Documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti.

acrinrete
testata giornalistica locale

Integrazione DCA 64/2016

Sommario

Premessa al Documento di Riorganizzazione 3
1. Analisi del fabbisogno 5
1.1 Stato di attuazione del DCA 64/2016 5
1.2 Aggiornamento del fabbisogno e articolazione dell'offerta 8
2. Le azioni sulla rete ospedaliera 14
2.1 Nuovi Ospedali 18
2.2 Protocollo con l'Università – Istituzione dell'AOU "Renato Dulbecco" 20
3. Analisi della mobilità 22
3.1 Programma di recupero della mobilità passiva 24
3.2 Accordi di confine 25
3.3 Convenzione Azienda Ospedaliero - Universitaria "Renato Dulbecco" – Ospedale Pediatrico Bambino Gesù 25
4. Monitoraggio indicatori: Volumi ed Esiti 25
4.1 Indicatori per il monitoraggio 27
4.2 Conclusioni ed indicazioni programmatiche 28
5. Disegno della rete EMUR 28
6. Rete dell'emergenza territoriale 29
6.1 Governance della rete 29
6.2 Modello di rete 32
6.2.1 Modello organizzativo: sintesi conclusiva 40
5.3 Centro regionale di formazione e simulazione per la Regione Calabria 44
7. Disegno delle reti tempo dipendenti del DCA 64/2016 e s.m.i. 46
7.1 Rete Stroke 46
7.2 Rete Politrauma 47
7.3 Rete trasporto Neonatale 50
8. Integrazioni al DCA 64/2016 nel disegno delle reti tempo-dipendenti 52
8.1 Rete dell'emergenza urgenza pediatrica 52
8.2 Aggiornamento rete SCA - Sindrome Coronarica Acuta 58
9. Le reti di Specialità 60
9.1 Gli interventi della nuova programmazione nelle reti di specialità 61
10. Integrazione ospedale/territorio: l'Ospedale Territoriale 65

acinrete testata giornalistica locale

Premessa al Documento di Riorganizzazione

La scelta di operare attraverso la revisione in aggiornamento della configurazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza – urgenza e delle reti tempo-dipendenti disegnata dal D.C.A. n. 64/2016 poggia su due variabili motivazionali:

1. l'implementazione della rete territoriale progettata nella Programmazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione nella Regione Calabria, predisposto ai sensi dell'art. 1 del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, e attualmente all'esame dei Dicasteri vigilanti;
2. il consolidamento operativo e temporale delle fasi progettuali e costruttive degli interventi finalizzati alla realizzazione delle tre strutture ospedaliere (Sibaritide, Vibo Valentia, Ospedale della Piana) destinati a riposizionare in modo significativo l'offerta ospedaliera nelle tre fasce territoriali regionali (nord, centro e sud) e a integrarla nei percorsi assistenziali con le reti territoriali in via di implementazione.

Entrambe le variabili, nel loro manifestarsi a medio-lungo termine richiederanno necessariamente nel prossimo biennio una riprogettazione del sistema ospedaliero e delle funzioni collegate ben più radicale dell'attuale revisione costituendo, sin d'ora, il riferimento per la selezione delle opzioni all'interno delle quali si definiranno le scelte attuative delle visioni programmatiche qui delineate.

acriinrete
testata giornalistica locale

L'aggiornamento della rete ospedaliera ha come scopo un ridisegno razionale della stessa per:

- soddisfare i bisogni di salute della popolazione in stretta sinergia con i servizi territoriali attraverso una chiara attribuzione delle prestazioni da erogare e dei bacini di utenza per ogni presidio della rete;
- garantire un'adeguata concentrazione delle casistiche per il raggiungimento dell'expertise necessaria;
- permettere la costruzione e il mantenimento di strutture ospedaliere dotate degli strumenti organizzativi e delle caratteristiche strutturali e tecnologiche più avanzate;
- rendere pienamente funzionanti le reti assistenziali adeguatamente distribuite sul territorio, specie per la risposta alle patologie tempo-dipendenti e all'emergenza-urgenza.

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio alla luce del DM 77/2022, anche in risposta ad eventi epidemici/pandemici, e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.
In virtù della continua evoluzione dei succitati bisogni di salute emerge la necessità di un aggiornamento della rete ospedaliera regionale approvata con DCA 64/2016, sulla base di quanto emerso durante la sua implementazione a livello regionale. Alla luce dei dati analizzati e al fine della stabilizzazione del fenomeno in analisi, si procede ad un'integrazione delle reti tempo-dipendenti, già disciplinate all'interno del DCA 64/2016, al quale si rinvia.
La pandemia di COVID-19 ha inoltre evidenziato la necessità di disporre di strutture ospedaliere flessibili per la risposta a eventi che comportano picchi di afflusso e suddivise per percorsi e processi assistenziali e per aree funzionali omogenee per intensità di cura, con la progressiva trasformazione

dell'unità operativa da spazio fisico a unità funzionale, permettendo una gestione più duttile dei posti letto e un percorso facilitato dei pazienti. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza comporterà, con la Missione 6, entro il 2026, un rinnovamento delle dotazioni tecnologiche degli ospedali e un potenziamento e riorganizzazione delle attività territoriali.
In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post-acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare.
In quest'ottica la Regione prevederà specifiche équipe professionali che operano su definiti presidi ospedalieri, facenti capo agli ospedali sede di riferimento per la patologia e contigui territorialmente in modo tale da assicurare l'erogazione diffusa, in sicurezza e con buon livello qualitativo, di prestazioni che richiedono competenze.
La gestione dei posti letto dovrà avvenire con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. In tal senso è prevista/viene prevista l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche al fine di consentirne la tempestiva messa a disposizione per i ricoveri e trasferimenti in caso di picchi di afflusso. L'esperienza della pandemia da COVID-19 e gli strumenti legislativi per la risposta all'emergenza sottolineano ulteriormente la necessità di completare il percorso verso l'intensità di cura e di sviluppare la capacità di una rapida riconversione degli spazi verso livelli di intensità più alta in caso di necessità.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

La Regione / le Aziende avvieranno pertanto l'implementazione dei programmi di telemedicina e di teleconsulto tra ospedali di livello differente della rete e tra ospedali e territorio, per la gestione integrata delle situazioni cliniche che ne prevedano l'utilizzo in modo appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete, la malattia renale cronica e altre patologie croniche.

Il Dipartimento Interaziendale Regionale (DIAR) di Azienda Zero, a valenza funzionale, è la modalità organizzativa attraverso cui si provvederà alla predisposizione e al successivo coordinamento attuativo e al monitoraggio della rete ospedaliera, delle modalità organizzative della rete emergenza-urgenza, delle reti tempo-dipendenti e delle reti di specialità.

1. Analisi del fabbisogno

1.1 Stato di attuazione del DCA 64/2016

Le tabelle seguenti evidenziano il computo dei Posti Letto tra quanto riportato nei Modelli HSP e la nuova programmazione con il relativo delta.
Il totale dei Posti Letto è calcolato al netto dei posti dedicati al Nido e all'Emodialisi, mentre vengono aggiunti i 134 Posti di Terapia Intensiva come da art.2 del DL 34/2020.

Tabella 1: Totale Posti Letto HSP 2021 a confronto con Totale Posti Letto Previsti

	Totale PL HSP 12 e 13 (anno 2021) (A)	PL nuova Programmazione (B)	Δ (B-A)
ACUTI	4.579	5.530	951
per 1000 ab.	2,39	2,89	0,50
POST ACUTI	1.098	1.164	66
per 1000 ab.	0,57	0,61	0,03
Totale	**5.677**	**6.694**	**1.017**
per 1000 ab.	**2,97**	**3,50**	**0,53**

Tabella 2: Totale Posti Letto di cui alla tabella precedente classificati in Pubblici e Privati

	Totale PL HSP 12 e 13 (anno 2021) (A)	PL nuova Programmazione (B)	Δ (B-A)
PUBBLICI	3.706	4.718	1.012
PRIVATI	1.971	1.976	5
Totale	**5.677**	**6.694**	**1.017**
per 1000 ab.	**2,97**	**3,50**	**0,53**

acinrete testata giornalistica locale

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i ricoveri ospedalieri per gli anni 2019, 2021 e 2022 in regime di Degenza Ordinaria (DO) e di Day-Hospital/Day Surgery (DH-DS). Si precisa che, ai fini dei calcoli sottostanti, non è stato considerato l'anno 2020 dal momento che risente del picco della pandemia Covid-19.

Tabella 3: Ricoveri ospedalieri totali - anno 2019

TOTALE RICOVERI ANNO 2019		
DO	**DH - DS**	**Totale**
163.836	**45.767**	**209.603**

Fonte: SISR Regione Calabria (Sistema Informativo Sanitario Regionale)

Tabella 4: Ricoveri ospedalieri totali - anno 2021

TOTALE RICOVERI ANNO 2021		
DO	**DH - DS**	**Totale**
138.836	**39.657**	**178.493**

Fonte: SISR Regione Calabria (Sistema Informativo Sanitario Regionale)

Tabella 5: Ricoveri ospedalieri totali - anno 2022

TOTALE RICOVERI ANNO 2022		
DO	**DH - DS**	**Totale**
142.779	**45.767**	**188.546**

Fonte: SISR Regione Calabria (Sistema Informativo Sanitario Regionale)

Al fine di approfondire la distribuzione dei ricoveri di cui sopra, nelle tabelle seguenti vengono classificati in Acuti e Post-Acuti, suddivisi per strutture Pubbliche e Private Accreditate, al netto dei ricoveri afferenti alle discipline "31 – Nido" e "54 – Emodialisi".

Si riportano i dati per gli anni 2019, 2021, 2022.

acinrete testata giornalistica locale

Tabella 6: Produzione ospedaliera - anno 2019

	RICOVERI ANNO 2019					
	Pubblico		Privato		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Acuti	161.711	99%	28.394	78%	190.105	95%
Post Acuti	1876	1%	8057	22%	9.933	5%
Totale	**163.587**		**36.451**		**200.038**	

Fonte: SISR Regione Calabria (Sistema Informativo Sanitario Regionale)

Tabella 7: Produzione ospedaliera - anno 2021

	RICOVERI ANNO 2021					
	Pubblico		Privato		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Acuti	134.389	99%	26.024	78%	160.413	95%
Post Acuti	1.277	1%	7.377	22%	8.654	5%
Totale	**135.666**		**33.401**		**169.067**	

Fonte: SISR (Sistema Informativo Sanitario Regionale)

Tabella 8: Produzione ospedaliera - anno 2022

	RICOVERI ANNO 2022					
	Pubblico		Privato		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Acuti	134.693	99%	34.947	80%	169.640	95%
Post Acuti	984	1%	8.533	20%	9.517	5%
Totale	**135.677**		**43.480**		**179.157**	

Fonte: SISR Regione Calabria (Sistema Informativo Sanitario Regionale)

acrinrete testata giornalistica locale

Si evidenzia un decremento generale della produzione dal 2019 al 2021 che registra, però, un leggero incremento nel 2022, sia per acuzie che postacuzie. Rimane pressochè costante la distrubuzione dei ricoveri tra strutture private e pubbliche.

1.2 Aggiornamento del fabbisogno e articolazione dell'offerta

Nelle tabelle seguenti viene rappresentato il nuovo fabbisogno della rete ospedaliera.

Sintesi della dotazione di Posti Letto (DH- DO- DS- WS):

Tabella 9: Tabella A (PL Acuti; PL Post-Acuti; Totale Posti letto) (v. Allegato 3)

Posti letto Acuti		Situazione attuale NSIS 2021 (A)	Situazione programmata (B)	Δ (B-A)
Ordinari	Numero	3.942	4.627	685
	Per 1.000 ab.	2,06	2,42	0,36
Day Hospital	Numero	446	469	23
	Per 1.000 ab.	0,23	0,25	0,01
Day surgery	Numero	191	407	216
	Per 1.000 ab.	0,10	0,21	0
Week Surgery	Numero	-	27	27
	Per 1.000 ab.	-	0,01	0
Totale Acuti		*4.579*	5.530	951
Per 1.000 ab.		*2,39*	*2,89*	*0,50*

acinrete
testata giornalistica locale

Posti letto Riabilitazione		Situazione attuale NSIS 2021 (A)	Situazione programmata (B)	Δ (B-A)
Ordinari	Numero	736	909	173
	Per 1.000 ab.	0,38	0,48	0,09
Day Hospital	Numero	91	95	4
	Per 1.000 ab.	0,05	0,05	0

Posti letto Lungodegenza		Situazione attuale NSIS 2021 (A)	Situazione programmata (B)	Δ (B-A)
Ordinari	Numero	271	160	- 111
	Per 1.000 ab.	0,14	0,08	- 0,06

Totale Posti Letto Riabilitazione e Lungodegenza (Post Acuti)	*1.098*	*1.164*	66
Per 1.000 ab.	0,57	0,61	0,04

Totale complessivo	5.677	6.694	1.017
Per 1.000 ab.	2,97	3,50	0,53

*Popolazione pesata utilizzata: 1.912.375 (anno 2015), DM 70/2015 – Circolare Ministeriale, febbraio 2016

La dotazione programmata di posti letto è pari a 6.694 posti letto, di cui 5.530 posti letto per acuti e 1.164 posti letto per post-acuzie.

Con la riorganizzazione dell'offerta, come si evince dalla tabella sopra riportata, i Posti Letto per Acuti per mille abitanti sono pari a 2,89 rispetto ad uno standard per popolazione "pesata" corretta per mobilità pari a 2,78 (DM 70/2015 – Circolare Ministeriale, febbraio 2016). Tale incremento è finalizzato al programma di recupero della mobilità che sarà a regime entro il 2026.

Tabella 10: Sintesi della dotazione di posti letto per disciplina (v. Tabella C – Allegato 5)

Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Day hospital	Degenza ordinaria	Day surgery	Week Surgery	Totale PL
106 (*)	PRONTO SOCCORSO E OBI	-	-	-		-
01	ALLERGOLOGIA	-	-	-		-
02	DAY HOSPITAL	36	-	-		36
03	ANATOMIA PATOLOGICA	-	-	-		-
05	ANGIOLOGIA	-	-	-		-
07	CARDIOCHIRURGIA	-	49	2		51
08	CARDIOLOGIA	12	83	-		95
08	CARDIOLOGIA (CON EMODINAMICA)	14	159	-		173
09	CHIRURGIA GENERALE	6	687	83	21	797
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	-	6	15		21
100	LABORATORIO ANALISI	-	-	-		-
101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	-	-	-		-
102	SERVIZIO TRASFUSIONALE	-	-	-		-
104	NEURORADIOLOGIA	-	-	-		-
105	GENETICA MEDICA	-	-	-		-
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	-	41	3		44
12	CHIRURGIA PLASTICA	-	14	4		18
121	COMPARTI OPERATORI	-	-	-		-
124	FARMACIA OSPEDALIERA	-	-	-		-
125	NUTRIZIONE CLINICA	-	-	-		-
13	CHIRURGIA TORACICA	-	29	-		29
14	CHIRURGIA VASCOLARE	-	65	7		72
18	EMATOLOGIA	24	45	-		69
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	3	7	-		10
199	IGIENE OSPEDALIERA	-	-	-		-
20	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	-	-	-		-
21	GERIATRIA	8	119	-		127
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	11	77	-		88
26	MEDICINA GENERALE	77	592	-		669
27	MEDICINA LEGALE	-	-	-		-
28	UNITA' SPINALE	-	20	-		20
29	NEFROLOGIA	10	80	-		90
30	NEUROCHIRURGIA	-	73	2		75
31	NIDO	-	129	-		129

acinrete testata giornalistica locale

32	NEUROLOGIA	13	184	-		197
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	12	-		14
34	OCULISTICA	-	-	32		32
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	-	-	5		5
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	566	54		624
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5	313	41		359
38	OTORINOLARINGOIATRIA	-	34	27		61
39	PEDIATRIA	34	146	-		180
40	PSICHIATRIA	11	117	-		128
43	UROLOGIA	-	171	21		192
48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	-	4	-		4
49	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	-	10	-		10
49	TERAPIA INTENSIVA	4	289	-		293
50	UNITA` CORONARICA	1	119	-		120
51	MCAE	-	150	-		150
52	DERMATOLOGIA	-	10	-		10
54	EMODIALISI	-	317	-		317
55	FARMACOLOGIA CLINICA E FARMACOVIGILANZA	-	-	-		-
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	93	828	-		921
56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	2	13	-		15
57	FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA	-	-	-		-
58	GASTROENTEROLOGIA	5	48	-		53
60	LUNGODEGENTI	-	160	-		160
61	MEDICINA NUCLEARE	-	5	-		5
62	NEONATOLOGIA	2	66	-		68
64	ONCOLOGIA	142	24	-		166
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	8	12	-		20
68	PNEUMOLOGIA	10	118	-		128
69	RADIOLOGIA	-	-	-		-
71	REUMATOLOGIA	21	53	-		74
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	34	-		34
74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	-	-	-		-
75	NEURO-RIABILITAZIONE	-	48	-		48
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA	-	-	-		-
82	ANESTESIA	-	-	-		-
96	TERAPIA DEL DOLORE	6	10	-		16
97	DETENUTI	-	6	-		6
98	DAY SURGERY	-	-	111	6	117
DS	DIREZIONE MEDICA P.O.	-	-	-		-
EM	EMOTECA	-	-	-		-
FS	FISICA SANITARIA	-	-	-		-
SC	SERVIZIO CARDIOLOGIA	-	-	-		-
SG	SERVIZIO GASTROENTEROLOGIA	-	-	-		-
SO	SERVIZIO ONCOLOGIA	-	-	-		-
	RECOVERY ROOM		5			5
Totale complessivo		**564**	**6.147**	**407**	**27**	**7.145**
Di cui PL Tecnici (Nido, Emodialisi e Recovery Room)			**451**			
Totale al netto dei PL tecnici						**6.694**

(*) L'individuazione dei posti tecnici OBI nei Pronto Soccorso può essere prevista a livello aziendale nel rispetto degli standard e dei criteri di cui alla normativa vigente.

acinrete testata giornalistica locale

Posti letto di residenzialità territoriali – criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri

L'articolo 1, comma 3, lettera c) del DM n. 70/2015, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto nel rispetto di un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza, considera equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le Regioni e le Province Autonome coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera (€ 154,00 – centocinquantaquattro,00).

Nella tabella che segue si riportano le informazioni richieste.

