ANALISI E PROPOSTE SUL PIANO REGIONALE DELLA SALUTE 2007-2009, PER UN SISTEMA SALUTARE PIU' PARTECIPATO, TRASPARENTE, EFFICACE E DALLA PARTE DEL CITTADINO.

a cura
P.R.C.S.E. – P.d.C.I. CALABRIA

CONSIDERAZIONI GENERALI SUL PIANO REGIONALE DELLA SALUTE, DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI.

Il sistema sanitario italiano ha subito negli ultimi anni notevoli modificazioni con l'introduzione di logiche aziendalistiche tese alla razionalizzazione delle risorse complessivamente utilizzate in questo settore.

Le motivazioni sottese a queste scelte, per i sostenitori di questa tesi sono essenzialmente legati al fatto che le risorse economiche per la spesa sanitaria in generale, sono costantemente insufficienti: ciò sarebbe dovuto a diversi fattori come lo sviluppo delle nuove tecnologie legate a maggiori aspettative di vita, l'aumento della popolazione anziana e quindi lo sviluppo graduale di patologie cronico degenerative con un costante aumento della spesa farmaceutica e ospedaliera, l'aumento di patologie invalidanti dovute alle diverse tipologie di lavoro industriale.

Su queste motivazioni si è sviluppata quindi una teoria che in questi anni ha fatto si che la questione economica prevalesse sulle necessità clinico-assistenziali e preventive della salute del cittadino intesa come benessere psico-fisico nel suo complesso.

Si sono sviluppati meccanismi operativi, procedure gestionali, sistemi di controllo tesi non a razionalizzare le risorse bensì a razionarle.

Inoltre lo sviluppo eccessivo delle teorie di management sanitario hanno allontanato i cittadini e i loro rappresentanti non solo dai meccanismi di funzionamento delle strutture socio-sanitarie ma anche dai livelli decisionali di programmazione sanitaria.

Infine si è affermato un modello di finanziamento(D.R.G.) che ha dimostrato tutti i limiti perché finanzia la malattia e non la salute.

Occorre ripensare il tutto introducendo, rapidamente, meccanismi correttivi tesi al recupero del concetto di salute come risultante di diversi fattori: socio-culturali, economici, di integrazione, familiari ecc...

Su questo nuovo concetto di salute occorre costruire percorsi che vedano cittadini ed enti locali al centro di una programmazione della salute del proprio territorio, eliminando distorsioni tese alla riproposizione di modelli di economia sanitaria già datati e fallimentari.

Il nuovo corso delle politiche salutari e sociali è uno degli obiettivi principali dei nostri partiti in Calabria perché il diritto alla buona salute sia effettivamente esigibile.

Il sistema salutare calabrese presenta una assenza di programmazione, situazioni di degrado sanitario, penetrazione della criminalità organizzata,

assenza di servizi socio-sanitari e sociali, inefficacia e inefficienza della rete assistenziale, diseconomie di gestione, mancata programmazione del fabbisogno formativo degli operatori, alterato rapporto pubblico-privato, scarsa democraticità interna del sistema, gravi carenze strutturali e tecnologiche, grave carenza di una ricerca pubblica finalizzata all'assistenza, logiche perverse sulla spesa farmaceutica, assenza di controlli sull'operato "liberista" dei direttori generali delle ex A.S.L., aziende sanitarie gestite spesso in modo monocratico, a fini clientelari, con scarsi o pessimi rapporti con le organizzazioni sindacali e con nomine di dirigenti (D.S., D.A. Direttori di Distretto ecc.) privi dei requisiti di legge effettuate dagli attuali ed ex direttori generali, esternalizzazioni dei servizi anche al di fuori di sane logiche gestionali, costante aumento di precariato, politiche gestionali di scarsa interazione con gli enti locali.

In Calabria, sul ruolo degli attuali direttori generali occorre una seria riflessione perché si è assistito, in alcuni territori, a forti violazioni di legge e occorre, con urgenza, riportare la situazione sotto il controllo continuo e costante degli organi di controllo regionale ed azionare il sistema sanzionatorio.

Necessita la pubblicazione, entro e non oltre trenta giorni dal conferimento dell'incarico, dei curricula dei direttori generali, sanitario, amministrativo e di ambito, come atto di trasparenza nei confronti dei cittadini e prevedere sanzioni severe in caso di inadempienze.

