobico resistenza.

Incrementare la formazione in materia di biosicurezza, misura riconosciuta indispensabile per la riduzione del rischio di diffusione delle malattie infettive/infestive, con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* (ASP, associazioni di categoria, medici veterinari L.P., aziende del settore).

Programmazione regionale di un piano di formazione in materia di interventi assistiti con gli animali (DCA n. 260/2018).

Interventi strategici per affrontare il fenomeno del randagismo regionale (modifica DCA n. 67/2018).

Monitoraggio corretta attuazione delle linee guida sulla gestione del conflitto di interesse degli addetti ai controlli ufficiali di cui al DCA n. 19/2016.

Definizione del fabbisogno del personale veterinario (SVET) e medico chirurgo (SIAN), tecnico della prevenzione e amministrativo per le Aziende Sanitarie Provinciali.

Azioni

Elevare il livello di attività dei servizi che non può prescindere dall'azione formativa degli stessi così per come previsto dal Reg. UE 625/2017. L'attività formativa sarà effettuata con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della Salute, dell'IZSM di Portici, di altri II.ZZ.SS., della Facoltà Medicina Veterinaria e di eventuali figure veterinarie di alto profilo. Per tale attività, iniziata nel 2021, il termine è previsto alla fine del 2025.

Tutto il personale dei Servizi Veterinari delle tre Aree Funzionali e SIAN sarà formato in materia di controlli ufficiali (pacchetto igiene). Sarà programmata un'ulteriore attività formativa specifica sul Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento europeo e del Consiglio del 15 marzo 2017 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione

sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari.

In ossequio al Piano di Controllo Nazionale Pluriennale all'epoca vigente, il PRIC 2018 (Piano Regionale Integrato dei Controlli), approvato con DCA n. 86/2018, ha delineato con un documento unico il sistema regionale dei controlli. Con tale atto la Regione ha strutturato la programmazione, la pianificazione e le modalità di esecuzione nonché la rendicontazione di tutte le attività di controllo ufficiale in materia di sanità animale e sicurezza alimentare.

Entro il dicembre 2023 sarà adottato il PCRP 2022-2024 (Piano di Controllo Regionale Pluriennale) secondo le indicazioni contenute nel Piano di Controllo Nazionale Pluriennale (PCNP) 2020/202 di cui all'Accordo Stato/Regioni rep. Atti n. 16/2020.

Per il raggiungimento degli obiettivi legati alle profilassi obbligatorie (Tubercolosi e Brucellosi bovina e Brucellosi ovi-caprina), verranno esercitati i controlli sia da remoto che da verifiche dell'efficacia *in loco* [ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera a-b e art 12 (2-3), Reg. UE 625/2017 e O.M. 28 maggio 2015)]. In particolare, verranno controllate le ASP di Reggio Calabria e Vibo Valentia, per le quali negli ultimi anni è stata rilevata una grave carenza di organizzazione e di procedure documentate. Peraltro, è da rilevare che nel 2022 l'ASP di Vibo Valentia ha raggiunto la qualifica di <<ufficialmente indenne alla brucellosi bovina>> per il proprio territorio.

La Ricetta Veterinaria Elettronica (REV) è nata per consentire una completa tracciabilità dei farmaci veterinari. Al fine di garantire un uso corretto dei farmaci veterinari per contribuire a limitare il grave fenomeno dell'antimicrobico resistenza, verranno organizzati incontri informativi/formativi con il coinvolgimento degli Ordini Professionali dei Medici Veterinari e Farmacisti e delle Università regionali.

La formazione in materia di biosicurezza rappresenta una misura indispensabile per la riduzione del rischio di diffusione delle malattie infettive/infestive. Verranno organizzati una serie di eventi formativi per tutti gli *stakeholder* (ASP, associazioni di categoria, medici veterinari L.P., aziende del settore).

La normativa in materia di randagismo assegna le competenze a diverse figure istituzionali pubbliche. In particolare, gli attori principali sono i Comuni e le Aziende Sanitarie. Considerato il perdurare del fenomeno, nonostante diversi atti normativi anche di carattere regionale, è stato istituito un Tavolo tecnico permanente tra le varie istituzioni, coinvolgendo il Ministero della Salute, le Prefetture, le forze dell'ordine e le associazioni animaliste riconosciute, al fine di modificare il DCA n. 67/2018. Il documento è di prossima adozione. Rimane improcrastinabile la realizzazione dei canili sanitari provinciali che rappresentano lo strumento indispensabile per l'attuazione delle misure sanitarie più importanti (sterilizzazioni, cura degli animali incidentati, profilassi vaccinale, ecc.) atte al contenimento del fenomeno. Inoltre, è necessario completare la verifica della corretta identificazione, allineamento e iscrizione in BDR di tutti i cani ospitati presso le strutture di ricovero pubbliche e private censite.

Le Linee Guida regionali sulla gestione del conflitto di interesse (DCA n. 19/2016) degli addetti ai controlli ufficiali dettagliano le indicazioni che ciascuna Azienda Sanitaria deve applicare per la gestione dei conflitti di interesse. Saranno programmate apposite verifiche, anche attraverso *audit*, per accertare che siano rispettate in maniera uniforme su tutto il territorio regionale le misure previste.

Al fine di ottimizzare la pianificazione e la programmazione dei controlli ufficiali da parte dei servizi veterinari delle tre aree funzionali e dei SIAN in ambito regionale, in ottemperanza all'art. 9 (4) – art. 10- art. 12 (1)- all. Il capo II.3 e art. 110.2 I e del Reg. UE 2017/625, saranno elaborati i carichi di lavoro per U.O. (unità operative assegnate) afferenti ai servizi, in ragione della densità demografica per Provincia, delle condizioni orografiche dei territori provinciali e delle realtà

produttive esistenti, calcolando il fabbisogno di personale veterinario (SVET) e medico chirurgo (SIAN), tecnico della prevenzione e amministrativo per le Aziende Sanitarie Provinciali.

15.2 Screening oncologici di popolazione

Stato di Attuazione

Nel Piano Regionale della Prevenzione (DCA n. 137/2021) è stato previsto un programma libero specifico per il rafforzamento degli screening oncologici.

Il programma "PL15 screening oncologici" si innesta come programma libero nel piano regionale di prevenzione 2020-2025 ed è composto da tre fasi: coordinamento, sperimentale e prevenzione del rischio eredo-familiare.

Tale programma è da intendersi aggiuntivo e di supporto alle ordinarie attività di screening oncologico organizzate ed erogate dalle Aziende sanitarie Provinciali calabresi. Allo scopo di rafforzare le attività ordinarie, in ottemperanza al DCA 137 del 2020 come descritto nell'analisi di contesto.

Le azioni di questo programma sono tese ad incrementare, l'estensione, l'adesione e la copertura anche in virtù del ritardo accumulato per l'impatto della pandemia da Covid-19.

Il livello di coordinamento prevede il rafforzamento "Centro di riferimento regionale per gli screening oncologici", istituito con nota prot. n.161104 del 13 maggio 2020 e confermato con DCA 137/2020, composto dai Dirigenti dei Settori competenti (o loro delegati), da un funzionario afferente al Settore competente per materia e dai responsabili dei Centri Screening delle Aziende Sanitarie Provinciali.

Il livello sperimentale prevede delle iniziative per le diverse tipologie di screening oncologici:

- Centro coordinamento regionale lettura mammografia;
- Screening domiciliare Cervice;
- Screening domiciliare Colon retto.

Si segnala, inoltre, che in Calabria sono accreditati AIRTum i seguenti Registri Tumori: Catanzaro, Cosenza-Crotone (accreditato in aprile 2017) e da poche settimane anche il registro tumori di Reggio Calabria con una copertura superiore al 90% della popolazione Calabrese. Manca solo Vibo Valentia che sta procedendo con le attività necessarie per l'accreditamento AIRTum.

L'analisi dei dati dei Registri Tumori consente anche una puntuale valutazione delle performance degli screening per una corretta programmazione sanitaria in campo oncologico, posto che alcuni responsabili del registro tumori di una vasta area territoriale (Cosenza e Crotone) sono anche responsabili degli screening oncologici nelle loro aziende.

Il monitoraggio costante delle attività viene oggi effettuato con l'utilizzo di un unico format, già in uso presso l'ASP di Cosenza, che viene elaborato con cadenza mensile e consente una immediata lettura dei dati di attività, il loro andamento nel corso dell'anno e i risultati ottenuti sia a livello delle singole ASP che a livello regionale.

Il Dipartimento Tutela Della Salute e Servizi Socio-Sanitari ha presentato progetto di potenziamento del sistema informatico del registro tumori della regione Calabria ai sensi del DM 12 agosto 2021 per eliminare le criticità precedentemente riscontrate attraverso due interventi:

1. Progettazione, acquisizione e/o potenziamento di software utili a favorire il passaggio al sistema unico regionale (AA.SS.PP. che non utilizzano il software unico regionale);

2. Progettazione acquisizione e/o potenziamento di un sistema direzionale per l'analisi dei dati del registro tumori regionale.

Con DCA n. 138/2021 sono state approvate le Linee progettuali anno 2021 degli Obiettivi PSN, all'interno delle quali sono inserite le azioni di supporto al Piano Nazionale Prevenzione attraverso i Network Nazionali. Si evidenzia l'approvazione dello schema di accordo con relativo progetto tra Regione Calabria e Osservatorio Nazionale Screening e sono state previste le risorse per la collaborazione con ARTIUM.

Nelle modifiche al DCA n. 50/2015, previste nel DCA n. 137/2020, sono state approvate le indicazioni per la ripresa a pieno regime degli screening oncologici. Sono state inoltre definite la modalità di erogazione delle risorse già assegnate (capitolo 4211161 giusto impegno n. 11572/2001) pari a 6.670.205,68 euro. È stato richiesto un progetto aziendale alle aziende sanitarie provinciali per l'organizzazione dello svolgimento e il rafforzamento dell'attività di screening.

La Regione Calabria con DCA n. 23/2022 ha preso atto dei progetti aziendali ed ha provveduto a rimodulare le risorse, limitatamente al capitolo 4211161 giusto impegno n. 11572/2001, per come richiesto dalla AA.SS.PP.

Il presente programma è dunque l'attuazione di quanto previsto dal DCA n. 137 del 2020.

Attività nell'anno 2020

A) Screening Carcinoma Cervice Uterina.

Target popolazione: donne di età compresa 25-64 anni

Popolazione Target totale: 146.414

Test screening (PAP test) eseguiti: 5.772

Test screening (HPV-dna test) eseguiti: 1.920

B) Screening Carcinoma Colon Retto.

Target popolazione: Uomo/donna età compresa 50-69 anni. Periodicità biennale

Popolazione Target: 229.458

Popolazione Invitata: 12.852

Test screening eseguiti: 1.330

C) Screening Mammografico.

Target popolazione: donne età compresa 50-69 anni. Periodicità biennale.

Popolazione Target: 169.412

Popolazione Invitata: 8.527

Test screening eseguiti: 3.185

È evidente che i risultati ottenuti nel 2020 sono lontani dal raggiungimento dell'intervallo target utile a conseguire la sufficienza dell'indicatore specifico.

Tradotto in mesi standard, il ritardo diagnostico medio accumulato si sta allungando ed è pari a 5,5 mesi standard per le lesioni coloretali, a 4,5 mesi standard per i tumori della mammella e a 5,2 per le lesioni della cervice uterina.

A tal proposito con DCA n. 13/2022 è stato approvato Piano di recupero per le liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279, con cui sono stati assegnate risorse pari a 2 milioni di euro per il recupero delle prestazioni di screening oncologico non erogate in periodo di pandemia da SARS-CoV2.

Obiettivo

La Regione Calabria, attraverso le aziende del SSR, si pone l'obiettivo di garantire ai cittadini calabresi un'adeguata risposta al fabbisogno di prevenzione in materia di screening oncologico come di seguito definito. Gli obiettivi riportanti sono presenti nei progetti aziendali approvati ai sensi del DCA 137/2020.

| Screening Mammella | | | | |
|---------------------|------|------|------|------|
| Obiettivo | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| Estensione Corretta | 70% | 80% | 95% | 95% |
| Adesione | 50% | 65% | 70% | 80% |

| Screening Cervice | | | | |
|---------------------|------|------|------|------|
| Obiettivo | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| Estensione Corretta | 70% | 80% | 95% | 95% |
| Adesione | 40% | 55% | 70% | 80% |

| Screening Colon retto | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|
| Obiettivo | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| Estensione Corretta | 70% | 80% | 95% | 95% |
| Adesione | 40% | 55% | 70% | 80% |

Obiettivi specifici

1) Attivazione del Centro Coordinatore dei programmi di screening

Il Centro deve essere attivato e deve integrare l'esigenza di presidiare l'attività di screening oncologico con l'esigenza delle Aziende provinciali di adeguarsi al cambiamento culturale ed organizzativo.

Deve seguire l'adozione del nuovo sistema informativo regionale, nelle more ogni Azienda potrebbe continuare ad usare il proprio sistema informativo garantendo l'invio nei tempi definiti del flusso informativo come codificato dalla Regione e dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

È indispensabile un lavoro integrato tra il Dipartimento Tutela della Salute e il Coordinamento della Rete Oncologica Regionale.

2) Copertura dei fabbisogni di risorse

A) Screening del cancro della cervice uterina:

Carenza di personale tecnico (ostetrico/infermieristico); il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle che seguono, per tipologia di screening.

Scarsa qualità delle strutture di erogazione del primo livello; il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle che seguono, per tipologia di screening.

Carenza di risorse umane e strumentali nei Centri di lettura dei Pap test (le UU.OO. di Anatomia Patologica sono carenti di citolettori e di attrezzature idonee, necessari per garantire una risposta qualitativamente adeguata nei tempi e nei modi previsti dalle linee guida nazionali);

Mancata identificazione delle strutture di terzo livello.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

| Cervice Uterina | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Totale Regione | ASP Cosenza | ASP Catanzaro | ASP Crotone | ASP Vibo Valentia | ASP Reggio Calabria |
| RISORSE | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire |
| Punti prelievo Pap Test o HPV Test | 33 | 25 | 2 | 0 | 2 | 4 |
| Personale comparto Ostetriche o infermiere professionali | 20 | 7 | 8 | 0 | 2 | 3 |
| Citoscreener (lettura vetrino e refertazione su SW) | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Tecnico di laboratorio per allestimento vetrini (4' vetrino) | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Tecnico di laboratorio per HPV test | 5 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 |

| | | | | | | |
|---|----|---|----|---|---|----|
| Personale medico anatomia patologica | | | 1 | 0 | 0 | |
| Personale Biologo per HPV Test | 6 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Centri secondo livello | 5 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| Personale medico Ginecologo di 2° livello | 7 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Personale infermieristico 2° livello | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Colposcopia con archiviazione digitale delle immagini | 6 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Laser | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Aspiratore di fumi | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Elettrobisturi | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Attività ambulatoriali di 3° livello | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| Ecografo con sonda trans vaginale | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Microscopio ottico | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PC con stampanti | 35 | 0 | 15 | 0 | 2 | 18 |
| Connessioni internet veloci | 35 | 0 | 1 | 0 | 1 | 33 |
| Autista | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| stampanti etichettatrici | 12 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| Monitor supplementare | 1 | 0 | | 1 | 0 | 0 |
| Lettini ginecologici | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| Lampade scialitiche | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| altri arredi | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| interfacciamenti software | 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 |

B) Screening del cancro del colon-retto:

Carenza di personale medico e infermieristico nei centri di secondo livello (endoscopisti); il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Qualità mediocre delle strutture di erogazione del secondo livello.

Carenza di apparecchiature per il secondo livello; il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Scarsa organizzazione nel percorso del secondo livello.

Mancata identificazione delle strutture di terzo livello.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

| Colon Retto | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Regione | ASP Cosenza | ASP Catanzaro | ASP Crotone | ASP Vibo Valentia | ASP Reggio Calabria |
| RISORSE | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire |
| Sistema automatico per FOBT | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Punti di distribuzione e raccolta kit | 62 | 0 | 1 | 26 | 3 | 32 |
| Trasporto provette | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Centri endoscopici di 2° livello | 5 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| Colonscopi | 11 | 1 | 6 | 1 | 2 | 1 |
| Personale medico Anatomia patologica per istologia | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Lavaendoscopi | 7 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Elettrobisturi | 5 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| Personale medico per Endoscopia | 5 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| personale Infermieristico anesthesi | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Infermieri endoscopia | 9 | 3 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| Personale medico Anestesisti | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Personale medico Anatomia patologica per istologia | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Colon TC virtuale | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |

| | | | | | | |
|---|----|---|----|---|---|---|
| Clisma opaco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Personale tecnico di laboratorio | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Personale medico anatomia patologica | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Personale medico gastroenterologia II livello | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Personale biologo | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Personale medico radiologia | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Personale tecnico esami radiologia | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| PC con stampanti | 24 | 0 | 20 | 0 | 1 | 3 |
| Connessioni internet veloci | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Interfaccamenti software | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Lettori barcode | 30 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 |
| Autista | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |

C) Screening del cancro della mammella:

Carenza di personale sia medico che tecnico nelle UO di Radiologia; il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Obsolescenza delle apparecchiature nelle strutture di erogazione del primo livello, che allungano le liste di attesa.

Scarsa organizzazione nel percorso del secondo livello.

Mancata identificazione delle strutture di terzo livello.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

| Mammella | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Regione | ASP Cosenza | ASP Catanzaro | ASP Crotone | ASP Vibo Valentia | ASP Reggio Calabria |
| RISORSE | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire |
| Punti erogazione mammografie | 7 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 |

| | | | | | | |
|--|----|---|----|-------|------|---|
| Mammografo con tomosintesi | 5 | 0 | 0 | 2 (*) | 1(*) | 2 |
| Sistema RIS PACS | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Ecografo | 7 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Mammografia con mdc | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Risonanza magnetica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Strumentario per biopsia stereotassica | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Personale tecnico mammografie | 30 | 9 | 10 | 2 | 2 | 7 |
| Personale medico per MMX | 23 | 6 | 8 | 1 | 1 | 7 |
| Personale medico per ecografia | 6 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| Personale tecnico II livello | 7 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Personale medico biopsia | 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| PC | 10 | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Collegamento internet | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Interfacciamenti con software | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |

(*) Mammografi digitali senza tomosintesi.

D) Per le UU.OO. Centro screening oncologici delle AA.SS.PP.

Carenza di personale per il coordinamento e le attività amministrative.

Sistema informativo non adeguato.

Carenza di strumenti tecnologici ed informatici.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

| Centro Screening | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Regione | ASP Cosenza | ASP Catanzaro | ASP Crotone | ASP Vibo Valentia | ASP Reggio Calabria |
| RISORSE | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire |

| Centro Screening | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Regione | ASP Cosenza | ASP Catanzaro | ASP Crotone | ASP Vibo Valentia | ASP Reggio Calabria |
| RISORSE | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire | Risorse da selezionare o reperire |
| Personale di Segreteria (comparto) | 16 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 |
| Personale di Segreteria (dirigente) | 8 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Autista | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Autovetture | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| PC | 26 | 4 | 9 | 3 | 3 | 7 |
| Stampanti | 10 | 0 | 5 | 2 | 1 | 2 |
| macchina Imbustatrice | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Linee Telefoniche | 8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| Trasporto Aziendale | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| software ris pacs | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Fax | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Mail | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Postel | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| servizio postale | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| lettori barcode | 7 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| software | 14 | 0 | 0 | 5 | 1 | 8 |

Azioni

Per quanto riguarda la gestione amministrativa degli inviti alla popolazione target, l'invio dei referti e la programmazione degli esami di secondo e terzo livello occorre valutare se gestirli con personale aziendale o mediante affidamento a società esterna, come avviene con buoni risultati in altre realtà regionali.

Azioni Regionali

Reclutare il personale necessario al potenziamento delle attività di screening e verificarne la corretta collocazione; il personale medico e infermieristico che opera nel programma di screening deve essere aggiornato e formato in ogni Azienda attraverso i Piani formativi aziendali.

Riprogettare e potenziare l'operatività dell'attuale sistema informativo per la gestione dell'attività dei programmi di screening oncologico, integrato con gli altri sistemi informativi aziendali e regionali, che consentano inoltre la raccolta dei dati sulla pianificazione degli interventi, portando a regime tutti i sistemi informativi attualmente in uso, con eventuale recupero dei dati storici.

Dare effettiva attuazione all'istituzione, prevista dal DCA n. 137/2020, presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari, del "Centro di riferimento regionale per gli screening oncologici", composto dai Dirigenti dei Settori competenti (o loro delegati), da un funzionario afferente al Settore competente per materia e dai responsabili dei Centri Screening delle Aziende Sanitarie Provinciali, per l'identificazione di strategie ed azioni a supporto delle attività di screening, per il monitoraggio, la revisione e aggiornamento dei percorsi, la pianificazione della campagna di comunicazione e delle attività di prevenzione, nonché l'elaborazione e l'analisi dei dati e la redazione di report a livello regionale. Il Centro potrà avvalersi della collaborazione di specifiche figure professionali, di volta in volta identificate, per l'elaborazione dei PDTA inerenti gli screening oncologici.

Affidare alle Aziende Sanitarie e alle Aziende Ospedaliere precisi ruoli da svolgere per l'esecuzione delle prestazioni per il secondo e terzo livello.

Mettere a regime il test HPV, esteso a tutte le donne dai 30 ai 64 anni, secondo il "Protocollo di screening per il cervico-carcinoma basato sul test HPV come test primario", di cui al DCA n.126, del 24.11.2015, e le azioni previste nel PRP 2014-2019, di cui al DCA 127 dell'11.6.2018.

Implementare percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2 ed identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare.

Valutare l'esternalizzazione del supporto amministrativo al programma di screening.

Coinvolgere nelle attività dei programmi di screening oncologici i MMG.

Azioni Territoriali

Le ASP dovranno adottare disposizioni organizzative coerenti con gli indirizzi regionali, dandone evidenza con apposito atto deliberativo, anche ai fini dell'erogazione delle commisurate risorse, in cui devono:

Garantire l'effettiva assegnazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali, adeguate all'erogazione delle prestazioni previste dai programmi di screening.

Garantire l'estensione degli inviti a tutta la popolazione target, attraverso il Centro screening aziendale.

Attuare il programma libero inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025

Garantire il rispetto del debito informativo in materia di screening nei confronti del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Sociali e Socio Sanitari.

Potenziare i sistemi informativi aziendali di gestione dei programmi di screening oncologico che devono essere integrati con tutti gli altri sistemi informatici per garantire la corretta interoperabilità (es. Ris-Pacs, CUP, Flussi informativi, Anagrafica regionale ed aziendale).