Tabella 11: Tabella B – Calcolo Posti Letto Equivalenti (v. Allegato 4)

P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri	2022	Note
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	**459**	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	**2.774**	
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	**62**	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1"Assistenza malati terminali")
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale (C)	**0**	Deve risultare < = (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 "Assistenza psichiatrica")

acrinrete testata giornalistica locale

P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri	2022	Note
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione (D)	**286**	Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 "Assistenza ai disabili psichici") + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 "Assistenza ai disabili fisici") + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.L. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).	**0**	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	**111**	
Per 1.000 ab.	**0,06**	

acrinrete testata giornalistica locale

Tabella 12: Sintesi del numero di posti letto attuali (HSP 2021) e posti letto programmati per Area (Nord – Centro – Sud)

AREA	PROVINCIA		ACUTI			PPLL per 1000 ab.	POST ACUTI			PPLL per 1000 ab.	TOTALE	PPLL per 1000 ab.	POPOLAZIONE PESATA
			Pubblico	Privato	Totale		Pubblico	Privato	Totale				
NORD	CS	PPLL modelli HSP_2021	1.087	334	**1.421**	2,04	81	313	**394**	0,57	**1.815**	2,61	695.236
		PPLL Nuova Progr.	1.587	320	**1.907**	2,74	71	333	**404**	0,58	**2.311**	3,32	
CENTRO	KR	PPLL modelli HSP_2021	288	150	**438**	2,60	-	223	**223**	1,32	**661**	3,92	168.570
		PPLL Nuova Progr.	307	148	**455**	2,70	-	223	**223**	1,32	**678**	4	
	CZ	PPLL modelli HSP_2021	1.040	210	**1.250**	3,53	48	155	**203**	0,57	**1.453**	4,10	354.216
		PPLL Nuova Progr.	1.183	211	**1.394**	3,94	69	155	**224**	0,63	**1.618**	4,57	
	VV	PPLL modelli HSP_2021	190	40	**230**	1,47	10	50	**60**	0,38	**290**	1,86	156.207
		PPLL Nuova Progr.	264	40	**304**	1,95	20	50	**70**	0,45	**374**	2,39	
	TOTALE CENTRO	PPLL modelli HSP_2021	1.518	400	**1.918**	2,82	58	428	**486**	0,72	**2.404**	3,54	678.994
		PPLL Nuova Progr.	1.754	399	**2.153**	3,17	89	428	**517**	0,76	**2.670**	3,93	
SUD	RC	PPLL modelli HSP_2021	932	308	**1.240**	2,30	30	188	**218**	0,41	**1.458**	2,71	538.145
		PPLL Nuova Progr.	1.162	308	**1.470**	2,73	55	188	**243**	0,45	**1.713**	3,18	
REGIONE CALABRIA		PPLL modelli HSP_2021	3.537	1.042	**4.579**	2,39	169	929	**1.098**	0,57	**5.677**	2,97	**1.912.375**
		PPLL Nuova Progr.	***4.503***	***1.027***	***5.530***	***2,89***	***215***	***949***	***1.164***	***0,61***	***6.694***	***3,50***	

acinrete testata giornalistica locale

In base alla tabella di cui sopra, si prevede per la Regione Calabria un totale di 5.530 PL per l'area Acuzie al netto di Nido ed Emodialisi e un totale di 1.164 PL per l'Area Post Acuzie, considerando come punti di offerta sia le strutture pubbliche sia gli erogatori privati del SSN.

L'analisi dei dati sopra riportati è stata presa a riferimento, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera, ai fini dell'articolazione strutturale, contenuta nella Tabella "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina" (**Allegato 2**) di cui agli standard minimi e massimi di struttura per singola disciplina nel DM n. 70/2015.

La presente riorganizzazione della rete ospedaliera prevede **307 Strutture Complesse (SC)** nelle strutture pubbliche alle quali si aggiungono **80 punti di erogazione** rappresentate dalle strutture private accreditate **(PEP).**
Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), la quantificazione di queste e la loro allocazione all'interno dei punti della rete ospedaliera sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida che Azienda Zero predisporrà ai fini dell'approvazione da parte del Commissario ad Acta. Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici e Strutture Semplici Dipartimentali facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA) e quelle da specificare ai sensi della vigente normativa (Immunotrasfusionale).

Tabella 13: Sintesi del numero di unità operative complesse attuali e programmate per Area (Nord – Centro – Sud) (v. Tabella C)

AREA	PROVINCIA		INCARICO ATTUALE (DCA 64/16) (A)	INCARICO PROGRAMMATO (B)	Δ (B-A)
			SC	SC	SC
NORD	CS	Pubblico	87	88	1
		Privato	-	-	0
		Totale	**87**	**88**	**1**
CENTRO	KR	Pubblico	19	20	1
		Privato	-	-	0
		Totale	**19**	**20**	**1**
	CZ	Pubblico	101	103	2
		Privato	-	-	0
		Totale	**101**	**103**	**2**
	VV	Pubblico	17	17	0
		Privato	-	-	0
		Totale	**17**	**17**	**0**
	TOTALE CENTRO	Pubblico	137	140	3
		Privato	-	-	0
		Totale	**137**	**140**	**3**
SUD	RC	Pubblico	78	79	1
		Privato	-	-	0
		Totale	**78**	**79**	**1**
REGIONE CALABRIA		Pubblico	302	307	5
		Privato	78	80	2
		Totale	**380**	**387**	**7**

acinrete testata giornalistica locale

2. Le azioni sulla rete ospedaliera

La revisione della programmazione del DCA 64/2016 ha visto la rimodulazione della caratterizzazione di alcuni dei punti della rete in virtù degli obiettivi programmatici e delle modifiche sulla struttura dell'offerta sanitaria che in attuazione del DM 77/2022 ha previsto nel Documento di programmazione della rete dell'Assistenza Territoriale il potenziamento delle strutture di prossimità (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, Ospedali Territoriali), ampliandone la sfera assistenziale della presa in carico dei pazienti rispetto a quella della funzione ospedaliera.
Parimenti alcune delle azioni sulla rete hanno dovuto aver riguardo alle pronunce del giudice amministrativo che ha disposto la riapertura:

- del P.O. di Praia a Mare (Delibera del Commissario Straordinario dell'A.S.P. di Cosenza n. 1030 del 4/08/2021 e da ultimo sentenza del CdS n. 384/2022);
- del P.O. di Trebisacce (Delibera del Commissario ad acta n.3/2021).

Nell'ottica programmatoria tali presidi sono altresì da considerasi quali sedi privilegiate per l'implementazione di centri specialistici nell'area delle patologie a più elevata mobilità passiva anche attraverso la valutazione e l'adozione di formule gestionali innovative.

Presidio Ospedaliero di Trebisacce

Prendendo in esame l'analisi relativa al P.O. di Trebisacce si dà attuazione alla Sentenza del Consiglio di Stato n. 2151/2015 e succ., nonché all'ordinanza del Consiglio di Stato del 15/02/2021, rimodulando la configurazione definita con il DCA 64/2016 sulla base della deliberazione n. 3/2021 – Min. Sal del Commissario ad Acta.

Nello sviluppo attrattivo della programmazione, il set assistenziale previsto per la parte concorrente ospedaliera (Presidio) è destinato a focalizzarsi su specialità chirurgiche caratterizzate da elevati tassi di mobilità passiva anche attraverso adozione di modelli gestionali innovativi.

Presidio Ospedaliero di Praia a Mare

Prendendo in esame l'analisi relativa alle singole strutture del P.O. di Praia a Mare, si dà attuazione alle Sentenze del Consiglio di Stato n. 2576/201, n. 2968/2015, n. 1153/2017 e s.m.i., e considerato il provvedimento del Commissario ad Acta, l'ASP di Cosenza con deliberazione n. 1030 del 04/08/2021 ha formulato a livello regionale una proposta di riconfigurazione della struttura ospedaliera di Praia a Mare. Inoltre, in considerazione della sentenza del C/S n. 384/2022 saranno attivati 4 pl Day Surgery di Ortopedia e 14 pl di Chirurgia Generale.

Nello sviluppo attrattivo della programmazione, il set assistenziale previsto per la parte concorrente ospedaliera (Presidio) è destinato a focalizzarsi su specialità chirurgiche caratterizzate da elevati tassi di mobilità passiva anche attraverso adozione di modelli gestionali innovativi.

Presidio Ospedaliero di Zona Disagiata di Cariati

La struttura serve un bacino di utenza, i cui comuni sono dislocati su un'area in gran parte montana; l'inserimento nella rete ospedaliera è derivato dalle criticità relative alla posizione geografica di Cariati e del bacino di popolazione di riferimento rispetto agli ospedali dell'area limitrofa, ponderato con il fabbisogno sanitario espresso dalla popolazione del bacino di riferimento riconducibile in prevalenza a prestazioni e servizi propri dell'ambito territoriale e che ha condotto alla previsione di coesistenza con l'Ospedale Territoriale e le componenti assistenziali che lo caratterizzano.
Si evidenziano quali ulteriori elementi critici l'aumento dei flussi turistici nel periodo estivo e il fenomeno della mobilità sanitaria passiva.
In ragione di ciò, l'aggiornamento del DCA 64/2016 ha previsto la struttura di Cariati quale Ospedale di Zona particolarmente Disagiata, inserendo il Presidio Ospedaliero nella rete ospedaliera, secondo il modello di cui al D.M. 70 del 02/04/2015 (punto 9.2.2), integrato con lo Spoke di Rossano/Corigliano, per trattare in rete patologie acute a bassa intensità di cure, con attività mediche e chirurgiche multidisciplinari ed a diffusione territoriale, atte a garantire risposte adeguate ai territori di riferimento.
Sono stati previsti 20 pl di Medicina Generale, Day Surgery per prestazioni di chirurgia generale nel setting ambulatoriale, 4 pl Day Hospital nella branca della cardiologia, servizi dedicati per la gastroenterologia e oncologia.
Saranno, inoltre, attivati posti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI) presso il pronto soccorso.
Sarà garantita anche l'attivazione di sistemi informatici di collegamento tra la predetta struttura e il Centro Spoke, tale da garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento alla possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine al centro Spoke.
Tale struttura avrà vocazione anche di riabilitazione specialistica per la malattia di Parkinson e la

malattia di Alzheimer.
Il P.O. di Cariati verrà ad essere integrato sotto il profilo fisico e funzionale a una struttura territoriale complessa e composita come l'Ospedale Territoriale (Casa di Comunità, Ospedale di Comunità, UCCP/AFT/MCA, Postazione 118).

Presidio Ospedaliero di Zona Disagiata di San Giovanni in Fiore
Prendendo in esame l'analisi relativa al P.O. di San Giovanni in Fiore, si prevede quanto elencato di seguito:

- attivazione del servizio di oncologia;
- attivazione di sistemi informatici di collegamento tra l'ospedale di San Giovanni in Fiore e lo Spoke di riferimento tali da garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento alla possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine al centro Spoke corrispondente.

Il P.O. di San Giovanni in Fiore, inoltre, verrà ad essere integrato sotto il profilo fisico e funzionale a una struttura territoriale complessa e composita come l'Ospedale Territoriale (Casa di Comunità, Ospedale di Comunità, UCCP/AFT/MCA, Postazione 118).

Presidio Ospedaliero di Zona Disagiata di Acri – P.O. Beato Angelo
Le discipline che caratterizzano il P.O. di Acri sono le seguenti: Day Hospital, Day Surgery, Medicina Generale ed Emodialisi oltre al servizio di oncologia.
Prendendo in esame l'analisi relativa al P.O. di Acri, l'assetto organizzativo programmato vede una sostanziale conferma dei posti letto ordinari e un'ottimizzazione dei posti di DH e DS controbilanciata dalla previsione del potenziamento dell'offerta territoriale.
Il P.O. di Acri, infatti, verrà ad essere integrato sotto il profilo fisico e funzionale a una struttura territoriale complessa e composita come l'Ospedale Territoriale (Casa di Comunità, Ospedale di Comunità, UCCP/AFT/MCA, Postazione 118).

Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme
Le discipline che caratterizzano il P.O. di Lamezia Terme sono le seguenti: Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, Day Surgery multidisciplinare, MCAE, Ostetrica e Ginecologia, Pediatria, Neonatologia, Day Hospital Multidisciplinare, Medicina Generale, Neurologia, Psichiatria, Emodialisi, Oncologia, Pneumologia, Recupero e Riabilitazione, Terapia Intensiva.

Si prevede inoltre, la collocazione e il potenziamento delle attività cardiologiche (Cardiologia e UTIC) con implementazione dell'attività di Elettrofisiologia e dell'attività di Emodinamica, anche ai fini dell'inserimento nella rete SCA, previa ricollocazione strutturale o riassetto organizzativo su base dipartimentale con l'Hub o con altro Spoke di riferimento.

Nell'ottica programmatoria le ulteriori funzioni da prevedersi all'interno del Presidio di Lamezia saranno da ricondurre:

- allo sviluppo delle attività clinico riabilitative con il Polo integrato INAIL e all'implementazione delle attività di ricerca clinica traslazionale collegate;
- creazione in collaborazione con INAIL di un centro di riferimento per la sperimentazione e applicazione di ausili e protesi rivolto al bacino di utenza delle Regioni centro – meridionali.

Più in generale, e fermo restando l'obiettivo di una sempre maggiore integrazione funzionale con l'HUB di riferimento, nella configurazione di medio-lungo periodo del Sistema Sanitario Regionale, il Presidio di Lamezia Terme, in ragione delle sue caratteristiche strutturali e della sua collocazione territoriale baricentrica, andrà privilegiato quale sede di attività clinico – assistenziali aventi a riferimento un bacino d'utenza regionale e sovraregionale.

Presidio Ospedaliero di Zona Disagiata di Soveria Mannelli

Le discipline che caratterizzano il P.O. di Soveria Mannelli sono le seguenti: Day Surgery, Medicina Generale, Emodialisi e Riabilitazione cardiologica.

Prendendo in esame l'analisi relativa al P.O. di Soveria Mannelli, si prevede l'integrazione dell'assetto organizzativo della precedente programmazione con 15 PL di Riabilitazione Cardiologica. Nel periodo di programmazione la dotazione di tali posti letto potrà essere suscettibile di incremento in relazione alle valutazioni sul fabbisogno regionale contestualmente alla rimodulazione dell'offerta del presidio.

Inoltre, il P.O. di Soveria Mannelli verrà ad essere integrato sotto il profilo fisico e funzionale a una struttura territoriale complessa e composita come l'Ospedale Territoriale (Casa di Comunità, Ospedale di Comunità, UCCP/AFT/MCA, Postazione 118).

Presidio Ospedaliero di Zona Disagiata di Serra San Bruno

Le discipline che caratterizzano il PO di Serra San Bruno sono le seguenti: Day Surgery, Medicina Generale, Emodialisi e Recupero e riabilitazione.

L'analisi relativa al PO di Serra San Bruno vede l'assetto organizzativo rimodulato e potenziato nella componente lungodegenziale attraverso l'incremento della dotazione dei posti letto di Medicina Generale e mediante il contestuale incremento dell'offerta territoriale.

Infatti, il P.O. di Serra San Bruno verrà ad essere integrato sotto il profilo fisico e funzionale a una struttura territoriale complessa e composita come l'Ospedale Territoriale (Casa di Comunità, Ospedale di Comunità, UCCP/AFT/MCA, Postazione 118).

Spoke di Rossano/Corigliano – ASP di Cosenza

La presente programmazione per il Presidio Ospedaliero di Rossano/Corigliano caratterizza lo stabilimento di Rossano a vocazione chirurgica e lo stabilimento di Corigliano a vocazione medica.

Si prevede inoltre, per lo stabilimento di Rossano, la collocazione e il potenziamento delle attività cardiologiche (Cardiologia e UTIC) con implementazione dell'attività di Elettrofisiologia e dell'attività di Emodinamica, anche ai fini dell'inserimento nella rete SCA, previa ricollocazione strutturale o, se precedente, riassetto organizzativo su base dipartimentale con l'Hub o con altro Spoke di riferimento.

Nella prospettiva programmatica le scelte relative agli assetti organizzativi e delle specialità dei due stabilimenti dovranno assicurare sempre maggiore coerenza con la visione unitaria dell'Ospedale della Sibaritide.

Spoke di Cetraro/Paola – ASP di Cosenza

La rivisitazione della programmazione prevista dal DCA 64/2016 per il Presidio Ospedaliero di Cetraro/Paola si fonda sui seguenti presupposti:

- previsione del percorso nascita presso lo stabilimento di Cetraro in ragione del rispetto degli standard di sicurezza che prevedono la presenza della Terapia Intensiva all'interno dei presidi in cui insiste il punto nascita;

- collocazione dell'attività chirurgica in continuità con la Terapia Intensiva allo scopo di assicurare adeguati standard di sicurezza delle cure, l'innalzamento del livello medio della casistica chirurgica trattata rispondendo al fabbisogno dell'area territoriale di riferimento e agli obiettivi di sistema di recupero delle fughe dei residenti verso i presidi delle regioni limitrofe. In considerazione di ciò le attività chirurgiche sono da prevedersi in prima battuta presso il plesso di Cetraro per essere parzialmente riallocate su quello di Paola successivamente alla realizzazione e all'attivazione della Terapia Intensiva e fermo restando una distribuzione delle attività integrata e complementare tra i due plessi;
- conferma della collocazione e potenziamento delle attività cardiologiche (Cardiologia e UTIC) con implementazione presso lo stabilimento di Paola dell'attività di Elettrofisiologia e dell'attività di Emodinamica, anche ai fini dell'inserimento nella rete SCA, previa ricollocazione strutturale o riassetto organizzativo su base dipartimentale con l'Hub o con altro Spoke di riferimento;
- conferma della collocazione e potenziamento delle attività di Ortopedia e Ortogeriatria di elezione del plesso di Paola finalizzate all'incremento della risposta al fabbisogno dell'area di riferimento e al contrasto della mobilità passiva regionale verso punti di erogazione delle altre regioni.

Nella prospettiva programmatica le scelte relative agli assetti organizzativi e alle specialità dei due stabilimenti dovranno necessariamente confrontarsi con la previsione di un'opzione progettuale finalizzata alla realizzazione di un presidio unitario che assicuri coerenza dei contenuti clinico-assistenziali con il fabbisogno del bacino di riferimento.

acinrete
testata giornalistica locale

2.1 Nuovi Ospedali

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 Sanitario Regionale dell'epoca (PSR 2007-2009), che con i più recenti provvedimenti di riorganizzazione delle reti come il DCA n. 64/2016, il quale viene ulteriormente integrato con il presente provvedimento di riorganizzazione. L'Accordo ha previsto la realizzazione di 3 nuovi Ospedali Spoke: l'Ospedale di Vibo Valentia, l'Ospedale della Sibaritide, l'Ospedale della Piana di Gioia Tauro. Il programma regionale per la costruzione dei nuovi Ospedali (fondi ex art. 20) è in fase avanzata di progettazione.

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.

La tabella seguente evidenzia un numero di posti letto previsti superiore alla somma dei posti

letto dei presidi pubblici che oggi insistono sui territori di afferenza.

Tabella 14: Nuovi Ospedali

Nuovi Presidi Ospedalieri	
a. Ospedale nuovo	**Nuovo ospedale della Piana**
b. Area interessata	I comuni dell'ex ASL di Palmi con una popolazione di circa 157.000 abitanti
c. Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA I livello con 314 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PLassegnati con il presente decreto)	Polistena – Santa Maria degli Ungheresi: acuzie (188), postacuzie (10) Gioia Tauro – Giovanni XXIII acuzie (51), postacuzie (10) **Totale acuzie (239 PL), postacuzie (20 PL)**
e. Differenza tra dimensionamento previsto e posti letto programmati per acuzie e postacuzie (c-d)	55 PL per acuzie e postacuzie **Il nuovo presidio è maggiore dei posti letto programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata**
a. Ospedale nuovo	**Nuovo presidio della Sibaritide**
b.Area interessata	I comuni dell'ex ASL di Rossano con una popolazione di circa 178.000 abitanti
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA I livello con 334 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PLassegnati con il presente decreto)	Rossano e Corigliano Calabro acuzie (245 PL), postacuzie (20 PL) **Totale acuzie (245 PL), postacuzie (20 PL)**
e. Differenza tra il dimensionamento previsto e il consumo attuale del bacino di utenza prevedibile peracuzie. (c-d)	69 PL per acuzie e postacuzie **Il nuovo presidio è maggiore dei posti letto programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata**
a. Ospedale nuovo	**Nuovo presidio di Vibo Valentia**
b.Area interessata	I comuni dell'ASL di Vibo Valentia con una popolazione di circa 167.000 abitanti
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA I livello con 350 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PLassegnati con il presente decreto)	Tropea acuzie (58 PL) Vibo Valentia acuzie (171 PL) Serra San Bruno acuzie (35 PL), postacuzie (20 PL) (ospedale zona montana) **Totale acuzie (264 PL), postacuzie (20 PL)**
e. Differenza tra il dimensionamento previsto e il consumo attuale del bacino di utenza prevedibile peracuzie (c-d)	66 PL per acuzie e postacuzie **Il nuovo presidio è maggiore dei posti letto programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata**

acinrete testata giornalistica locale

2.2 Protocollo con l'Università – Istituzione dell'AOU "Renato Dulbecco"

Al fine di migliorare l'offerta assistenziale sul territorio regionale, la Regione Calabria ha disposto con legge regionale n. 33 del 16 dicembre 2021 la fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini", la quale assume la denominazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco". L'AOU è la sede primaria dell'attività formativa pre e post-laurea della Scuola di Medicina dell'Università e la sede dell'attività assistenziale integrata con la didattica e la ricerca della stessa Università, nonché la sede dell'assistenza ospedaliera.