Fintanto che la salute dei cittadini e il sistema Sanità nel suo complesso verranno utilizzati dal sistema politico regionale come strumenti di consenso non riusciremo in Calabria a porre al centro dell'agire la salute del cittadino e la necessità di creare un sistema efficace ed efficiente all'interno di meccanismi di democrazia partecipata che vede istituzioni, associazioni, ed utenti insieme in un patto solidale, con le assunzioni delle rispettive responsabilità.

Proponiamo, pertanto, la creazione di consulte territoriali sulla salute con il compito di redigere il piano territoriale della salute in cui confluiscono i vari aspetti socio-economici-culturali presenti sul territorio con l'obiettivo dichiarato di togliere la salute dalle mani dei cosiddetti professionisti e restituirla al legittimo proprietario che è la collettività sociale.

Quanto successo in consiglio regionale del 30 aprile u.s. con l'approvazione del maxiemendamento, contenenti norme per le A.S.L., sia per le modalità che per il merito non hanno rappresentato un concreto segnale di inizio della stagione delle riforme strutturali di cui la Calabria ha urgente bisogno.

Le riforme strutturali hanno necessità di per sé, per avere gambe, di essere condivise ed avere il consenso della gente e pertanto la strutturazione di un

percorso fatto di dialettica, anca aspra, al termine del quale fare le necessarie sintesi.
Quanto sopra è parte del patrimonio culturale, storia e pratica politica di Rifondazione Comunista e dei Comunisti italiania cui non intendiamo rinunciare.
Il varo del nuovo Piano Regionale della Salute deve essere l'occasione della vera riforma strutturale che deve ridisegnare la rete ospedaliera e territoriale dei servizi, creare i percorsi assistenziali, elevare la qualità delle cure, implementare l'attività di prevenzione, ricerca e formazione, ridare dignità alla sanità pubblica, creare un nuovo rapporto tra sanità pubblica e privata nel rispetto delle regole di programmazione e dei tetti di spesa assegnati e dove il pubblico abbia un ruolo centrale, attivare un processo di democratizzazione e partecipazione codificata con l'obiettivo di restituire la programmazione ed il controllo del sistema al cittadino e al territorio.
Occorre dare finalmente dignità al S.S.R. ponendo al centro delle attività salutari il malato con i suoi bisogni, su cui non è possibile mercanteggiare né da parte della politica né da parte dei direttori generali .
Il piano regionale della salute, degli interventi e dei servizi sociali previsto dall'articolo 1 comma 13 del decreto legislativo 502/92 e dall'articolo 18 comma 6 della legge 328/2000, rappresenta la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale sul territorio regionale nel quale, sulla scorta delle analisi epidemiologiche regionali e dell'analisi del bisogno di assistenza sociale, sono individuati gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio di riferimento, le azioni da mettere in campo e gli strumenti utilizzati a tale scopo.
Il piano regionale, ha come punto di riferimento il Piano Sanitario Nazionale per gli obiettivi di salute e il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali per gli obiettivi di assistenza sociale da perseguire sul territorio di riferimento, nonchè l'applicazione dei L.E.A. e dei LIVEAS fissati dal governo nazionale.
La regione per effetto del federalismo, con la riforma del titolo V della Costituzione del 2001, ha potestà legislativa concorrente in materia sanitaria, sociosanitaria e potestà esclusiva in materia socio-assistenziale, con gli unici vincoli fissati dall'applicazione dei L.E.A. e LIVEAS nazionali, da quanto previsto nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali, dagli obblighi derivanti dal patto di stabilità Stato-Regioni e dalle leggi nazionali in materia di organizzazione generale del sistema salutare.
La legge costituzionale del 2001 di fatto ha rafforzato il regionalismo e previsto una competenza esclusiva legislativa delle regioni in materia socio-assistenziale dove il rapporto tra risorse utilizzate e qualità dei servizi