Provvedere alla stipula di accordi e protocolli con altre ASP, AO, MMG, IRCCS e Università per l'organizzazione dei programmi di screening, quando e se necessario.

Promuovere l'adesione consapevole della popolazione destinataria, attraverso campagne di sensibilizzazione (comunicazione fin dalle scuole).

Monitorare lo stato di attuazione del programma organizzativo attraverso i centri screening aziendali.

Avviare le procedure di gara, per come previste nella vigente normativa, per l'acquisizione di attrezzature/service carenti per ciascuna tipologia di screening. Le attrezzature necessarie mancanti sono indicate nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Individuare ed assegnare il personale dirigente (medici, biologi), tecnico e sanitario (ostetriche, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, infermieri), necessario per i volumi di attività, dandone formale evidenza nell'atto deliberativo aziendale di riorganizzazione.

Prevedere di utilizzare le strutture di primo e secondo livello già in essere potenziando il personale, prevedendo dei turni settimanali dedicati solo allo screening.

Azioni Specifiche

Azioni da adottare in sinergia tra Regione Calabria e Aziende Sanitarie Provinciali, Ospedaliere ed Universitarie:

Screening per il cancro della cervice:

Riorganizzare le strutture del primo e secondo livello, anche con il coinvolgimento delle Unità Operative territoriali ed ospedaliere di ostetricia e ginecologia delle AO e delle ASP. Potenziare ASP Cosenza, ASP Crotona e ASP Reggio Calabria (che mostrano dalla ricognizione le carenze maggiori).

Mettere a regime del protocollo basato sul test HPV, come test primario, esteso a tutte le donne dai 30 ai 64 anni, a 3 anni dall'ultimo Pap-test o a 5 anni dall'ultimo test HPV.

Implementare protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV.

Screening per il cancro della mammella:

Riorganizzare le strutture del primo e secondo livello, anche con il coinvolgimento delle Unità Operative di radiologia e dei radiologi afferenti alle Unità Operative ospedaliere; Potenziare ASP Catanzaro, ASP Crotona e ASP Reggio Calabria (che mostrano dalla ricognizione le carenze maggiori).

Mettere in rete dei centri lettura per le mammografie secondo le metodologie indicate nel DCA 137/2020.

Istituzione del coordinamento interaziendale costituito da tutti i dirigenti medici e i tecnici di radiologia dedicati, in servizio presso le Aziende Sanitarie Provinciali, alle attività di screening oncologico della mammella.

Screening per il cancro del colon-retto:

Riorganizzare la distribuzione e il ritiro del kit e l'accentramento dei laboratori per l'esecuzione del test di primo livello e le attività di audit clinico per migliorare il livello qualitativo dei centri di secondo livello, secondo le metodologie indicate nell'allegato 1 al presente atto e con le risorse già assegnate.

Organizzare e centralizzare il secondo e terzo livello (endoscopico e chirurgico) in poche strutture, che abbiano i requisiti di qualità previsti dalle norme vigenti.

Potenziare ASP Catanzaro, ASP Cosenza e ASP Reggio Calabria (che mostrano dalla

ricognizione le carenze maggiori).

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|---------------|
| 1 | Attivazione del Centro Coordinatore dei programmi di screening | DCA | Giugno 2022 |
| 2 | Copertura dei fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per I tre programmi di screening (mammella, colon e cervice) | DCA | Dicembre2022 |
| 3 | Dare effettiva attuazione all'istituzione, presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari al "Centro di riferimento regionale per gli screening oncologici", composto dai Dirigenti dei Settori competenti (o loro delegati), da un funzionario afferente al Settore competente per materia e dai responsabili dei Centri Screening delle Aziende Sanitarie Provinciali, per l'identificazione di strategie ed azioni | DCA | Giugno 2022 |
| 4 | Riprogettare e potenziare l'operatività dell'attuale sistema informativo per la gestione dell'attività dei programmi di screening oncologico (valutare gestione azienda esterna) | Report di progettazione del sistema informativo | Marzo 2023 |
| 5 | Affidare alle Aziende Sanitarie e alle Aziende Ospedaliere precisi ruoli da svolgere per l'esecuzione delle prestazioni per il secondo e terzo livello | PDTA | Dicembre 2023 |
| 6 | Monitoraggio attuazione programma libero screening oncologico PRP 2020-2025 | Relazione Piano Regionale prevenzione | Annuale |
| | Monitoraggio – relazione settore competente | Indicatore composito sugli stili di vita. | |
| | | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina. | |
| | | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella. | |
| | | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza. | |
|--|--|---|--|

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 “Salute Mentale – Dipendenze patologiche – Salute nelle carceri”.

Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi alternativi al ricovero e Gestione territoriale delle Epidemie”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta ospedaliera e sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’Uso Consapevole del Farmaco”.

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU.

Direttori di Distretto.

15.3 Screening Neonatale Esteso (SNE)

Stato di attuazione

La legge 167/2016 ha esteso lo screening neonatale obbligatorio a circa 40 malattie metaboliche ereditarie (Screening Neonatale Esteso).

Con DCA n.169 del 3/12/2019 è stato approvato il protocollo d’intesa tra la Regione Campania, la Regione Calabria, il CEINGE e l’A.O.U. Mater Domini di Catanzaro, finalizzato alla realizzazione dello screening neonatale esteso, a tutti i nuovi nati.

Lo Screening Neonatale Esteso (SNE) è un programma complesso, integrato e multidisciplinare di prevenzione sanitaria secondaria, che permette di:

- identificare precocemente su tutta la popolazione neonatale i soggetti affetti da malattie metaboliche ereditarie;
- procedere all'accertamento diagnostico;
- in caso di diagnosi confermata, avviare il paziente al trattamento specifico per la malattia identificata ed assicurargli il successivo follow-up.

Per la realizzazione delle attività si ricorrerà al finanziamento previsto dalla legge 167/2016.

Obiettivo

Migliorare l’organizzazione dello screening neonatale per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie

Azioni

Costituzione del Coordinamento Regionale del sistema screening.

Istituzione del Centro Clinico Regionale per le malattie metaboliche ereditarie.

Individuazione del laboratorio Regionale per gli screening neonatali e per la conferma diagnostica.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Costituzione del Coordinamento Regionale del sistema screening | DCA | Dicembre 2022 |
| 2 | Istituzione del Centro Clinico Regionale per le malattie metaboliche ereditarie | DCA | Febbraio 2023 |
| 3 | Individuazione del laboratorio Regionale per gli screening neonatali e per la conferma diagnostica | DCA | Marzo 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 “Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Responsabili aziendali

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, delle AO, e dell’A.O.U. Mater Domini.

15.4 Screening neonatali Audiologico e Oftalmologico

Stato di attuazione screening Audiologico

Con la Delibera n. 851 del 29 dicembre 2010 “approvazione Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012” è stato inserito il progetto “Ipoacusia e sordità infantile” che ha previsto l’attuazione dello screening neonatale.

In data 8 novembre 2011 con nota prot. n. 167238/SIAR è stata nominata capofila di tale linea progettuale l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, che ha coordinato le attività progettuali e si è adoperata ad acquisire gli strumenti necessari e la piattaforma informatica per la raccolta, messa in rete ed archiviazione dei dati dello screening; inoltre ha svolto le attività formative e di affiancamento rivolte al personale di tutti i punti nascita della Regione.

Nel DCA n. 49/2016 “Approvazione Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019” al Programma 3 “Promozione della salute della donna e del bambino” era stato tra l’altro, già inserito il progetto “screening audiologico neonatale”.

Il DCA n. 127/2018 ha prorogato il PRP 2014-2019.

Con il DCA n. 159 del 29 dicembre 2020 è stato approvato il PDTA dello screening audiologico

neonatale.

In Calabria sono presenti 11 Punti nascita di cui 10 pubblici e uno privato accreditato, di questi, tre sono di secondo livello (Punto nascita di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria) i restanti otto di primo livello.

Allo stato attuale lo screening audiologico è garantito in tutti i punti nascita di secondo livello ed in sei degli otto punti nascita di primo livello.

Il tavolo LEA nella seduta del 13 dicembre 2021 ha evidenziato la necessità di integrare il sopracitato PDTA dello screening audiologico neonatale, integrandolo con i centri di primo, secondo e terzo livello.

Obiettivo

- Integrare il PDTA dello screening audiologico neonatale approvato con DCA n. 159 del 29 dicembre 2020
- Migliorare la raccolta dati attraverso l'attivazione del flusso a livello regionale
- Attivare lo screening nel 100% dei punti nascita che insistono sul territorio regionale

Azioni

1. Integrazione del PDTA approvato con DCA n.159/2020
2. Attivazione del flusso informativo a livello regionale
3. Implementazione dello screening audiologico sistematico presso tutti i punti nascita della regione.
4. Implementazione della Piattaforma per il flusso informativo digitalizzato in tutti i punti nascita

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|---------------|
| 1 | Integrazione del PDTA dello screening audiologico neonatale | Adozione DCA | Aprile 2022 |
| 2 | Attivazione del flusso informativo a livello regionale | Attivazione della piattaforma digitale per il flusso informativo | Dicembre 2022 |
| 3 | Erogazione di screening audiologico presso la totalità dei punti nascita regionali | Erogazione di screening nel 100% dei punti nascita | Gennaio 2023 |
| 4 | Implementazione della Piattaforma | Registrazione attraverso il flusso informativo digitale >50% del totale dello screening | Dicembre 2023 |

Stato di attuazione screening oftalmologico

Nel DCA n. 49/2016 "Approvazione Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019" al Programma 3 "Promozione della salute della donna e del bambino" era stato inserito, tra l'altro, il progetto "Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali - ipovisione e cecità screening oftalmologico" coordinato dalla UO di oculistica dell'AOU Mater Domini di Catanzaro.

Il DCA n. 127/2018 ha prorogato il PRP 2014-2019.

Con il DCA n. 160 del 29 dicembre 2020 è stato approvato il PDTA dello screening oftalmologico neonatale.

In Calabria sono presenti 11 Punti nascita di cui 10 pubblici e uno privato accreditato; di questi tre sono di secondo livello (Punto nascita di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria) i restanti otto di primo livello

Allo stato attuale lo screening oftalmologico è garantito in tutti i punti nascita di secondo livello ed in cinque degli otto punti nascita di primo livello.

Il tavolo LEA nella seduta del 13 dicembre 2021 ha evidenziato la necessità di integrare il sopracitato PDTA dello screening oftalmologico neonatale integrandolo con l'individuazione dei centri di primo, secondo e terzo livello.

Obiettivo

- Integrare il PDTA dello screening oftalmologico approvato con DCA n. 160 del 29 dicembre 2020
- Migliorare la raccolta dati attraverso l'attivazione del flusso a livello regionale
- Attivare lo screening nel 100% dei punti nascita che insistono sul territorio regionale

Azioni

1. Integrazione del PDTA approvato con DCA n.160/2020
2. Attivazione del flusso informativo a livello regionale
3. Implementazione dello screening oftalmologico sistematico in tutti i punti nascita della regione
4. Implementazione della Piattaforma in tutti i punti nascita

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|---------------|
| 1 | Integrazione del PDTA dello screening oftalmologico neonatale | DCA | Aprile 2022 |
| 2 | Attivazione del flusso informativo a livello regionale | Attivazione della piattaforma digitale per il flusso informativo | Dicembre 2022 |
| 3 | Attivazione dello screening nei punti nascita in cui non viene eseguito. | N punti nascita che eseguono gli screening/n totale di punti nascita | Gennaio 2023 |
| 4 | Implementazione della Piattaforma | Registrazione attraverso il flusso informativo digitale >50% del totale dello screening | Dicembre 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 4 "Prevenzione e Sanità Pubblica".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 11 Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari.

Responsabili aziendali

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, delle AO, e dell'A.O.U. Mater Domini.

15.5 Vaccinazioni

Stato di attuazione

Con DCA n. 43 del 2 maggio 2015 “Miglioramento della copertura vaccinale specifica nelle diverse fasce d’età” è stato emanato il calendario regionale delle vaccinazioni che anticipa di ben due anni quello nazionale emanato successivamente nel 2017 con il “Nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale 2017-2019”, recepito con DCA n. 81 del 09/05/2017.

Con DDG n. 6060 del 08/06/2017 è stato istituito il Coordinamento Tecnico Regionale per le Vaccinazioni.

Con DCA n. 81 del 09/05/2017 è stato recepito il “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019” che con deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021, considerata la condizione eccezionale, provocata dalla pandemia di COVID-19 è stato prorogato a tutto il 2021.

Con DCA n. 147 del 07/11/2017 sono state approvate le Linee Guida Regionali per l’esecuzione delle Vaccinazioni.

Con DCA n.161 del 29/12/2020 è stata recepita l’Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6 agosto 2020 concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025" e approvazione del “Profilo di Salute della Regione Calabria”, lo stesso prevede il rafforzamento e miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali.

Il Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale raccomanda il raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati ed una dose di MPR+V entro i 2 anni di età. Di seguito si riporta la copertura vaccinali a 24 mesi, riferita all’anno 2021:

- 97,94% per la vaccinazione esavalente, (media nazionale 94,02%)
- 87,15 per la vaccinazione MPRV (media nazionale 92,47%).

Si è osservato un calo delle coperture vaccinali, relativamente alle vaccinazioni MPRV a causa della pandemia; al fine di implementare il tasso di copertura vaccinale nei nuovi nati, in particolare per la vaccinazione MPR+V, con DCA n. 63 del 20/04/2021 è stato recepito il protocollo d’intesa fra la Regione Calabria e i Pediatri di Libera Scelta, che prevede tra l’altro, il recupero dei bambini e delle bambine che non si sono sottoposti/e alla vaccinazione prevista dal calendario vaccinale.

In riferimento alla percentuale di copertura per la vaccinazione antinfluenzale nell’anziano (≥ 65 anni), il cui valore minimo raccomandato è del 75%, in Calabria, il valore raggiunto nella stagione 2020/2021 è stato pari al **79% contro una media nazionale del 65%** e ben 18 punti percentuali in più rispetto al tasso di copertura registrato nella scorsa campagna di vaccinazione antinfluenzale (61,8%). Probabilmente dovuto, alla massiccia campagna di comunicazione effettuata al fine di contenere l’eventuale contagio da Covid19. Anche per gli anni successivi sarà predisposta una massiccia campagna di comunicazione. Anche la sensibilizzazione attraverso le associazioni di volontariato, in rappresentanza della terza età, si è rilevato strumento efficace negli anni passati pertanto è da ritenersi una buona pratica. Per la valutazione ed il monitoraggio del calendario vaccinale regionale, in linea con il calendario proposto nel PNPV 2017-2019, sono stati identificati alcuni indicatori (di cui al quadro sinottico) tra quelli già valutati annualmente nell’ambito del PNP o

della verifica LEA.

Obiettivo

- Migliorare le coperture vaccinali per il mantenimento dei LEA e in ottemperanza alle indicazioni previste dal D.L. n. 73 del 7 giugno 2017 recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”.
- Attuare campagne di comunicazione e sensibilizzazione, secondo specifiche fasce d’età target (bambini, anziani).

Azioni

Offerta attiva della vaccinazione ai nuovi nati per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).

Offerta attiva della vaccinazione nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR+V).

Offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale nell’anziano (≥ 65 anni).

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino antivaricella (MPRV oppure MPR+V).

Implementazione dell’anagrafe vaccinale informatizzata in tutti i centri vaccinali ed inserimento delle coorti pregresse per come previsto dal PNPV 2017-2019 e dal PNP 2020-2025.

Aggiornamento del calendario vaccinale di cui al DCA n.43/2015

Campagna di comunicazione per favorire l’adesione alle vaccinazioni infantile e degli anziani.

Quadro sinottico degli indicatori di misurazione

| Azione | Indicatore | Target Nazionale | Target Regionale | Baseline 2020 | Baseline 2021 | Baseline 2022 | Baseline 2023 |
|--------|--|------------------|------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | $\geq 95\%$ | $\geq 95\%$ | 91,69 % | $\geq 95\%$ | $\geq 95\%$ | $\geq 95\%$ |
| 2 | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia(MPR) | $\geq 95\%$ | $\geq 95\%$ | 88,98 | $\geq 95\%$ | $\geq 95\%$ | $\geq 95\%$ |

| | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|--------------|-------------|-------------|------|
| 3 | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale dell'anziano (>= 65 anni) | ≥75% minimo ≥95% Ottimale | ≥75% | 79% | ≥75% | ≥75% | ≥75% |
| 4 | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino antivariella (MPRV oppure MPR+V) | ≥95% | ≥95% | 88,98 | ≥95% | ≥95% | ≥95% |
| 5 | Implementazione Anagrafe Vaccinale Informatizzata in tutti i centri vaccinali | N.A. | 100% | 70% | 85% | 95% | 100% |
| 6 | Aggiornamento del calendario vaccinale | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | Maggio 2022 | |
| 7 | Campagna di comunicazione mirata i diversi target | N.A. | Avvio entro il 2022 (ripetizione annuale) | | | | |

N.A.= non applicabile

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 4 "Prevenzione e Sanità Pubblica"

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari – Modernizzazione e Digitalizzazione Sistema della Salute - Telemedicina"

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP.

15.6 Prevenzione infezioni correlate all'assistenza da germi multi resistenti (PNCAR)

Stato di Attuazione

Con DCA n. 77 del 5 aprile 2018 è stato recepito il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

Con Decreto Dirigenziale n. 15638 del 9 dicembre 2018 è stato istituito il Gruppo tecnico di

coordinamento e monitoraggio del piano dell'antimicrobico-resistenza e delle strategie di contrasto a livello regionale.

Con DCA n. 72 del 4 aprile 2020 sono state approvate le "Linee di indirizzo per l'uso appropriato della terapia antibiotica empirica in ambito ospedaliero e per l'implementazione regionale dei protocolli terapeutici".

Con DCA n. 137 del 31 dicembre 2021 è stato approvato il PRP 2020-2025 che prevede tra l'altro, il Programma Predefinito "Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza"

Obiettivo

Migliorare la sorveglianza e il monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici e favorire la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Azioni

- Attivare la sorveglianza microbiologica e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte del Gruppo di lavoro regionale attraverso la raccolta di dati presso le singole Aziende e la diffusione di report periodici.
- Monitorare il corretto utilizzo delle linee guida regionali per l'uso appropriato della terapia antibiotica nelle ASP e AO.
- Sensibilizzare gli operatori sanitari al tema delle ICA, mediante formazione e divulgazione di linee guida nazionali.
- Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza attraverso la predisposizione di linee d'indirizzo per l'uso dei disinfettanti idroalcolici.
- Monitorare i dati di consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|---------------|
| 1 | Attivare la sorveglianza delle ICA da parte del GdL regionale | Raccolta dati presso le Aziende e Report sulle ICA per struttura diffusi alle Aziende | Semestrale |
| 2 | Monitorare il corretto utilizzo delle Linee guida regionali nelle Aziende Sanitarie | Report di monitoraggio aziendali | Dicembre 2022 |
| 3 | Predisposizione linee d'indirizzo per l'uso dei disinfettanti idroalcolici | DCA | Dicembre 2023 |
| 4 | Sensibilizzazione degli operatori alle ICA: campagne di sensibilizzazione, informazione e formazione | Report aziendali | Dicembre 2022 |
| 5 | Monitoraggio del consumo degli antibiotici nelle singole Aziende Sanitarie | Report aziendali | Dicembre 2023 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 4 “Prevenzione e Sanità Pubblica”

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica Assistenza Integrativa e Protesica- Farmacie Convenzionate-Educazione all’uso consapevole del Farmaco.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP/AO

15.7 Prevenzione dell’Obesità, Diabete e Patologie cardiovascolari

Stato di Attuazione

Nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (DCA n. 137/2021) è stato previsto negli obiettivi strategici/programmi la promozione per l’adozione di uno stile di vita sano in tutte le età e setting, la promozione della salute attraverso il contrasto ai principali fattori di rischio comuni alle malattie croniche non trasmissibili e l’identificazione precoce e la presa in carico di soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità.

Si segnalano i dati sul grave stato di salute metabolico e cardiovascolare in cui versa la popolazione calabrese, come emerso dagli studi di popolazione condotti dal Ministero, Okkio alla salute, Passi e Passi d’argento e dagli studi sulla prevalenza di specifiche patologie condotti da associazioni indipendenti.

L’obesità e Pre obesità raggiunge una prevalenza del 43% negli adulti e del 45% in età pediatrica, conseguentemente il diabete raggiunge il record nazionale del 8% seguito da tutte le altre patologie cardiovascolari e metaboliche che complicano l’obesità.

Il progetto di prevenzione ha lo scopo di individuare precocemente i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o i soggetti già affetti da queste ed a rischio di complicanze cardiovascolari con la conversione di alcuni punti di vaccinazione, costituiti per la pandemia da sars-Cov2, in centri territoriali per la prevenzione CTP delle malattie croniche nella regione Calabria. Per ogni distretto sanitario deve essere previste almeno 2 CTP quindi per 20 distretti dovranno essere riconvertiti circa 40 centri vaccinali.

Lo Screening delle patologie Cardio Metaboliche deve essere necessariamente attuato dato che oltre, i noti eventi dell’infarto del MIOCARDIO e dell’ICTUS, sono molteplici le patologie presenti, specie conseguenti ad una poor nutrition, che causa Obesità.

L’eccesso di peso è una problematica prevalente in tutte le età, ma i danni che provoca in quella PEDIATRICA sono sia per patologie metaboliche che sull’alterata fertilità: con effetti immediati sul RITARDO DI CRESCITA e PUBERALE; SINDROME DELL’OVAIO POLICISTICO, INFERTILITÀ e STEATOSI EPATICA NON ALCOLICA e DISFUNZIONE METABOLICA DA STEATOSI EPATICA.

Il CTP ha il ruolo di accogliere dal territorio i residenti secondo i progetti di prevenzione delineati, di porre diagnosi, trattare dove è indicato, inviare al centro di secondo livello e di monitorare l’avanzamento delle cure con redazione di un fascicolo elettronico utile alla valutazione dei risultati, per le patologie previste dalle schede progetto di prevenzione.

Il cittadino, che aderisce al progetto di prevenzione, grazie alla pubblicizzazione, presso i CTP per la macro-area Cardio Metabolica, sarà indirizzato allo SPOKE territoriale prossimo. Rilevata l’anagrafica e l’età il cittadino sarà assegnato al progetto di prevenzione specifico per sesso ed età (Scheda Progetti di Prevenzione), per effettuare la diagnosi di primo livello.