Con DCA n. 83/2023 la Regione ha provveduto ad approvare il Protocollo di Intesa tra la Regione e l'Università degli Studi Magna Græcia. Mediante il quale sono stabilite le modalità di partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale; le funzioni e i principi e i criteri generali relativi all'assetto organizzativo dell'AOU; le modalità di compartecipazione dell'Università e della Regione ai risultati di gestione dell'AOU; le modalità di integrazione tra attività didattico-universitarie e attività assistenziali della Regione che si esplicano in AOU e in altri presidi del SSR; l'apporto del personale del servizio sanitario alle attività formative dell'Università.

L'AOU adotta il modello dipartimentale in quanto strumento utile ad assicurare l'esercizio integrato ed inscindibile delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. L'organizzazione dipartimentale delle attività assistenziali, integrate con quelle di didattica e di ricerca, ha l'obiettivo di favorire una formazione di alta qualità e un livello di ricerca biomedica e sanitaria che consente il miglioramento della qualità assistenziale; fornire al cittadino percorsi assistenziali di alta qualità e innovatività per la gestione dei profili. Le strutture operative aziendali sono i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e i Dipartimenti Aziendali (DA) tra i quali il Dipartimento di Emergenza e Accettazione di II livello (DEA), il Dipartimento amministrativo e il Dipartimento di staff.

In fase di prima applicazione, le strutture complesse dell'AOU sono quelle previste dal DCA 64/2016. Sono a Direzione Ospedaliera tutte le UOC allocate nel DCA n. 64/2016 nel presidio "Pugliese-Ciaccio", ad eccezione delle Unità di Ginecologia universitaria, Chirurgia Toracica e Pediatria universitaria che sono a Direzione Universitaria; sono a Direzione Universitaria tutte le UOC allocate nel DCA n. 64/2016 nel presidio "Mater Domini", ad eccezione di Endocrinochirurgia, Farmacia Ospedaliera, Direzione Medica di Presidio che sono a Direzione Ospedaliera. Presso L'AOU saranno attivate le seguenti nuove attività assistenziali, organizzate come strutture a direzione universitaria: Pronto soccorso e Medicina di Urgenza, istituito come UOC presso il "Mater Domini" e dotato di posti letto; Neuropsichiatria infantile, dotata di posti letto; Terapia Intensiva pediatrica, dotata di posti letto; Radiologia interventistica endovascolare; Urologia pediatrica, dotata di posti letto; Ortopedia pediatrica, dotata di posti letto. In fase di prima applicazione del Protocollo, la Regione Calabria tiene conto del numero e della tipologia delle unità operative assistenziali istituite nell'AOU a seguito della stipula del Protocollo nella rideterminazione delle linee guida regionali sugli atti aziendali, in modo da rispettare la programmazione regionale di medio e lungo termine in relazione alle strutture assistenziali inserite nella rete ospedaliera e nelle reti tempo-dipendenti,

nonché gli standard elaborati dal Comitato LEA per l'individuazione di strutture operative complesse e semplici.

In fase di prima applicazione, si considera quanto già programmato all'interno del DCA n. 64/2016. Pertanto, il numero di posti letto assegnati all'AOU, per garantire l'espletamento delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca, è determinato in 865 posti letto, ai quali si aggiungono i posti letto tecnici, così suddivisi:

- n. 786 posti letto, già previsti nel DCA n. 64/2016;
- n. 33 posti letto, già assegnati dal DCA n. 91/2020 per contrastare la pandemia Covid-19;
- n. 36 posti letto, destinati alle attività pediatriche di nuova istituzione (Terapia intensiva pediatrica; Urologia Pediatrica; Ortopedia Pediatrica; Pediatria a direzione universitaria; Neuropsichiatria infantile).

Inoltre, sono stati previsti n. 10 pl di Reumatologia come esplicitato nel paragrafo 9.1.

acrinrete
testata giornalistica locale

3. Analisi della mobilità

Con mobilità sanitaria si intende la situazione in cui un paziente si sposta dalla zona in cui vive per cercare cure e terapie.
Per ogni regione si può registrare una mobilità attiva e una mobilità passiva.

- La **Mobilità Attiva** descrive l'attrazione esercitata dalle Strutture Sanitarie, siano esse pubbliche e/o private accreditate, in favore di utenti che risiedono in altre Regioni/Province autonome. Pertanto, ne deriva l'arrivo di fondi in entrata per coprire i costi con cui si sono garantite le prestazioni sanitarie ai pazienti di altre regioni o Paesi;
- La **Mobilità Passiva**: descrive la fuga dei propri assistiti, verso Strutture Sanitarie, siano esse pubbliche e private accreditate, fuori dalla propria Regione/Provincia autonoma di residenza. Da questa ne deriva l'invio di fondi che corrispondono ai costi per ripagare le altre regioni dei servizi che hanno messo a disposizione per curare i pazienti in uscita.

Dal punto di vista finanziario, la mobilità attiva è una fonte di credito, mentre quella passiva è una fonte di debito: le differenze tra l'una e l'altra forniscono l'idea del livello di ciascun Servizio Sanitario Regionale e alcuni dati relativi alla soddisfazione dei cittadini relativa ai servizi.

Di seguito si riporta l'analisi dei flussi relativi alla mobilità passiva e attiva per gli anni 2019, 2020 e 2021 della Regione Calabria, calcolata sulla base della metodologia elaborata dal Ministero della Salute – AGENAS e presente sul Portale Statistico AGENAS.
Dall'analisi dei dati è stato possibile distinguere le componenti della mobilità che saranno oggetto di di attenzione da parte di Azienda Zero, al fine di pervenire, attraverso un programma strutturato, ad una corretta programmazione dell'offerta sanitaria parametrata in relazione ai bisogni di salute espressi dalle singole aree territoriali (area Nord, area Centro e area Sud), anche focalizzando l'attenzione sulle specifiche carenze di offerta e di bisogni non soddisfatti.

Sono state analizzate le tre principali determinanti di studio del fenomeno della mobilità: **Casuale, Apparente ed Effettiva.**
Nella Tabella 16 si dettagliano i Volumi di Ricovero e il relativo Importo economico per la Mobilità Effettiva che è a sua volta suddivisibile per le seguenti sottocategorie:

- ricoveri classificati con DRG di alta complessità;
- ricoveri classificati con DRG di media o bassa complessità;
- ricoveri classificati con DRG a rischio inappropriatezza;

ed ognuna di queste è scomponibile in Mobilità di Prossimità e di Non Prossimità.

Tabella 15. Mobilità passiva 2019-2021

		MOBILITÀ PASSIVA					
		2019		2020		2021	
		Volumi ricovero	Valore economico	Volumi ricovero	Valore economico	Volumi ricovero	Valore economico
Carico Regionale	Effettiva	40.647	157.827.576,99 €	26.144	105.834.610,44 €	31.670	134.118.638,54 €
	Casuale	7.631	34.599.576,83 €	6.436	31.088.015,71 €	7.178	35.074.828,00 €

	Apparente	2.741	9.856.965,78 €	1.906	7.322.295,01 €	2.167	7.796.605,18 €
	Totale	**51.019**	**202.284.119,60 €**	**34.486**	**144.244.921,16 €**	**41.015**	**176.990.071,72 €**
Altro		1.460	3.431.431,45 €	1.001	2.568.405,49 €	1.373	3.512.892,47 €
Mobilità Passiva Totale		**52.479**	**205.715.551,05 €**	**35.487**	**146.813.326,65 €**	**42.388**	**180.502.964,19 €**

Tabella 16. Mobilità passiva effettiva 2019-2021

MOBILITÀ EFFETTIVA		2019		2020		2021	
		Volumi ricovero	Valore economico	Volumi ricovero	Valore economico	Volumi ricovero	Valore economico
DRG alta complessità	Prossimità	180	1.879.345,00 €	132	1.351.683,00 €	159	1.686.717,80 €
	Non Prossimità	5.396	67.371.616,00 €	3.814	48.293.787,40 €	4.983	65.909.477,00 €
Totale		**5.576**	**69.250.961,00 €**	**3.946**	**49.645.470,40 €**	**5.142**	**67.596.194,80 €**
DRG media complessità	Prossimità	1.137	3.537.302,08 €	841	2.620.663,74 €	903	2.815.531,24 €
	Non Prossimità	28.137	74.737.112,09 €	18.039	47.694.166,71 €	21.811	57.087.473,50 €
Totale		**29.274**	**78.274.414,17 €**	**18.880**	**50.314.830,45 €**	**22714**	**59.903.004,74 €**
DRG Rishio Inappropriatezza	Prossimità	156	215.756,08 €	103	164.111,37 €	146	199.198,27 €
	Non Prossimità	5.641	10.086.445,73 €	3.215	5.710.198,22 €	3668	6.420.240,73 €
Totale		**5.797**	**10.302.201,81 €**	**3.318**	**5.874.309,59 €**	**3814**	**6.619.439,00 €**
Totale Complessivo		**40.647**	**157.827.576,98 €**	**26.144**	**105.834.610,44 €**	**31.670**	**134.118.638,54 €**

Nella seguente tabella si evidenziano i volumi di ricovero e il valore economico associato per la mobilità attiva degli anni 2019 – 2020 – 2021.

acinrete testata giornalistica locale

Tabella 17. Mobilità attiva 2019-2021

MOBILITÀ ATTIVA												
	2019				2020				2021			
	Valore economico	Volumi totale	di cui Volumi Pubblico	di cui Volumi Privato	Valore economico	Volumi totale	di cui Volumi Pubblico	di cui Volumi Privato	Valore economico	Volumi totale	di cui Volumi Pubblico	di cui Volumi Privato
Apparente	€ 1.152.324,56	379	252	127	€ 979.951,78	284	183	101	€ 1.050.526,57	335	207	128
Casuale	€ 7.862.776,00	2.123	2.087	36	€ 5.916.817,00	1.537	1.506	31	€ 6.261.577,00	1.637	1.611	26
DRG alta complessità	€ 3.741.936,00	293	149	144	€ 2.758.292,00	194	115	79	€ 3.376.388,00	190	93	97
DRG media complessità	€ 6.928.680,29	2.140	1.096	1044	€ 5.601.676,91	1.777	893	884	€ 6.184.578,33	1.981	1.014	967
DRG Rishio Inappropriatezza	€ 561.733,92	276	132	144	€ 381.378,71	157	65	92	€ 359.053,42	161	74	87
Totale	**€ 20.247.450,77**	**5.211**	**3.716**	**1.495**	**€ 15.638.116,40**	**3.949**	**2.762**	**1.187**	**€ 17.232.123,32**	**4.304**	**2.999**	**1.305**

Mobilità passiva

Nel corso del 2021 il valore dell'attività osservata è di poco al di sopra dei 180.000.000 di euro – in aumento rispetto al 2020 – e al di sotto del valore dell'anno 2019. Sul tema, grazie anche all'applicazione della nuova metodologia di analisi, è possibile effettuare un'accurata lettura dei trend e delle determinanti di mobilità (Allegato 1).

Analizzando i numeri emerge che il saldo negativo "teorico" per la mobilità effettiva è di -158 mln per l'anno 2019, -106 mln per l'anno 2020 e -134 mln per l'anno 2021.

Nel merito delle determinanti emerge che per la mobilità passiva in termini di volumi afferisce per lo

più a prestazioni di media complessità con numero di ricoveri complessivo di circa 29.000, di cui solo il 5% per la mobilià di prossimità.
Altro elemento rilevante è quello d'appropriatezza delle cure fuori regione: considerando sempre la sola mobilità effettiva, emerge che circa il 14% dei ricoveri riguarda prestazioni per cui non sarebbe occorso recarsi fuori dalla regione.

3.1 Programma di recupero della mobilità passiva

Per quanto riguarda il fenomeno della mobilità passiva, si evidenzia che sono ancora molti i calabresi che migrano dal luogo di residenza per farsi ricoverare in un'altra regione, originando una spesa sia per il sistema sanitario calabrese sia per le famiglie chiamate ad assistere il loro congiunto. I cittadini calabresi si rivolgono prioritariamente verso le strutture sanitarie del nord, del centro Italia e delle regioni limitrofe (mobilità di prossimità). Accanto alla mobilità motivata da ragioni sanitarie esiste sicuramente una migrazione correlata ad altri fattori, come motivazioni di carattere prettamente soggettivo: ragioni di tipo familiare o di localizzazione del Comune di residenza. Tale fenomeno produce svantaggi nei confronti dei cittadini calabresi da un punto di vista economico e questo crea un'ulteriore diseguaglianza nell'offerta sanitaria, nonché problemi logistici. A livello nazionale, l'attuale orientamento contempla la possibilità di prevedere un recupero di mobilità passiva nel calcolo del fabbisogno regionale.

La possibilità di un recupero della mobilità passiva richiede investimenti di:

- personale (competenze specialistiche);
- risorse tecnologiche;
- qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell'offerta);
- comfort alberghiero;
- facilità di accesso (es. abbattimento delle liste di attesa).

acinrete
testata giornalistica locale

Al fine della completa attuazione di quanto detto, si ritiene prioritaria la riorganizzazione operativa delle reti assistenziali per intensità di cura con l'adozione dei relativi strumenti di Clinical Governance.

Il programma intende contenere il fenomeno della mobilità passiva, come rappresentato nel Programma Operativo 2022-2025, mediante anche il potenziamento dei centri ospedalieri regionali per oncologia, radioterapia, ortopedia e le interlocuzioni con le regioni e sottoscrizione di Accordi (Legge n. 178/2020) con particolare attenzione all'inappropriatezza dei DRG.
L'analisi condotta costituisce una valida fotografia della capacità produttiva ed attrattiva della regione. In particolare, rispetto agli erogatori, emerge che la componente del privato accreditato assorbe oltre i 2/3 del totale della mobilità di alta complessità e più della metà della mobilità legata a ricoveri classificati come a rischio d'inappropriatezza o di media e bassa complessità.
Nel merito, l'analisi contenuta nell'Allegato 1 consente la costruzione di soglie o target per la valutazione dell'opportunità o dell'inaccettabilità del ricorso alla mobilità dei cittadini calabresi residenti. Per l'indice di attrazione della domanda interna si rimanda all'Allegato 1 - sezione ISDI.

3.2 Accordi di confine

Come previsto dalla Legge n. 178/2020, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 1, comma 576, della Legge 208/2015 costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Alla luce della rilevante quota di attività di ricovero extraregionale rappresentata dalla mobilità di confine e di prossimità, si procederà entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente programmazione alla definizione dei relativi accordi con le Regioni limitrofe.

3.3 Convenzione Azienda Ospedaliero - Universitaria "Renato Dulbecco" – Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

La Regione Calabria si caratterizza per un importante flusso di migrazione sanitaria in età pediatrica, che comprende sia le patologie più complesse ma anche ricoveri di natura ordinaria, per un totale di 13.000 prestazioni erogate fuori Regione di cui 7.000, cioè oltre il 50%, sono state erogate presso il più grande Policlinico e Centro di Ricerca pediatrico in Europa, l'Ospedale Bambino Gesù. Stime condotte sui costi sostenuti dalle famiglie calabresi per i 7.000 ricoveri presso l'Ospedale Bambino Gesù quantificano una spesa di 5 milioni di euro circa.

Per avviare una progettualità condivisa con riferimento all'istituzione di una rete pediatrica multidisciplinare che tenga conto delle patologie cause di maggiore migrazione fuori regione, nonché di migliorare e rendere più efficaci le attività pediatriche già erogate nella regione attraverso l'utilizzo di percorsi già condivisi e attuati sul territorio nazionale, è stata attivata la collaborazione istituzionale tra la Regione Calabria e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG). Con DCA n. 115 del 15.09.2022 è stato approvato il progetto "l'Istituzione e rafforzamento di una rete pediatrica multidisciplinare per conseguire il miglioramento delle attività pediatriche prestate nella Regione Calabria e per la riduzione della migrazione sanitaria dei piccoli pazienti verso altre regioni"; mentre alla DGR 303 del 08.07.2022 è demandata all'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro (ora Azienda Ospedaliero Universitaria "Renato Dulbecco") la stipula dell'Accordo di collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù, ai sensi dell'art. 4 comma 13 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

Con questo documento di integrazione della rete ospedaliera, si è inteso dare iniziale attuazione alla rete pediatrica regionale, la quale viene trattata in maniera approfondita nei paragrafi successivi, con l'obiettivo di attenuare e risolvere il fenomeno migratorio suddetto.

4. Monitoraggio indicatori: Volumi ed Esiti

Le soglie minime di volumi di attività e le soglie di esito sono prodotte dal PNE, sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute, ai sensi della Legge 7 agosto 2012, n. 135 che all'art. 15, comma 25-bis, pone in capo all'Agenzia le "funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".

Nella tabella di seguito sono riportati gli indicatori PNE di riferimento.

Tabella 18: Indicatori PNE di riferimento

Indicatore	Valore soglia	Valore Rilevato	Note
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con volume di attività ≥75 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi di frattura del femore	100%	52%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di interventi di frattura del femore eseguiti entro 2 giorni ≥60% sul totale delle strutture valutate nel PNE.	100%	31%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con volume di attività ≥100 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi di colecistectomia laparoscopica	100%	28%	40% (90 interventi/ anno) soglia con tolleranza 10%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di interventi di colecistectomia laparoscopica dimessi entro 3 giorni ≥70% sul totale delle strutture valutate nel PNE	100%	55%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti ≥60% sul totale delle strutture che ricoverano STEMI	100%	40%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) che eseguono almeno 250 PTCA annue di cui almeno il 30% per STEMI sul totale delle strutture che eseguono	100%	60%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con mortalità a 30 giorni dopo BPAC 3,4% sul totale delle strutture che eseguono BPAC	100%	100%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) che eseguono almeno 200 BPAC annui sul totale delle strutture che eseguono BPAC		33%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con volume di attività ≥150 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi chirurgici per TM mammella	100%	17%	17% (≥135 interventi) soglia con tolleranza
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate con volume di attività ≥500 parti annui sul totale delle strutture che eseguono parti (almeno 10 parti annui)	100%	91%	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di cesarei primari ≤25% (strutture con attività ≥1000 parti annui) o ≤15% (strutture con attività <1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.	100%	9%	20% (≤25% per strutture con più di 1000 parti annui) 0% (≤15% per strutture con meno di 1000 parti annui)

Fonte: *PNE Edizione 2022 (su dati di attività 2021)*

Le strutture pubbliche e private accreditate della Regione Calabria che eseguono interventi chirurgici per tumore maligno della mammella sono 18, di queste solamente 3 eseguono più di 150 interventi annui (lo stesso valore si avrebbe anche utilizzando la soglia di tolleranza del 10%, per cui con riferimento ai 135 interventi annui): Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro (185 interventi), AOU Mater Domini di Catanzaro (172 interventi) e Azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza (151 interventi).

Gli interventi di colecistectomia laparoscopica sono eseguiti in 25 strutture pubbliche e private accreditate, di cui n. 7 superano i 100 interventi annui (10 se si considera la soglia di tolleranza del

10% considerando quindi più di 90 interventi/anno). Sono 11 le strutture per le quali è possibile calcolare *la proporzione aggiustata di dimissioni entro 3 giorni dall'intervento,* di queste n. 6 garantiscono la dimissione entro i 3 giorni ad almeno il 70% dei pazienti.

Gli interventi chirurgici per frattura del collo del femore sono eseguiti in n. 23 strutture; di queste 12 effettuano più di 75 interventi annui. La "*proporzione aggiustata di interventi chirurgici per frattura di collo di femore in pazienti di età uguale o superiore a 65 anni entro 2 giorni*" è calcolabile per 13 strutture; di queste solo 4 effettuano l'intervento entro 2 giorni ad almeno il 60% dei pazienti eleggibili.

Le strutture che eseguono parti (punti nascita) sono in totale 11, di queste 1 ne esegue poco meno di 500, 5 eseguono un numero di parti compreso tra 500 e 1000 e 5 eseguono un numero di parti uguali o superiori a 1000.
Delle 5 strutture con meno di 1000 parti/anno, nessuna ha *una proporzione di tagli cesarei primari* inferiore al 15%, delle 5 strutture con volume di parti superiore a 1.000, solo 1 mostra una proporzione di tagli cesarei primari inferiore al 25% (P.O. San Giovanni di Dio – ASP Crotone).

Sono 5 le strutture pubbliche e private con volumi di attività per angioplastica coronarica percutanea superiori a n. 250, di queste sono 3 strutture che eseguono almeno il 30% di PTCA in pazienti STEMI.
Sono 2 le strutture che garantiscono una *percentuale di pazienti STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti* superiore o uguale al 60% (AOU Mater Domini di Catanzaro e Ospedale Civile "Ferrari" di Castrovillari).

Sono 3 le strutture della Regione che effettuano bypass aortocoronarico isolato (BPAC), di queste solo 1 ne effettua più di 200 (AOU Mater Domini di Catanzaro). Rispetto alla *mortalità a 30 giorni da un intervento di BPAC* entrambe le strutture che raggiungono la soglia di volume necessario al calcolo del tasso aggiustato mostrano valori inferiori al 4% (soglia prevista da DM 70/2015), nello specifico la AOU Mater Domini di Catanzaro mostra una percentuale aggiustata del 2,34%, mentre il GOM di Reggio di Calabria mostra una percentuale aggiustata del 3,38%.

4.1 Indicatori per il monitoraggio

Verranno utilizzati i seguenti indicatori da calcolare sia a livello regionale che per ciascuna area geografica e per ciascuna ASP.

Tabella 19: Indicatori per il monitoraggio

Ricoveri per acuzie per mille abitanti	N° ricoveri per acuzie consumati dalla popolazione ed aggiustati per l'età della popolazione/N° abitanti
Ricoveri per post-acuzie per mille abitanti	N° ricoveri per post-acuzie consumati dalla popolazione ed aggiustati per l'età della popolazione/N° abitanti
Appropriatezza ricoveri per acuzie (%)	N° ricoveri per acuzie non appropriati/Totale ricoveri per acuzie

Utilizzo posti letto assegnati per acuzie	N° posti letto per acuzie calcolati/N° posti letto per acuzie assegnati
Utilizzo posti letto assegnati per post-acuzie	N° posti letto per post-acuzie calcolati/N° posti letto per post-acuzie assegnati

Azienda Zero effettuerà semestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori sopra riportati integrati con gli indicatori Core dell'area ospedaliera del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e del Programma Nazionale Esiti (PNE).

4.2 Conclusioni ed indicazioni programmatiche

Nell'ottica programmatoria è assunto a criterio vincolante nella definizione delle scelte di razionalizzazione delle strutture sanitarie, ai fini del rispetto degli standard nazionali e regionali, la distanza dai livelli di performance predeterminati all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Nell'orizzonte programmatico lo sviluppo della rete territoriale in termini di strutture di prossimità, servizi specialistici e presa in carico e gestione anche in remoto dei pazienti dovrà portare ad una riconsiderazione del ruolo delle Aziende Territoriali nella funzione ospedaliera.

Questo con la conseguente necessità di ridisegnare la rete dei punti di erogazione ospedaliera per bacini di utenza e per complessità della casistica potenziale riconducendo a questa una governace unitaria che elimini le aree di sovrapposizione produttiva e ne favorisca la specializzazione, massimizzando i recuperi di efficienza organizzativa e di efficacia clinica.

acinrete testata giornalistica locale

5. Disegno della rete EMUR

Di seguito si riportano le tabelle per area (Nord, Centro, Sud) che delineano la struttura della rete per la Regione Calabria alla luce delle componenti ospedaliere:

AREA NORD			
Hub	**Spoke**	**Ospedale Generale**	**Ospedale di zona disagiata**
DEA II LIVELLO 500.000/1.000.000 ab.	**DEA I LIVELLO 150.000 / 300.000 ab.**	**PRONTO SOCCORSO 40.000 / 150.000 ab.**	**PS DI ZONA DISAGIATA 20.000 / 40.000 ab.**
AO Cosenza			
			S. Giovanni in Fiore
			Acri
	Castrovillari		
			Trebisacce
			Cariati
	Rossano /Corigliano Unico presidio con due strutture		
		Praia a Mare	
	Cetraro /Paola Unico presidio con due strutture		

AREA CENTRO			
Hub	**Spoke**	**Ospedale Generale**	**Ospedale di zona disagiata**
DEA II LIVELLO 500.000/1.000.000 ab.	**DEA I LIVELLO 150.000 / 300.000 ab.**	**PRONTO SOCCORSO 40.000 / 150.000 ab.**	**PS DI ZONA DISAGIATA 20.000 / 40.000 ab.**
AOU Dulbecco			
		Soverato	
	Lamezia Terme		
			Soveria Mannelli
	Crotone		
	Vibo Valentia		
		Tropea	
			Serra S. Bruno

AREA SUD			
Hub	**Spoke**	**Ospedale Generale**	**Ospedalie di Zona disagiata**
DEA II LIVELLO 500.000/1.000.000 ab.	**DEA I LIVELLO 150.000 / 300.000 ab.**	**PRONTO SOCCORSO 40.000 / 150.000 ab.**	**PS DI ZONA DISAGIATA 20.000 / 40.000 ab.**
AO Reggio Calabria			
		Melito Porto Salvo	
	Polistena		
		Gioia Tauro	
	Locri		

acinrete
testata giornalistica locale

6. Rete dell'emergenza territoriale

6.1 Governance della rete

L'Azienda Zero (istituita con Legge regionale n.32/2021) adotta la modalità organizzativa del Dipartimento Interaziendale Regionale, a valenza funzionale, mediante il quale assicurare la funzione di strumento della programmazione della Giunta Regionale e del Commissario ad Acta nonché l'attuazione della stessa attraverso l'integrazione dei livelli di assistenza delle attività sanitarie e sociosanitarie in ambito regionale. All'interno di Azienda Zero, il Dipartimento di Emergenza-Urgenza è costituito dalle seguenti unità:

- UOC 112-118-116117;
- UOC Maxiemergenze e Grandi Eventi;
- UOC Elisoccorso;
- UOSD Formazione.

Tale Dipartimento garantisce una visione unitaria, coordinata e integrata nell'intero territorio regionale dei processi e dei percorsi clinici, assistenziali, organizzativi e gestionali da assicurare ai

cittadini in caso di emergenza-urgenza. Deve assicurare la corretta gestione dei soccorsi in situazioni di emergenza-urgenza, a partire dalla Rete dell'emergenza territoriale 118. Di seguito la declaratoria del Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

DENOMINAZIONE	DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
Dipendenza gerarchica	Direzione Generale
Strutture organizzative	S.C. "Centrale Operativa Emergenza Urgenza (COEUR) Coordinamento regionale CUR NUE 112. 118. 116117"; S.C. "Maxiemergenza, Grandi Eventi e Piani Particolari di Emergenza" S.C. "Elisoccorso" S.S.D. "Formazione e Terzo Settore"

DENOMINAZIONE	Centrale Operativa Emergenza Urgenza (COEUR) Coordinamento regionale CUR NUE 112.118.116117
Tipologia	Struttura Complessa
Dipendenza gerarchia	Dipartimento Emergenza Urgenza
ARTICOLAZIONI	Strutturale Semplice "Sala Operativa NUE 112"; Struttura Semplice "Sala Operativa 118 NORD"; Struttura Semplice "Sala Operativa 118 SUD"; Struttura Semplice "Sala Operativa 116117"; Struttura Semplice "Postazioni di Emergenza Territoriale NORD OVEST"; Struttura Semplice "Postazioni di Emergenza Territoriale NORD EST"; Struttura Semplice "Postazioni di Emergenza Territoriale SUD OVEST"; Struttura Semplice "Postazioni di Emergenza Territoriale SUD EST"; Struttura Semplice "Trasporti secondari e Taxi sanitari";
FUNZIONI	Gestione strutture servizio "Numero Unico emergenza Europeo 112" (NUE 112); Gestione strutture e servizio 118; Gestione strutture e servizio 116117; i Gestione mezzi di soccorso mobili (MSA, MSB); Partecipazione alla definizione e supporto al Governo delle Reti per le Patologie Tempo Dipendenti e dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA); Programmazione, coordinamento e controllo del sistema dei Trasporti Secondari Urgenti (TSU), dei Taxi Sanitari e delle funzioni di logistica clinica a servizio delle strutture del sistema.

DENOMINAZIONE	Maxiemergenza, Grandi Eventi e Piani Particolari di Emergenza
Tipologia	Struttura Complessa
Dipendenza gerarchia	Dipartimento Emergenza Urgenza

ARTICOLAZIONI	Struttura Semplice “Emergenze nucleari, biologiche, chimiche, radiologiche (NBCR)
FUNZIONI	Pianificazione, coordinamento e monitoraggio degli interventi in maxi-emergenza; Gestione dei rapporti istituzionali e operativi con la Protezione Civile Regionale e Nazionale e con le altre Istituzioni di riferimento; Organizzazione, coordinamento e controllo dell’assistenza sanitaria per i grandi eventi; Partecipazione e supporto alla stesura dei Piani Particolari di Emergenza (P.P.E.) per la gestione delle Emergenza nei Siti ad Alto Rischio; Organizzazione e attuazione degli Interventi in ambito di Difesa Civile; Organizzazione e gestione degli interventi per le emergenze NBCR.

DENOMINAZIONE	Elisoccorso
Tipologia	Struttura Complessa
Dipendenza gerarchia	Dipartimento Emergenza Urgenza
ARTICOLAZIONI	Struttura Semplice “Basi HEMS ed Elisuoperfici”
FUNZIONI	Organizzazione e gestione attività HAA (Helicopter Air Ambulance) di trasporto aereo con eliambulanza; Organizzazione e Gestione attività HSR o SAR (HelicopterSearch and Rescue) Gestione delle basi regionali di elisoccorso della rete delle elisuperfici

acrinrete
agenzia giornalistica locale

DENOMINAZIONE	Formazione e Terzo Settore
Tipologia	Struttura Semplice Dipartimentale
Dipendenza gerarchia	Dipartimento Emergenza Urgenza
ARTICOLAZIONI	
FUNZIONI	Pianificazione, progettazione e organizzazione delle attività di formazione permanente e continua degli operatori interni ed esterni; Gestione delle attività di provider ECM nel settore di competenza; Coordinamento egestione delle attività dei centri di formazione e simulazione delle aziende sanitarie regionali per l’ambito di competenza; Gestione dei rapporti con le Associazioni del Terzo Settore e con gli altri enti pubblici e privati impegnati nel sistema di emergenza urgenza della regione Calabria; Verifica e controllo dei requisiti e degli standard delle Associazioni del Terzo Settore e dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività nell’ambito delle funzioni di emergenza-urgenza

6.2 Modello di rete

Ai sensi della Legge Regionale n. 32/2021 e s.m.i., la Regione Calabria ha assegnato all'Azienda per il Governo della Sanità Calabrese (Azienda Zero) la direzione, il coordinamento ed il monitoraggio del Sistema Regionale della emergenza urgenza NUE 112, 118 ed elisoccorso, 116117.

LE CENTRALI OPERATIVE

Tale sistema, costituito dal servizio di Numero Unico Emergenza (NUE) 112, è caratterizzato dalla distinzione tra:
- Centrale di primo livello (Public Safety Answering Point o PSAP1) che riceve, 7 giorni su 7 con copertura h 24, tutte le chiamate di emergenza;
- Centrale di secondo livello (PSAP 2) che svolge la gestione operativa;
- Call taking, garantito da operatori "laici" e non appartenenti a nessuna delle ulteriori Istituzioni/Amministrazioni coinvolte nelle fasi operative.

La CUR NUE 112 costituisce, quindi, il PSAP 1 che garantisce un'unica "prima risposta" a tutte le chiamate di soccorso (pubblica sicurezza, soccorso tecnico e soccorso sanitario) che ogni cittadino italiano o straniero che si trovi in Calabria può effettuare, anche componendo i numeri di emergenza di PSAP 2.
Gli operatori della CUR NUE 112 dopo aver:

- localizzato il luogo/area da cui proviene la chiamata;
- individuato la località (Comune, via, civico, etc.) dalla quale viene richiesto il soccorso;
- individuata la natura dell'esigenza;

inoltrano la richiesta all'Amministrazione competente (PSAP 2) per la gestione operativa dell'evento di emergenza: Arma dei Carabinieri **(112)**; Polizia di Stato **(113)**; Vigili del Fuoco **(115)**; Emergenza Sanitaria **(118)**; Capitanerie di Porto **(1530)**; Attivazione numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti **(NEA 116117)**.

Il numero unico 116117 è stato istituito a livello europeo con le Direttive 2007/116/CE del 29 ottobre 2007 e 2009/884/CE del 30 novembre 2009 e recepito dall'Italia nel 2013. Il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 rappresenta il numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti ed altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure.

In data 24 novembre 2016, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha approvato il documento "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità d'attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117" che individua, a livello nazionale, i requisiti minimi tecnici e operativi che le Regioni dovranno garantire per l'attivazione di tale servizio.
In attuazione del PNRR Missione Salute - Componente 1 Riforma 1 - il Ministero della Salute ha adottato il D.M. n. 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e

standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
Tale regolamento, in riferimento al NEA 116117, prevede che "la Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale".

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali. Con riferimento al succitato D.M. 77/2022 risulta fondamentale che questa CO usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso, da un lato, quantomeno con le Centrali Operative Territoriali (COT) per il potenziamento e la continuità dell'assistenza territoriale, dall'altro, con le CO 112/118.

La Centrale Operativa 118, attuando procedure condivise, fornisce la risposta modulata al bisogno sanitario espresso dalla popolazione attraverso la valutazione sanitaria telefonica, l'attivazione e nel coordinamento dei mezzi di soccorso, di terra ed aerei, idonei alla necessità evidenziata e successivamente coordinando la scelta della competenza ospedaliera indicata per la patologia oggetto dell'intervento.

MEZZI DI SOCCORSO

acrinrete

La distribuzione dei mezzi di soccorso avanzati in Calabria è stata definita nell'anno 2012 con il DPGR 94 nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri indicati da AGENAS. Il DM 70/2015 conferma quanto stabilito dal DPGR Calabria 94/12 fissando gli standard numerici di riferimento nell'allegato 1, punto 9.1.3 "Le postazioni territoriali", come di seguito specificato:

- la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq, applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali;
- nel calcolo del totale dei mezzi di soccorso riorganizzati vanno considerati anche i trasporti secondari programmati, qualora la gestione degli stessi sia affidata al servizio di emergenza territoriale.

La formula per la determinazione delle postazioni di emergenza utilizzata nel DPGR 94/12 è la seguente:

$$\frac{(P.R.P.: 60.000) + (P.R.M: 40.000)}{2} + \frac{(S.P.: 350\ Kmq.) + (S.M.: 300\ Kmq)}{2} = \text{numero MSA}$$

Dove: P.R.P. = Popolazione residente in area di pianura - P.R.M. = Popolazione residente in area montana e *collinare*
S.P. = Superficie pianura - S.M. = Superficie montana e collinare

Il Tavolo Tecnico Regionale per l'emergenza ha rideterminato il numero dei mezzi di soccorso avanzati necessari sul territorio regionale nell'intento di potenziare e migliorare la risposta di assistenza sanitaria in emergenza applicando correttivi che:

1) consentano la migliore copertura delle zone montane e collinari e migliorino i tempi di intervento;
2) tengano conto delle specificità del territorio calabrese (***orografia del territorio, viabilità complessa, dislocazione dei presidi sanitari***);
3) attenuino gli effetti degli elementi che influenzano negativamente i tempi sia di allarme target che di ospedalizzazione soprattutto per le popolazioni residenti in territori disagiati o lontani da grossi agglomerati urbani. Sono stati perciò attentamente valutati quali aspetti che incidono sulla tempestività e sull'efficienza dei soccorsi:
    - Le carenze di personale medico della Continuità Assistenziale soggetta a chiusure parziali ed estemporanee che determina un aumento di richieste di assistenza sanitaria verso il Sistema 118.
    - Il difficoltoso ricambio generazionale dei medici di Assistenza Primaria con quote di popolazioni non assistite adeguatamente, principalmente nelle aree rurali e disagiate dove poche sono le strutture di Medicina Territoriale.
    - L'aumento dell'età media della popolazione ed il conseguente aumento dell'incidenza di patologie croniche che causa una maggiore domanda di sanità.

Nella rideterminazione del numero dei mezzi di soccorso avanzato la formula di calcolo è stata corretta relativamente al numero di abitanti in zona montana e collinare (20.000 invece che 40.000) e riducendo la superficie di territorio in zona montana o collinare passandola da 300 Kmq a 100 Kmq.

acinrete
testata giornalistica locale

La formula per la determinazione delle postazioni di emergenza è la seguente:

$$\frac{(P.R.P.: 60.000) + (P.R.M: 20.000)}{2} + \frac{(S.P.: 350\ Kmq.) + (S.M.: 100\ Kmq)}{2} = \text{numero MSA}$$

Dove: P.R.P. = Popolazione residente in area di pianura - P.R.M. = Popolazione residente in area montana e collinare S.P. = Superficie pianura - S.M. = Superficie montana e collinare

Calabria			
Orografia	**Popolazione**	**Area**	**Comuni**
Pianura	1.326.885	7.156,45	187
Collina	201.018	1.819,09	67
Montagna	327.551	6.240,36	150
Totale	**1.855.454**	**15.215,9**	**404**

$$\frac{(1326885:60.000) + (528.569: 20.000)}{2} + \frac{(7156:350\ Kmq.) + (8.059:100\ Kmq)}{2} = \mathbf{75}$$

Il numero totale di mezzi di soccorsi avanzati pari a **75** operativi h 24.

Il DPGR 94/12 aveva determinano l'assistenza in termini di minuti/pro-capite a mezzo di soccorso avanzato pari a 13.4 applicando la seguente formula:

Numero MSA in Regione x Minuti dell'anno (525.600)
---------- = Minuti pro capite di assistenza per MSA
Abitanti della Regione

Il Tavolo Tecnico Regionale per l'emergenza, apportando i correttivi sopra descritti, ha innalzato il valore dell'assistenza in termini di minuti / pro - capite a mezzo di soccorso avanzato.

Numero MSA in Regione **75** x Minuti dell'anno (**525.600**)
---------- = **21** Minuti pro capite di assistenza per MSA
Abitanti della Regione **1.855.454**

Il Ministero della Salute specifica che "le Regioni sulla base della propria organizzazione definiscono il numero e la tipologia del mezzo di soccorso avanzato, prevedendo la presenza del medico, dell'infermiere e di entrambi i professionisti" (Regione Toscana prot. n. 32703-P del 22.10.2018). Occorre specificare che per MSA (mezzo di soccorso avanzato) si intende un mezzo che prevede a bordo la presenza di un Professionista Sanitario (medico e/o infermiere). I MSA possono configurarsi in diverse tipologie: su veicolo leggero e veloce quale l'automedica con a bordo medico, infermiere e autista (MSA 2) oppure l'auto infermieristica con a bordo infermiere e autista (MSA1); su ambulanza con equipaggio costituito da medico, infermiere e autista (MSA2) oppure con equipaggio costituito da infermiere e autista e ove possibile un soccorritore (MSA1).