Successivamente, secondo alla diagnosi rilevata seguirà la prescrizione personalizzata, fissato il follow-up e l’eventuale invio ad HUB di secondo livello.

Necessariamente tutti i processi medici/assistenziali saranno supportati da un gestionale informatico caricato su browser che permetterà di svolgere molteplici funzioni online.

La seguente tabella descrive sinteticamente quali sono le proposte di progetto di prevenzione in ambito Cardio Metabolico legato all'aspetto della Nutrizione.

| Fascia Età | Patologie | Azioni | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------|--|--|------------------------------|---------------|
| Pediatria 3-17 anni | PRE OB/OB | Diagnosi 1° Livello | Valutazione Accrescimento Genitale | Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica | Follow Up | Raccolta Dati |
| | PRE DMII | Diagnosi 1° Livello | Traiettoria Glicemia | Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica | Follow Up | Raccolta Dati |
| | DMII | Diagnosi 1° Livello | Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica | Follow Up | Raccolta Dati | |
| Adulti 18-65 | PRE OB/OB | Diagnosi 1° Livello | Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata | Follow Up | Raccolta Dati | |
| | IP | Diagnosi 1° Livello | Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata | Follow Up | Eventuale Invio HUB per IRC | Raccolta Dati |
| | PRE DMII | Diagnosi 1° Livello | Protocollo 8 settimane Reverse Diabetes | Traiettoria Glicemica | Invio HUB Nutrizione Clinica | Raccolta Dati |
| | DMII | Diagnosi 1° Livello | Protocollo 8 settimane Reverse Diabetes | Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata | Invio HUB Diabetologia | Raccolta Dati |
| | AT | Analisi del Rischio | Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata | Eventuale invio HUB Cardiologico | Follow UP | Raccolta Dati |
| | Prevenzione Osteoporosi | Anamnesi Richiesta BMD | Frax con BMD | Invio HUB Malattie Metaboliche dell'osso | Raccolta Dati | |
| Geriatrica Over 65 | Stesse Patologie Adulto Stesse Azioni Adulto | | | | | |
| | Dinamopenia | Diagnosi 1° Livello | Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata | Prescrizione Esercizio Personalizzato | Invio HUB Nutrizione Clinica | Raccolta Dati |
| | Sarcopenia | Diagnosi 1° Livello | Prescrizione Dieta Mediterranea | Prescrizione Esercizio | Invio HUB Nutrizione | Raccolta Dati |

| Fascia Età | Patologie | Azioni | | | | |
|------------|---------------|---------------------|-----------------------------------|--|---------------|--|
| | | | Personalizzata | Personalizzato | Clinica | |
| | Malnutrizione | Diagnosi I° Livello | Prescrizione Dieta Personalizzata | Invio HUB Nutrizione Clinica | Raccolta Dati | |
| | Osteoporosi | Anamnesi | Frax (senza BMD) | Invio HUB Malattie Metaboliche dell'osso | Raccolta Dati | |

16. ACCREDITAMENTI DEGLI EROGATORI

16.1 Adeguamento della vigente normativa regionale alla normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali

Stato di attuazione

Gli articoli 8-*bis* e seguenti del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni definiscono i principi e la disciplina di riferimento in materia di autorizzazioni e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. L'accreditamento, in particolare, mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle cure e dell'assistenza e si configura come un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori, caratterizzato dalla necessaria corrispondenza ad una serie di requisiti ulteriori di qualificazione, alla funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La Regione Calabria ha regolamentato il percorso delle autorizzazioni e dell'accreditamento con diversi e specifici provvedimenti:

L.R. n. 24/2008 "Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

DCA n. 81/2016 "Autorizzazione e accreditamento – approvazione nuovo regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008 – approvazione nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento".

DCA n. 14/2022 Modifica al DCA n. 81 del 22 luglio 2016 "Autorizzazioni e Accreditamento-Approvazione Nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008;

DCA n.102 del 11/07/2017 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - modifica e integrazione DCA 81/06 - Allegato 4 requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento - modifica e integrazione DCA 15/2016 nella definizione della tariffa massima regionale per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

DCA n.118 del 14/09/2017 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - Nuovi requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento e l'accreditamento della nuova tariffa massima regionale per le RSA. Revoca e sostituzione del DCA n.102 del 11/07/2017.

DCA n. 144/2018 "Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 - Allegato 4 Requisiti specifici delle Cure Domiciliari - Definizione tariffe".

DCA n. 143/2018 Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 - Allegato 4 Requisiti specifici delle Cure Domiciliari - Definizione tariffe.

DCA n. 233/2018 "Integrazione e modifica al DCA n.81 del 22/07/2016 - Definizione nuovi requisiti delle strutture residenziali e semi-residenziali per persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico e relative tariffe".

DCA n. 145/2020 con cui la struttura Commissariale ha disciplinato il rilascio dell'autorizzazione *all'esercizio*, nonché delle volture delle autorizzazioni all'esercizio a seguito di cessione.

Inoltre, con il DCA n. 95/2019 "Costituzione Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 – revoca del DCA n. 70/2017" è stato approvato il nuovo regolamento generale dell'OTA relativo all'organizzazione e al funzionamento del sistema di gestione delle verifiche per l'accreditamento istituzionale e la vigilanza. Con la successiva L.R. 15/12/2021, n. 32 le funzioni di Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) sono state assegnate all'Azienda Zero istituita con il medesimo provvedimento.

In questa fase si ritiene necessario rivisitare le regole esistenti al fine di renderle maggiormente coerenti con le indicazioni nazionali e con la programmazione regionale e prevedendo inoltre un più proficuo sistema di monitoraggio e controllo a livello regionale.

La proposta di adeguamento della Legge Regionale n. 24/2008 alla normativa nazionale in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale sarà adottata dalla struttura Commissariale e trasmessa al Consiglio regionale ai fini dell'approvazione. La nuova proposta di legge, si pone l'obiettivo di semplificare ed omogeneizzare le procedure di autorizzazione e accreditamento, in linea con le vigenti disposizioni nazionali.

Il monitoraggio e la verifica delle procedure di autorizzazione e di accreditamento in itinere e la riconduzione alla gestione tipica di cui agli articoli 8-ter e 8-quater del D.Lgs. 502/1992, con il superamento delle eventuali criticità e la predisposizione di un relativo cronoprogramma, sarà definito anche grazie all'istituzione di una task force.

Analogamente, il sistema dei controlli ex art. 8 octies del D.Lgs. n. 502/1992 dovrà essere orientato alla promozione della qualità e dell'appropriatezza recuperando il ruolo delle ASP nella funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate.

La digitalizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al settore 2 "Autorizzazione e Accredimento", finalizzata a garantire una maggiore efficienza dei processi, sarà obiettivo prioritario dell'ufficio partendo dai moduli dei registri elettronici delle strutture autorizzate e accreditate e delle ambulanze, nonché del registro personale, mentre successivamente si procederà all'attivazione del modulo per la gestione documentale ai fini del mantenimento dei requisiti per l'accreditamento.

In considerazione dell'ingente numero di contenziosi si provvederà con il supporto di avvocati presenti in Regione o messi a disposizione dall'assistenza tecnica a redigere nei tempi richiesti le relazioni tecniche da trasmettere all'Avvocatura dello Stato e all'Avvocatura Regionale per la difesa dell'Ente.

Sarà inoltre obiettivo prioritario il rafforzamento del sistema di autorizzazione e accreditamento soprattutto con riguardo all'assistenza territoriale, anche attraverso l'adeguamento alle indicazioni sancite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Con riferimento alle strutture pubbliche, la Regione promuoverà l'attivazione di percorsi di autorizzazione e accreditamento, sostenendone l'implementazione.

Al fine di supportare l'attività di autorizzazione e accreditamento è stato predisposto un piano operativo nell'ambito dell'"Accordo quadro, ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito «sanità digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali» per le pubbliche amministrazioni del ssn - id 2202 - lotto 6 - pubbliche amministrazioni del SSN - centro – sud" che prevede:

- Supporto alla funzione accreditamento standardizzando, automatizzando ed efficientando la procedura di autorizzazione e accreditamento;

Obiettivi

1. Riconduzione delle procedure di autorizzazione e accreditamento *in itinere* alla gestione tipica di cui agli articoli 8-ter e 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.
2. Messa a regime dell'informatizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento".
3. Adozione del DCA di proposta al consiglio regionale di una nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento in conformità alle nuove disposizioni emanate a livello nazionale.
4. Adeguamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento alle indicazioni sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti specifici.
5. Aggiornamento dei requisiti minimi e ulteriori e delle relative procedure successivamente all'approvazione della nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento.
6. Considerando le modifiche nelle modalità erogative delle prestazioni è importante un aggiornato sistema di controllo dell'attività sanitaria, sia interno che esterno, e delle prestazioni erogate. Pertanto sarà necessaria una rivisitazione del sistema dei controlli ex art. 8-octies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e degli indicatori di controllo al fine di fornire una migliore rappresentazione dell'attività svolta nelle strutture sanitarie.
7. Implementazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche, anche in relazione all'attività di facilitazione e preparazione svolta dall'OTA con le Direzioni aziendali (v. paragrafo 16.2)

Azioni

Obiettivo 1: Riconduzione delle procedure di autorizzazione e accreditamento in itinere alla gestione tipica di cui agli articoli 8-ter e 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Obiettivo 2: Messa a regime dell'informatizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento".

2.1 Attivazione della digitalizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento"

Obiettivo 3: rivisitazione del sistema dei controlli ex art. 8-octies del D.Lgs 502/1992 e smi

3.1 pianificazione die controlli ex art. 8-octies del D.Lgs 502/1992 e smi e indicazione delle tempistiche di attuazione

Obiettivo 4: Adozione del DCA di proposta al consiglio regionale di una nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento in conformità alle nuove disposizioni emanate a livello nazionale

4.1 Adozione DCA di una proposta al consiglio regionale di un disegno di legge regionale in materia di autorizzazione e accreditamento.

Obiettivo 5: Adeguamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento alle indicazioni sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti specifici

5.1 Strutturazione di un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapie del dolore anche pediatriche;

5.2 Definizione/Aggiornamento dei requisiti minimi autorizzativi e ulteriori di accreditamento

delle cure domiciliari;

5.3 Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Obiettivo 6: Aggiornamento dei requisiti minimi e ulteriori e delle relative procedure successivamente all'approvazione della nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento

6.1 Revisione e aggiornamento dei manuali di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;

6.2 Revisione e aggiornamento delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;

Obiettivo 7: Implementazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche

7.1 Pianificazione e implementazione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche, dando priorità alle unità operative di nuova istituzione nelle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Obiettivo | Azione | Indicatore | Tempistica |
|-----------|--|--|--|
| 1 | 1.2.1 completamento delle procedure di autorizzazione <i>in itinere</i> 1.2.2 Avvio delle procedure di accreditamento e di rinnovo accreditamento 1.2.3 Prosecuzione delle procedure di accreditamento e di rinnovo accreditamento 1.2.4 Completamento delle procedure accreditamento <i>in itinere</i> | 90% DDG (DCA) - 20% delle procedure concluse (DCA) - 50% delle procedure concluse (DCA) - 100% delle procedure concluse | Settembre 2022 Settembre 2022 Dicembre 2022 Giugno 2023 |
| 2 | Attivazione della digitalizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento" | Numero procedure attivate | Semestrale |
| 3 | Avvio dei controlli ex art. 8-octies del D.Lgs 502/1992 e smi e indicazione delle tempistiche di attuazione | Richiesta all'OTA | Novembre 2022 |
| 4 | Monitoraggio dei controlli – relazione settore competente | N controlli effettuati/ n strutture da controllare | semestrale |
| 5 | Adozione DCA di proposta al consiglio regionale di un disegno di legge regionale in materia di autorizzazione e accreditamento | DCA | Settembre 2022 |

| | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| 6 | Strutturazione di un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapie del dolore anche pediatriche | DCA | Dicembre 2022 |
| | Definizione/Aggiornamento dei requisiti minimi autorizzativi e ulteriori di accreditamento delle cure domiciliari | DCA | Ottobre 2022 |
| | Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità | DCA | Dicembre 2023 |
| 7 | 6.1 – 6.2 Adozione del provvedimento di revisione dei manuali di autorizzazione e accreditamento e delle relative procedure | DCA | Entro 60 giorni dall'approvazione della legge regionale di riforma del sistema delle autorizzazioni e dell'accreditamento |
| 8 | Pianificazione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche: anche in relazione all'attività di facilitazione e preparazione svolta dall'OTA con le Direzioni aziendali (v. paragrafo 16.2) | Provvedimento Dirigente Settore n. 2 | Ottobre 2022 |
| | Avvio delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche | 10% | Dicembre 2022 |
| | Avvio delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche | 60% | Dicembre 2023 |
| | Avvio delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche | 100% | Dicembre 2024 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 2 "Autorizzazioni e Accreditamenti".

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".

Settore n. 10 Gestione SIRS – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina

16.2 Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.)

La legge regionale n. 32 del 15 dicembre 2021: Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale calabrese denominato "Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero", all'art.2, comma 1, punto 6) prevede: "l'autorizzazione *all'esercizio e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie svolgendo le funzioni di organismo tecnicamente accreditante*".

Stato dell'arte

A seguito dell'istituzione dell'O.T.A., con D.C.A. n.95/2019, sono state realizzate le seguenti azioni:

- Decreto del Dirigente Generale n. 9829 del 08 agosto 2019 recante: "Istituzione Elenco dei Valutatori regionali per il sistema di accreditamento. Approvazione Codice Deontologico Valutatori per la Qualità della Regione Calabria" è stato istituito l'Elenco dei Valutatori regionali del sistema di accreditamento che assumono la funzione di Auditor, per la verifica del possesso e mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, del quale fanno parte tutti i professionisti che hanno partecipato al corso di formazione per i Valutatori regionali del sistema di accreditamento.
- Decreto del Dirigente Generale n. 11195 del 17.09.2019 recante: "Manuale Operativo dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep. Atti n.32/CSR) – Approvazione", è stato approvato il Manuale Operativo dell'Organismo Tecnicamente Accreditante, relativo alle caratteristiche dell'organizzazione ed ai criteri per il funzionamento del sistema di gestione della qualità, delle verifiche per l'accreditamento istituzionale e la Vigilanza.
- Da ottobre a dicembre 2019 sono state effettuate circa 70 verifiche dall'O.T.A. sia presso le strutture pubbliche sia presso le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate.

Sono state effettuate le visite di verifica presso i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta associative del sangue, ai sensi del D.Lgs. n. 261/2007 e s.m.i., al fine del rinnovo dell'accreditamento istituzionale.

- Su disposizione della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute si è svolto, da parte del Gruppo di Audit formalmente individuato dallo stesso Ministero, l'Audit documentale sull'attività dell'O.T.A. regionale di cui al DCA n.95/2019 nonché sul possesso di tutti i requisiti del manuale, prodotto dal Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale di cui al Decreto del Ministro della salute del 30 maggio 2017.
- Con nota prot. n. 58913 del 11/02/2020 sono state programmate ed attivate (trasmissione del Piano di Audit a tutte le Aziende Sanitarie ed all'INRCA) le visite di audit presso le strutture sanitarie pubbliche, accreditate provvisoriamente in virtù della L.R. n.19/2009, al fine di avviare un percorso di facilitazione e di supporto alle Direzioni aziendali per la definizione dei piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008.

Le attività di Audit sopracitate presso le Aziende Sanitarie, sono state sospese dal 09/03/2020 per effetto dell'emergenza COVID-19.

Con D.D.G. n. 14434 del 28/12/2020 è stato stabilito che l'Organismo Tecnicamente Accreditante, al fine di garantire autonomia, assenza di conflitti di interesse nell'espletamento delle proprie funzioni e nella formulazione dei pareri tecnici di competenza nonché nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza, viene collocato all'interno del Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze -Urgenze" anche al fine di garantire una migliore attuazione del percorso di facilitazione e di supporto alle Direzioni delle Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere per la definizione dei piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008, per le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche. Da ultimo e come già rappresentato, con la legge regionale n. 32 del 15 dicembre 2021, la funzione di Organismo Tecnicamente Accreditante è stata trasferita all'Azienda Zero.

Obiettivi

1) Nuova edizione del percorso formativo per Valutatori regionali del sistema di accreditamento della Regione Calabria – Organismo Tecnicamente Accreditante, concluso con la formazione di nuovi valutatori.

2) Ripresa dell'attività di audit presso le strutture sanitarie pubbliche - Piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008;

3) Proposta del DCA di modifica del Regolamento interno dell'O.T.A., approvato con DCA n.95/2019, in coerenza con quanto successivamente sarà stabilito dalla nuova legge regionale di revisione della L.R. n.24/2008 in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali.

Azioni

Obiettivo 1: Pianificazione e attuazione del passaggio di competenze e funzioni dell'O.T.A. all'Azienda Zero

1.1 Trasferimento della funzione di O.T.A. all'Azienda Zero

Obiettivo 2: Nuova edizione del percorso formativo per Valutatori regionali del sistema di accreditamento della Regione Calabria – Organismo Tecnicamente Accreditante

2.1 Realizzazione del corso Formazione Valutatori regionali OTA.

2.2 Aggiornamento Elenco Valutatori regionali.

Obiettivo 3: Ripresa dell'attività di audit presso le strutture sanitarie pubbliche - Piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008

3.1 Implementazione degli audit presso le strutture pubbliche con la realizzazione di verifiche documentali e in loco

Obiettivo 4: Proposta del DCA di modifica del Regolamento interno dell'O.T.A., approvato con DCA n.95/2019, in coerenza con quanto successivamente sarà stabilito dalla nuova legge regionale di revisione della L.R. n.24/2008 in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali

4.1 Modifica del Regolamento interno dell'OTA

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|---|
| 1.1 | Trasferimento della funzione di O.T.A. all'Azienda Zero | Atto attuativo del trasferimento | Entro 3 mesi all'adozione dell'atto aziendale |
| 1.1 | Realizzazione del corso Formazione Valutatori regionali OTA. | Programma del corso con evidenza delle date di svolgimento | Maggio 2022 |
| 1.2 | aggiornamento Elenco Valutatori regionali | D.D.G. | Giugno 2022 |

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 2.1 | Implementazione degli audit presso le strutture pubbliche con la realizzazione di verifiche documentali e in loco | Invio alle aziende del cronoprogramma Svolgimento degli audit documentali Svolgimento degli audit in loco | maggio 2022 settembre 2022 30% dicembre 2022 60% marzo 2023 100% settembre 2023 |
| 3.1 | Modifica del Regolamento interno dell'O.T.A. | DCA | Nel trimestre successivo all'approvazione della nuova legge regionale di revisione della L.R. n.24/2008 in materia di autorizzazioni e accreditamento istituzionale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze" – O.T.A. e, successivamente al trasferimento delle funzioni, Azienda Zero

16.3 Ridefinizione delle tariffe per l'assistenza territoriale

Stato di attuazione

Con DCA n.15/2016 sono state adottate le tariffe provvisorie dell'assistenza territoriale.

Con successivo DCA n.81/2016 sono stati approvati i nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento contenenti, tra l'altro, modifiche ai requisiti organizzativi.

Con DCA n.118/2017 sono stati modificati i requisiti organizzativi e contestualmente rideterminate le tariffe per le RSA per anziani.

Con DCA n.140/2018 sono stati nuovamente modificati i requisiti organizzativi e contestualmente rideterminate le tariffe per le RSA per anziani.

La sentenza TAR Calabria n.846/2019 ha annullato il DCA n.140 e per gli effetti ritorna efficace la tariffa di cui al DCA n.15/2016.

La sentenza del Consiglio di Stato n. 5082 del 19/07/2019 che ha *"confermate le tariffe e le decorrenze previste, rispettivamente, dai due decreti nn. 102 e 118 del 2017, posto che gli effetti del successivo decreto n. 140/2018 risultano essere stati sospesi dal medesimo TAR per la Calabria, sede di Catanzaro, con ordinanza n. 473/2018"*.

Con DCA n. 144 del 13/07/2018 recante: "Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 – Allegato 4 Requisiti specifici per le Cure Domiciliari – Definizione tariffe" sono stati modificati i requisiti specifici

e definite le tariffe.

Con DCA n.143 del 11/7/2018 recante: "Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 – Allegato 4. Requisiti specifici delle Strutture Semiresidenziali per Anziani e Strutture Semiresidenziali per persone affette da Demenze – Definizione tariffe" sono stati modificati i requisiti specifici e definite le tariffe.

Con DCA n. 233/2018 recante: "Integrazione e modifica al DCA n. 81 del 22/07/2016 - Definizione nuovi requisiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico e relative tariffe" sono stati modificati i requisiti specifici e definite le tariffe.

Con nota prot. n.112567 del 7 marzo 2022 è stato chiesto supporto ad Agenas ai fini della costituzione del gruppo di lavoro per la definizione/aggiornamento delle tariffe dell'assistenza territoriale

Con nota prot. n. 2228 del 9 marzo 2022 Agenas ha comunicato la designazione di un proprio referente per la costituzione del gruppo di lavoro

Con il DCA n. 41 del 12 aprile 2022 è stato costituito il gruppo di lavoro per la definizione delle tariffe dell'assistenza territoriale

Obiettivo

L'obiettivo principale è la ridefinizione delle tariffe per l'assistenza territoriale.

Azioni

Istituzione del Gruppo di Lavoro per la ridefinizione delle tariffe.

Elaborazione e definizione delle tariffe dell'assistenza territoriale.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------|---------------|
| 1 | Istituzione del gruppo di lavoro per la ridefinizione delle tariffe territoriali | DCA | Aprile 2022 |
| 2 | Elaborazione e approvazione delle tariffe dell'assistenza territoriale | DCA | Dicembre 2022 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 2 "Autorizzazioni e Accreditamenti – Formazione - ECM".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".

16.4 Rapporti con gli erogatori privati

Stato di attuazione

Con il DCA n. 41/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa psichiatrica, di assistenza sanitaria e sociosanitaria e di assistenza extra – ospedaliera estensiva, ambulatoriale e domiciliare con oneri a carico del SSR, per l'Anno 2021 erogate dalla rete di assistenza territoriale privata accreditata con un valore pari a

186.785.000,00 euro.

Con il DCA n. 46/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza termale a carico del SSR per l'anno 2021 per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni sanitarie erogate dagli stabilimenti termali accreditati con un valore pari a 5.300.000,00 euro.

Con il DCA n. 49/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete di assistenza ospedaliera privata accreditata con oneri a carico del SSR per l'anno 2021, con un valore pari a 186.513.000,00 euro.

Con il DCA n. 50/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata con oneri a carico del SSR per l'anno 2021, con un valore pari a 66.754.000,00 euro.

In particolare la struttura commissariale in ottemperanza alle sentenze del Consiglio di Stato in merito al DCA n. 172/2018 (Cons. St., sez. III, 11 novembre 2020, n. 06931, n. 06933 e, n. 06936) che affermano, tra l'altro, l'illegittimità dell'inclusione nel tetto di spesa della specialistica ambulatoriale delle prestazioni di APA-PAC, già finanziate per la quota parte di prestazioni erogate dalla rete della ospedalità privata accreditata nei limiti del tetto per le attività ospedaliere, ha finanziato tali prestazioni nell'ambito del tetto di spesa dell'ospedalità privata quantificando gli APA-PAC in 11.368.754,00 euro.

Con riferimento all'articolo 1, comma 277, della legge n. 234/2021 per il raggiungimento delle finalità relative al recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, che per la Calabria ammontano (come da tabella allegata alla legge n. 234/2021) a euro 3.293.364.

Si procederà a dare indicazioni in merito al coinvolgimento delle strutture private per il recupero delle liste d'attesa, concordando le prestazioni da erogare ai fini del recupero.

A seguito, inoltre, della sentenza del TAR Calabria che ha sospeso i DCA 49/2021 e 50/2021 la struttura commissariale ha avviato una verifica in merito al fabbisogno assistenziale per quantificare il budget per i ricoveri per acuti, post acuti, APA PAC e specialistica ambulatoriale.

Visto l'articolo 45, comma 1 ter del Decreto Legge n. 124 del 26 ottobre 2019 *“A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale”*.

In particolare, con riferimento a quanto consuntivato nell'anno 2011 risultano complessivamente, per l'assistenza ospedaliera e per la specialistica ambulatoriale risorse pari a 263.385.000 euro.

Entro dicembre 2022 saranno determinati i tetti di spesa triennali 2022-2024:

- i budget dell'assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale sulla base dell'all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135
- i budget dell'assistenza territoriale e termale.

Sarà approvata una metodologia per la definizione del fabbisogno ai fini della determinazione dei budget per le singole strutture.

A seguito dell'armonizzazione di tutte le regole relative all'accreditamento e alla definizione delle modalità operativa di verifica delle ASP e della Regione sarà integrato lo schema contrattuale

Obiettivi

Definizione budget 2022-2024 per le strutture di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale anche in considerazione della sentenza del Consiglio di Stato 02064 del 22 marzo 2022 e coinvolgimento delle strutture private nel recupero delle liste d'attesa.

Definizione budget 2022-2024 per le strutture di assistenza territoriale e termale.

Definizione di un sistema di individuazione delle funzioni assistenziale, di cui all'art. 8 - sexies del D. Lgs. 502/1992, per le strutture pubbliche e private accreditate

Definizione del sistema di determinazione dei fabbisogni e assicurare l'iter procedurale per la definizione dei tetti di spesa, tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano le strutture della rete di offerta, specificando passi procedurali e tempistiche per la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate.

Integrazione nuovo schema contrattuale.

Potenziare il Sistema di monitoraggio e garantire l'invio dei flussi di produzione al fine di assicurare i controlli di appropriatezza e di economicità del settore.

Azioni

- 1 Adozione del decreto di attribuzione del budget pluriennale 2022-2024 agli erogatori privati accreditati
- 2 Sottoscrizione dei contratti
- 3 Adozione decreto definizione funzioni assistenziali strutture pubbliche e private accreditate
- 4 Adozione della procedura per la definizione del fabbisogno di prestazioni
- 5 Adozione del decreto di approvazione del nuovo schema contrattuale.
- 6 Monitoraggio delle prestazioni da privato (budget/produzione/fatturato etc.).

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|-------------------|
| 1 | Adozione del decreto di attribuzione del budget pluriennale 2022-2024 agli erogatori privati accreditati | DCA | Dicembre 2022 |
| 2 | Sottoscrizione dei contratti | N contratti sottoscritti/n contratti da sottoscrivere | 100% gennaio 2023 |
| 3 | Adozione decreto definizione funzioni assistenziali strutture pubbliche e private accreditate | DCA | Marzo 2023 |
| 4 | Adozione della procedura per la definizione del fabbisogno di prestazioni | DCA | Dicembre 2023 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|-----------------------------|---------------|
| 5 | Adozione del decreto di approvazione del nuovo schema contrattuale | DCA | Dicembre 2023 |
| 6 | Monitoraggio delle prestazioni da privato – report settore competente | budget/produzione/fatturato | Trimestrale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 5 Assistenza Territoriale - Salute Mentale – Dipendenze Patologiche – Salute nelle Carceri

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari – Modernizzazione e Digitalizzazione Sistema della Salute - Telemedicina”.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il cronoprogramma riportato costituiscono obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell’attribuzione dell’indennità di risultato.

17. ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE D’ATTESA

Stato di attuazione

Con DCA n. 88/2019 la Regione Calabria ha recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste d’attesa (PNGLA) e, contestualmente, ha adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA).

Considerata la natura composita del PNGLA, che ricomprende —in una prospettiva, per così dire, ex ante, il CUP e, in un momento logicamente e cronologicamente successivo, l’Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) ed il Controllo cartelle cliniche— si è ritenuto opportuno redigere un PRGLA che riprendesse pedissequamente le indicazioni del PNGLA, con l’intento di elaborare successivamente, in seno ad istituendo Gruppi tecnici di lavoro, linee d’intervento specifiche da trasfondere nei Programmi Attuativi Aziendali (PAAGLA).

Con DDG n. 1567 del 17/02/2020 è stato istituito il gruppo tecnico di lavoro regionale dedicato al Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA) con competenza su tutte le materie di cui al PNGLA (CUP, Cartelle cliniche, ALPI) considerato il periodo pandemico ad oggi il gruppo non si è ancora riunito.

Con DCA n. 13/2022 la Regione Calabria ha adottato il proprio “*Piano di recupero per le liste d’attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279*” precipuamente finalizzato al recupero delle liste d’attesa determinate dall’emergenza Covid-19.

Nell’ambito del monitoraggio delle liste d’attesa ambulatoriali regionali la regione Calabria attiverà nel corso del 2022 una azione di governo direzionale ed operativo delle politiche di organizzazione delle attività specialistiche attraverso l’istituzione di un modello di Sovra-Cup, affiancato a moderni strumenti di data analytics.

Con DCA n. 45 del 20/04/2022 confermato l’assetto tripartito (Nord-Centro-Sud), si è ritenuto opportuno e necessario istituire un sovra-CUP regionale quale strumento indispensabile per consentire ai pazienti che ne avessero necessità di superare gli attuali limiti legati alla

compartimentalizzazione dei tre CUP d'Area esistenti, nonché per perseguire l'efficientamento dell'intero Sistema, uniformando linguaggi e prassi dei predetti CUP d'Area. Con il medesimo atto si è autorizzato il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche socio-sanitarie all'adesione all'Accordo Quadro per l'affidamento di Servizi applicativi di Data Management per le Pubbliche Amministrazioni, ID 2102-LOTTO 3, CIG 8184365FA4, presente sulla piattaforma CONSIP.

Quadro sinottico delle azioni e dei i tempi di misurazione SovraCup Regionale

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|--|-----------------------------------|
| 1 | Istituzione Gruppo Tecnico Regionale Con un componente per la Regione ed un componente per ognuna delle AA.SS.PP./ AA.OO. | DDG n. 7087 | 29 Giugno 2022 |
| 2 | Tavoli di lavoro tematici a partire dal 10 luglio con cadenza settimanale e entro il 15 settembre conclusione dell'esame delle problematiche e differenze presenti nei vari sistemi in uso presso le singole aziende | Output dei Tavoli tematici, prodotti dal Gruppo Tecnico Regionale: 1) TAV_CAL_Tipi Prescrizione_Convenzioni_e_Tipi_di_Convenzione 2) TAV_CAL_Tempi d'Attesa_v1.0.xlsx 3) TAV_CAL_statistiche_cup_unico 4) TAV_CAL_Ruoli e Profilatura 5) TAV_CAL_Regole Fasce Orarie e Priorità 6) Catalogo_definitivo_prestazioni Raggruppati nel documento di analisi prodotto da RTI: - CUP_CAL_SovraCUP_Analisi – Output Tavoli di Lavoro GTR e Integrazioni | Luglio 2022 - 15/9/22 |
| 3 | Definizione e scelta di n. 2 Aziende pilota da avviare a regime entro dicembre 2022 | Comunicazione Cronoprogramma Regionale. Presentazione: Calabria_SovraCUP_Actività_aziende | Settembre 2022 - 14/10/2022 |
| 4 | Predisposizione sistema centrale (popolamento anagrafiche e configurazione, test integrazioni vs Anagrafe Regionale, Sistema TS, PagoPa) | Documento di analisi di integrazione tra sovraCUP e anagrafe regionale: CUP_CAL_Integrazione con Anagrafe Regionale Documenti di analisi dei requisiti e piano dei test finalizzati al collaudo: CUP_CAL_sovraCUP_Matrice dei requisiti CUP_CAL_sovraCUP_Piano dei test Output finale: Verbale di collaudo del sistema | Settembre 2022 - Novembre 2022 |

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|--|--------------------------------|
| | | centrale a firma GTR. | |
| 5 | Analisi e sviluppo del Recupero dati dalle Aziende e predisposizione delle integrazioni con i sistemi aziendali – report | Documenti di specifiche tecniche per le integrazioni: - CUP_CAL_Specifiche d'Integrazione CUP Centrale vs CUP Locale - CUP_CAL_Chiamata di contesto Documenti di specifiche tecniche per il recupero dati: - CUP_CAL_Specifiche per il Recupero Dati - Traco | Settembre 2022 – Novembre 2022 |
| 6 | Formazione utenti e collaudi dei recuperi dati ed integrazioni delle due Aziende pilota | Verbale di collaudo a firma della singola azienda. | Ottobre - Dicembre 2022 |
| 7 | Avvio e affiancamento delle 2 Aziende pilota | Verbale di avvio a cura RTI. | 30 Dicembre 2022 |
| 8 | A partire dal 1° settembre 2022 contestualmente sono avviate le attività di bonifica e pulizia anagrafiche locali propedeutiche al recupero dati e la predisposizione delle integrazioni per tutte le rimanenti Aziende | Verbale di collaudo a firma della singola azienda. | Sett. 2022 – Giug. 2023 |
| 9 | Avvio e affiancamento delle rimanenti Aziende | Verbale di avvio a cura RTI. | Giugno 2023 |

Obiettivi

Implementazione nei sistemi dei CUP di area di tutte le agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria.

- Implementazione nei sistemi CUP di apposite agende destinate alla programmazione delle visite di controllo e degli accessi successivi al primo e gestite dai medici specialisti.
- Governo della mortalità della prenotazione mediante attivazione di servizi telefonici (recall) dedicati alla conferma dell'appuntamento e telematici relativi alla disdetta delle prestazioni prenotate – (D.Lgs. 124/1998)
- adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti

- Realizzazione di un sistema di controllo sistematico e uniforme delle cartelle cliniche in tutte le aziende sanitarie.
- Uniformazione delle modalità operative dei CUP d'Area, implementando le funzioni di sovra-CUP regionale anche in prospettiva dell'eventuale realizzazione di un CUP Regionale.
- Attivazione del metodo RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea).
- Favorire l'accesso alla prenotazione attraverso le farmacie convenzionate
- Sviluppo in ognuno dei CUP di area di un Cup on-line aggiornato in tempo reale
- informazione e comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web Regionale ed Aziendali

Azioni

1. Proposizione di provvedimenti da parte del gruppo di lavoro per il governo delle liste d'attesa.
2. Monitoraggio del corretto funzionamento dei cup aziendali
3. Formazione dei referenti aziendali sul corretto uso del protocollo operativo e sull'elaborazione dei report previsti.
4. Definizione di linee guida uniformi per i 3 CUP di Area esistenti (Area Nord: Cosenza; Area Centro: Crotone, Catanzaro e Vibo Valentia; Area Sud: Reggio Calabria) prevedendo il costante monitoraggio della effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.
5. Definizione di tutte agende con suddivisione per classi di priorità e gestione improntata a criteri di flessibilità in maniera di evitare la sottoutilizzazione e di massimizzare la capacità erogativa.
6. I Sistemi CUP devono consentire la gestione separata dei primi accessi (visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi. A tal fine dovranno essere istituite apposite agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmate dallo specialista che ha preso in carico il paziente senza che questi venga rimandato dal medico di MMG/PLS, mediante la prescrizione in dematerializzata (DCA n. 35/2014)
7. Il sistema CUP on-line deve consentire all'utente di: effettuare la prenotazione; consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità; annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online; pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat, carta di credito e pago PA; visualizzare gli appuntamenti già prenotati; ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.
8. Formare i referenti aziendali per l'utilizzo del metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).
9. Dare attuazione al DCA n. 13/2022 "*Piano di recupero per le liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279*" finalizzato al recupero delle liste d'attesa determinate dall'emergenza Covid-19 nel rispetto del termine del 31/12/2022 di cui all'*art. 276, legge n. 234/2021*.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|----------------|
| 1 | Proposizione di provvedimenti da parte del gruppo di lavoro per il governo delle liste d'attesa | Linee di indirizzo | giugno 2022 |
| 2 | Monitoraggio del corretto funzionamento dei CUP aziendali | Linee di indirizzo e protocolli | Settembre 2022 |
| 3 | Formazione dei referenti aziendali sul corretto uso del protocollo operativo e sull'elaborazione dei <i>report</i> previsti | n. di referenti formati /totale referenti (%) | marzo 2023 |
| 4 | Definizione di linee guida uniformi per i n. 3 CUP di Area | DCA | giugno 2023 |
| 5 | Definizione agende suddivise per classi di priorità | DCA | giugno 2022 |
| 6 | Definizione agende dedicate per pazienti presi in carico dalla struttura | DCA | giugno 2022 |
| 7 | Servizi on-line per il cittadino | Linee di indirizzo | Dicembre 2022 |
| 8 | Formazione dei referenti aziendali per l'utilizzo del modello RAO | n. di referenti formati (% su totale) | dicembre 2023 |
| 9 | Attuazione DCA n. 13/2022 | relazione | dicembre 2022 |

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

18. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Stato di attuazione

È stata approvata con DCA n. 20/2022 la Riorganizzazione dell'attività regionale di gestione del rischio clinico, che disciplina il nuovo modello organizzativo del Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico, in coerenza con le indicazioni della Legge n. 24/2017. Il Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico esercita funzioni di indirizzo e controllo sulle attività di Governo clinico, qualità e risk management, interfacciandosi con l'Osservatorio nazionale delle Buone

Pratiche. Il Centro coordina le Unità Operative di Rischio Clinico delle Aziende Sanitarie e tutte le strutture private accreditate nell'attuazione delle norme relative al rischio clinico e nell'implementazione delle migliori pratiche per la prevenzione dei rischi e degli eventi avversi nonché nella raccolta e nell'analisi dei dati relativi agli eventi avversi, agli eventi sentinella, agli eventi senza danno e al contenzioso.

Nello specifico, il Centro procede ad analisi e feedback annuale sul monitoraggio aziendale:

mappatura dei rischi, analisi cartelle cliniche, qualità dell'informazione e consenso informato, applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e dei relativi sistemi di monitoraggio, segnalazione e gestione degli eventi sentinella e segnalazione spontanea degli eventi avversi (incident reporting), prevenzione delle cadute e delle lesioni da decubito, controllo delle infezioni, controllo del dolore, sicurezza del percorso operatorio, sicurezza del farmaco, monitoraggio piani di formazione aziendali, regolamenti e piani aziendali di rischio clinico per gli adempimenti LEA e legge 24/2017, nonché gli obiettivi aziendali e regionali.

Il Centro si basa su due specifici organismi regionali consultivi, di controllo e di feedback, previsti nel citato DCA, ovvero:

1. il Comitato regionale analisi e valutazione degli eventi (C.A.V.E.) che provvede all'analisi, controllo e feedback degli eventi sentinella, ma anche di gravi criticità o di eventi avversi seri, qualunque sia la fonte informativa, con lo scopo principale di ricavare informazioni utili per la qualificazione e la stratificazione dei rischi, di fornire indicazioni circa le azioni correttive o i piani di miglioramento e l'applicazione di metodologie dedicate e adatte al contenimento dei rischi;

2. il Comitato regionale valutazione sinistri (Co.Re.Va.Si.) che ha il compito principale di rilevare a livello regionale le informazioni relative alle denunce dei sinistri trasmesse dalle aziende sanitarie, in modo da elaborare una mappatura regionale dei rischi e dei sinistri, espletare funzioni di indirizzo operativo e gestionale rispetto ai comitati di valutazione sinistri aziendali, nonché uniformare le procedure di gestione tecnico-amministrative e fornire indicazioni dei rischi incidenti sulla sicurezza delle cure. Si rimanda a successivo atto il regolamento per la gestione diretta dei sinistri.

Gli organismi regionali forniranno le informazioni utili per implementare un sistema informatizzato che colleghi in rete tutte le aziende sanitarie, al fine di effettuare:

- Il monitoraggio dei flussi di segnalazione degli eventi sentinella
- Il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali
- Il monitoraggio dei sinistri
- Il monitoraggio degli eventi avversi.

Dalle analisi periodiche dei dati scaturisce il programma formativo annuale degli operatori e saranno stabiliti gli indicatori per la verifica delle singole realtà aziendali.

Con il medesimo DCA è stato approvato anche il documento che regola le attività di gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie private accreditate, ribadendo gli obblighi e fornendo alle stesse indirizzi univoci per la strutturazione delle attività di governo clinico nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia clinico-assistenziale.

Obiettivi

- Avviare l'attività del nuovo Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico, attraverso l'istituzione dei due organismi regionali consultivi.

- Aggiornare e regolamentare il flusso informativo dei dati relativi ai sinistri, favorendo, tramite piattaforme informatiche integrate, la trasmissione e la condivisione delle informazioni tra il livello aziendale e quello regionale, al fine di elaborare una mappatura regionale dei rischi e dei sinistri.
- Avviare e monitorare l'attività di rischio clinico nelle strutture private accreditate.
- Monitorare la qualità della documentazione sanitaria.
- Coordinare le azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico con quelle di prevenzione e gestione del rischio infettivo.

Azioni

- Costituire il Comitato regionale analisi e valutazione degli eventi ed il Comitato regionale valutazione sinistri.
- Redigere il Regolamento relativo al flusso informativo dei dati relativi ai sinistri tra livello aziendale e livello regionale.
- Monitorare l'attività di rischio clinico nelle strutture private accreditate, costruendo una rete di input/output fra la struttura sanitaria privata e l'azienda sanitaria territorialmente competente e favorendo attività di cooperazione e condivisione attraverso feedback continuativi, al fine di assicurare processi di sicurezza delle cure.
- Monitorare la qualità della documentazione sanitaria attraverso modelli operativi regionali, al fine di identificare rischi ed esposizione medico-legale e uniformare le procedure su tutto il territorio regionale.
- Coordinare le azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico con quelle di prevenzione e gestione del rischio infettivo e supportare l'implementazione delle azioni previste dai piani nazionali come il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR).

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|------------------------------|---------------|
| 1 | Costituire il Comitato regionale analisi e valutazione degli eventi e il Comitato regionale valutazione sinistri | Decreto | Ottobre 2022 |
| 2 | Redigere il Regolamento per la gestione diretta dei sinistri | Decreto | Dicembre 2022 |
| 3 | Monitorare l'attività di rischio clinico nelle strutture private accreditate | Report verifica annuale | Marzo 2023 |
| 4 | Monitorare la qualità della documentazione sanitaria attraverso modelli operativi regionali, al fine di uniformare le procedure su tutto il territorio regionale | Linee di indirizzo regionali | Dicembre 2022 |
| 5 | Coordinare le azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico con quelle di prevenzione e gestione del rischio infettivo | Report aziendali | Marzo 2023 |

19. GESTIONE PAGAMENTI

19.1 Programmazione, gestione dei pagamenti del SSR e monitoraggio dei tempi di pagamento corrente

Stato di attuazione

La Regione Calabria presenta ancora delle criticità sui tempi di pagamento, come evidenziato dall'ITP (Indicatore di Tempestività dei Pagamenti). Il fenomeno dei ritardi dei pagamenti è presente in tutte le Aziende con situazioni di estrema criticità in alcune Aziende Sanitarie (ASP Crotona, ASP Catanzaro, ASP Reggio Calabria, AO Catanzaro, AOU Mater Domini, etc.).

Il ritardo nei pagamenti è dovuto a specifiche criticità:

- La presenza di un elevato contenzioso e in alcune Aziende della presenza di assegnazioni giudiziarie/pignoramenti, che hanno determinato pagamenti forzosi da parte dell'Istituto Tesoriere non ancora regolarizzate da parte delle Aziende sanitarie. Tale situazione determina l'incapacità di alcune Aziende di procedere ai pagamenti delle situazioni debitorie pregresse.
- Risorse finanziarie correnti (risorse FSR) non sufficienti, anche in termini di disponibilità, a far fronte ai debiti correnti, per assorbimento delle stesse per i pagamenti della gestione straordinaria (soprattutto sopravvenienze passive per debito pregresso) e per il pagamento degli interessi passivi generati dai ritardati pagamenti; nonché dalla presenza dei pignoramenti della cassa presso il Tesoriere delle Aziende sanitarie, rendendo tali risorse di fatto non disponibili.
- Difficoltà delle Aziende sanitarie ad effettuare una programmazione mensile coerente con le risorse correnti per la gestione dei pagamenti.
- Difficoltà connesse al processo di liquidazione delle fatture, in parte riconducibili alla frequente mancata individuazione relativamente ai singoli contratti del Direttore Esecuzione Contratto (DEC) e del responsabile unico del procedimento (RUP);

Nell'anno 2020, la Regione ha avviato il percorso di monitoraggio dei pagamenti da parte delle Aziende sanitarie. Nello specifico con nota n. 14449 del 15 gennaio 2020 è stata avviata la "rilevazione situazione del debito commerciale al 31/12/2019 ed istituito il flusso mensile dei pagamenti, al fine di verificare l'andamento del debito commerciale aperto e le fattispecie (categorie di fornitori) oggetto dei pagamenti periodici. La Regione ha avviato di conseguenza la raccolta dei flussi mensili dei pagamenti ed il monitoraggio degli stessi, che è risultato possibile ad eccezione di alcune aziende che non hanno trasmesso puntualmente il flusso mensile dei pagamenti. Fermo restando la necessità di addivenire alla risoluzione delle criticità connesse alla gestione del pregresso e soprattutto del contenzioso in essere, la cui trattazione è rimandata allo specifico capitolo "Gestione del Contenzioso e del Debito pregresso", nel presente capitolo si individueranno le azioni da porre in essere per migliorare la programmazione delle risorse del SSR e l'utilizzo omogeneo ed efficace delle stesse da parte delle Aziende sanitarie.