La Regione Calabria, attraverso Azienda Zero, ha avviato i percorsi di reclutamento necessari alla medicalizzazione dei mezzi di soccorso (nuove assunzioni, passaggio alla dipendenza del personale medico convenzionato presente nei servizi di Emergenza, stabilizzazione del personale precario, incentivazione economica, integrazione fra il personale ospedaliero e territoriale, modalità flessibili di copertura del servizio mediante l'istituto della pronta disponibilità). L'organizzazione interna di Azienda Zero è già stata modellata attraverso l'atto aziendale con l'obiettivo di ottimizzare e redistribuire le risorse di soccorso sul territorio regionale rimodulando, ove necessario, le sedi delle postazioni di partenza dei mezzi di soccorso e dunque del personale.
In relazione a ciò il disegno del nuovo assetto organizzativo prevede l'impiego di:

- MEZZI DI SOCCORSO AVANZATO

Da intendersi come mezzo con professionista sanitario a bordo. MSA1 (Ambulanza e/o autoinfermieristica con infermiere a bordo) e MSA 2 (Ambulanza e/o Automedica con medico e infermiere a bordo) e la ripartizione tra MSA1 e MSA2 rimane legata alla possibilità di medicalizzazione dei mezzi e quindi in ultima analisi al numero dei medici che sarà possibile arruolare nel Servizio. Il previsto aumento delle automediche sul territorio aumenta la percentuale di utilizzo del mezzo di soccorso avanzato. L'esempio caratterizzante può essere il disimpegno veloce dell'automedica nel caso di ospedalizzazione di un paziente quando il trasporto può essere

affidato ad un mezzo MSB. L'ambulanza medicalizzata dovrà comunque essere mantenuta in contesti di particolare orografia e di ridotta disponibilità di mezzi di primo soccorso.
Tenuto conto dell'evoluzione della professione infermieristica caratterizzata dal riconoscimento di specifica autonomia e responsabilità professionale in vari ambiti, si è assistito nel corso degli ultimi anni al notevole aumento della competenza professionale e conseguentemente all'assunzione di maggiore responsabilità professionale degli infermieri, legata anche al percorso formativo universitario.
L'applicazione di protocolli, la possibilità di utilizzare sul campo procedure MSA e PTC avanzato, l'utilizzo di validati algoritmi infermieristici con l'ausilio dei Medici di Centrale Operativa, il sempre maggiore sviluppo di nuove tecnologie applicabili sul territorio, prima fra tutte l'impiego della telemedicina, pone le condizioni necessarie all'utilizzo di mezzi di soccorso avanzati MSA 1. I presupposti giuridici dell'applicazione dei protocolli, definiti e ufficialmente validati dal direttore della centrale operativa 118, a seguito di uno specifico percorso formativo accreditato, finalizzati alla tempestività del trattamento anche farmacologico effettuato da parte del personale infermieristico operante nell'emergenza sanitaria territoriale - trattamento che spesso risulta essenziale per la salvaguardia della vita e/o della salute dei pazienti, si rinvengono nell'art.10 del D.P.R. 27.03.1992.

- MEZZI DI SOCCORSO DI BASE

Per il calcolo del fabbisogno dei mezzi di soccorso di base, valgono le considerazioni espresse a proposito della quantificazione dei mezzi di soccorso avanzato.
Si ritiene quindi opportuno utilizzare parametri abbastanza sovrapponibili per prevedere il fabbisogno dei MSB stimando un rapporto ottimale di 1 mezzo di soccorso di base ogni 30.000 abitanti che determina un numero totale di **62 MSB** h 24 per tutta la regione.
Sono state individuate 27 nuove postazioni sul territorio regionale da integrare alle 11 già esistenti al momento; restano da individuare ulteriori 24 sedi di partenza di altrettanti mezzi di soccorso di base.

L'esperienza positiva maturata in dieci anni nella Provincia di Cosenza dove, nei Servizi di Emergenza, è stata realizzata, in misura sempre crescente, l'integrazione delle risorse pubbliche con quelle del Volontariato conduce al naturale riconoscimento del ruolo fondamentale e strategico agli Enti del Terzo Settore, positivamente svolto anche in diverse Regioni d'Italia.
Analogo riconoscimento prioritario al volontariato accreditato è privilegiato anche per gli altri territori regionali dove tale espressione socioculturale assicura adeguati livelli di servizio.
In carenza di questi si provvederà in via sussidiaria attraverso risorse del Sistema Sanitario Regionale acquisite anche da soggetti privati specificatamente accreditati per tale funzione.

TRASPORTI INTER E INTRA OSPEDALIERI

Vista la mancanza in tutta la Regione di un sottosistema di trasporti intra e inter-ospedalieri e che gli stessi continuano ad essere affidati al Sistema 118 come specificato nel DPGR Calabria 94/12 e ribadito dal DM 70/2015, nel calcolo totale dei mezzi di soccorso riorganizzati bisogna prevedere la presenza di Ambulanze di Presidio che, con personale sanitario ospedaliero provveda a questi trasporti secondari, programmati o urgenti che siano, sotto la governance della Centrale Operativa 118 che utilizzerà tali risorse a seconda delle esigenze.

Calcolando di dotare con Ambulanze di Presidio Ospedali Hub, Spoke, PS di Ospedali di montagna o di zona disagiata si stima un numero congruo di **30** mezzi di soccorso di tipo A con autista operativi h 24/12.
Fermo restando il livello dei mezzi di soccorso sopra previsto, questa funzione di trasporto è da assolversi attraverso risorse del SSR anche acquisite attraverso soggetti privati accreditati, sulla base di criteri di efficienza ed efficacia funzionale.

ELISOCCORSO

Il Sistema di Urgenza Emergenza 118, ha il compito di garantire la medicalizzazione rapida del paziente critico, e il suo altrettanto rapido trasporto in condizioni di sicurezza nei centri attrezzati per il trattamento della patologia specifica *(centralizzazione).* Per raggiungere efficacemente questo obiettivo, uno degli strumenti fondamentali è il Servizio di Soccorso Sanitario con elicottero (Elisoccorso).
La scelta di utilizzare l'Elisoccorso interviene quando l'intervento con il mezzo aereo, risulta essere il più idoneo come risposta a uno specifico codice di valutazione. La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'equipe altamente specializzata in luoghi distanti, nei quali i mezzi medicalizzati impiegherebbero molto tempo, e permette nel contempo di ricoverare il paziente critico nell'ospedale idoneo con minore disagio per il paziente.
La Regione Calabria si è dotata di un Servizio di Elisoccorso costituito da *tre basi in Servizio diurno* (H/J), e *una in Servizio diurno / notturno* (H/24). Le prime tre basi sono localizzate a Cosenza, Cirò e Locri; la quarta è localizzata all'interno dell'Aeroporto di Lamezia Terme.
Sono stati individuati alcuni interventi mirati ad aumentare efficienza ed efficacia del servizio:

- costante monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- revisione critica dell'attività sanitaria e aeronautica di Elisoccorso attraverso periodici audit interni;
- implementazione di un Sistema di radiocomunicazione integrato con le Strutture del Sistema Urgenza Emergenza;
- rivalutazione della dislocazione sul territorio delle basi esistenti per una omogenea copertura del territorio;
- realizzazione di Elisuperfici certificate H24 all'interno o in prossimità dei centri Hub e Spoke;
- l'individuazione delle aree all'interno o in prossimità negli Ospedali Generali e Ospedali di Zona Disagiata nel cui contesto allocare elisuperfici certificate H24;
- realizzazione di elisuperfici certificate prefabbricate nei siti ospedalieri dove non è possibile altra soluzione;
- sinergie con il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Spleleologico (SASC-CNSAS) (Legge regionale 1/2017).

Nell'ambito della pianificazione Regionale, il progetto per l'implementazione della Rete di Elisuperfici Ospedaliere certificate fa assumere, al Servizio di Elisoccorso, una valenza strategica di rilevanza assoluta, in considerazione, soprattutto, della necessità di potenziare la Rete Ospedaliera Calabrese.
Il ruolo del Servizio di Elisoccorso Regionale, supportato dalla presenza di un adeguato numero di Elisuperfici diurne e notturne, risulta quindi determinante, per offrire e garantire su tutto il

territorio Calabrese livelli uniformi di assistenza per l'emergenza-urgenza.
Di seguito si rappresenta la rete delle elisuperfici Hub e Spoke con i seguenti punti.

HUB	SPOKE
AO Cosenza	Ospedale Civile Ferrari Castrovillari Stab. Rossano Stab. Corigliano
AOU Dulbecco	Ospedale Civile S. Giovanni di Dio P.O. Lamezia Terme P.O. Jazzolino Vibo Valentia
AO Reggio Calabria	Ospedale Civile Locri P.O. S. Maria degli Ungheresi- Polistena

Figura 1: Rete elisuperfici ospedaliere.

Si prevede l'implementazione della rete sopraindicata con l'inserimento degli Ospedali Generali e Ospedali di Zona Disagiata.
A questo scopo, si sta provvedendo ad un censimento delle aree potenziali (campi sportivi, ecc.) presso tutti i comuni della regione sui quali intervenire con le strutture necessarie al possibile utilizzo, nelle ore diurne e notturne, quali superfici di atterraggio/decollo.

La struttura e l'organizzazione del servizio elisoccorso sono finalizzati a garantire:

- soccorso sanitario primario e ospedalizzazione rapida del paziente nell'ospedale idoneo, su tutto il territorio della regione Calabria e a seguito di accordi, sui territori limitrofi delle regioni confinanti a seguito di incidenti stradali, infortuni sul lavoro, o comunque a seguito di situazioni o patologie che mettano a rischio la sopravvivenza di una singola persona o di una collettività;
- rapidità nei trasferimenti protetti di pazienti critici fruitori delle reti SCA, Stroke, Politrauma e Neonatologica;
- trasporti di tipo secondario regionali ed extraregionali, ovvero di traferimento di pazienti critici tra ospedali (interospedaliera);
- trasporto di pazienti e/o trasporto urgente di equipes, materiale, organi o tessuti ai fini di prelievo, trapianto o impianto di organi o tessuti;
- trasporto di neonati a rischio, posti anche in incubatrice;
- trasporto di sangue, plasma e loro derivati, antidoti e farmaci rari;
- soccorso e trasporto in occasione di emergenza di massa;
- macroemergenze e soccorsi su terreni ostili, secondo necessità;
- Soccorso e trasporto nelle zone del territorio regionale inaccessibili al trasporto su gomma o in zone periferiche dove sono prevedibili tempi di ospedalizzazione con mezzi su gomma molto elevati.

acrinete testata giornalistica locale

Le prestazioni richieste */* erogate dovranno essere valutate, validate e certificate, in funzione della loro tipologia, dalla Centrale Operativa 118.

Obiettivi prefissati nel medio termine:

- riduzione dei tempi d'intervento;
- considerevole aumento dell'utilizzo degli elicotteri sanitari durante le ore notturne;
- trasferimento da centri Spoke, Ospedali Generali ed Ospedali di Zona Montana verso i centri HUB ovvero trasferimenti extraregionali per patologie non trattate nella Regione Calabria (es. cardiochirurgia neonata/e/pediatrica, ustioni, trapiantologia) anche durante le ore notturne;
- avvio di un sistematico monitoraggio del Servizio, con:
    1. valutazione di appropriatezza delle prestazioni;
    2. implementazione puntuale delle norme contrattuali.

L'EVOLUZIONE DEI PPI: LA RETE DEI PUNTI SALUTE

Per come previsto nel DCA 64/2016 la mission dei PPI (Punti di Primo Intervento) era "la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito (28.02.2017)".
I dati relativi alle attività svolte negli ultimi anni indicano minimi volumi prestazionali erogati a medio-bassa complessità. Pertanto, in considerazione dei dati di attività e in adempimento al sopracitato decreto regionale, le prestazioni sanitarie saranno conseguentemente rimodulate dal **Sistema 118** nei PPI residuali (futuri **Punti Salute**) fino alla piena operatività dei sistemi di telemedicina gestiti da personale infermieristico (trasmissione ECG, teleconsulto cardiologico, algoritmi decisionali infermieristici, telemonitoraggio) in piena collaborazione con le sale operative del 118.
In caso di necessità la sala operativa competente attiverà risorse del soccorso quali la postazione 118 più prontamente e immediatamente disponibile o anche l'elisoccorso.
In relazione a ciò, il personale sanitario in servizio al momento dell'attuazione di quanto sopra sarà opportunamente distribuito nella rete Emergenza Urgenza nel rispetto dei vigenti contratti di lavoro.
Il modello funzionale sopra descritto per la rete dei Punti Salute rappresenta altresì, nella programmazione regionale, il collegamento della funzione di Emergenza – Urgenza con le strutture di prossimità (Ospedali Territoriali, Case di Comunità e Ospedali di Comunità) individuate in ragione della collocazione territoriale e del fabbisogno del bacino di riferimento.

6.2.1 Modello organizzativo: sintesi conclusiva

Su queste premesse viene costruito il modello dell'emergenza urgenza territoriale calabrese, basato sulla densità di popolazione e sull'estensione territoriale. Come ampiamente descritto, il potenziamento tecnologico delle sale operative e l'aumento significativo del numero dei mezzi di soccorso dedicati all'Emergenza-Urgenza Territoriale possono effettivamente migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema di emergenza regionale. Il percorso di sviluppo e modernizzazione posto in atto e la capillare presenza di mezzi di soccorso a copertura del territorio, formando una rete a maglie strette, permetterà di abbattere i tempi di intervento, in adempimento alle richieste ministeriali, e contestualmente offrire una risposta flessibile e sempre più aderente alla variegata richiesta di assistenza che giunge dai cittadini con miglioramento dell'outcome degli assistiti.
Il modello è stato progettato prevedendo l'impiego di Mezzi di Soccorso di Base, gestiti in convenzione dagli Enti del Terzo Settore (ETS), Mezzi di Soccorso Avanzato su ruote (ambulanze medicalizzate, ambulanze infermieristiche, automedica) e ad ala rotante (Elisoccorso HEMS / SAR-HHO ed Eliambulanza). Il modello prevede di implementare i percorsi di telemedicina che tendono ad ottimizzare le operazioni fisiche sul paziente, con il supporto medico all'equipaggio di soccorso in modalità on line, approccio che si rivela il più efficace quando le risorse a disposizione non prevedono l'intervento diretto del medico *on scene* e, comunque, in ogni caso risulta più efficace rispetto al modello off line, in cui il servizio viene erogato seguendo alcuni protocolli standard.

L'Emergenza Sanitaria Territoriale in Calabria sarà così configurata: una Centrale Operativa 118 suddivisa in tre sale operative, una situata presso la Cittadella Regionale in Catanzaro, la seconda sala a Cosenza e la terza a Milano (presso via Campanini Sede AREU) che avrà il ruolo di recovery dell'una e dell'altra in caso di crash, nonché (nella fase iniziale) di polo formativo per i nuovi

operatori, n. 75 Postazioni di Emergenza Territoriale suddivise in MSA1 e MSA2, n. 62 Postazioni di Base con personale soccorritore (MSB), n. 30 Ambulanze di Presidio, n. 4 Basi di Elisoccorso dislocate sul territorio regionale e coordinate dalle sale operative della Centrale 118.

Tabella 20. Mezzi di Soccorso attuali - DCA 64/2016

Mezzi Soccorso ATTUALI (DCA 64/2016)						
Territori Provinciali	**MSA**	Auto medica	MSB (infermiere a bordo)	MS base	Stabilimenti Ospedalieri (Trasporto Ordinario gestito dal 118)	Totale
Catanzaro	10	0	1	0	4	**15**
Cosenza	21	1	1	6	13	**42**
Crotone	5	0	0	1	1	**7**
Reggio Calabria	13	0	1	1	2	**17**
Vibo Valentia	4	0	0	3	1	**8**
Totale Offerta attuale	**53**	**1**	**3**	**11**	**21**	**89**

Tabella 21. Mezzi di Soccorso riorganizzati

Mezzi Soccorso RIORGANIZZATI				
Territori	**MSA 1 e MSA 2**	**MSB**	**Stabilimenti Ospedalieri (Trasporto Ordinario gestito dal 118) Ambulanze di Presidio**	**Totale**
Area nord (Cosenza)	35	23	13	**71**
Area centro (Catanzaro, Vibo Valentia, Crotone)	23	22	10	**55**
Area sud (Reggio Calabria)	17	17	7	**41**
Totale Mezzi Riorganizzati	**75**	**62**	**30**	**167**

acrinrete testata giornalistica locale

Si effettua un benchmark con il processo di riorganizzazione operato dalla regione Toscana nel 2022: i dati indicano una popolazione al 2022 di 3.676.285 abitanti (in pratica il doppio della nostra regione) e una superficie di 22.987,04 km² (una volta e mezzo la Calabria) con una configurazione orografica sovrapponibile (solo il 9% di pianura). Per il Servizio 118 toscano sono stati previsti 123,5 i MSA con personale sanitario a bordo a disposizione, ogni giorno sulle 24 ore, così differenziate: 51,5 automediche, 9,5 ambulanze medicalizzate (totale 61 MSA 2), 62,5 con infermiere (MSA 1) ed altri 176 con equipaggio di soli soccorritori (MSB). Il confronto parametrato ci indica che il numero dei mezzi MSA da prevedere in Calabria, utilizzando i criteri della Toscana, dovrebbe esser di 81 e non 75 (6 unità in più rispetto a quello da noi indicato). I minuti pro capite di assistenza per MSA relativi agli abitanti toscani è di 17,7 vale a dire 3,3 minuti in meno rispetto ai calabresi. Il numero di abitanti per MSB in Toscana è stabilito a 20.900 e non a 30.000 come previsto per la popolazione calabrese, ma includendo nel calcolo dei mezzi di base anche le 30 ambulanze di presidio, il numero di mezzi per abitante si ricolloca a 20.000. Si può dedurre, pertanto, che la proposta del Tavolo Tecnico per l'Emergenza in Regione Calabria è corrispondente a quanto operato in Toscana.

Il modello operativo della nuova programmazione della rete a cura del Dipartimento Emergenza-Urgenza di Azienda Zero definirà la georeferenziazione delle unità mobili in ragione del fabbisogno potenziale, delle caratteristiche territoriali dell'area di riferimento e delle sinergie operative con i punti di risposta di emergenza della rete ospedaliera.

Il progetto di riorganizzazione prevede l'osservazione continua da parte del Dipartimento Emergenza-Urgenza di Azienda Zero del volume di missioni effettuate dai mezzi di soccorso, la valutazione degli indicatori più significativi e il costante monitoraggio dei tempi di soccorso e di Allarme Target onde consentire la revisione critica del processo riorganizzativo messo in campo.