A fronte delle criticità sopra riportate, si pone la necessità di garantire a livello regionale una programmazione dell'utilizzo delle risorse correnti e a cascata da parte delle Aziende sanitarie al fine di limitare i ritardi nei pagamenti.

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|---|---|--------------------------|
| 1 | Ricognizione mensile utilizzo risorse per pagamenti | Flusso mensile per Azienda | Mensile |
| 2 | Alimentazione DB regionale | Alimentazione DB | Mensile |
| 3 | Programmazione regionale del FSR | 1. Adozione DCA 2. Riparto e decreti rimesse | 1. Annuale 2. Mensile |
| 4 | Monitoraggio mensile dei pagamenti | Report mensile | Mensile |

In riferimento alle criticità connesse alla liquidazione delle fatture, si rende necessario, coerentemente con quanto previsto nel capitolo 19 “Percorso di Certificabilità dei Bilanci” del P.O. 2022-2023, adottare delle linee guida sull’acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari al fine di ottimizzare la procedura amministrativo contabile del ciclo passivo ed impattare positivamente sulla gestione dei pagamenti.

Preliminarmente le Aziende dovranno effettuare una ricognizione sui contratti in essere, al fine di verificare la designazione dei DEC e dei RUP per ogni singolo contratto.

Inoltre, al fine di favorire l’individuazione dei RUP/DEC si dovranno adottare dei regolamenti aziendali, sulla base delle linee guida regionali, e della normativa in tema di appalti pubblici D.Lgs 50/2016.

Parallelamente, il Sistema informativo regionale (Sec-Sisr) dovrà consentire, successivamente alla ricezione della fattura e alla sua registrazione sul sistema contabile, per il tramite di uno dei seguenti parametri: CIG, n° ordine, contratto, lo smistamento immediato della stessa sulla “scrivania virtuale” del DEC e del RUP.

Le linee guida regionali, rientranti nel Percorso di certificabilità dei bilanci, dovranno stabilire che Il processo di liquidazione prevederà due differenti fasi ed in particolare una fase tecnica seguita da quella amministrativa che dovranno completarsi entro 60 giorni al fine di consentire il rispetto dei tempi di pagamento.

Inoltre, coerentemente con quanto previsto nel capitolo 19 “Percorso di Certificabilità dei Bilanci” del P.O. 2022-2023, la Regione intende formalizzare l’adozione di linee guida sull’acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari al fine di ottimizzare la procedura amministrativo contabile sul ciclo passivo ed impattare positivamente sulla gestione dei pagamenti. A seguito le Aziende dovranno adottare la propria procedura, il cui monitoraggio avverrà sulla base di quanto previsto nel paragrafo denominato “Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC”.

A partire dall’anno 2022, la Regione prevede di avviare un ulteriore monitoraggio sull’indicatore di tempestività dei pagamenti basato sui flussi dell’esercizio della sola gestione corrente e che, pertanto, non risulti inficiato dalle partite debitorie pregresse. La finalità è di ottenere degli indicatori realmente rappresentativi dei tempi di pagamento delle Aziende del SSR al netto del contenzioso e del debito pregresso ancora aperto.

Le Aziende, inoltre, dovranno individuare un referente che monitori l’andamento dell’ITP aziendale nel rispetto della tempistica del processo di liquidazione descritta nelle linee guida regionali.

In riferimento al personale da dedicare alla gestione dei pagamenti, si evidenzia che le Aziende hanno avviato le procedure previste ai sensi del D.L. 146/2021 c. 16 septies lett.b) al fine del reclutamento delle unità lavorative da dedicare al processo di controllo, liquidazione e pagamento delle fatture, sia per la gestione corrente che per il pregresso, previa circolarizzazione obbligatoria dei fornitori sul debito iscritto fino al 31 dicembre 2020. In particolare le Aziende sono autorizzate a reclutare, sulla base dei fabbisogni di personale valutati e approvati dal commissario ad acta, fino a 5 unità di personale non dirigenziale, categoria D, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato di durata non superiore a trentasei mesi, esperte nelle predette procedure e dotate dei previsti requisiti formativi. Tutte le aziende hanno quasi completato le procedure di reclutamento di dette unità e due delle aziende regionali utilizzeranno per l'assunzione di detti operatori le graduatorie delle altre aziende

Infine, un ulteriore monitoraggio dovrà riguardare l'intensificazione dell'utilizzo della PCC da parte delle Aziende con un report attestante la riconciliazione tra importo dovuto (al netto delle sospensioni per contestazioni, contenzioso, etc) e importo comunicato dall'Azienda nonché tra debito scaduto e rilevazione in Co.ge della voce debiti v/fornitori.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---|---------------|
| 1 | Ricognizione DEC e RUP dei contratti in essere | Report | Ottobre 2022 |
| 2 | Adeguamento Sistema informativo regionale (Sec-Sisr) relativamente allo smistamento delle fatture a DEC/RUP | Report | Ottobre 2022 |
| 3 | Individuazione da parte delle Aziende del SSR di un referente preposto al monitoraggio dell'ITP e del rispetto della tempistica del processo di liquidazione descritta nelle linee guida regionali | Delibera aziendale | Ottobre 2022 |
| 4 | Adozione linee guida regionali su ciclo passivo (PAC) con particolare riferimento al processo di liquidazione. | Adozione DCA | Dicembre 2022 |
| 5 | Verifica dell'adozione della procedura aziendale del ciclo passivo sulla base delle linee guida regionali (si rinvia al paragrafo "Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC" di cui al capitolo 19). | Delibera aziendale | Gennaio 2023 |
| 6 | Monitoraggio ITP trimestrale | Calcolo e pubblicazione ITP per Azienda sanitaria | Trimestrale |
| 7 | Monitoraggio sull'indicatore di tempestività dei pagamenti basato sui flussi dell'esercizio della sola gestione corrente (al netto del contenzioso) e che, pertanto, non risulti inficiato dalle partite debitorie pregresse | ITP | Trimestrale |
| 8 | Monitoraggio dati PCC | Report | Trimestrale |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Amministrativi pro tempore delle ASP, AO e AOU;

Responsabili Settore Economico Finanziario aziendali.

20. PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI

20.1 Attuazione delle azioni previste dall'ultimo decreto del PAC, da parte delle Aziende sanitarie

Stato di attuazione

La Regione Calabria, con DPGR-CA n. 96 del 04.07.2013 ha approvato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci sanitari della Regione Calabria, recante gli obiettivi e le relative scadenze indicate nella griglia redatta ai sensi del DM 1.3.2013, articolata nelle parti: Requisiti generali, Requisiti Ciclo Attivo, Requisiti Ciclo Passivo e corredata dalla Relazione di accompagnamento ai sensi dell'art. 3 del Decreto interministeriale del 17/9/2012.

Con il DCA n. 5 del 01/04/2015 sono state recepite le prescrizioni ministeriali al PAC regionale approvato con DPGR-CA 96/2013, indicate nell'allegato al verbale del Tavolo di Verifica congiunto concernente le riunioni del 28 ottobre e del 12 novembre 2014; con il DCA n. 93 del 14.09.2015 sono state recepite dalla Struttura Commissariale, con un atto formale richiesto dal Tavolo e Comitato nel verbale del 23/07/2015, le ulteriori raccomandazioni/prescrizioni.

Con il DCA n. 33 del 08/03/2016, a seguito dell'attività di ricognizione delle procedure in uso presso le Aziende del SSR e coerentemente con quanto previsto dal PAC regionale, sono state approvate le Procedure Amministrativo Contabili relative a: Gestione del Ciclo Attivo, Gestione del Personale, Gestione Magazzino, Gestione del Patrimonio, Gestione Inventari, Gestione della Mobilità Sanitaria e delle Partite infragruppo, Gestione del Contenzioso, Gestione delle Rilevazione Numerarie, Gestione Chiusure Contabili.

Con il DDG n. 5946 del 07/07/2017, si è proceduto ad affidare al Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) l'organizzazione di un percorso di formazione, strutturato in quattro moduli (Magazzino, Immobilizzazioni e Patrimonio netto, Ciclo Passivo e Ciclo attivo), avente la finalità di supportare le Aziende del SSR nello sviluppo delle competenze necessarie per l'implementazione delle procedure amministrativo-contabili, con relativa verifica finale.

Con il DCA n. 212 del 5/11/2018 avente ad oggetto "Obiettivo 3.1 del P.O. 2016-2018 - Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci delle aziende del SSR - Rideterminazione del cronoprogramma del PAC regionale adottato con DPGR-CA n. 96/2013" si è proceduto ad approvare, sulla base delle delibere aziendali di rimodulazione dei PAC, la griglia attestante la riprogrammazione del Percorso attuativo di Certificabilità delle Aziende Sanitarie, indicando quale scadenza ultima per il raggiungimento degli obiettivi quella del 31/12/2019.

Con il DCA n. 68 del 19/03/2020, a seguito delle numerose criticità rilevate nell'implementazione delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC, si è proceduto ad

un'ulteriore riprogrammazione del Percorso Attuativo della Certificabilità indicando quale scadenza ultima per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC quella del 31/12/2021.

Nel corso dell'attività di monitoraggio sullo stato di avanzamento del PAC è emersa la necessità di rivedere ed aggiornare alcune procedure amministrativo-contabili, di cui al già citato DCA n. 33/2016, oltre che di procedere all'adozione di procedure ancora non oggetto di approvazione regionale.

Con il suindicato DCA n. 68/2020 si è dato atto che la Regione Calabria, nell'ambito del contratto stipulato con l'RTI "KPMG Advisory S.p.A. - Università Commerciale Luigi Bocconi" per i servizi di Advisory contabile, si sarebbe avvalsa del supporto dell'Università Bocconi per quanto riguarda la formazione del personale delle Aziende del SSR e la verifica dei risultati raggiunti oltre che nella predisposizione e l'aggiornamento di linee guida e/o direttive e/o manuali operativi aventi a oggetto le procedure contabili, le procedure di revisione e le procedure di consolidamento dei conti al fine di garantire il miglioramento del processo di formazione e analisi delle informazioni contabili del SSR.

A partire da aprile 2020, pertanto, è stata avviata un'attività formativa, realizzata attraverso corsi FAD, individuando quali destinatari le figure professionali che svolgono attività a rilevanza contabile all'interno delle Aziende del SSR (es. magazzino, personale, gestione immobilizzazioni e ordini) e i Collegi Sindacali Aziendali (interlocutori fondamentali nelle revisioni limitate previste dal PAC).

La suddetta attività formativa ha riguardato le seguenti procedure amministrativo-contabili:

- gestione del magazzino farmaceutico;
- distribuzione per conto dei farmaci A-PHT;
- gestione delle attrezzature sanitarie;
- acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari (ciclo passivo);

I corsi FAD, aventi ad oggetto le sopracitate procedure amministrativo-contabili del magazzino farmaceutico, della distribuzione per conto dei farmaci A-PHT e della gestione delle attrezzature sanitarie, si sono conclusi con due giornate formative presso la Cittadella Regionale nell'ambito delle quali, alla presenza dei rappresentanti di tutte le Aziende del SSR, sono state discusse le linee guida regionali.

Le suddette linee guida regionali saranno oggetto di approvazione con decreto commissariale e ciascuna Azienda, nell'ambito dei controlli descritti dalle medesime linee guida, dovrà adottare, entro un termine stabilito, la propria procedura amministrativo contabile aziendale.

Con nota prot. 283286 del 22/06/2021, la Struttura Commissariale, di concerto con il Dipartimento regionale, ha richiesto alle Aziende di relazionare in merito allo stato di implementazione delle Aziende del SSR. Si rappresentano, nella tabella sottostante, in modo sintetico gli esiti della ricognizione.

| Percorso di certificabilità dei bilanci – Nota prot. n. 283286 del 22/06/2021 - Stato di avanzamento | |
|---|--|
| 201 – ASP CS | <p>Gestione del patrimonio. L'Azienda ha comunicato che è prossima l'attivazione del servizio di ricognizione fisica straordinaria del patrimonio aziendale aggiudicato definitivamente con atto deliberativo n. 523/2020.</p> <p>Gestione del contenzioso. L'Azienda comunica di aver proceduto a rilevare le informazioni principali relative al processo di "<i>Gestione del fondo rischi ed oneri per contenzioso</i>". Con delibera n. 1180/2021 l'Azienda ha approvato lo schema relativo alla ricognizione del contenzioso adeguandosi a quanto previsto nella procedura della gestione del contenzioso approvata con DCA n. 33/2016. L'Azienda, inoltre, dichiara di aver prodotto, per il tramite dello schema sopraindicato, gli elenchi del contenzioso</p> |

| | |
|---------------------|---|
| | <p>pendente e definito alla data del 31/12/2020 seppur con dati ancora parziali.</p> <p>Gestione del ciclo attivo, gestione della mobilità sanitaria e partite infragruppo, gestione delle rilevazioni numerarie, gestione chiusure contabili. L'Azienda dichiara di non essere in grado ad effettuare tutti i controlli previsti dalle procedure del PAC a causa della carenza di personale amministrativo.</p> <p>Gestione del personale. L'Azienda, in riferimento alla procedura di "Gestione del personale" adottata con DCA n.33/2016, rappresenta delle criticità relativamente alle rilevazioni di profilo giuridico ed economico del personale dipendente e convenzionato.</p> |
| 202 – ASP KR | L'Azienda ha trasmesso una relazione nella quale dettaglia lo stato dell'arte, in modo analitico per singola azione prevista dal PAC. Pur avendo avviato le procedure amministrativo contabili di cui al DCA n. 33/2016, l'Azienda dichiara la presenza di criticità connesse all'implementazione del sistema informativo regionale Sec Sistr, che ha rallentato l'attuazione del percorso di certificabilità. L'Azienda, inoltre, ha proceduto ad individuare i responsabili delle singole procedure. |
| 203 – ASP CZ | L'Azienda, nell'attuazione del percorso attuativo della certificabilità, ha rilevato delle criticità connesse alle seguenti procedure: gestione magazzino, circolarizzazione crediti, valutazione crediti e debiti, gestione cassa e tesoreria, approvvigionamento beni e servizi sanitari e non sanitari, trattamento economico del personale. |
| 204 – ASP VV | Dalla relazione trasmessa si evince principalmente l'avvio azioni di tipo ricognitivo e di rilevazioni delle criticità delle procedure in essere. In riferimento all'implementazione della contabilità analitica, l'Azienda comunica di aver proceduto ad individuare un esperto esterno. |
| 205 – ASP RC | L'Azienda ha fornito una relazione analitica per singolo obiettivo del PAC. Si rileva l'avvio delle azioni previste pur evidenziando il grave ritardo connesso all'implementazione del Sec-Sistr, il cui passaggio non è ancora completato e che richiede ancora tempi lunghi. Il suddetto passaggio comporterà inevitabilmente la necessità della revisione delle procedure in uso. |
| 912 – AO CS | Nel cronoprogramma relativo alle azioni previste dal PAC, l'Azienda rappresenta delle criticità connesse alle procedure del patrimonio, piano degli investimenti e trattamento economico del personale. |
| 913 – AO CZ | L'Azienda comunica che si stanno valutando gli esiti delle verifiche sullo stato di implementazione di alcune delle procedure amministrativo-contabili al fine di procedere ad una revisione delle stesse. |
| 914 –AOU MD | L'Azienda, nella nota trasmessa, dichiara di aver adottato un nuovo regolamento sulla contabilità analitica e sul percorso di budget. Non si evincono ulteriori attività riferite all'implementazione del PAC. |
| 915 – AO RC | Con DCA n. 212 del 5/11/2018 la Regione prendeva atto del conseguimento da parte dell'Azienda degli obiettivi previsti dal PAC. |

Successivamente si procederà ad una ricognizione sullo stato di attuazione del Percorso di Certificabilità dei Bilanci alla data del 31/12/2021, che condurrà ad una riprogrammazione del PAC con annessa rimodulazione delle scadenze (previste dal DCA 68/2020) relative all'implementazione delle azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi.

La Regione, nell'ambito delle procedure già adottate con DCA n.33/2016 ed oggetto di revisione, coerentemente con il programma 6 "Gestione del Contenzioso" del presente P.O. 2022-2024, si focalizzerà sulla procedura del contenzioso con particolare riferimento all'aspetto del regolarizzo contabile dei pignoramenti e delle assegnazioni giudiziarie nonché sulla procedura della circolarizzazione del debito pregresso.

Sono in corso attività di messa a punto dei regolamenti aziendali inerenti il "ciclo passivo" con particolare attenzione al processo di "liquidazione tecnica" e attestazione di reso servizio in termini qualitativi e quantitativi.

Entro gennaio 2023, sarà convocato un tavolo tecnico alla presenza dei Direttori Amministrativi, soggetti responsabili dei PAC Aziendali, con la finalità di verificare l'adeguamento delle procedure amministrativo contabili che sono state oggetto di integrazioni e verificarne lo stato di adozione.

A seguito del tavolo tecnico saranno avviati percorsi di formazione in modalità FAD e/o incontri con il personale Aziendale afferente alle aree di attività coinvolte dalle singole procedure.

A conclusione dell'attività di revisione delle procedure già adottate e della definizione delle procedure previste dal PAC e non ancora esitate, sarà adottato un nuovo provvedimento commissariale inerente le procedure amministrativo contabili.

Obiettivi

La Regione si pone i seguenti obiettivi:

Aggiornamento delle linee guida regionali inerenti le procedure amministrativo contabili.

- Adozione del DCA di approvazione delle linee guida sulle procedure amministrativo contabili (gestione del magazzino farmaceutico, distribuzione per conto dei farmaci A-PHT, gestione delle attrezzature sanitarie, acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari - ciclo passivo);
- L'adozione di un nuovo DCA con rimodulazione delle scadenze, condivise con tutte le Aziende del SSR e in relazione allo stato di attuazione di ciascuna Azienda.
- Adozione delle linee guida regionali ed implementazione, da parte delle Aziende, della relativa procedura amministrativo-contabile sulla "gestione contenzioso".
- Adozione della procedura amministrativo-contabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) con contestuale aggiornamento delle linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della Gestione Sanitaria Accentrata (Dec. n. 16670 del 30/12/20214).
- La conclusione del Percorso di Certificabilità dei Bilanci da parte delle Aziende del SSR entro il 31 dicembre 2024.

Azioni

- Adozione del DCA di approvazione delle linee guida sulle procedure amministrativo contabili, già oggetto di confronto con i referenti aziendali
- Ricognizione dello stato di attuazione dei PAC aziendali alla data del 31 dicembre 2021.
- Adozione del DCA con rimodulazione delle scadenze.
- Adozione linee guida regionali sulla "gestione contenzioso".
- Tavolo tecnico con i Direttori Amministrativi delle Aziende, Responsabili dei PAC Aziendali, al fine di individuare le procedure amministrativo contabili oggetto di aggiornamento.
- Avvio percorso di formazione in presenza o in modalità FAD su procedure amministrativo-contabili e/o incontri con referenti aziendali su singole procedure.
- Adozione DCA aggiornamento linee guida procedure amministrativo contabili.

Le azioni, qui descritte saranno armonizzate con l'accordo di programma quadro, già richiamato nel paragrafo 4 del presente documento denominato "Gestione contenzioso e riconciliazione del debito pregresso", che prevede delle attività di accompagnamento alla certificabilità dei bilanci.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

| Numero | Azione | Indicatore | Tempistica |
|--------|--|---------------------------------|---|
| 1 | Adozione DCA aggiornamento linee guida procedure amministrativo contabili | DCA | Dicembre 2022 |
| 2 | Ricognizione stato attuazione PAC | Relazione su attuazione | Novembre 2022 |
| 3 | Adozione linee guida regionali sulla "gestione contenzioso" e sulla circolarizzazione del debito pregresso | DCA | Dicembre 2022 |
| 4 | Adozione DCA rimodulazione PAC (GSA) | DCA | Dicembre 2022 |
| 5 | Tavolo tecnico con i Direttori Amministrativi delle Aziende, Responsabili dei PAC Aziendali, al fine di individuare le procedure amministrativo contabili oggetto di aggiornamento | Verbale incontro | Maggio 2023 |
| 6 | Adozione della procedura amministrativo-contabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) /Azienda Zero con contestuale aggiornamento delle linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della Gestione Sanitaria Accentrata (Dec. n. 16670 del 30/12/20214). | DCA | Settembre 2023 |
| 7 | Avvio percorso di formazione in presenza o in modalità FAD su procedure amministrativo-contabili e/o incontri con referenti aziendali su singole procedure | Definizione calendario incontri | Novembre 2023 |
| 8 | Adozione DCA aggiornamento linee guida procedure amministrativo contabili | DCA | Gennaio 2024 |
| 9 | Verifica sulla corretta implementazione delle procedure amministrativo-contabili e sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC | Verbali | Periodica con ultima verifica a Dicembre 2024 |

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio"-.

Strutture regionali/Azienda Zero/Strutture aziendali a supporto

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU.

Settore n. 1 "Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario".

Collegi Sindacali Aziendali e Organo di revisione regionale.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il cronoprogramma riportato costituisce gli obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

20.2 Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC

Stato di Attuazione

Al fine di realizzare gli obiettivi indicati nel PAC regionale, la Regione prevede di attivare un sistema di monitoraggio periodico relativo alle azioni poste in essere dalle Aziende e ai risultati conseguiti, in relazione alle tempistiche previste dal PAC adottato.

A tal fine, in ottemperanza al DPGR n. 96/2013, sono stati individuati, quali Responsabili del PAC, i direttori amministrativi pro-tempore di ciascuna Azienda.

In relazione alla coerenza delle azioni del PAC è necessario implementare le attività di monitoraggio a livello regionale ed al livello aziendale.

Tale implementazione prevedrà una verifica periodica e ciclica delle procedure approvate dalla Regione e dalle Aziende attraverso strumenti di autovalutazione elaborati a livello regionale, condivisi con i Collegi sindacali aziendali e somministrati alle aziende.

Obiettivo

Obiettivo principale del monitoraggio trimestrale è quello di garantire il raggiungimento degli obiettivi indicati nei PAC da ciascuna Azienda e nei tempi stabiliti in ciascun percorso aziendale nonché di verificare periodicamente il funzionamento e l'adeguatezza delle procedure approvate.