Di seguito la descrizione nel dettaglio dei cinque indicatori fondamentali che si assumono a parametro di misurazione/valutazione dell'attività:

1. **Ore (MSB + MSA + HEMS) per anno (p.a.) /100.000 abitanti**
a. Ambito: Risorse
b. Obiettivo: indicare quantitativamente le risorse a disposizione del sistema di emergenza sanitaria territoriale
c. Calcolo: l'indicatore viene calcolato sommando il totale delle ore di operatività dei mezzi MSB, MSA ed HEMS su un'annualità di 365 giorni e successivamente rapportato a 100.000 abitanti

2. **Tempo di risposta per le missioni a massima priorità (MSB+MSA)**
a. Ambito: Performance
b. Obiettivo: indicare la performance del sistema di emergenza
c. Calcolo: percentuale di missioni MSB e MSA con intervallo allarme-target ≤ 480" (8') in rapporto al totale delle missioni in codice rosso su tutto il territorio di competenza del servizio di emergenza sanitaria territoriale

acrinrete
testata giornalistica locale

3. **Tasso di risposta ad alta priorità p.a./100.000 abitanti**
a. Ambito: Performance
b. Obiettivo: indicare l'utilizzo della massima risposta del sistema di emergenza sanitaria territoriale e valutare il rapporto tra domanda e carico di lavoro dello stesso.
c. Calcolo: viene calcolato il tasso di eventi ad alta priorità (codici rossi) sul totale delle missioni in un anno per 100.000 abitanti

4. **Tasso di FHQ (First Hour Quintet) p.a./100.000 abitanti**
a. Ambito: Stato di salute della popolazione
b. Obiettivo: calcolare l'incidenza per anno ed ogni 100.000 abitanti delle patologie che compongono il FHQ; la percentuale di FHQ è un indicatore dello stato di salute della popolazione e del carico di lavoro del sistema di emergenza dovuto a quelle condizioni che richiedono un immediato intervento sanitario qualificato (arresto cardiaco, sindrome coronarica acuta, stroke, insufficienza respiratoria, trauma maggiore)
c. Calcolo: viene calcolata la percentuale di eventi che fanno parte dei FHQ (arresto cardiaco, sindrome coronarica acuta, stroke, insufficienza respiratoria, trauma maggiore) sul totale delle missioni in un anno e per 100.000 abitanti

5. **Tasso di interventi MSA p.a./100.000 abitanti**
a. Ambito: Perfomance
b. Obiettivo: indica il livello di cure erogato alla popolazione del bacino di utenza del sistema di emergenza sanitaria. L'indicatore fornisce informazioni sulle performance del sistema e sul carico

di lavoro
c. Calcolo: numero di interventi MSA in un anno per 100.000 abitanti

Oltre a questi fondamentali indicatori per i sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 ne vengono proposti ulteriori da considerare al fine di descrivere ed analizzare l'offerta dei sistemi 118.

6. **Tasso di interventi totali per le ore di operatività.**
a. Ambito: Performance
b. Obiettivo: indica il livello utilizzazione delle risorse. L'indicatore fornisce informazioni sulle performance del sistema e sul carico di lavoro
c. Calcolo: numero di interventi totali relazionato alle ore di operatività totale dei mezzi

7. **Tasso di interventi MSB per le ore di operatività dei mezzi MSB.**
a. Ambito: Performance
b. Obiettivo: indica il livello utilizzazione delle risorse MSB. L'indicatore fornisce informazioni sulle performance del sistema e sul carico di lavoro
c. Calcolo: numero di interventi MSB relazionato alle ore di operatività totale dei mezzi MSB

8. **Tasso di interventi MSA per le ore di operatività dei mezzi MSA.**
a. Ambito: Performance
b. Obiettivo: indica il livello utilizzazione delle risorse MSA. L'indicatore fornisce informazioni sulle performance del sistema e sul carico di lavoro
c. Calcolo: numero di interventi MSA relazionato alle ore di operatività totale dei mezzi MSA

acinrete
testata giornalistica locale

9. **Tasso di utilizzo MSA**.
a. Ambito: Perfomance
b. Obiettivo: indica il livello appropriatezza nell'individuazione della risorsa. L'indicatore fornisce informazioni sulle performance del sistema e sul carico di lavoro
c. Calcolo: numero di interventi MSA sul totale dei soccorsi in un anno

10. **Tasso di utilizzo MSB.**
a. Ambito: Perfomance
b. Obiettivo: indica il livello appropriatezza nell'individuazione della risorsa. L'indicatore fornisce informazioni sulle performance del sistema e sul carico di lavoro
c. Calcolo: numero di interventi MSB sul totale dei soccorsi in un anno

11. **Traffico telefonico gestito per anno (p.a.) /100.000 abitanti.**
a. Ambito: Risorse
b. Obiettivo: indicare quantitativamente le risorse a disposizione del sistema di emergenza sanitaria territoriale
c. Calcolo: l'indicatore viene calcolato sommando il totale delle telefonate in entrata ed il totale delle telefonate in uscita (p.a.) /100.000 abitanti

12. **Traffico telefonico gestito per ora per POF.**

a. Ambito: Performance
b. Obiettivo: L'indicatore fornisce informazioni sulle performance del sistema e sul carico di lavoro gravante su un POF per determinare il mantenimento dei LEA
c. Calcolo: l'indicatore viene calcolato rapportando il traffico telefonico totale per ora per POF

13. **Tempo stimato per operatore per conversazione telefonica.**
a. Ambito: Performance
b. Obiettivo: l'indicatore fornisce informazioni sul carico di lavoro
c. Calcolo: l'indicatore individua il tempo per una conversazione telefonica per operatore

14. **Media annuale dei soccorsi effettuati dalle singole Postazioni rapportata a 20.000 ab. e rapportata a 100 Km^2.**
a. Ambito: Risorse
b. Obiettivo: L'indicatore fornisce informazioni sull'utilizzo delle singole risorse e sulla necessità di correttivi nell'utilizzo, nella disposizione e distribuzione delle stesse
c. Calcolo: Somma dei soccorsi dei tre anni in esame, calcolo della media annuale, rapporto della media a 20.000 abitanti ed a 100 Km^2 per il territorio di pertinenza delle risorse

Un ulteriore strumento di controllo ed eventuale aggiustamento sarà la definizione di uno specifico parametro relativo alla "saturazione dei mezzi di soccorso" localizzati in aree urbane, analisi che permette l'eventuale correzione del numero dei mezzi schierati (in più o in meno) nelle aree densamente popolate in base alla percentuale di utilizzo giornaliero; tale parametro risulta inapplicabile in aree periferiche e scarsamente abitate. In queste aree si deve prevedere un approccio differente basato sul calcolo previsionale dei giorni per anno in cui è possibile utilizzare l'elisoccorso (strettamente correlato alle condizioni meteo), e dei giorni in cui invece si deve ricorrere all'utilizzo di un ulteriore ambulanza presente in dette aree che effettui rendez-vous con ambulanze provenienti da sedi istituzionali.

5.3 Centro regionale di formazione e simulazione per la Regione Calabria

Il Centro di Formazione e Simulazione della Regione Calabria dovrebbe sviluppare programmi di formazione e di qualificazione specialistica attraverso forme strutturate di collaborazione con enti sanitari regionali e nazionali e con le Università. Persegue la standardizzazione e l'armonizzazione delle metodologie formative, come strumento per lo sviluppo delle risorse professionali aziendali ed extra-aziendali funzionali alla riqualificazione del sistema di Emergenza e Urgenza pre-ospedaliero regionale calabrese.
La Formazione in questo ambito è sempre più caratterizzata da un approccio tecnico-pratico (corsi clinico-assistenziali per pazienti adulti, pediatrici e neonati, monitoraggio cardiorespiratorio e parametri vitali, gestione emergenze mediche di base e avanzate, gestione del trauma maggiore di base e avanzato, gestione delle maxiemergenze, ecc). Presso ciascuno dei tre Poli del Centro di Formazione e Simulazione della Regione Calabria (area Nord, Area Centro e Area Sud) saranno allestite 2 sale di simulazione avanzata e diverse aule di addestramento munite di Skill-trainer, utili al Progetto di formazione e aggiornamento del personale sanitario sia del Sistema di Emergenza-Urgenza pre-ospedaliero, che di quello universitario (Scuola di Medicina e Chirurgia, Scuole di Specialità e Corso di

Laurea in Infermieristica).

Il Centro di Formazione e Simulazione come nodo della rete formativa della Regione Calabria per la medicina intensiva, pre-ospedaliera e d'urgenza.

L'esperienza che verrà maturata negli anni renderà il Centro di Formazione e Simulazione una struttura riconosciuta di servizi e di competenze a cui riferirsi a livello regionale e nazionale. Per questo motivo potranno essere realizzati progetti di collaborazione con altre Regioni per l'organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza extraospedaliera e per la formazione degli operatori anche in piena sinergia con gli istituti Universitari della Regione. La Struttura Formazione, in linea con quanto definito dalla Direzione Strategica, sarà in grado di organizzare e gestire percorsi formativi *ad hoc* per i professionisti sanitari di tutte le province della Regione Calabria, secondo il modello consolidato e già in uso nel Sistema di AREU Lombardia.
Il Centro di Formazione e Simulazione consoliderà nel tempo collaborazioni e convenzioni con diverse Strutture Sanitarie Pubbliche, che richiederanno una *partnership* e un supporto formativo, al fine di formare nuovo personale delle Aziende Ospedaliere sempre nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza (es. Personale di Pronto Soccorso, Terapia Intensiva, Unità di Cura Coronarica, ecc..) e del personale sanitario destinato alla attività di soccorso pre-ospedaliero.
Il Progetto del Centro di Formazione e Simulazione, nell'ambito dell'assetto della Formazione a coordinamento Regionale, prevede 3 Poli Operativi, dislocati su tre Province diverse: Cosenza (Area Nord), Catanzaro (Area Centro) e Reggio Calabria (Area Sud).
Il Progetto di seguito descritto viene concepito con la possibilità di svolgere la formazione in diversi ambiti:

- **Clinico-assistenziale** (classici corsi di formazione al ruolo per attività su Mezzi di Soccorso Avanzato: MSBD-ACLS, PMSBD-PMSA, Gestione Trauma Base e Avanzato, ecc..);
- **Tecnico-addestrativo** (addestramento tecnico, Training Room per medici e infermieri, formazione tecnico-specialistica per HEMS, ecc..);
- **Simulazione a media e alta fedeltà** (simulazione di interventi di emergenza pre-ospedaliera, intraospedaliera, luoghi impervi, ecc..);
- **Simulazione a distanza** (FAD, e-learning);
- **Simulazione di situazioni reali** (Realtà Virtuale, Realtà Aumentata-Hololens, Metaverso e Realtà Mista).

Ogni Polo Operativo dovrebbe essere dotato di ampi spazi da adibire alla formazione frontale, alla simulazione e all'addestramento, oltre che spazi adibiti all'organizzazione e all'attività amministrativa, nel dettaglio:

- Almeno **2 aule da 25-30 posti con assetto frontale**. Tali sale dovranno necessariamente essere collegate con tutte le Sale di Simulazione sia del Centro che degli altri Centri di Formazione e Simulazione della Regione Calabria e potranno essere utilizzate per il de-briefing che i facilitatori in simulazione/istruttori potranno svolgere con i discenti;
- **2 Sale di Simulazione ad alta fedeltà** completamente cablate con banda larga e fibra;
- **2 sale regia** adiacenti alle sale di simulazione (una per ciascuna sala), dotate di gestionale dei simulatori a media e ad alta fedeltà (fornito con i Simulatori);
- **3-4 aule per addestramento "a terra**" per la formazione a media fedeltà, che potranno essere utilizzate anche come sale per gli Skill-trainer (addestramento alle abilità tecniche);

- Almeno **2 uffici** per la gestione della segreteria organizzativa.

Nell'ambito della formazione, sono stati previsti 3 diverse tipologie di manichini/simulatori (Linea "Basic", Linea "Intermedia", Linea Alta Fedeltà). Inoltre, sono previsti Skill Trainer per l'addestramento alle singole abilità tecniche nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

Il Progetto, coordinato dall'Azienda Zero della Regione Calabria, propone altresì che i tre diversi Poli Operativi del Centro di Formazione e Simulazione, possano, nel tempo, acquisire delle specificità di competenza formativa.

7. Disegno delle reti tempo dipendenti del DCA 64/2016 e s.m.i.

7.1 Rete Stroke

Di seguito si riportano i nodi della rete e i singoli posti letto:

Tabella 22: Individuazione dei centri HUB & SPOKE

AREA NORD	
HUB	**HUB e SPOKE**
con SU di II Livello	**con SU di I Livello**
HUB AO Annunziata	
	Spoke Castrovillari
	Spoke Corigliano - Rossano (con SU da attivare)
	Spoke Cetraro - Paola (con SU da attivare)
AREA CENTRO	
HUB	**HUB e SPOKE**
con SU di II Livello	**con SU di I Livello**
Hub AO Dulbecco	
	Spoke Crotone (KR)
	Spoke Jazzolino (VV)
AREA SUD	
HUB	**HUB e SPOKE**
con SU di II Livello	**con SU di I Livello**
Hub AO Bianchi-Melacrino (RC)	
	Spoke Locri (RC)
	Spoke Polistena (RC)

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla neurologia, alla neurochirurgia, alla neuroradiologia ed alla presenza di stroke unit per area e struttura, previsti dalla presente programmazione.

acrinrete testata giornalistica locale

Tabella 23: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Nord

AREA NORD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEURO-LOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. DI COSENZA	COSENZA	22		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	10	✓			
SPOKE	P.O. ROSSANO- CORIGLIANO	CORIGLIANO	15	✓ (da attivare)			
SPOKE	P.O. DI CETRARO - PAOLA	PAOLA	10	✓ (da attivare)			

Tabella 24: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Centro

AREA CENTRO							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEURO-LOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADILOGIA
HUB	A.O. U. DULBECCO	CATANZARO	36		✓	35	✓
SPOKE	CROTONE	CROTONE	10	✓			
SPOKE	P.O. JAZZOLINO	VIBO VALENTIA	20	✓			

Tabella 25: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Sud

AREA SUD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEURO-LOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	REGGIO CALABRIA	20		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE LOCRI	LOCRI	12	✓			
SPOKE	P.O. SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	POLISTENA	10	✓			

acinrete
testata giornalistica locale

7.2 Rete Politrauma

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

Tabella 26: Centri HUB & SPOKE area Nord

Area NORD			
HUB CTZ	**Spoke PTS**	**Ospedale Generale PS Semplice**	**Ospedale di Zona Disagiata PS Zona Disagiata**
Cosenza AO			
			S. Giovanni in Fiore
			Acri
	Castrovillari		
		Trebisacce	
	Rossano/ Corigliano Unico presidio con due strutture		
			Cariati

		Praia a Mare	
	Cetraro/Paola Unico presidio con due strutture		

Centro traumi di zona (CTZ); Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST)

Nota: è possibile considerare all'interno della rete politrauma regionale pubblica anche il ruolo operativo delle strutture private nella definizione dei protocolli regionali e di Area, in un'ottica di supporto ed integrazione. In particolare, le case di cura private avranno un ruolo attivo negli interventi di fratture di femore su pazienti inviati dai PS dei presidi ospedalieri sulla base di specifici protocolli.

Tabella 27: Centri HUB & SPOKE area Centro

Area CENTRO			
HUB CTZ	**Spoke PST**	**Ospedale Generale PS Semplice**	**Ospedale di Zona Disagiata PS Zona Disagiata**
AOU Dulbecco			
		Soverato	
	Lamezia Terme		
			Soveria Mannelli
	Crotone		
	Vibo Valentia		
			Serra San Bruno

Tabella 28: Centri HUB & SPOKE area Sud

Area SUD			
HUB CTZ	**Spoke PST**	**Ospedale Generale PS Semplice**	**Ospedale di Zona Disagiata PS Zona Disagiata**
AO Reggio Calabria			
		Melito Porto Salvo	
	Polistena		
		Gioia Tauro	
	Locri		

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla Neurochirurgia, alla Terapia Intensiva, all'Ortopedia e Traumatologia ed alla Chirurgia Generale per area e struttura.

acrinrete testata giornalistica locale

Tabella 29: Tipologia di area di emergenza (PS/DEA) e dotazione di PL di neurochirurgia, rianimazione/terapia intensiva, ortopedia/traumatologia, chirurgia generale per Area e per singolo Presidio.

AREA	Azienda	DEA/PS	PL Neuro chirurgia	PL Terapia Intensiva	PL Ortopedia	PL Chirurgia generale
Nord	AO Cosenza	DEA II Liv	20	48	28	79
	Castrovillari	DEA I Liv.	-	14	15	20
	Rossano - Corigliano	DEA I Liv.	-	16	20	30
	Cetraro - Paola	DEA I Liv.	-	14	20	31
Centro	AOU Dulbecco	DEA II Liv.	35	68	38	49
	Crotone	DEA I Liv.	-	13	30	30
	Lamezia Terme	DEA I Liv.	-	18	22	20
	Vibo Valentia/Tropea	DEA I Liv.	-	12	26	28
	Soverato	PS	-	-	12	16
Sud	AO Reggio Calabria	DEA II Liv.	20	46	28	32
	Locri	DEA I Liv.	-	21	20	30
	Polistena	DEA I Liv.	-	18	20	20
	Gioia Tauro	PS	-	-	10	20
	Melito Porto Salvo	PS	-	-	20	20
Totale			**75**	**288**	**309**	**425**

Ad integrazione della rete operano le strutture private accreditate con U.O. di Ortopedia per le fratture del femore con obbligo di copertura delle urgenze nelle 12 h (diurno).

Tabella 30: Posti letto di Ortopedia.

AREA	Azienda	PL Ortopedia
Nord	Casa di Cura Cascini – Belvedere Marittimo	22
	Casa di Cura Scarnati –Cosenza	43
	IGreco Ospedali Riuniti srl –Cosenza	20
Centro	Marrelli Health srl – Crotone	20
	Casa di Cura Villa del Sole – Catanzaro	40
	Villa Serena- Catanzaro	33
	Casa di Cura Villa Michelino – Lamezia Terme	30
Sud	Casa di Cura Villa Caminiti – Villa San Giovanni	30
	Istituto Ortopedico Mezzogiorno d'Italia – Reggio Calabria	77
Totale		250

acqui rete testata giornalistica locale

7.3 Rete trasporto Neonatale

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

Tabella 31: Individuazione dei nodi della rete

AREA NORD			
Hub	**Spoke**	**Ospedale Generale**	**Case di cura private accreditate**
AO Cosenza			
	Castrovillari		
	Rossano - Corigliano		
	Cetraro - Paola		

AREA CENTRO			
Hub	**Spoke**	**Ospedale Generale**	**Case di cura private accreditate**
AOU Dulbecco			
	Lamezia Terme		
	Crotone		
	Vibo Valentia		

AREA SUD			
Hub	**Spoke**	**Ospedale Generale**	**Case di cura private accreditate**
AO Reggio Calabria			
	Polistena		
	Locri		

acinrete
testata giornalistica locale

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi all'area delle terapie intensive neonatali e materno infantile.

Tabella 29: Posti letto programmati per l'area delle Terapie intensive neonatali e area materno infantile (Strutture pubbliche e private accreditate)

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale			
							DH	DS	DO	Totale
NORD	912	180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	55	**60**
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	62	NEONATOLOGIA	1		19	**20**
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	**10**
	201	180006	SPOKE	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	15	**20**
		180010	SPOKE	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	20	**25**
		180012	SPOKE	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	15	**20**
		180028	PRIVATO	IGRECO OSPEDALI RIUNITI SRL	37	GINECOLOGIA		4	10	**14**
CENTRO	914	180914	AOU	A.O. U. DULBECCO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4		36	**40**
		180914	AOU	A.O. U. DULBECCO	62	NEONATOLOGIA			15	**15**
		180914	AOU	A.O. U. DULBECCO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	**10**
	202	180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	26	**30**
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	62	NEONATOLOGIA			10	**10**
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			4	**4**
	203	180033	SPOKE	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1		29	**30**
	203	180033	SPOKE	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	62	NEONATOLOGIA			6	**6**
	204	180107	SPOKE	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		2	18	**20**
SUD	915	180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	36	**40**
		180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	62	NEONATOLOGIA	1		16	**17**
		180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	**10**
	205	180059	SPOKE	OSPEDALE CIVILE LOCRI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		3	27	**30**
		180061	SPOKE	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		3	17	**20**
		180062	OG	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	37	GINECOLOGIA		1	9	**10**

NOTA: Ospedale 'Tiberio Evoli' - Melito P.S. e IGreco srl non sono inseriti nella rete dei punti nascita. Erogano solo prestazioni di ginecologia.

ideaRete testata giornalistica locale

8. Integrazioni al DCA 64/2016 nel disegno delle reti tempo-dipendenti

L'Azienda Zero della Regione Calabria, mediante la governance di cui sopra, ha l'obiettivo di garantire anche la gestione di tutte le reti tempo-dipendenti, al fine di migliorare gli standard qualitativi e quantitativi dei servizi erogati.
Di seguito si riportano i nodi delle reti oggetto di integrazione e revisione mediante il presente documento.

8.1 Rete dell'emergenza urgenza pediatrica

Per Rete Pediatrica dell'Emergenza-Urgenza si intende un sistema integrato di servizi che devono rispondere a livello ospedaliero e territoriale ai bisogni di salute in condizioni di emergenza e/o urgenza del bambino lungo tutta l'età evolutiva. Tale rete, da un punto di vista organizzativo, è strutturata secondo il modello Hub e Spoke e basata su specifici PDTA.
La rete dell'emergenza-urgenza pediatrica si rende necessaria per istituire un modello di gestione dell'assistenza pediatrica omogeneo e condiviso tra il territorio, con i pediatri di famiglia, il sistema di trasporto del 118 e le varie tipologie di ospedale (di base, di primo e secondo livello), in cui siano presenti un Pronto Soccorso generale (con DEA di I o II livello) o un Pronto Soccorso Pediatrico specialistico, tali da garantire la presa in carico dei pazienti in età pediatrica appropriata in tutti i presidi ospedalieri della Regione.
Gli accessi pediatrici in Pronto Soccorso hanno delle peculiarità:

- il 70% circa riguardano bambini entro i 6 anni di vita;
- le emergenze sono poco frequenti (2%) e poco annunciate (utilizzo del sistema centrale 118 < 2%);
- a differenza dell'adulto, dove prevalgono le emergenze-urgenze cardiovascolari, nel bambino sono più frequenti quelle respiratorie, soprattutto nei primi anni di vita, seguite da quelle neurologiche.

Nel disegno della rete bisogna ricordare le caratteristiche peculiari dell'età pediatrica:

- La diversità del bambino non soltanto per l'anatomia, ma per la fisiologia, la fisiopatologia, la psicologia e per le modalità di comunicazione/relazione: difficoltà ad ottenere un'anamnesi accurata e, in alcune situazioni, ad eseguire un esame obiettivo accurato; necessità di porsi in modo non invasivo durante la visita, privilegiando inizialmente l'osservazione; pratiche a volte lunghe e complesse per ottenere un accesso venoso stabile nel bambino più piccolo; necessità di disporre di caratteristiche logistiche per garantire la presenza costante dei genitori.
- La catena della sopravvivenza (prevenzione, rianimazione cardiopolmonare, allarme precoce e trattamento avanzato), che sintetizza il migliore approccio al paziente compromesso, presenta in età pediatrica delle peculiarità da cui emerge l'importanza della sequenzialità e della precocità degli interventi vista la rapidità d'evoluzione dei quadri clinici, sia in termini di aggravamento, che di miglioramento, in risposta ad un trattamento efficace. Trascurare, quindi, uno degli anelli della catena riduce decisamente le possibilità di sopravvivenza.
- La bassa percentuale di bambini critici (10%) tra quelli che giungono in Pronto Soccorso classificati al triage come codici gialli o rossi.

- La bassa percentuale di minori trasportati dal 118 in DEA, spesso trasportati direttamente dai familiari.
- Il peso della urgenza soggettiva, legato prevalentemente all' ansia della famiglia, rispetto alle reali problematiche infantili.
- Una peculiare visione sociale dell'infanzia: la riduzione del numero di bambini per nucleo familiare ha comportato maggior valorizzazione, attese e investimento psicologico nei propri figli con incapacità a sopportare problemi di salute anche non gravi.
- Nuclei familiari impegnati nell'attività lavorativa con grande difficoltà nella gestione di un figlio ammalato che "deve" guarire il più presto possibile.

L'età neonatale (dalla nascita al compimento del primo mese di vita) presenta caratteristiche tali da richiedere competenze neonatologiche che vanno ricondotte alla Rete di Assistenza Perinatale. La DGR n. 3-6466 del 23.07.2007 sulla "rete di assistenza intensiva neonatale" identifica le Terapie Intensive Neonatali (TIN) regionali cui fanno capo anche le funzioni di servizio di trasporto neonatale d'emergenza (STEN); tale servizio dovrà realizzarsi con il coordinamento del sistema 118 attraverso specifico protocollo.

Dalla letteratura e dall'esperienza dei professionisti, emerge inoltre la necessità di garantire una presa in carico completa che definisca, fin dal primo contatto, il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale più idoneo per ciascun bambino che accede al Pronto Soccorso (PS) (neonato, bambino traumatizzato, bambino con problemi neuropsichiatrici, bambino maltrattato, bambino con patologia complessa, ecc.).

Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha previsto che all'interno del disegno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrino l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare. Inoltre, per la definizione delle reti tempo-dipendenti sopra elencate, le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative previste nell'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018.

I Centri di riferimento per l'emergenza pediatrica sono gli Hub delle Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. All'interno dei DEA di II livello, deve essere previsto il PS Pediatrico con autonomia logistica, organizzativa e funzionale.

Le funzioni previste nel DEA di II livello con PS pediatrico sono: Triage pediatrico, OBI, assistenza pediatrica multi-specialistica, erogazione di cure semintensive pediatriche, servizio di telemedicina per il confronto con specialisti di altri ospedali Hub e per consulenze per gli ospedali Spoke.

Le funzioni previste nel DEA di I livello per le unità operative di pediatria sono: Triage con attenzione alle peculiarità pediatriche, OBI con locali attigui alla degenza ordinaria, assistenza pediatrica H24, stabilizzazione del bambino critico ed eventuale successivo trasferimento secondario, attivazione del servizio di telemedicina per consulto con centri Hub, formazione del personale.

Nell'ambito delle reti tempo dipendenti, con particolare riferimento alla rete trauma, dovranno essere predisposti specifici protocolli comuni con il 118 al fine di individuare, in base alle patologie prevalenti e quindi alla necessità di specialisti qualificati, il centro che offre le migliori cure per quel caso specifico.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete e i posti letto programmati.

Tabella 30: Individuazione dei nodi della rete e relativi posti letto di Pediatria

HUB			SPOKE		
DEA II LIVELLO 600.000 - 1.200.000			**DEA I Livello 150.000 - 300.000**		
Presidio Ospedaliero	**Posti Letto PEDIATRIA**		**Presidio Ospedaliero**	**Posti Letto PEDIATRIA**	
	Day Hospital	Degenza Ordinaria		Day Hospital	Degenza Ordinaria
A.O. Cosenza	6	14	Castrovillari	4	10
			Rossano - Corigliano	2	15
			Paola - Cetraro	2	10
A.O.U. Dulbecco	10	15	Lamezia Terme	2	12
			Crotone	2	8
			Vibo Valentia	1	7
A.O. Reggio Calabria	1	19	Polistena	2	18
			Locri	2	18

acrinrete
testata giornalistica locale

Figura 2: Rete dell'Emergenza – Urgenza Pediatrica.

In considerazione dei livelli crescenti di intensità e specializzazione delle cure, possono essere identificate quattro categorie di strutture dedicate all'emergenza pediatrica ospedaliera, funzionalmente integrate al Dipartimento d'Emergenza:

- Presidi ospedalieri di base;
- DEA di I livello;
- DEA di II livello;
- DEA di II livello pediatrico (AOU Dulbecco).

Presidi ospedalieri di base

- I presidi ospedalieri di base non dotati di una U.O. di Pediatria (80.000-150.000 abitanti), assicurano con il personale del PS l'assistenza al paziente pediatrico nell'ambito del Pronto Soccorso.
- Il personale medico ed infermieristico deve avere competenze in materia di della gestione delle emergenze-urgenze pediatriche, incluse le emergenze psichiatriche (acquisite tramite

specifica formazione e training) ed operare nell'ambito di specifici protocolli e procedure.

- Collegamento con le cure pediatriche territoriali, per garantire il primo intervento, la stabilizzazione e l'eventuale trasferimento del paziente all'ospedale di riferimento e, se necessario, al Centro regionale di Terapia intensiva pediatrica.

DEA di I livello (deve prevedere un'area pediatrica dedicata)

- Sarebbe auspicabile un accesso proprio, sala d'attesa, ambulatori per il bambino.
- In alternativa agli spazi presso il PS, deve essere previsto un "percorso protetto" indirizzato verso l'U.O. Pediatrica.
- Almeno 3 sale (intensiva, ambulatoriale e di isolamento) ed uno spazio per l'osservazione intensiva breve (O.B.I.).
- Dotazioni strumentali idonee per l'età pediatrica.
- Presa in carico H24 di tutti i soggetti in età evolutiva che si presentano al DEA, effettuata dai pediatri dell'U.O di Pediatria del Presidio ospedaliero, che assicurano un servizio di consulenza H24.
- Triage pediatrico, effettuato da un infermiere pediatrico e/o da un infermiere formato.
- Protocolli diagnostico-assistenziali condivisi con il DEA di II livello, anche sul trasferimento di un paziente, dopo stabilizzazione, per condizioni cliniche che non possono essere gestite nel presidio.
- Posti letto di terapia semintensiva, possibilmente all'interno delle U.O. pediatriche di riferimento, per i pazienti critici che non necessitino di ventilazione meccanica.

DEA di II livello

Per l'assistenza pediatrica in urgenza deve essere previsto:

- Area pediatrica del PS (Pronto Soccorso Pediatrico) con una autonomia funzionale ed operativa, con accesso diverso da quello degli adulti, ambulatori di visita ed area di O.B.I. dedicati e di isolamento con la disponibilità di materiali e dispositivi idonei per tutte le emergenze.
- Presenza del pediatra H24, che deve sempre intervenire nella prima valutazione del paziente, garantire e gestire le multidisciplinarietà e il coordinamento degli interventi con protocolli condivisi.
- Triage pediatrico effettuato da infermieri pediatrici e/o infermieri adeguatamente formati;
- Personale formazione SIMEUP su TRIAGE, PMSB (corso di rianimazione cardio-polmonare pediatrica di base) e SIMULAZIONE sull'utilizzo di presidi e farmaci in pediatria e sul contenimento delle emergenze psichiatriche.
- In caso di ricovero il paziente pediatrico dovrà essere collocato nel reparto di pediatria, e, se necessita di cure intensive, in Terapia Intensiva Pediatrica; in alternativa, in una zona separata e specificatamente dedicata al paziente pediatrico nell'ambito della rianimazione generale.
- Il reparto di pediatria deve essere dotato di posti letto di terapia Sub Intensiva Pediatrica.

Si evidenzia la seguente distribuzione di PS nella Regione Calabria, tenendo conto di una popolazione residente pari a 1.855.454, di cui 296.792 di età 0-17 anni (Fonte Istat, anno 2022).

acirete testata giornalistica locale

Città	Nome	Prov.	Class.	Pronto Soccorso
Castrovillari	Ferrari	CS	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica
Cetraro	Cetraro	CS	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica
Corigliano Rossano	Campagna Corigliano Rossano	CS	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica
Cosenza	A.O. di Cosenza	CS	DEA II livello	Generale con consulenza pediatrica diretta
Catanzaro	AOU Dulbecco	CZ	DEA II livello	Generale con consulenza pediatrica diretta
Lamezia Terme	Giovanni Paolo II	CZ	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica
Soverato	Basso Ionio	CZ	P.O.	Generale con consulenza pediatrica
Crotone	S. Giovanni di Dio	KR	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica
Locri	Ospedale Civile	RC	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica
Polistena	S. Maria degli Ungheresi	RC	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica
Reggio Calabria	OO.RR. Bianchi Melacrino	RC	DEA II livello	Generale con consulenza pediatrica
Vibo Valentia	Jazzolino	VV	DEA I livello	Generale con consulenza pediatrica

acrinrete testata giornalistica locale

PL Terapia Intensiva Pediatrica (TIP)

Nella nuova programmazione si prevedono n. 5 posti letto di Terapia Intensiva Pediatrica (TIP) presso l'AOU Dulbecco. Rimangono attivi n. 4 posti letto dedicati, compresi in quelli di Terapia Intensiva dell'AO di Cosenza, fino all'attivazione dei posti letto TIP dell'AOU Dulbecco.

8.2 Aggiornamento rete SCA - Sindrome Coronarica Acuta

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i relativi posti letto.

Tabella 31: Posti letto Area Nord

AREA NORD							
ASP – AO – AZIENDE	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA		UNITA' CORO-NARICA	EMO-DINAMICA (EM)/ELETTROFISIOLOGIA (EL)
				DO	DH		
A.O.	180912	A.O. DI COSENZA	COSENZA	22	3	10	EM
A.S.P. Cosenza	180006	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	16	2	7	EM
	180010	P.O. ROSSANO	ROSSANO	14	2	7	EL/EM
	180012	P.O. PAOLA	PAOLA	14	2	7	EL/EM
AZIENDE PRIVATE	180025	CASA DI CURA TIRRENIA HOSPITAL S.R.L.(*)	BELVEDERE MARITTIMO	20	2	5	EM

Tabella 32: Posti letto Area Centro

AREA CENTRO							
ASP – AO – AZIENDE	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA		UNITA' CORO-NARICA	EMO-DINAMICA (EM)/ELETTROFISIOLOGIA (EL)
				DO	DH		
A.O.U.	180914	A.O.U. DULBECCO	CATANZARO	36	6	24	EM
A.S.P. Catanzaro	180033	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	LAMEZIA TERME	14		6	EL/EM
AZIENDE PRIVATE	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO (**)	CATANZARO	25	2	6	
A.S.P. CROTONE	180032	OSPED. CIV.S. GIOVANNI DI DIO CROTONE (***)	CROTONE	20		10	EM
A.S.P. VIBO	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA	VIBO VALENTIA	8	1	8	EL/EM

acrinrete testata giornalistica locale

Tabella 33: Posti letto Area Sud

AREA SUD							
ASP – AO – AZIENDE	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA		UNITA' CORO-NARICA	EMO-DINAMICA (EM)/ELETTROFISIOLOGIA (EL)
				DO	DH		
A.O.	180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	REGGIO CALABRIA	22	2	15	EM
A.S.P. Reggio Calabria	180059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	LOCRI	11	1	7	EL/EM
	180061	P.O. S. MARIA DEGLI UNGHERESI DI POLISTENA	POLISTENA	10	2	8	EM
AZIENDE PRIVATE	180074	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE	REGGIO CALABRIA	10	1		

EM/EL = Punti di Elettrofisiologia con previsione di attività Emodinamica, anche da aggregare alla rete SCA, previa ricollocazione strutturale o riassetto organizzativo su base dipartimentale con l'hub o altro spoke di riferimento. (v.Tabella C – Allegato 5)

Tabella 34: I nodi della rete Hub & Spoke

RETE HUB & SPOKE AREA NORD		
RETE PER ACUTI		
Hub	**Spoke con UTIC e Emodinamica**	**Spoke con UTIC e Elettrofisiologia**
AO di Cosenza		
	Belvedere Tirrenia Hospital s.r.l. (*)	
		Cetraro/Paola (****)
	Castrovillari	
		Rossano/Corigliano (****)

RETE HUB & SPOK AREA CENTRO		
RETE PER ACUTI		
Hub	**Spoke con UTIC e Emodinamica**	**Spoke con UTIC e Elettrofisiologia**
AOU "DULBECCO" di Catanzaro		
	Catanzaro – S. Anna Hospital (**)	
		Lamezia Terme (****)
	Crotone (***)	
		Vibo Valentia (****)

RETE HUB & SPOKE AREA SUD		
RETE PER ACUTI		
Hub	**Spoke con UTIC e Emodinamica**	**Spoke con UTIC e Elettrofisiologia**
AO di Reggio di Calabria		
	Polistena	
		Locri (****)

(*) Relativamente all'Area Nord si ritiene necessario considerare all'interno della rete SCA regionale pubblica anche il ruolo operativo della struttura privata Tirrenia Hospital s.r.l. a copertura dei bacini di utenza dell'alta costa tirrenica dell'Area Nord.
(**) Relativamente ai servizi di emodinamica si rappresenta che il punto di erogazione della Casa di Cura Sant'Anna Hospital, stante l'attuale assenza di produzione, in ottica programmatoria potrà essere valutato ai fini di un riposizionamento in ambito regionale.
(***) In virtù del numero dei ricoveri dei residenti presso l'ASP di Crotone trattati prevalentemente presso l'AOU Dulbecco (volume dei ricoveri con almeno un intervento di PTCA – fonte PNE dati 2021), nell'area centro al fine di garantire il servizio di emodinamica sulla costa Ionica, si prevede l'attivazione della UO Emodinamica presso l'Ospedale S. Giovanni di Dio.
(****) Punti di Elettrofisiologia con previsione di attività Emodinamica, anche da aggregare alla rete SCA, previa ricollocazione strutturale o riassetto organizzativo su base dipartimentale con l'Hub o altro Spoke di riferimento.

Nelle more dell'attivazione della rete SCA programmata, rimane in vigore quanto previsto dal DCA 64/2016.

Con periodicità annuale verrà valutata l'attività delle emodinamiche per monitorare i volumi di attività, ove necessario rivalutando l'articolazione dei bacini di utenza. Fermo restando il rispetto degli standard nazionali, la rete delle emodinamiche sarà soggetta a rivalutazioni periodiche in coincidenza dell'attivazione delle nuove strutture ospedaliere Spoke (Ospedale della Sibaritide, Nuovo Ospedale di Vibo Valentia e Ospedale della Piana), ovvero in occasione della rivisitazione degli assetti organizzativi anche su base interaziendale sulla base dei seguenti indicatori.

Tabella 35: Indicatori per la rilevazione di attività dei centri di Emodinamica

Indicatori per volumi di attività (per struttura)	Indicatori per gli interventi in elezione (per struttura)	Indicatori oer gli interventi in urgenza (per struttura)
Numero di ricoveri per PTCA	Percentuale di PTCA	Numero e percentuale di STEMI in PTCA
Numero complessivo di PTCA	Percentuale di ricoveri in Cardiochirurgia entro 90 gg	Numero e percentuale di NSTEMI in PTCA
Numero complessivo di vasi trattati	Percentuale di ricoveri ripetuti per nuova PTCA entro 90 gg dalla dimissione	Numero e percentuale di PTCA in STEMI netro 48 h
Numero complessivo di STENT BMS (somma di tutti i BMS presenti in SDO)	Percentuale STENT medicati	Numero e percentuale di decessi a 30 gg da PTCA in STEMI
Numero complessivo di STENT medicati (somma di tutti gli STENT medicati presenti in SDO)	Percentuale di decessi a 30 gg dalla PTCA	Numero e percentuale di decessi a 30 gg da PTCA in NSTEMI

Ai fini del monitoraggio, le modalità di calcolo degli indicatori con i relativi target saranno definite dal gruppo di lavoro del DIAR di Azienda Zero.

9. Le reti di Specialità

Nel disegno della rete ospedaliera del DCA 64/2016 le reti di specialità venivano ad essere articolate sulla base dei seguenti principi e requisiti conseguenti:

- concentrazione delle specialità presso gli HUB (Cardiovascolari, Stroke, Politrauma, Ostetrico-Neonatale, Pediatrica...);
- concentrazione delle specialità secondo gli standard del Decreto Ministero della Salute n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ed in coerenza con gli orientamenti contenuti nel Patto della Salute;
- aumento di offerta nei settori carenti e riduzione in quelli che evidenziano eccedenza;
- integrazione degli erogatori privati all'interno del cluster;
- caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente che permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (tendenzialmente maggiore di 120 PL);
- preferenza per l'offerta privata per ambiti specifici;
- percorsi di riorganizzazione e di concentrazione, anche fisica, delle strutture in coerenza con il raggiungimento dei livelli dimensionali, di volumi ed esiti definiti dal DM Salute n. 70/2015 oltreché finalizzati alla specializzazione delle strutture.

acriirete

9.1 Gli interventi della nuova programmazione nelle reti di specialità

Al fine di proseguire nell'applicazione dei principi suindicati e rispondere in modo coerente all'evoluzione del fabbisogno sanitario della popolazione calabrese, si è programmato di operare interventi integrativi o modificativi nelle aree di specialità di seguito elencate.