Azioni

Elaborazione di check list di verifica sulle procedure regionali ed aziendali attraverso gruppi di lavoro appositamente costituiti.

Condivisione delle check list con i Collegi Sindacali.

Somministrazione alle aziende delle check list e loro compilazione.

Individuazione da parte delle aziende degli interventi correttivi al fine di ottemperare alle criticità emerse nella redazione delle check list.

Espressione di pareri da parte dei collegi sindacali sulla check list e sull'applicazione delle procedure amministrativo contabili (revisioni limitate)

Analisi regionale dei risultati delle check list aziendali, dei pareri dei collegi sindacali e dei correttivi adottati.

Assunzione di eventuali provvedimenti conseguenti.

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio".

Azienda Zero

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU.

Collegi Sindacali Aziendali e Organo di revisione regionale.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il crono programma riportato costituiscono obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

21. TENDENZIALE PROGRAMMATICO 2022-2025

TENDENZIALE PROGRAMMATICO 2022-2025

Il Tendenziale 2022-2025 è stato costruito sulla base dei dati del CE IV trimestre 2021 e tenendo conto degli andamenti rilevati nell'anno 2020 e negli anni precedenti, al fine di considerare anche la gestione del SSR degli anni pre pandemia da COVID-19. L'elaborazione del Tendenziale per gli anni 2022-2025 prende in considerazione le dinamiche economiche realizzate nel periodo 2019-2021, oltre che i fattori macroeconomici di riferimento che, seppur in maniera esogena, influenzano l'andamento dei ricavi e la crescita della spesa.

Il Programmatico è stato definito sulla base delle stime degli impatti economici dei singoli interventi previsti all'interno del presente documento programmatico. Va evidenziato, che la costruzione economica tiene conto anche di quanto previsto dal Decreto-legge 150/2020, dalla Legge di Bilancio 2022 e dalla situazione riconducibile all'emergenza COVID-19.

Al fine di attuare un confronto con i documenti di Verifica Trimestrale e le Relazioni economiche-sanitarie trimestrali, nel Tendenziale e Programmatico, viene adoperata la rappresentazione nella riclassifica adottata nei suddetti documenti.

Sempre ai fini di un migliore confronto con i documenti di Verifica Trimestrale e Relazioni economiche-sanitarie trimestrali si evidenzia che anche le successive tabelle del presente documento seguiranno la riclassifica di seguito esposta.

Nell'allegato 1 "Modello CE" si presenta il prospetto con il dettaglio delle singole voci di conto economico.

Costruzione del Tendenziale e Programmatico e impatto delle manovre

Il tendenziale 2022-2025 della Regione Calabria è stato costruito a partire dai valori del CE IV trimestre 2021 e delle informazioni desumibili dalla gestione e andamento dei costi degli anni precedenti al 2021. Inoltre, si è tenuto conto dell'incremento del fondo sanitario come previsto dalla Legge di Bilancio 2022 n. 234/2021.

Di seguito si riporta la sintesi del tendenziale e programmatico 2022-2025.

| CE | Descrizione CE | Consuntivo 2018 | Consuntivo 2019 | Consuntivo 2020 | IV trim 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 |
|-----------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | A | B | C | F | G | H | I | J | K | L | M | N |
| A1 | Contributi F.S.R. | 3.566.900 | 3.598.243 | 3.760.829 | 3.767.493 | 3.899.130 | 3.953.666 | 4.020.202 | 4.020.202 | 3.899.130 | 3.953.666 | 4.020.202 | 4.020.202 |
| A2 | Saldo Mobilità | (321.623) | (286.835) | (291.261) | (245.939) | - | (242.140) | (242.140) | (242.140) | - | (217.140) | (202.140) | (192.140) |
| A3 | Entrate Proprie | 125.460 | 148.941 | 140.341 | 200.115 | 145.462 | 145.462 | 145.462 | 143.727 | 197.738 | 166.738 | 163.738 | 169.003 |
| A4 | Saldo Intramoenia | 1.883 | 1.266 | 832 | 1.579 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 |
| A5 | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | (5.264) | (17.555) | (17.967) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) |
| A | Totale Ricavi Netti | 3.367.355 | 3.444.060 | 3.592.775 | 3.703.916 | 4.026.685 | 3.839.081 | 3.905.617 | 3.903.882 | 4.078.960 | 3.885.357 | 3.963.893 | 3.979.158 |
| B1 | Personale | 1.124.752 | 1.126.718 | 1.120.089 | 1.150.939 | 1.135.822 | 1.135.822 | 1.135.822 | 1.135.822 | 1.150.937 | 1.164.034 | 1.192.410 | 1.238.247 |
| B2 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 430.335 | 452.867 | 453.771 | 473.855 | 482.288 | 491.313 | 501.109 | 511.923 | 489.028 | 503.453 | 529.952 | 531.774 |
| B3 | Altri Beni E Servizi | 604.344 | 597.096 | 592.563 | 620.304 | 640.537 | 651.252 | 658.854 | 664.872 | 639.853 | 653.861 | 666.397 | 669.992 |
| B4 | Ammortamenti E Costi Capitalizzati | 6.099 | 6.353 | 5.243 | 4.925 | 5.243 | 5.243 | 5.243 | 5.243 | 5.243 | 5.243 | 5.243 | 5.243 |
| B5 | Accantonamenti | 94.038 | 100.271 | 253.761 | 191.550 | 265.498 | 279.925 | 299.353 | 274.988 | 461.854 | 247.557 | 262.165 | 226.763 |
| B6 | Variazione Rimanenze | - 7.930 | - 3.648 | - 8.937 | - 9.189 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| B | Totale Costi Interni | 2.251.636 | 2.279.658 | 2.416.490 | 2.432.383 | 2.529.387 | 2.563.554 | 2.600.380 | 2.592.848 | 2.746.915 | 2.574.148 | 2.656.166 | 2.672.020 |
| C1 | Medicina Di Base | 248.794 | 247.843 | 250.257 | 258.305 | 258.305 | 258.305 | 258.305 | 258.305 | 261.905 | 262.705 | 263.505 | 263.505 |
| C2 | Farmaceutica Convenzionata | 290.389 | 289.867 | 279.392 | 282.063 | 282.063 | 282.063 | 282.063 | 282.063 | 282.063 | 270.729 | 270.729 | 267.729 |
| C3 | Prestazioni Da Privato | 628.714 | 632.985 | 579.746 | 604.734 | 649.934 | 649.934 | 649.934 | 649.934 | 687.406 | 681.875 | 681.875 | 681.875 |
| C | Totale Costi Esterni | 1.167.897 | 1.170.694 | 1.109.396 | 1.145.103 | 1.190.303 | 1.190.303 | 1.190.303 | 1.190.303 | 1.231.375 | 1.215.310 | 1.216.110 | 1.213.110 |
| D | Totale Costi Operativi (B+C) | 3.419.533 | 3.450.352 | 3.525.885 | 3.577.486 | 3.719.690 | 3.753.857 | 3.790.683 | 3.783.151 | 3.978.290 | 3.789.458 | 3.872.276 | 3.885.130 |
| E | Margine Operativo (A-D) | - 52.178 | - 6.293 | 66.889 | 126.430 | 306.995 | 85.224 | 114.934 | 120.731 | 100.671 | 95.899 | 91.617 | 94.028 |
| F1 | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rival.e Sval. Fin. | (130) | (62.736) | (20.971) | (2.742) | (70) | (70) | (70) | (70) | (70) | (70) | (70) | (70) |
| F2 | Saldo Gestione Finanziaria | (48.093) | (59.938) | (30.107) | (20.114) | (20.114) | (20.114) | (20.114) | (20.114) | (20.114) | (14.364) | (8.614) | (7.614) |
| F3 | Oneri Fiscali | 82.221 | 87.109 | 85.619 | 79.901 | 79.065 | 79.065 | 79.065 | 79.065 | 80.002 | 80.813 | 82.572 | 85.414 |
| F4 | Saldo Gestione Straordinaria | 3.169 | - 5.494 | - 51.044 | 2.924 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| F | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | (127.276) | (215.277) | (187.741) | (99.833) | (99.249) | (99.249) | (99.249) | (99.249) | (100.186) | (95.248) | (91.257) | (93.098) |
| G | Risultato Economico (E-F) prima delle coperture | (179.454) | (221.569) | (120.852) | 26.596 | 207.746 | (14.025) | 15.685 | 21.482 | 485 | 651 | 360 | 930 |
| AA0080 | Risorse aggiuntive bilancio regionale a titolo di copertura LEA | 100.355 | 100.355 | 100.355 | 107.889 | 110.485 | 110.485 | 110.485 | 110.485 | 110.485 | 110.485 | 110.485 | 110.485 |
| H | Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA | - 79.099 | - 121.214 | - 20.497 | 134.485 | 318.231 | 96.460 | 126.170 | 131.967 | 110.970 | 111.136 | 110.845 | 111.415 |

Ricavi 2022 - 2025

A1.1 - Contributi in c/esercizio indistinti e A1.2 - Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

I contributi - F.S.R., indistinto e vincolato, iscritti a Tendenziale e Programmatico 2022-2025 tengono conto delle intese per l'anno 2021 e all'incremento del Fondo sanitario previsto dalla Legge di Bilancio 2022.

In riferimento alla voce **AA0030 - Fondo sanitario indistinto**: per gli anni 2022-2025, si è tenuto conto dell'incremento del fondo sanitario regionale, come disposto dalla Legge di Bilancio 2022 n. 234/2021 che prevede, rispetto al 2021, un aumento del FSN di 2 mld per l'anno 2022, di 4 mld per l'anno 2023 e di 6 mld per l'anno 2024. Per l'anno 2025 è stato mantenuto il valore del fondo dell'anno 2024.

Tale incremento nel triennio (2022-2025) è stato determinato considerando la quota di accesso della Regione Calabria pari a circa 3,168% sul Fondo sanitario.

La stima di incremento del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2022 si attesta a circa 51,8 mln/€, per l'anno 2023 a circa 115,1 mln/€, per l'anno 2024 a circa 178,5 mln/€.

Relativamente al Fondo sanitario Vincolato, nella voce **AA0040 - Fondo Sanitario Vincolato**, si è tenuto conto dell'assegnazione delle vincolate per l'anno 2021 pari a complessivi 81,7 mln/€ e degli incrementi previsti dalla Legge di Bilancio 2022 per gli anni 2022-2023. Nello specifico:

- Incremento **Farmaci innovativi** (articolo 1 comma 259): anno 2022 per 100 mln/€; anno 2023 per 200 mln/€, anno 2024 per 300 mln/€ mentre nel 2025 si è inserito lo stesso valore del 2024 in attesa di ulteriori elementi informativi;

Tali incrementi sono stati valorizzati nella voce AA0040 considerando la quota di accesso della Regione Calabria pari a circa 3,168% sul Fondo sanitario.

La Voce **AA0040 - Fondo Sanitario Vincolato** comprende anche il contributo straordinario di **12 mln/€** previsto dall'articolo 1, comma 4-quater dal decreto-legge n. 150/2020.

La voce **AA0040 - Fondo Sanitario Vincolato** comprende anche il **contributo di 60 mln/€** la cui iscrizione è subordinata all'approvazione del programma operativo in oggetto e alla successiva sottoscrizione di uno specifico Accordo tra lo Stato e le Regioni contenente le modalità di erogazione dello stesso, come previsto dall'articolo 6, comma 1, del Decreto legge n.150/2020.

A2 - Saldo mobilità

TENDENZIALE

Il valore del saldo di mobilità per l'anno 2022 tiene conto di quanto disposto dall'articolo 16-septies, comma 2, lettera e), del Decreto legge n. 146/2021 che prevede che non si dia luogo nell'anno 2022 alla compensazione del saldo di mobilità extraregionale, rinviandone la relativa compensazione al futuro (a partire dal 2026 in un arco temporale di 5 anni). Pertanto, il saldo nell'anno 2020 è pari a zero.

Negli anni 2023, 2024 e 2025 è stato stimato un valore del saldo di mobilità pari al saldo del riparto dell'anno 2021. Nello specifico:

- Saldo mobilità in compensazione extra pari a -240,1 mln/€;

- Saldo mobilità internazionale pari a -2 mln/€.

PROGRAMMATICO

Il saldo di mobilità nel Programmatico 2022 è pari a zero come al valore rappresentato nel tendenziale.

Per gli anni 2023, 2024 e 2025, in coerenza con il potenziamento della rete ospedaliera, il conseguente incremento dei Posti Letto e della relativa produzione, nonché in funzione delle azioni da porre in essere per il recupero delle prestazioni in mobilità extra regionale, è prevista una riduzione del saldo di mobilità nella misura di circa 25 mln/€ nell'anno 2023, di circa 40 mln/€ nell'anno 2024 e di circa 50 mln/€ nell'anno 2025.

A tal fine la Regione, come rappresentato al paragrafo 1.4, ha previsto la sottoscrizione degli accordi interregionali di mobilità entro dicembre 2023.

In ragione della riduzione stimata della mobilità passiva extra regione, prudenzialmente è previsto un accantonamento nella voce "Altri accantonamenti rischi".

A3 - Entrate Proprie

TENDENZIALE

La Voce "Entrate Proprie" (Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti, Ulteriori trasferimenti pubblici, Ticket e altre entrate proprie) nel Tendenziale 2022-2024 è pari a 145,5 mln/€ e nel 2025 a 143,7 mln/€.

Tali valori sono considerati al netto della fiscalità.

La voce **A.3.1 Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022-2025 per un importo pari a 9,7 mln/€, pari al valore rilevato dalle Aziende a CE IV trimestre 2021, al netto degli utilizzi relativi ai contributi vincolati relativi al COVID alla voce *AA0271 A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato*.

La voce **A.3.2 Ulteriori Trasferimenti Pubblici** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022-2024 per un importo pari a 44,3 mln/€, e nel 2025 a 42,6 mln/€, sostanzialmente in linea con il dato del IV trimestre 2021 al netto dei finanziamenti extra fondo destinati alla copertura dei costi COVID per l'anno 2021.

La **Voce AA0100 Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022-2024 per un importo pari a 30,3 mln/€ e nel 2025 a 28,6 mln/€ e comprende 20 mln/€ riconducibile alla quota del sociale, destinata alla remunerazione delle Strutture sociosanitarie, come da stanziamento previsto nel Bilancio Finanziario Gestionale della Regione Calabria per gli anni 2023-2024 (Capitolo di Spesa U6201021301). La voce comprende nel triennio 2022-2024, anche il contributo pari a 1,7 mln/€ annuo, riconducibile principalmente alle risorse FSC del Piano di sviluppo e coesione, destinato al finanziamento della convenzione relativa alla collaborazione tra l'AOU Mater Domini e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Per la voce **A.3.3 "Ticket"** nel tendenziale 2022-2025 è stato iscritto il valore del CE IV trimestre 2021 pari a 14,8 mln/€ e tiene conto, rispetto agli anni precedenti anche della contrazione dello stesso per effetto dell'abolizione del superticket.

La voce **AA0910 - A.5.E.1.2) Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera**, è stata stimata nel Tendenziale 2022-2025 per un ammontare sostanzialmente riconducibile al valore rilevato nell'anno 2021 e pari a 43,8 mln/€.

La voce **AA0920 – “Ulteriore Payback”** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022 -2025 per un valore pari a 14,6 mln/€, pari agli incassi registrati a diverso titolo di Payback al 31 dicembre 2021.

La voce **AA0080 A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**, nel quadriennio 2022-2025, presenta un valore pari a **110,5 mln/€**, pari alla stima, aggiornata a dicembre 2021 del Dipartimento delle Finanze, del gettito fiscale per l’anno d’imposta 2023.

PROGRAMMATICO

Il valore del Programmatico 2023-2025, rispetto a quanto valorizzato nel tendenziale, presenta un incremento nella valorizzazione della voce **A.3.1 Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti**. Per il quadriennio 2022-2025 sono previste delle azioni di efficientamento nelle modalità di rendicontazione dei costi sostenuti dalle Aziende e associate alle risorse vincolate. Nello specifico si prevede:

- L’aggiornamento delle linee guida/procedure relative al processo di rendicontazione delle aziende sanitarie con l’individuazione di un referente aziendale del processo;
- Un monitoraggio trimestrale a livello regionale dell’apposito ufficio, dello stato di avanzamento delle risorse assegnate, del loro utilizzo e della relativa rendicontazione delle attività e dei costi associati.

Tale azione si prevede possa generare un miglioramento nella rendicontazione con un impatto positivo nella valorizzazione degli utilizzi e degli accantonamenti rilevati in ciascun anno.

Per la voce degli utilizzi *AA0280 A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato*, si prevede un impatto rispetto al tendenziale di 4,3 mln/€ per l’anno 2022, di 11,3 mln/€ per l’anno 2023, di 18,3 mln/€ per l’anno 2024 e di 25,3 mln/€ per l’anno 2025.

Inoltre, in relazione alla voce *AA0271 A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato* rispetto al Fondo presente al 31/12/2021 e afferenti alle risorse dei finanziamenti covid non utilizzate, si prevede un impatto rispetto al tendenziale di 48 mln/€ per l’anno 2022 e 10 mln/€ per l’anno 2023.

A5 - Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

La voce **AA0250 – “Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale”** risulta valorizzata nei CE Tendenziali e Programmatici 2022-2025 per -19,3 mln/€ in linea con i dati al IV trimestre 2021.

La tabella di seguito riepiloga i valori del Tendenziale e programmatico per la parte dei Ricavi Netti.

| CE | Descrizione CE | IV Trimestre 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 |
|----------|---|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| A1 | Contributi F.S.R. | 3.767.493 | 3.899.130 | 3.953.666 | 4.020.202 | 4.020.202 | 3.899.130 | 3.953.666 | 4.020.202 | 4.020.202 |
| A2 | Saldo Mobilità | 245.939 | - | (242.140) | (242.140) | (242.140) | - | 217.140 | 202.140 | 192.140 |
| A3.1 | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 27.872 | 9.724 | 9.724 | 9.724 | 9.724 | 62.000 | 31.000 | 28.000 | 35.000 |
| A3.2 | Ulteriori Trasferimenti Pubblici | 84.798 | 44.337 | 44.337 | 44.337 | 42.602 | 44.337 | 44.337 | 44.337 | 42.602 |
| A3.3 | Ticket | 14.759 | 14.759 | 14.759 | 14.759 | 14.759 | 14.759 | 14.759 | 14.759 | 14.759 |
| A3.4 | Altre Entrate Proprie | 72.686 | 76.642 | 76.642 | 76.642 | 76.642 | 76.642 | 76.642 | 76.642 | 76.642 |
| A3 | Entrate Proprie | 200.115 | 145.462 | 145.462 | 145.462 | 143.727 | 197.738 | 166.738 | 163.738 | 169.003 |
| A4 | Saldo Intramoenia | 1.579 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 | 1.425 |
| A5 | Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | - 19.333 | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) | (19.333) |
| A | Totale Ricavi Netti | 3.703.916 | 4.026.685 | 3.839.081 | 3.905.617 | 3.903.882 | 4.078.960 | 3.885.357 | 3.963.893 | 3.979.158 |

Tabella: Tendenziale e Programmatico 2023- 2025 – Dettaglio Ricavi Netti

Costi 2022-2025

B1 - Personale

TENDENZIALE

Per il Costo del Personale “Dipendente e Non” Sanitario e Non Sanitario (Tempo Indeterminato, Tempo determinato, Co.co.co e Indennità personale universitario) sulla base delle evidenze registrate nell’ultimo anno, anche a seguito dell’effetto della crisi pandemica è stato mantenuto costante il costo del personale per il periodo 2022-2025 pari al valore registrato al Consuntivo 2021 comprensivo del costo del personale riconducibile all’emergenza COVID.

| CE | Descrizione CE | Personale Consuntivo 2021 | Personale COVID | Personale Netto COVID | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 |
|-----------|-------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G |
| B1.1 | Personale Sanitario | 936.409 | 68.127 | 881.474 | 936.409 | 936.409 | 936.409 | 936.409 |
| B1.2 | Personale Non Sanitario | 199.412 | 10.489 | 190.849 | 199.412 | 199.412 | 199.412 | 199.412 |
| B1 | Personale | 1.135.822 | 78.616 | 1.072.323 | 1.135.822 | 1.135.822 | 1.135.822 | 1.135.822 |

Il personale rappresenta una delle maggiori aree di attenzione della Regione Calabria. Infatti, come già rappresentato nel PO 2019-2021 il numero di personale a partire dal 2016 si è ridotto complessivamente di 1.095 unità, passando da 20.298 unità registrate a consuntivo 2016 agli attuali 19.203 dell’anno 2021. Il numero di personale è comprensivo delle unità di personale impiegate al fine di rispondere all’emergenza COVID, pari a circa 1.287 unità.

| Periodo / Tipologia di Personale | A. 2016 | A. 2017 | A. 2018 | A. 2019 | A. 2020 | IV trim. 2021 | Variazione 2016-2021 | Variazione 2020-2021 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|----------------------|
| - Medici | 4.007 | 3.994 | 3.971 | 3.882 | 3.751 | 3.635 | (372) | (116) |
| - Dirigenti non medici | 565 | 555 | 538 | 501 | 467 | 460 | (105) | (7) |
| - Pers. non dirigente | 13.982 | 14.063 | 13.947 | 13.769 | 13.536 | 13.344 | (638) | (192) |
| - Pers. contrattista | 17 | 14 | 8 | 6 | 7 | 4 | (13) | (3) |
| Totale Pers. a tempo indeterminato | 18.571 | 18.626 | 18.464 | 18.158 | 17.761 | 17.443 | - 1.128 | - 318 |
| Pers. a tempo determinato | 1.648 | 1.453 | 1.194 | 1.391 | 1.442 | 1.586 | (62) | 144 |
| Restante personale | 79 | 118 | 116 | 106 | 190 | 174 | 95 | (16) |
| Pers. tempo determ. + altro | 1.727 | 1.571 | 1.310 | 1.497 | 1.632 | 1.760 | 33 | 128 |
| Totale | 20.298 | 20.197 | 19.774 | 19.655 | 19.393 | 19.203 | - 1.095 | - 190 |

Solo nell’ultimo anno il numero di risorse si è ridotto di circa 190 unità, principalmente tra i medici ed il comparto, compensate dall’incremento del costo del personale a tempo determinato destinato a far fronte alle esigenze della pandemia.

Ai fini della valutazione economica del Tendenziale, si è valutato di mantenere il costo del personale costante per il periodo 2022-2025, come rappresentato nella tabella precedente.

PROGRAMMATICO

La valutazione economica programmatica, come previsto nel capitolo 3 gestione del personale e nei capitoli 10-15, prevede un potenziamento delle risorse umane e l’attuazione di quanto previsto

nel precedente PO. La Regione si troverà quindi nella necessità di: a) recuperare attraverso il turnover le risorse fuoriuscite nel periodo 2019, 2020 e 2021; b) provvedere alle assunzioni già previste ed autorizzate di unità di personale; c) assumere unità di personale in relazione al fabbisogno atteso per garantire l'incremento della produzione Ospedaliera e ambulatoriale e garantire il recupero della mobilità passiva extra regione; d) assumere unità di personale per l'attivazione dei Presidi Ospedalieri di Trebisacce, Cariatì e Praia a Mare.

Il costo è stato stimato a partire dall'anno 2022 prendendo in considerazione le azioni in itinere da parte delle Aziende. Il personale integra anche le esigenze in linea con le attuazioni dei decreti di riordino della rete ospedaliera e territoriale e tiene conto anche del fabbisogno del personale per recuperare a partire dall'anno 2023 la mobilità extra regionale, come rappresentato anche nel punto della valorizzazione del saldo di mobilità.

Nell'anno 2022, si prevede un impatto del costo del personale riconducibile alle unità di personale dedicato alla pandemia, fino al 30/06/2022 in linea con la proroga dello stesso per i primi sei mesi dell'anno in corso. Si ipotizza, in ragione delle necessità di cui sopra, di assumere le unità di personale aggiuntive rispetto alla previsione del saldo per l'anno 2021 fino a raggiungere il costo del Consuntivo 2021 pari a circa **1.135,8** mln/€ incrementato del costo di **12 mln/€** previsto dall'articolo 1, comma 4-quater dal decreto-legge n. 150/202 e ulteriore incremento di personale pari a circa **3,1 mln/€**.

Alla luce dell'articolo 1, comma 4-ter, del decreto legge n. 150/2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, che ha previsto per la Regione un contributo di 12 mln di euro a partire dall'anno 2021 per l'assunzione di personale sanitario, si procederà, pertanto, nel percorso di potenziamento delle linee di attività previste dal PO mediante l'ingresso di nuovi professionisti nel SSR. In particolare si rappresenta che tali risorse saranno prioritariamente utilizzate per il reclutamento del personale necessario a rinforzare i settori dell'Emergenza Urgenza 118, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia e Ortopedia.

La valorizzazione di tale impatto nell'anno 2022, pari a 15,1 mln/€, comprensivo della manovra dei 12 mln/€ è stato determinato considerando la stima aggiuntiva del personale per le macrocategorie di personale come riportato nella tabella di seguito, a partire dal costo medio del personale da Conto Annuale 2020, integrato degli oneri riflessi nella misura del 27%, esclusa l'IRAP.

| Figure professionali | Nr. | Costo medio | Oneri riflessi | Totale costo medio | Totale costo complessivo |
|--------------------------------|------------|----------------|----------------|--------------------|--------------------------|
| Medico | 56 | 86.534 | 23.364 | 109.898 | 6.154.298 |
| Dirigente sanitario non medico | | 77.578 | 20.946 | 98.524 | - |
| Personale infermieristico | 210 | 33.601 | 9.072 | 42.673 | 8.961.387 |
| Totale | 266 | 197.713 | 53.383 | 251.096 | 15.115.685 |

Inoltre, in ragione delle necessità di sviluppo e incremento delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, di contrazione delle liste di attesa e contrazione della mobilità extraregionale e in coerenza con il fabbisogno complessivo approvato dalla struttura commissariale, con i provvedimenti richiamati nell'apposito paragrafo del personale, e sulla base dei piani dei fabbisogni e dei piani assunzionali deliberati dalle Aziende del SSR, si prevede un fabbisogno complessivo del SSR pari a **21.063**, che sarà soddisfatto nel periodo di vigenza del P.O.

La valorizzazione di tale impatto a partire dall'anno 2023, è stato determinato considerando la stima aggiuntiva del personale per le macrocategorie di personale come riportato nella tabella di seguito.

| Figure professionali | Nr. | Costo medio | Oneri riflessi | Totale costo medio | Totale costo complessivo |
|--------------------------------|--------------|----------------|----------------|--------------------|--------------------------|
| Medico | 339 | 86.534 | 23.364 | 109.898 | 37.255.483 |
| Dirigente sanitario non medico | 42 | 77.578 | 20.946 | 98.524 | 4.138.011 |
| Personale infermieristico | 1.076 | 33.601 | 9.072 | 42.673 | 45.916.439 |
| Totale | 1.457 | 197.713 | 53.383 | 251.096 | 87.309.932 |

Si prevede pertanto, in termini di unità, nel periodo 2022-2025:

| | Saldo Cessati/Assunti | Totale Unità di personale |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Programmatico 2022 | 1.554 | 19.606 |
| Programmatico 2023 | 437 | 20.043 |
| Programmatico 2024 | 510 | 20.553 |
| Programmatico 2025 | 510 | 21.063 |

Il totale delle unità di personale, che saranno assunte nel periodo di vigenza del PO 2022-2025, pari a n. 3.011, comprende 1.861 nuove assunzioni, come previsto dai Piani assunzionali, descritti in precedenza, e la restante parte delle unità comprende la stima delle stabilizzazioni e sostituzione del turnover.

Con riferimento all'impatto dei costi del personale nel Programmatico 2022-2025, si ipotizza che le assunzioni del personale aggiuntivo, pari a 1.457 unità, si manifestino a metà anno 2023 (437 unità) e 2024 (510 unità) e ad inizio anno per l'anno 2025 (510).

| Costo Personale €/000 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 2022 | 15.116 | 15.116 | 15.116 | 15.116 |
| 2023 | | 13.096 | 26.193 | 26.193 |
| 2024 | | | 15.279 | 30.558 |
| 2025 | | | - | 30.558 |
| Totale | 15.116 | 28.212 | 56.588 | 102.426 |

Si riporta di seguito la rappresentazione delle manovre.

| CE | Descrizione CE | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|-----------|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| B1.1 | Personale Sanitario | 948.871 | 959.668 | 983.062 | 1.020.852 | 12.462 | 23.259 | 46.653 | 84.443 |
| B1.2 | Personale Non Sanitario | 202.066 | 204.366 | 209.347 | 217.395 | 2.654 | 4.953 | 9.935 | 17.983 |
| B1 | Personale | 1.150.937 | 1.164.034 | 1.192.410 | 1.238.247 | 15.116 | 28.212 | 56.588 | 102.426 |

Tabella: Programmatico 2022-2025- Costo del personale

AREA FARMACO (B2 – Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e C2 – Farmaceutica Convenzionata)

TENDENZIALE

Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Come evidenziato dall'andamento della spesa nel periodo 2018-IV trimestre 2021, l'incremento medio annuo della spesa per l'acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati, è pari a circa il 5%. Tale incremento, concentrato principalmente nella voce dei prodotti farmaceutici con AIC tiene conto sia degli incrementi determinati dalla introduzione dei nuovi farmaci, che delle variazioni delle contabilizzazioni all'interno della voce, a seguito della introduzione del dettaglio del costo per l'ossigeno.

Per gli anni 2022-2025 si è tenuto conto anche dei costi al CE IV trimestre 2021 e delle tendenze di spesa rilevati.

| Descrizione CE | Consuntivo 2019 | Consuntivo 2020 | IV Trim. 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 |
|---|-----------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | A | B | C | D | E | F | G |
| Prodotti Farmaceutici con AIC | 435.212 | 435.070 | 456.397 | 463.243 | 470.192 | 477.245 | 484.404 |
| Prodotti Farmaceutici senza AIC | 3.158 | 4.634 | 3.543 | 4.852 | 6.644 | 9.097 | 12.457 |
| Ossigeno e altri gas medicali | 8.779 | 9.384 | 9.755 | 9.950 | 10.149 | 10.352 | 10.559 |
| Emoderivati | 5.718 | 4.683 | 4.159 | 4.243 | 4.327 | 4.414 | 4.502 |
| Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 452.867 | 453.771 | 473.855 | 482.288 | 491.313 | 501.109 | 511.923 |

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Nel calcolo della proiezione si è tenuto conto, in modo prudenziale, dell'incremento medio pari al 2%. Il costo per i prodotti farmaceutici ed emoderivati passa quindi da 482,3 mln/€ nel 2022, ai 491,3 mln/€ nell'anno 2023, ai 501,1 mln/€ nell'anno 2024 per arrivare a un valore di 511,9 mln/€ nell'anno 2025.

Farmaceutica Convenzionata

La spesa per la farmaceutica convenzionata è diminuita nel triennio 2018-2020 dell'1,8%. Tale riduzione è frutto delle azioni che la Regione aveva messo in atto negli anni precedenti.

Per il tendenziale, in modo prudenziale, si è mantenuta costante la voce pari al valore registrato nel IV trimestre 2021 e pari a 282,1 mln/€.

| Descrizione CE | Consuntivo 2019 | Consuntivo 2020 | IV Trim. 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 |
|----------------------------|-----------------|-----------------|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | A | B | C | D | E | F | G |
| Farmaceutica Convenzionata | 289.867 | 279.392 | 282.063 | 282.063 | 282.063 | 282.063 | 282.063 |

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Farmaceutica Convenzionata

PROGRAMMATICO

Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Sulla base delle azioni definite nel paragrafo 8 e dal potenziamento della rete ospedaliera definito nello stesso paragrafo, è stato determinato un costo programmatico per l'anno 2023 di 489 mln/€, di 503,5 mln/€ per il 2023, di 530 mln/€ per il 2024 e di circa 531,8 mln/€ per il 2025.

Nel programmatico negli anni 2022-2025 sono previste delle azioni di contrazione della spesa, come definito al paragrafo 8, pari a 9,1 mln/€ nell'anno 2023 e 2024.

Le manovre prese in considerazione sono:

- a) La revisione delle politiche di acquisto e in modo particolare l'adesione alle nuove gare attive da parte delle aziende con la contestuale riduzione di prezzo dei farmaci;
- b) L'incentivazione, attraverso anche azioni di monitoraggio e controllo sull'utilizzo dei farmaci innovativi;
- c) L'utilizzo dei farmaci Biosimilari;
- d) Utilizzo dei farmaci innovativi per i quali esiste un fondo;
- e) Verifica della aderenza dei piani terapeutici.

L'obiettivo che si pone la regione è quello di ridurre l'incremento della spesa, passando ad una crescita annua dell'1,6% anziché del 3,4%.

Sono stati presi in considerazione i risparmi derivanti dall'utilizzo dei nuovi prezzi di acquisto che, solo per l'anno in corso, hanno determinato una diminuzione di costo di circa 3,5 mln/€rispetto all'anno 2020.

Analogamente nel programmatico sono previste incrementi associati all'aumento della produzione ospedaliera e ambulatoriale intra regionale ed extra regionale, quest'ultima determinata dalle azioni di recupero della mobilità passiva extra regione che determina: per l'anno 2022 un incremento netto (incremento -risparmio) di 6,7 mln/€, per l'anno 2023 un incremento netto di 12,1 mln/€, per l'anno 2024 un incremento netto di 28,8 mln/€ e per l'anno 2025 un incremento netto di circa 20 mln/€.

| CE | Descrizione CE | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|-----------|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| B2.1 | Prodotti Farmaceutici con AIC | 469.735 | 481.369 | 504.621 | 502.435 | 6.492 | 11.177 | 27.375 | 18.031 |
| B2.2 | Prodotti Farmaceutici senza AIC | 4.902 | 6.839 | 9.395 | 12.827 | 50 | 195 | 298 | 370 |
| B2.3 | Ossigeno e altri gas medicali | 10.089 | 10.687 | 11.172 | 11.577 | 139 | 538 | 820 | 1.018 |
| B2.4 | Emoderivati | 4.302 | 4.557 | 4.764 | 4.936 | 59 | 229 | 350 | 434 |
| B2 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 489.028 | 503.453 | 529.952 | 531.774 | 6.740 | 12.140 | 28.843 | 19.852 |

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Farmaceutica Convenzionata

A seguito delle azioni definite nel paragrafo 8.5, per quanto riguarda il settore della farmaceutica convenzionata, l'obiettivo del Dipartimento è quello di conseguire un risparmio negli anni 2023 e 2024 di circa 14,3 mln/€ al fine di garantire una contrazione ed un progressivo avvicinamento al tetto di spesa pari al 7,00% del FS.

| CE | Descrizione CE | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|----|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| C2 | Farmaceutica Convenzionata | 282.063 | 270.729 | 270.729 | 267.729 | - | 11.334 | 11.334 | 14.334 |

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Farmaceutica Convenzionata

B3 - Beni E Servizi

TENDENZIALE

La voce "Beni e Servizi", nel triennio di riferimento 2019-2021 ha evidenziato complessivamente un incremento, passando da 597,1 mln/€ del 2019 a 620,3 mln/€ al IV trimestre 2021.

Per la costruzione del tendenziale, partendo dalle stime fatte sui dati del IV trimestre 2021, le proiezioni del consuntivo 2020 e l'impatto dell'incremento dei costi dell'energia si è provveduto a definire il programmatico 2022-2025. La definizione del tendenziale prende in considerazione a fini prudenziali per la parte dei dispositivi medici impiantabili attivi, per i dispositivi medici e i diagnostici in vitro il valore registrato a IV trimestre 2021. All'interno della voce "BA1530 Altri servizi sanitari da privato" è stato inserito nel triennio 2022-2024 anche la valorizzazione del costo della convenzione relativa alla collaborazione tra l'AOU Mater Domini e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù pari a circa 1,7 mln/€ annuo.

| CE | Descrizione CE | Consuntivo 2019 | Consuntivo 2020 | IV Trim. 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 |
|-------------|---|-----------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G |
| B3.1a | Sangue ed emocomponenti | 2.166 | 3.770 | 3.534 | 3.534 | 3.534 | 3.534 | 3.534 |
| B3.1b | Dispositivi medici | 110.830 | 114.260 | 106.655 | 106.655 | 106.655 | 106.655 | 106.655 |
| B3.1c | Dispositivi medici impiantabili attivi | 25.186 | 20.722 | 24.936 | 24.936 | 24.936 | 24.936 | 24.936 |
| B3.1d | Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) | 36.904 | 40.693 | 44.749 | 44.749 | 44.749 | 44.749 | 44.749 |
| B3.1e | Altri beni sanitari | 33.866 | 35.881 | 38.101 | 38.101 | 38.101 | 38.101 | 38.101 |
| B3.1 | Altri Beni Sanitari | 208.952 | 215.326 | 217.975 | 217.975 | 217.975 | 217.975 | 217.975 |
| B3.2 | Beni Non Sanitari | 7.999 | 7.520 | 7.831 | 8.159 | 8.322 | 8.489 | 8.658 |
| B3.3a | Servizi Appalti | 149.199 | 147.122 | 152.599 | 158.830 | 161.866 | 164.075 | 166.327 |
| B3.3b | Servizi Utenze | 32.653 | 34.429 | 36.300 | 46.814 | 48.444 | 49.412 | 50.401 |
| B3.3c | Consulenze | 4.511 | 4.151 | 8.186 | 8.548 | 8.599 | 8.771 | 8.946 |
| B3.3d | Rimborsi, Assegni e Contributi | 33.189 | 25.372 | 34.311 | 32.796 | 33.475 | 34.145 | 34.827 |
| B3.3e | Premi di assicurazione | 35.690 | 33.959 | 34.329 | 36.284 | 37.010 | 37.750 | 38.505 |
| B3.3f | Altri Servizi Sanitari e Non | 86.457 | 85.514 | 90.351 | 92.086 | 95.736 | 97.616 | 97.799 |
| B3.3g | Godimento Beni Di Terzi | 38.447 | 39.170 | 38.423 | 39.044 | 39.825 | 40.621 | 41.434 |
| B3.3 | Servizi | 380.146 | 369.717 | 394.498 | 414.403 | 424.954 | 432.390 | 438.239 |
| B3 | Altri Beni E Servizi | 597.096 | 592.563 | 620.304 | 640.537 | 651.252 | 658.854 | 664.872 |

Tabella: Tendenziale 2022-2025-Beni e Servizi Dettaglio

PROGRAMMATICO

Per le azioni di contenimento si faccia riferimento ai paragrafi 8.8, relativamente ai Dispositivi medici e al capitolo 9.

Per i dispositivi medici, in linea con il vigente programma operativo, la Regione intende intensificare le procedure di monitoraggio e controllo sugli acquisti e le modalità di utilizzo, ed incentivare, attraverso la cooperazione delle aziende e le modifiche nelle modalità di definizione dei fabbisogni e l'omogeneizzazione delle categorie merceologiche al fine di usufruire delle possibili economie di scala.

Azioni specifiche sui Dispositivi Medici

Come definito nel par. 8.8. la Regione intende aggredire la spesa per dispositivi medici come una delle principali aree di risparmio e razionalizzazione per la spesa di beni e servizi. La definizione di aziende capofila ha lo scopo di rivedere la governance delle modalità operative di definizione dei fabbisogni di omogeneizzazione delle categorie merceologiche.

In generale, l'obiettivo che si è posta la regione, nell'ambito del prossimo biennio, è quello di raggiungere il tetto previsto del 4,4%.

Tuttavia, in ragione della necessità di garantire l'incremento della produzione ospedaliera, in linea con la necessità di recuperare la mobilità passiva extra regionale è previsto nel quadriennio un incremento del costo dei dispositivi medici, come rappresentato nella tabella sotto riportata.

| CE | Descrizione CE | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|-------------|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| B3.1a | Sangue ed emocomponenti | 3.584 | 3.730 | 3.832 | 3.832 | 50 | 196 | 298 | |
| B3.1b | Dispositivi medici | 108.177 | 112.556 | 115.650 | 114.813 | 1.522 | 5.901 | 8.995 | 8.159 |
| B3.1c | Dispositivi medici impiantabili attivi | 25.292 | 26.316 | 27.039 | 27.545 | 356 | 1.380 | 2.103 | 2.609 |
| B3.1d | Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) | 45.388 | 47.225 | 48.523 | 46.431 | 638 | 2.476 | 3.774 | 1.682 |
| B3.1e | Altri beni sanitari | 38.101 | 38.101 | 38.101 | 38.101 | - | - | - | - |
| B3.1 | Altri Beni Sanitari | 220.541 | 227.928 | 233.145 | 230.722 | 2.566 | 9.953 | 15.170 | 12.747 |

Tabella: Programmatico 2022-2025- Altri Beni sanitari Dettaglio

Altri beni e servizi:

Le principali azioni previste nel capito 9 riguardano: da una parte l'attivazione di nuove gare e dall'altro dagli effetti che si verificano derivanti dalle gare attivate nel corso dell'anno 2021.

| CE | Descrizione CE | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|-------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| B3.2 | Beni Non Sanitari | 8.159 | 8.322 | 8.489 | 8.658 | - | - | - | - |
| B3.3a | Servizi Appalti | 155.580 | 154.523 | 156.448 | 158.700 | 3.250 | 7.343 | 7.627 | 7.627 |
| B3.3b | Servizi Utenze | 46.814 | 48.444 | 49.412 | 50.401 | - | - | - | - |
| B3.3c | Consulenze | 8.548 | 8.599 | 8.771 | 8.946 | - | - | - | - |
| B3.3d | Rimborsi, Assegni e Contributi | 32.796 | 33.475 | 34.145 | 34.827 | - | - | - | - |
| B3.3e | Premi di assicurazione | 36.284 | 37.010 | 37.750 | 38.505 | - | - | - | - |
| B3.3f | Altri Servizi Sanitari e Non | 92.086 | 95.736 | 97.616 | 97.799 | - | - | - | - |
| B3.3g | Godimento Beni Di Terzi | 39.044 | 39.825 | 40.621 | 41.434 | - | - | - | - |
| B3.3 | Servizi | 411.153 | 417.611 | 424.763 | 430.611 | 3.250 | 7.343 | 7.627 | 7.627 |
| B3 | Altri Beni E Servizi | 639.853 | 653.861 | 666.397 | 669.992 | 684 | 2.610 | 7.543 | 5.120 |

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Altri beni non sanitari e Servizi

L'effetto della attivazione delle gare in corso e l'applicazione delle gare in cantiere che sono in fase di esecuzione, oltre alle azioni previste di monitoraggio e di potenziamento della governance del sistema di approvvigionamento delle aziende sanitarie regionali, sarà quello di generare, a seguito delle manovre, un impatto sui Servizi pari a -3,2 mln/€ nel 2022, di -7,3 mln/€ nel 2023, -7,6 mln/€ nel 2024 e lo stesso valore nel 2025 per il quale non sono emersi elementi informativi che ne giustificano la variazione. Il minore impatto della manovra tra il 2023 e il 2025 tiene conto delle azioni di potenziamento delle reti ospedaliere e territoriali.

| CE | Descrizione CE | Programmatico 2022 | Programmatico 2023 | Programmatico 2024 | Programmatico 2025 | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|-----------|-----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| B3.1 | Altri Beni Sanitari | 220.541 | 227.928 | 233.145 | 230.722 | 2.566 | 9.953 | 15.170 | 12.747 |
| B3.2 | Beni Non Sanitari | 8.159 | 8.322 | 8.489 | 8.658 | - | - | - | - |
| B3.3 | Servizi | 411.153 | 417.611 | 424.763 | 430.611 | 3.250 | 7.343 | 7.627 | 7.627 |
| B3 | Altri Beni E Servizi | 639.853 | 653.861 | 666.397 | 669.992 | 684 | 2.610 | 7.543 | 5.120 |

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Riepilogo Altri Beni e Servizi

B4 - Ammortamenti E Costi Capitalizzati

TENDENZIALE e PROGRAMMATICO

Il Costo per Ammortamenti e Costi Capitalizzati per gli anni 2022-2025 è stato posto sostanzialmente in linea al dato del Consuntivo 2020 e pari a 5,2 mln/€.

B5 - Accantonamenti

TENDENZIALE

Per gli accantonamenti rischi (voce BA2750 Altri accantonamenti per rischi), nella costruzione del tendenziale, si è tenuto conto nel quadriennio 2022-2025 dell'andamento degli accantonamenti effettuati a CE IV trimestre 2021, incrementati di circa 20 mln/€ nell'anno 2022 e di circa 15 mln/€ nel triennio 2023-2025, derivanti dai possibili impatti di futuri ricorsi giudiziari, a seguito della gestione del contenzioso e sia di una più puntuale valorizzazione dei fondi accantonati. Poiché nel tendenziale non sono state valorizzate le voci delle sopravvenienze passive, la valutazione del loro impatto, relativamente alla parte dei beni e servizi, è stata ricompresa nelle voci degli accantonamenti per un ulteriore impatto pari a 16 mln/€. Inoltre, si stima prudenzialmente l'accantonamento del Payback da sfondamento Ospedaliera pari a 43,8 mln/€ negli anni 2022-2024.