Lungodegenza

Rispetto al quadro previsto nel DCA 64/2016, l'assetto programmatorio ospedaliero e territoriale prevede una rimodulazione e un potenziamento della lungodegenza attraverso:

- l'incremento dei posti letto di Medicina Generale;
- la previsione che gli Atti Aziendali possano dedicare fino al 5% del totale dei posti letto previsti di Medicina Generale alle cure intermedie ospedaliere;
- l'incremento dell'offerta territoriale nella componente della residenzialità medicalizzata all'interno degli Ospedali Territoriali (Casa di Comunità, Ospedale di Comunità, UCCP/AFT/MCA, Postazione 118).

Oculistica

I posti letto dedicati alla disciplina di Oculistica ed in particolare quelli in regime di Day Surgery sono previsti esclusivamente nelle strutture Hub della rete ospedaliera. Gli interventi effettuati in tale regime di ricovero nell'ambito della chirurgia oculistica sono convalidati dalla letteratura scientifica e relative Linee Guida sulla base dell'efficacia e della sicurezza del paziente. Mentre, le Unità Operative di Oculistica afferenti agli Spoke saranno configurate come ambulatori di III livello, dove potranno essere effettuati tutti gli interventi previsti in ambito ambulatoriale.

acinrete testata giornalistica locale

Oncologia

Il contrasto alle patologie neoplastiche necessita di un approccio multidisciplinare e richiede interventi coordinati e sinergici a più livelli, dalla prevenzione alla diagnosi precoce e al miglioramento del percorso complessivo della presa in carico del paziente oncologico.

La disciplina di Oncologia prevista nelle strutture Hub e Spoke è contraddistinta dall'incremento dei posti letto di Day Hospital e da una dotazione variabile dei posti letto di Degenza Ordinaria. A tale scopo, al fine di rendere coerente la configurazione della rete ospedaliera al bisogno attuale e prospettico della patologia, anche avuto riguardo ai progressi della farmacologia e della tecnologia nella capacità di cronicizzazione degli esiti; gli atti aziendali potranno attivare un numero di posti letto di Degenza Ordinaria utilizzando una percentuale non superiore al 25% della dotazione dei posti letto in regime di Day Hospital di Oncologia.

Di seguito si riporta il confronto tra l'offerta prevista nella precedente programmazione (DCA 64/2016) e quella potenziale disegnata nel presente documento.

PL Oncologia Vecchia Programmazione DCA 64/2016			
CLASSIFICAZIONE PRESIDIO	**DO**	**DH**	**Totale**
DEA II Livello	41	29	70
DEA I Livello	22	12	34
Totale	63	41	104

PL Oncologia Nuova Programmazione (con 25% DH in DO)			
CLASSIFICAZIONE PRESIDIO	**DO**	**DH**	**Totale**
DEA II Livello	43	56	98
DEA I Livello	14	42	56
Totale	57	98	154

Parimenti, la nuova riconfigurazione dell'offerta dell'oncologia all'interno della rete ospedaliera deve leggersi integrata con l'incremento di quasi il 60% dei posti letto di Hospice previsto nella programmazione della nuova rete territoriale.

Tabella 36. Fabbisogno Hospice (posti letto/tot. abitanti al 2022 – 1.855.454)

Hospice	Totale Fabbisogno DCA 65/2020	Totale Fabbisogno Programmato*	DELTA
	94	**148**	**54**

*si prevede un fabbisogno pari a 8/10 posti letto su 100.000 abitanti (std. DM 77/2022)

acrinrete testata giornalistica locale

Negli altri ospedali, di seguito indicati, si programma l'attivazione di servizi di oncologia:

- Ospedale Praia a mare (Ospedale di Pronto Soccorso) - ASP Cosenza;
- P.O. Beato Angelo (Ospedale di Zona disagiata) - ASP Cosenza;
- Ospedale Cariati (Ospedale di Zona disagiata) - ASP Cosenza;
- Ospedale Civile San Giovanni in Fiore (Ospedale di Zona disagiata) - ASP Cosenza;
- P.O. Trebisacce (Ospedale di Zona disagiata) - ASP Cosenza;
- Ospedale di Soveria Mannelli (Ospedale di Zona disagiata) - ASP Catanzaro;
- Ospedale Basso Ionio (Ospedale di Pronto Soccorso) - ASP Catanzaro;
- P.O. Giovanni XXIII (Ospedale di Pronto Soccorso) - ASP Reggio Calabria.

Si confermano i posti letto di Day Hospital già programmati presso i Presidi Ospedalieri di Tropea e di Melito, al fine di garantire la continuità dell'offerta assistenziale e la localizzazione dei servizi già attivi.

Ortogeriatria

L'Ortogeriatria è un modello che implica una revisione globale dell'approccio al paziente anziano con frattura, caratterizzato da multidisciplinarietà e orientato ad incidere sugli esiti maggiori correlati all'evento.

Il modello di Ortogeriatria è caratterizzato dalla presa in carico del paziente da parte di un team multiprofessionale che prevede il co-management geriatricoortopedico al fine di consentire maggiore appropriatezza delle cure.

A livello regionale si programma l'attivazione dell'Ortogeriatria nei presidi di seguito elencati:

- Ospedale Civile Ferrari – Castrovillari
- Ospedale Spoke Cetraro - Paola (Stabilimento Paola)
- Ospedale Spoke Rossano – Corigliano (Stabilimento Rossano)
- Presidio Ospedaliero Lamezia Terme
- Ospedale Basso Ionio - Soverato
- Ospedale Spoke Vibo Valentia
- Ospedale San Giovanni di Dio – Crotone
- Presidio Ospedaliero S. Maria degli Ungheresi – Polistena
- Ospedale Civile Locri

Week Surgery

I regimi di ricovero già in essere (ordinario, day-hospital, day-surgery) vengono integrati con la modalità week surgery, costituendo un ulteriore contributo alla complessiva riorganizzazione delle attività di degenza.

Tale modalità organizzativa ha lo scopo di promuovere una maggiore efficienza di utilizzo dei posti letto chirurgici e migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e ridurre le liste d'attesa per gli interventi chirurgici selezionati grazie ad un percorso assistenziale dedicato, favorendo l'integrazione multidisciplinare.

Si prevede:

- un responsabile medico e un coordinatore infermieristico all'interno della Week Surgery;
- personale infermieristico nell'ambito del Day Surgery Multidisciplinare.

In entrambe le strutture operano tutti i medici chirurgici del Dipartimento chirurgico, i quali avranno a disposizione sale operatorie dedicate. Per l'organizzazione, si rimanda a specifiche Linee Guida regionali.

acrinrete testata giornalistica locale

Reumatologia

La Reumatologia è una branca della Medicina che si occupa di malattie estremamente eterogenee, potenzialmente invalidanti, a patogenesi in molti casi autoimmune o immuno-mediata, e a frequente coinvolgimento sistemico.

Le malattie reumatiche interessano circa 5,5 milioni di italiani, a livello regionale circa 180 mila persone. Di questi l'1% ha meno di 18 anni, il 18% dai 19-60 anni, l'81% over 60. In questa valutazione mancano i pazienti che in realtà trascurano le patologie reumatiche, infatti, delle 150 patologie che compongono il nutrito gruppo delle malattie reumatiche, quelle più conosciute sono l'artrite ed artrosi che interessano solo il 16% degli italiani e l'osteoporosi il 7,6%. La loro elevata frequenza in Italia ha portato la sanità a considerare queste malattie come malattia sociale di cui una delle conseguenze più frequenti è l'inabilità lavorativa.

Sulla base degli standard ministeriali si prevede per la disciplina in oggetto l'attivazione di:

- 10 pl presso AOU Dulbecco per l'area centro;
- 6 pl GOM per l'area Sud.

In particolare, per quanto riguarda l'area Nord si prevede l'attivazione di posti letto presso il DEA di II livello, già previsti nella precedente programmazione, in aggiunta a quelli già programmati presso l'Ospedale di Castrovillari.

In ragione della significativa e peculiare caratura scientifica dell'attività clinica che caratterizza la struttura privata accreditata "Madonna dello Scoglio", sede di attività di collaborazione clinico-scientifica con l'Università di Modena, si è ritenuto di mantenere il livello di programmazione già stabilito dal DCA 64/2016 in 40 PL da inserire quale riferimento anche per le altre patologie autoimmuni tra i punti di erogazione della rete ospedaliera e da allocare tra i diversi setting di ricovero sulla base di valutazioni dell'appropriatezza del fabbisogno.

Terapia Intensiva
Sono stati inseriti nella rete ospedaliera i posti letto, per singola struttura, di Terapia Intensiva COVID approvati con DCA 91/2020 e 104/2020.
Il quadro programmatorio definito prevede, in coerenza con l'art. 2 del DL 34/2020, una dotazione regionale complessiva di n. 276 posti letto.

Ulteriori aspetti organizzativi
Sono individuati i seguenti ulteriori criteri organizzativi per quanto non definito dalla rete ospedaliera di cui al presente documento cui le aziende dovranno attenersi nel processo di riorganizzazione delle attività:

- i servizi di Radioterapia, Radiologia interventistica, Medicina nucleare, Dialisi (per i posti tecnici dedicati all'attività dialitica), Nido (per le culle), Osservazione breve intensiva, devono intendersi dotati di posti letto tecnici non rientranti negli standard dei posti letto per acuti; mentre i posti letto di MCAE (Medicina e Chirurgia di accettazione ed emergenza) sono considerati posti letto effettivi, che rientrano nello standard numerico;

- l'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione costituisce un'unica struttura complessa alla quale afferiscono le attività di rianimazione, anche quando dotate di posti letto, e le attività anestesiologiche; nel presente decreto i posti letto di terapia intensiva attribuiti alle singole strutture sono da intendersi comprensivi dei posti letto di rianimazione e di quelli di terapia intensiva, post-chirurgica;

- i posti letto di UTIC, UTIN e SU fanno capo all'unica Unità Operativa Complessa Cardiologica, Neonatologica e Neurologica, rispettivamente; nei presidi in cui la funzione di neonatologia è garantita da una dotazione di posti letto inferiore a 10, e non vi è la presenza di UTIN, le relative strutture (semplici) sono accorpate a quelle di pediatria;

- attività specialistiche ambulatoriali di cardiologia sono obbligatorie nei presidi pubblici dove non sono previsti posti letto della relativa disciplina. Inoltre, le consulenze specialistiche delle discipline assenti nei presidi pubblici devono essere comunque assicurate in ambito Aziendale;

- i posti letto di SPDC e la relativa Unità Operativa Complessa sono attribuiti alla struttura in cui sono allocati.

Per quanto riguarda la programmazione delle reti di reumatologia, GCA, riabilitazione si rimanda a successivi atti che le disciplineranno in maniera specifica.

10. Integrazione ospedale/territorio: l'Ospedale Territoriale

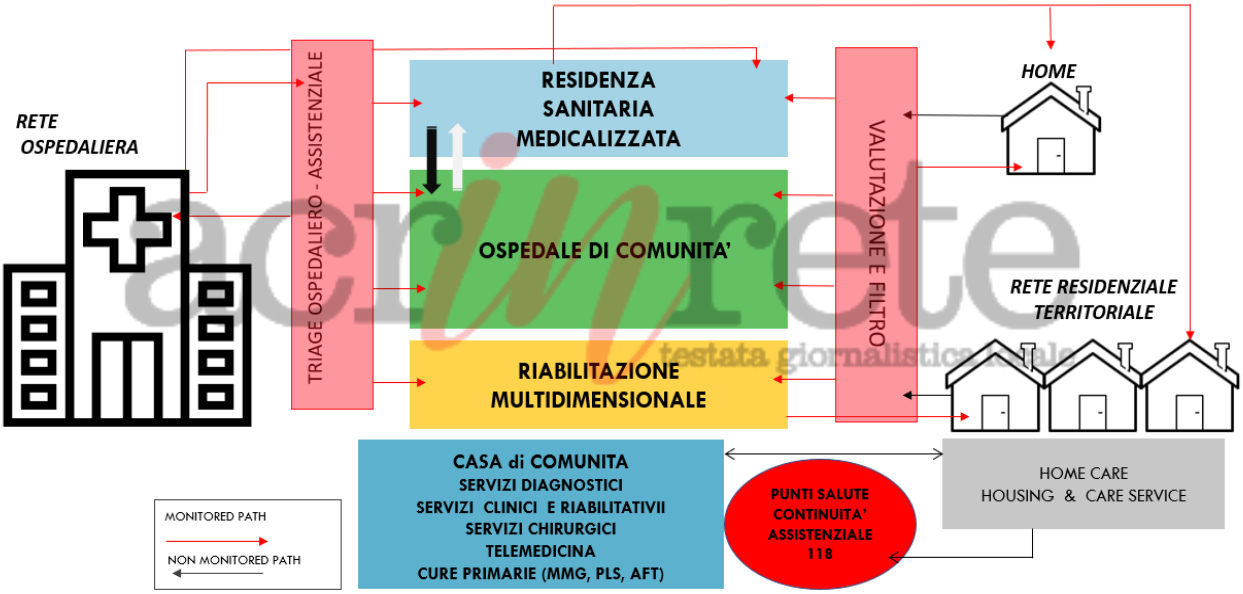
L'analisi del fabbisogno sanitario di una popolazione come quella calabrese evidenzia le caratteristiche quantitative e qualitative tipiche di una popolazione soggetta a un progressivo innalzamento dell'età media e al conseguente incremento della quota di popolazione afflitta da una o più patologie croniche. Un fabbisogno traducibile nella necessità di assicurare regimi erogativi sanitari a minore intensità sanitaria e maggiore componente assistenziale, ma costanti e prolungati nel tempo.
In risposta a questa modifica della domanda, diffusa in modo differenziato in tutte le realtà regionali, il PNRR capovolge il paradigma sulla base del quale sono stati costruiti i sistemi sanitari attuali individuando il domicilio quale primo luogo nel quale intercettare il bisogno sorgente sanitario nonché quale luogo privilegiato di reinserimento della persona al termine del suo percorso diagnostico - terapeutico all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere del sistema sanitario.
Un percorso che nello schema ideale del PNRR posiziona tra il domicilio della persona e l'ospedale, ovvero il punto del sistema chiamato a rispondere alle fasi acute del bisogno sanitario, esclusivamente l'Ospedale di Comunità ovvero strutture deputate a rispondere a bisogni a bassa intensità sanitaria ed elevato fabbisogno assistenziale affrontabili attraverso il presidio continuativo esclusivamente infermieristico coadiuvato dal supporto medico specialistico eventuale e condizionato al manifestarsi di esigenze specifiche.
Uno schema coerente rispetto al suo disegno complessivo, ma che in presenza di quote crescenti di popolazione caratterizzata da età avanzata e quindi in condizioni di pluri-cronicità nonché collocata in contesti territoriali o socioeconomici tali da accrescere le difficoltà di un'adeguata gestione in remoto (domiciliare o in telemedicina), rischia di non rispondere agli obiettivi dando vita a due scenari prevalenti:

- nel primo, lo "scalino" eccessivo nel passaggio dall'ospedale per acuti all'ospedale di comunità a bassa intensità sanitaria determina un rallentamento nel processo di dimissione dalla struttura per acuti con ripercussioni sulla sua efficacia clinica a causa dei crescenti livelli di degenze inappropriate;
- nel secondo scenario, il rispetto degli obiettivi di appropriatezza da parte delle strutture per acuti obbliga ad affrontare lo "scalino" a quote crescenti di popolazione fragile per dato anagrafico e presenza di comorbilità per la quale il completamento del processo di guarigione dall'evento acuto non ha esaurito il recupero dell'equilibrio psico-fisico ponendo i presupposti per un nuovo accesso alla struttura ospedaliera prevalentemente attraverso i canali dell'emergenza – urgenza.

Allo scopo di anticipare gli effetti attesi di spiazzamento della struttura di offerta rispetto all'evoluzione della domanda, è intenzione arricchire in via sperimentale il modello di risposta del sistema sanitario calabrese integrando in modo strutturale e funzionale alcuni dei modelli di risposta presenti nel sistema, quali le residenze sanitarie a elevata componente medicalizzata, con le strutture di prossimità da realizzarsi nell'ambito del PNRR, quali gli ospedali di comunità e soprattutto le case di comunità HUB, con l'obiettivo di creare poli di riferimento che in termini di funzioni sanitarie e assistenziali espresse siano in grado di coprire buona parte del fabbisogno della popolazione dell'ambito territoriale di riferimento e siano dotate delle leve di governo del percorso diagnostico e terapeutico per quella casistica che, per volumi e complessità, necessita di risposta presso altri punti specializzati della rete di offerta ospedaliera.

Gli Ospedali Territoriali (OT) del modello sperimentale costituiscono contenitori strutturali composti nella loro configurazione ordinaria da:

- 1 modulo da 20 posti letto di Residenza Sanitaria Medicalizzata;
- 1 modulo da 20 posti letto di Ospedale di Comunità;
- 1 modulo da 20 posti letto di riabilitazione multidimensionale;
- 1 Casa di Comunità HUB con servizi:
    - Diagnostici: diagnostica chimico - clinica, diagnostica strumentale (rx tradizionale, TAC, RNM);
    - Clinici e Riabilitativi (Day Hospital, visite specialistiche, riabilitazione multispecialistica);
    - Chirurgici (in regime di Day Surgery, Chirurgia Ambulatoriale Complessa, chirurgia ambulatoriale);
    - Punti Salute, Continuità Assistenziale, postazione 118;
    - Sede privilegiata di erogazione dei servizi di assistenza territoriale (MMG, PLS, AFT, PUA).



Nell'insieme delle reti ospedaliere e territoriale regionale, l'OT è in grado di muoversi all'interno dei due universi potendosi identificare quale:

- sede funzionalmente dedicata delle strutture ospedaliere di riferimento per la gestione delle fasi diagnostiche e preparatorie all'accesso alle prestazioni a complessità medio alta e alta, per il completamento del percorso di guarigione (cure intermedie), per la gestione dell'intero percorso di follow-up e di monitoraggio di medio lungo periodo;
- sede funzionalmente collegata delle equipe mediche delle strutture ospedaliere di riferimento per le prestazioni diagnostiche, mediche e chirurgiche di elezione a complessità media e medio bassa (day hospital, day surgery, diagnostica invasiva, chirurgia ambulatoriale complessa);
- sede di riferimento per gli ospedali di comunità dell'area;
- sede di erogazione diretta di servizi sanitari (diagnostici, medico specialistici, chirurgici) e di programmazione e gestione dei percorsi clinici all'interno delle strutture ospedaliere di

riferimento collegate (PUA).

La sperimentazione del modello verrà sviluppata sulla base dell'analisi preventiva del fabbisogno in termini di ricovero, prestazioni ambulatoriali e accessi al sistema di emergenza urgenza espresso dalla popolazione dell'area di riferimento (distretto o ambito circondariale di insistenza desumibile dall'impiego dei Sistemi Locali di Lavoro – SLL elaborati da ISTAT) su base pluriennale.
Conseguentemente a questo, la configurazione dei contenuti dell'OT, ferma restando la presenza necessaria dei regimi degenziali/residenziali, poliambulatoriali diagnostici, medici e chirurgici, di assistenza territoriale e di risposta alle esigenze di primo intervento sanitario, andrà modulandosi sulla base delle caratteristiche epidemiologiche del fabbisogno sanitario rilevato in termini di volumi e di intensità sanitaria ed assistenziale.

acrinrete
testata giornalistica locale