Per gli accantonamenti per interessi di mora, si stima nel tendenziale 2022-2025 un incremento degli stessi in relazione ai ritardi nei pagamenti, per un ammontare pari a circa 20 mln/€ ed un incremento di circa 10 mln/€ rispetto al 2021.

Per gli "Accantonamenti per Rinnovi contrattuali Dirigenza, Comparto e personale convenzionato" in attesa delle percentuali di incidenza dei rinnovi per le annualità 2022-2025, si è stimato, a partire dai rinnovi contrattuali dell'anno 2021, un ulteriore incremento per gli anni 2022-2025, con un impatto complessivo nell'anno 2025 di circa 136 mln/€.

Per gli accantonamenti delle quote inutilizzate è stato stimato un andamento analogo a quanto rappresentato nel CE IV trimestre 2021. Pertanto la voce "BA2780 B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato" riporta un valore di 33,5 mln/€ e la voce "BA2790 B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati" riporta un valore di 4,3 mln/€ nel quadriennio.

La voce "altri accantonamenti riporta un valore pari al dato del CE IV trimestre 2021.

| CE | Descrizione CE | C 2019 | C 2020 | IV TRIM 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 |
|------|---|---------|---------|--------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G |
| B5.1 | Accantonamenti Rischi | 56.859 | 107.544 | 62.071 | 143.365 | 138.365 | 138.365 | 94.573 |
| B5.2 | Accantonamenti Sumai (+Tfr) | 2.161 | 2.261 | 2.261 | 2.261 | 2.261 | 2.261 | 2.261 |
| B5.3 | Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali | 23.006 | 17.116 | 58.283 | 77.710 | 97.138 | 116.566 | 135.993 |
| B5.4 | Accantonamenti Per Quote Inutilizzate | 6.778 | 105.872 | 64.566 | 37.792 | 37.792 | 37.792 | 37.792 |
| B5.5 | Altri Accantonamenti | 11.468 | 20.968 | 4.369 | 4.369 | 4.369 | 4.369 | 4.369 |
| B5 | Accantonamenti | 100.271 | 253.761 | 191.550 | 265.498 | 279.925 | 299.353 | 274.988 |

Tabella: Tendenziale 2022-2025-Accantonamenti Dettaglio

PROGRAMMATICO

Il valore degli accantonamenti per rischi (B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi) prevede per gli anni 2022-2025 una stima in riduzione, rispettivamente di 7,1 mln/€ nel 2022, di 26,1 mln/€ nel 2023, 32 mln/€ nel 2024 e 23 mln/€ nel 2025, legata alla minore incidenza dell'impatto delle poste straordinarie, a seguito della ricognizione del contenzioso e del miglioramento nella gestione dello stesso. Analoga riduzione nel triennio 2023-2025, rispettivamente di 8 mln/€ nel 2023, 12 mln/€ nel 2024 e lo stesso valore nel 2025, si stima negli accantonamenti per interessi di mora, a seguito della definizione del debito pregresso e nel miglioramento nei tempi di pagamento.

Per i rinnovi contrattuali nel programmatico 2023-2025 sono stati considerati gli stessi valori previsti nel Tendenziale, riportando nel costo del personale eventuali incrementi per le nuove assunzioni.

La voce “BA2780 B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato” riporta una contrazione degli accantonamenti, derivanti dalle azioni di efficientamento nel processo di rendicontazione dei costi associati alle risorse vincolate, come meglio descritto nel precedente paragrafo relativo alle Entrate proprie, pari a – 7 mln/€ nell’anno 2022, - 14 mln/€ nell’anno 2023, – 21 mln/€ nell’anno 2024 e – 28 mln/€ nell’anno 2025.

La voce altri accantonamenti prevede negli anni 2022-2025 un incremento dell’accantonamento, riconducibile alle seguenti tipologie:

- anno 2022: incremento dell’accantonamento per fare fronte alla mancata realizzazione dell’avvio del recupero del saldo di mobilità pari a circa 160 mln/€, incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza e convenzione per trasporti sanitari pari a 14,8 mln/€, incremento per utilizzo delle risorse da destinare per l’abbattimento delle liste di attesa pari a 3,3 mln/€ e incremento ulteriori costi e poste straordinarie pari a circa 32,4 mln/€;
- anno 2023: incremento dell’accantonamento per fare fronte alla parziale realizzazione del recupero del saldo di mobilità e all’incremento dei costi pari a circa 1 mln/€, incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza pari a 14,8 mln/€;
- anno 2024: incremento dell’accantonamento per fare fronte alla parziale realizzazione del recupero del saldo di mobilità pari a circa 13 mln/€, incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza pari a 14,8 mln/€;
- anno 2025: incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza pari a 14,8 mln/€.

| CE | Descrizione CE | PROG | | | | Manovre | | | |
|-----------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| B5.1 | Accantonamenti Rischi | 136.246 | 104.222 | 94.402 | 59.573 | - 7.119 | - 34.143 | - 43.963 | - 35.000 |
| B5.2 | Accantonamenti Sumai (+Tfr) | 2.261 | 2.261 | 2.261 | 2.261 | - | - | - | - |
| B5.3 | Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali | 77.710 | 97.138 | 116.566 | 135.993 | - | - | - | - |
| B5.4 | Accantonamenti Per Quote Inutilizzate | 30.792 | 23.792 | 16.792 | 9.792 | - 7.000 | - 14.000 | - 21.000 | - 28.000 |
| B5.5 | Altri Accantonamenti | 214.844 | 20.144 | 32.144 | 19.144 | 210.475 | 15.775 | 27.775 | 14.775 |
| B5 | Accantonamenti | 461.854 | 247.557 | 262.165 | 226.763 | 196.356 | - 32.368 | - 37.188 | - 48.225 |

Tabella: Programmatico 2022-2025-Accantonamenti Dettaglio

C1 – Medicina di Base

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato mantenuto costante il valore rilevato a CE IV trimestre 2021 e pari a 258,3 mln/€.

PROGRAMMATICO

In linea con le azioni di potenziamento dell’assistenza primaria si stima un importo pari a 0,8 mln/€ per il 2023 e 1,6 mln/€ per il 2024 e il 2025 dove si è tenuto lo stesso valore dell’anno precedente in quanto non sono emersi ulteriori elementi informativi che ne giustifichino una rappresentazione diversa. Inoltre, in coerenza agli accordi intrapresi con i Medici del “118” si prevede un ulteriore incremento di 3,6 mln/€ in ogni anno del quadriennio considerato.

C.3 Prestazioni da Privato

C3.1 - Assistenza Ospedaliera Da Privato

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato inserito il valore programmato pari a 184 mln/€. Per il periodo 2022-2025 il valore del tetto dell'assistenza ospedaliera non comprende l'acquisto delle prestazioni di APA e PAC.

PROGRAMMATICO

Per l'anno 2022, è stato mantenuto invariato il valore del tetto rilevato nel tendenziale.

C3.2a - Specialistica Ambulatoriale Da Privato

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato inserito il valore programmato pari a 66 mln/€ per la specialistica ambulatoriale e il valore programmato pari a 13 mln/€ per le prestazioni di APA e PAC.

PROGRAMMATICO

Per gli anni 2022-2025, è stato confermato il valore del tendenziale.

C3.2b - Prestazioni Da Sumaisti

TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato mantenuto costante il valore previsto nel piano di rientro vigente per il periodo 2019-2021 per l'anno 2021 e pari a 55,8 mln/€.

Rete Territoriale

C3.3 - Riabilitazione Extra-ospedaliera – C3.4c.1 Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato e C3.4c.4 Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022-2025 si è considerato di mantenere costante il dato del CE IV trimestre 2021, comprensivo del tetto previsto per le prestazioni territoriali.

| CE | Descrizione CE | Consuntivo 2019 | Consuntivo 2020 | IV TRIM 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 |
|----------------|--|-----------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G |
| BA0660 | B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | - | - | - | - | - | - | - |
| BA0680 | B.2.A.4.4) - da privato (intra-regionale) | 65.542 | 58.701 | 65.721 | 65.721 | 65.721 | 65.721 | 65.721 |
| BA0690 | B.2.A.4.5) - da privato (extra-regionale) | 4.697 | 4.813 | 4.934 | 3.959 | 3.959 | 3.959 | 3.959 |
| C3.3 | Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera | 70.239 | 63.514 | 70.654 | 69.680 | 69.680 | 69.680 | 69.680 |
| BA0920 | B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | 198 | - | - | - | - | - | - |
| BA0940 | B.2.A.8.4) - da privato (intra-regionale) | 16.084 | 14.909 | 16.047 | 16.047 | 16.047 | 16.047 | 16.047 |
| BA0950 | B.2.A.8.5) - da privato (extra-regionale) | 4.604 | 4.288 | 3.185 | 3.787 | 3.787 | 3.787 | 3.787 |
| C3.4c.1 | Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semires. Da Privato | 20.886 | 19.197 | 19.232 | 19.834 | 19.834 | 19.834 | 19.834 |
| BA1160 | B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione) | 119 | 230 | 231 | 68 | 68 | 68 | 68 |
| BA1161 | B.2.A.12.3) - da pubblico (Extra-regione) - Acquisto di Altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a | - | - | - | - | - | - | - |
| BA1180 | B.2.A.12.5) - da privato (intra-regionale) | 90.058 | 89.160 | 93.545 | 93.545 | 93.545 | 93.545 | 93.545 |
| BA1190 | B.2.A.12.6) - da privato (extra-regionale) | 3.472 | 3.321 | 1.589 | 1.895 | 1.895 | 1.895 | 1.895 |
| C3.4c.4 | Prestazioni Socio-Sanitarie Da Privato | 93.649 | 92.711 | 95.366 | 95.509 | 95.509 | 95.509 | 95.509 |
| | Totale prestazione assistenza territoriale | 184.774 | 175.423 | 185.252 | 185.022 | 185.022 | 185.022 | 185.022 |
| | Totale per prestazioni soggette a tetto | 171.684 | 162.771 | 175.313 | 175.313 | 175.313 | 175.313 | 175.313 |
| | Totale prestazioni extra-regionali | 13.090 | 12.653 | 9.939 | 9.709 | 9.709 | 9.709 | 9.709 |

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Prestazioni assistenza territoriale

PROGRAMMATICO

Nel quadriennio 2022-2025 si è considerato un incremento del tetto delle prestazioni territoriali in linea con lo sviluppo del territorio. Nello specifico il valore del tetto delle prestazioni territoriali, nel quadriennio è 200.785 mln/€.

| CE | Descrizione CE | PROG 2022 | PROG 2023 | PROG 2024 | PROG 2025 | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|----------------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | H | I | L | M | H-D | I-E | L-F | M-G |
| BA0660 | B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | - | - | - | - | - | - | - | - |
| BA0680 | B.2.A.4.4) - da privato (intra-regionale) | 75.269 | 75.269 | 75.269 | 75.269 | 9.549 | 9.549 | 9.549 | 9.549 |
| BA0690 | B.2.A.4.5) - da privato (extra-regionale) | 3.959 | 3.959 | 3.959 | 3.959 | - | - | - | - |
| C3.3 | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera | 79.229 | 79.229 | 79.229 | 79.229 | 9.549 | 9.549 | 9.549 | 9.549 |
| BA0920 | B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione) | - | - | - | - | - | - | - | - |
| BA0940 | B.2.A.8.4) - da privato (intra-regionale) | 18.379 | 18.379 | 18.379 | 18.379 | 2.332 | 2.332 | 2.332 | 2.332 |
| BA0950 | B.2.A.8.5) - da privato (extra-regionale) | 3.787 | 3.787 | 3.787 | 3.787 | - | - | - | - |
| C3.4c.1 | Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato | 22.166 | 22.166 | 22.166 | 22.166 | 2.332 | 2.332 | 2.332 | 2.332 |
| BA1160 | B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione) | 68 | 68 | 68 | 68 | - | - | - | - |
| BA1161 | B.2.A.12.3) - da pubblico (Extra-regione) - Acquisto di Altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extra-regione | - | - | - | - | - | - | - | - |
| BA1180 | B.2.A.12.5) - da privato (intra-regionale) | 107.137 | 107.137 | 107.137 | 107.137 | 13.592 | 13.592 | 13.592 | 13.592 |
| BA1190 | B.2.A.12.6) - da privato (extra-regionale) | 1.895 | 1.895 | 1.895 | 1.895 | - | - | - | - |
| C3.4c.4 | Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato | 109.100 | 109.100 | 109.100 | 109.100 | 13.592 | 13.592 | 13.592 | 13.592 |
| TOTALE | | 210.494 | 210.494 | 210.494 | 210.494 | 25.472 | 25.472 | 25.472 | 25.472 |
| | VALORE TOTALE (BA0680+BA0940+BA1180) | 200.785 | 200.785 | 200.785 | 200.785 | 25.472 | 25.472 | 25.472 | 25.472 |
| | Valore per mobilità extra regione | 9.709 | 9.709 | 9.709 | - | - | - | - | - |

Tabella: Programmatico 2022-2025- Prestazioni assistenza territoriale

C3.4a Trasporti sanitari da privato da Privato

TENDENZIALE

Per il quadriennio 2022-2025 sulla base delle evidenze del IV trimestre 2021 e all'andamento pre-pandemia il valore dei trasporti sanitari viene stimato per un importo pari a 20 mln/€.

PROGRAMMATICO

La Regione, per potenziare l'emergenza urgenza, prevede di attivare le convenzioni con i privati con un incremento della spesa tendenziale di 12 mln/€ e un conseguente valore stimato per il quadriennio 2022-2025 di 32 mln/€.

C3.4b Assistenza Integrativa E Protesica Da Privato

TENDENZIALE

Per il quadriennio 2022-2025 sulla base delle evidenze del IV trimestre 2021 e all'andamento pre-pandemia il valore dell'assistenza integrativa e protesica viene stimato per un importo pari a 101,3 mln/€.

PROGRAMMATICO

La Regione, per allineare la spesa per assistenza Integrativa e protesica, viste le azioni sugli acquisti, prevede una riduzione della spesa tendenziale di 5,5 mln/€ (ausili per incontinenti) con un conseguente valore stimato per l'anno 2023, 2024 e 2025 di 95,8 mln/€.

Riepilogo tendenziale e manovre Sulle prestazioni da Privato

| CE | Descrizione CE | Consuntivo 2019 | Consuntivo 2020 | IV Trim. 2021 | Tendenziale 2022 | Tendenziale 2023 | Tendenziale 2024 | Tendenziale 2025 |
|---------|--|-----------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G |
| C3.1 | Prestazioni da Privato - Ospedaliera | 186.163 | 150.080 | 160.673 | 186.079 | 186.079 | 186.079 | 186.079 |
| C3.2a | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale | 62.977 | 61.815 | 65.439 | 79.172 | 79.172 | 79.172 | 79.172 |
| C3.2b | Prestazioni da Sumaisti | 54.853 | 52.698 | 53.579 | 55.815 | 55.815 | 55.815 | 55.815 |
| C3.2 | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale | 117.829 | 114.513 | 119.017 | 134.988 | 134.988 | 134.988 | 134.988 |
| C3.3 | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera | 70.239 | 63.514 | 70.654 | 69.680 | 69.680 | 69.680 | 69.680 |
| C3.4a | Trasporti Sanitari Da Privato | 20.657 | 19.906 | 20.003 | 20.003 | 20.003 | 20.003 | 20.003 |
| C3.4b | Assistenza Integrativa e Protesica da Privato | 102.172 | 101.189 | 101.260 | 101.258 | 101.258 | 101.258 | 101.258 |
| C3.4c.1 | Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato | 20.886 | 19.197 | 19.232 | 19.834 | 19.834 | 19.834 | 19.834 |
| C3.4c.2 | Distribuzione di Farmaci e File F da Privato | 16.416 | 17.245 | 17.447 | 17.285 | 17.285 | 17.285 | 17.285 |
| C3.4c.3 | Assistenza Termale da Privato | 4.974 | 1.391 | 1.083 | 5.300 | 5.300 | 5.300 | 5.300 |
| C3.4c.4 | Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato | 93.649 | 92.711 | 95.366 | 95.509 | 95.509 | 95.509 | 95.509 |
| C3.4c | Prestazioni da Privato - Altro | 135.926 | 130.544 | 133.127 | 137.927 | 137.927 | 137.927 | 137.927 |
| C3.4 | Altre Prestazioni da Privato | 258.754 | 251.639 | 254.390 | 259.188 | 259.188 | 259.188 | 259.188 |
| C3 | Prestazioni da Privato | 632.985 | 579.746 | 604.734 | 649.934 | 649.934 | 649.934 | 649.934 |

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Prestazioni da Privato

| CE | Descrizione CE | Programmatico | Programmatico | Programmatico | Programmatico | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|---------|--|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | H-D | I-E | L-F | M-G |
| | | H | I | L | M | | | | |
| C3.1 | Prestazioni da Privato - Ospedaliera | 184.010 | 184.010 | 184.010 | 184.010 | - | - | - | - |
| C3.2a | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale | 81.241 | 81.241 | 81.241 | 81.241 | - | - | - | - |
| C3.2b | Prestazioni da Sumaisti | 55.815 | 55.815 | 55.815 | 55.815 | - | - | - | - |
| C3.2 | Prestazioni da Privato - Ambulatoriale | 137.056 | 137.056 | 137.056 | 137.056 | - | - | - | - |
| C3.3 | Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera | 79.229 | 79.229 | 79.229 | 79.229 | 9.549 | 9.549 | 9.549 | 9.549 |
| C3.4a | Trasporti Sanitari Da Privato | 32.003 | 32.003 | 32.003 | 32.003 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 |
| C3.4b | Assistenza Integrativa e Protesica da Privato | 101.258 | 95.727 | 95.727 | 95.727 | - | 5.531 | 5.531 | 5.531 |
| C3.4c.1 | Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato | 22.166 | 22.166 | 22.166 | 22.166 | 2.332 | 2.332 | 2.332 | 2.332 |
| C3.4c.2 | Distribuzione di Farmaci e File F da Privato | 17.285 | 17.285 | 17.285 | 17.285 | - | - | - | - |
| C3.4c.3 | Assistenza Termale da Privato | 5.300 | 5.300 | 5.300 | 5.300 | - | - | - | - |
| C3.4c.4 | Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato | 109.100 | 109.100 | 109.100 | 109.100 | 13.592 | 13.592 | 13.592 | 13.592 |
| C3.4c | Prestazioni da Privato - Altro | 153.851 | 153.851 | 153.851 | 153.851 | 15.923 | 15.923 | 15.923 | 15.923 |
| C3.4 | Altre Prestazioni da Privato | 287.111 | 281.580 | 281.580 | 281.580 | 27.923 | 22.392 | 22.392 | 22.392 |
| C3 | Prestazioni da Privato | 687.406 | 681.875 | 681.875 | 681.875 | 37.472 | 31.941 | 31.941 | 31.941 |

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Prestazioni da Privato

F Totale componenti Finanziarie e Straordinarie

F2 - Saldo Gestione Finanziaria

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022-2025 si riporta il dato rilevato a CE IV trimestre 2021 e pari a 20,1 mln/€.

| CE | Descrizione CE | Consuntivo 2019 | Consuntivo 2020 | IV Trim. 2021 | Tendenziale | Tendenziale | Tendenziale | Tendenziale |
|----|--|-----------------|-----------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | A | B | C | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| | | | | | D | E | F | G |
| F1 | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie | (62.736) | (20.971) | (2.742) | (70) | (70) | (70) | (70) |
| F2 | Saldo Gestione Finanziaria | (59.938) | (30.107) | (20.114) | (20.114) | (20.114) | (20.114) | (20.114) |
| F3 | Oneri Fiscali | 87.109 | 85.619 | 79.901 | 79.065 | 79.065 | 79.065 | 79.065 |
| F4 | Saldo Gestione Straordinaria | (5.494) | (51.044) | 2.924 | - | - | - | - |
| F | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | - 215.277 | - 187.741 | - 99.833 | - 99.249 | - 99.249 | - 99.249 | - 99.249 |

Tabella: Tendenziale 2022-2025 - Componenti Finanziari e Straordinari

PROGRAMMATICO

Come già evidenziato nei precedenti PO elemento di forte criticità nelle componenti finanziarie è determinato dalla situazione debitoria pregressa al 31/12/2020 ancora non definita nel suo ammontare complessivo e dalla presenza del contenzioso presso le singole aziende del SSR, che ha determinato un impatto sui disavanzi annuali, con riferimento agli interessi passivi e spese legali rilevate nei conti economici.

Il paragrafo 4. "DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO" descrive gli interventi proposti al fine di affrontare con una procedura straordinaria e risolvere le criticità riscontrate all'interno delle aziende sanitarie

In ogni caso si è previsto un risparmio sulla voce relativa agli interessi passivi e oneri finanziari pari a un minor costo rispetto al tendenziale di 5,8 mln/€ nell'anno 2023, di 11,5 mln/€ nell'anno 2024 e di 12,5 mln/€ nell'anno 2025.

| CE | Descrizione CE | Programmatico | Programmatico | Programmatico | Programmatico | Manovre 2022 | Manovre 2023 | Manovre 2024 | Manovre 2025 |
|----------|--|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | H-D | I-E | L-F | M-G |
| | | H | I | L | M | | | | |
| F1 | Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie | (70) | (70) | (70) | (70) | - | - | - | - |
| F2 | Saldo Gestione Finanziaria | (20.114) | (14.364) | (8.614) | (7.614) | - | 5.750 | 11.500 | 12.500 |
| F3 | Oneri Fiscali | 80.002 | 80.813 | 82.572 | 85.414 | 937 | 1.749 | 3.508 | 6.349 |
| F4 | Saldo Gestione Straordinaria | - | - | - | - | - | - | - | - |
| F | Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | - 100.186 | - 95.248 | - 91.257 | - 93.098 | - 937 | 4.001 | 7.992 | 6.151 |

F3 - Oneri Fiscali

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 l'impatto degli oneri fiscali è sostanzialmente mantenuto costante e pari al valore del IV trimestre 2021.

PROGRAMMATICO

Gli oneri fiscali aumentano in proporzione all'incremento dell'IRAP.

F4 – Saldo Gestione Straordinaria

TENDENZIALE e PROGRAMMATICO

Le voci afferenti alla gestione straordinaria non risultano valorizzate nel tendenziale e nel Programmatico, in ragione della natura straordinaria dei costi e ricavi. L'impatto delle poste straordinarie è assorbito nella rappresentazione dei costi e prudenzialmente nella voce degli "Altri accantonamenti".