deve trovare una giusta sintesi in un modello organizzativo efficace ed efficiente.
E' da ritenersi, dunque, che le disposizioni delle legge 328/2000 continuino a rimanere in vigore sino a quando le regioni non emanino una apposita normativa.
La legge costituzionale del 2001 ha previsto inoltre per le materie inerenti la salute una legislazione concorrente tra Stato e Regioni, attribuendo alle regioni un grado di autonomia nell'implementazione della legge nazionale, cosiddetta di cornice,che si sviluppa attraverso l'organizzazione del servizio sanitario regionale.
L'autonomia regionale nell'organizzazione del servizio sanitario regionale sta portando alla realizzazione di diversi modelli sanitari e occorre vigilare perché ciò non intacchi il diritto fondamentale alla salute sancito costituzionalmente , nel senso che la differenziazione regionale non deve determinare una riduzione delle garanzie di assistenza sanitaria.
La scommessa, oggi, sta nel fatto che lo stato regionale con le politiche federaliste sanitarie deve valorizzare le diversità e tendere alla differenziazione, nel senso di adeguare ulteriormente i servizi calibrandoli alle effettive necessità, riorganizzando il sistema per renderlo più efficace, efficiente e vicino ai cittadini, introducendo meccanismi di partecipazione sostanziale dei cittadini per una organizzazione salutare che costruisca dal basso e dal territorio le risposte ai bisogni.
Chiamiamo il piano regionale della salute piano della salute, degli interventi e dei servizi sociali perché siamo convinti che una rete assistenziale salutare, efficace ed efficiente , deve basarsi su una corretta integrazione tra i diversi livelli di assistenza (sanitaria-sociosanitaria e sociale).
Da questo punto di vista, la regione Calabria è in forte ritardo rispetto a regioni più evolute e si appresta, ancora una volta, a varare solo un piano regionale per la salute per il triennio 2007-2009.
Un governo regionale dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali è fondamentale per realizzare l'appropriatezza della risposta al bisogno assistenziale e a sua volta, è il presupposto per realizzare l'efficacia.
Si è, però, ampiamente dimostrato che il raggiungimento dell'efficacia spesso si coniuga con l'efficienza realizzando una organizzazione in grado di risposte adeguate e ottimali.
Il piano regionale sociosanitario deve contenere una programmazione del bisogno assistenziale complessivo, sia esso sociale, sociosanitario che sanitario, con l'obiettivo di dare una risposta globale, mirata, partecipata, veloce ed il più possibile efficiente, in sintesi definire le politiche di tutela della salute della collettività di riferimento.

La necessità di un piano sociosanitario e non solo sanitario scaturisce dall'evidenza che i bisogni assistenziali sono diventati complessi, necessitano di una rete, di un serie di strutture e competenze pluriprofessionali e multidisciplinari, di una organizzazione delle attività sanitarie e amministrative adeguate, di risorse economiche sufficienti, di una necessaria integrazione tra le strutture sanitarie e quelle sociali in un sistema integrato.
Purtroppo, il finanziamento previsto dal Piano Sociale Regionale per i bisogni sociali, compresa la non autosufficienza, potrà contare solo su pochi euro pro-capite , mentre in altre regioni i finanziamenti sono ben oltre i 50 € .
Il differenziale economico non consente commenti ulteriori.
Il piano sociosanitario deve tracciare a grandi linee l'evoluzione a breve e medio termine del sistema salutare, partendo dai dati epidemiologici ma anche dalle richieste ipotizzabili, realisticamente, del bisogno "sociale" in senso lato presente sui territori e per questo necessita di un grande coinvolgimento dei diversi attori del sistema nella fase di programmazione.
La centralità della salute, che include l'analisi dei bisogni correlabili ai diversi gradi di fragilità biologiche e sociali, rappresenta, sia per le scelte politiche che per le coerenti articolazioni della sua gestione, una decisa inversione di rotta del percorso sin'ora fatto e polarizzato sulla modulazione dell'offerta dei servizi sanitari.
Questo nuovo orientamento, si innesta, sia storicamente che organizzativamente, nel dettato costituzionale, nello spirito originario della riforma sanitaria e dei servizi sociali, nelle risoluzioni dell'O.M.S..
Questa filosofia, pone a monte del processo di pianificazione alcuni principi strategici e valoriali e alcune scelte progettuali più direttamente afferenti al governo complessivo del sistema e riguardanti l'articolazione dei servizi.
Questi principi ispiratori di una nuova visione politica, strategica e valoriale di governo del piano possono essere riassunti in:
-centralità della salute da garantire, non solo attraverso un appropriato e razionale sistema di assistenza e di cura, ma anche potenziando e praticando la prevenzione
- la prevenzione, che si attua non solo attraverso la rimozione di tutti quei fattori che insidiano la salute ma, anche, con la appropriata promozione di tutti i fattori ambientali, sociali, economici e biologici che la favoriscono;
- la centralità della collettività in quanto titolare del diritto alla salute e perché costituita da persone che vivono sul territorio;

- il coinvolgimento responsabile degli enti locali, dei cittadini e delle associazioni di tutela e difesa del malato che devono realmente pianificare e programmare le azioni di promozione e tutela della salute, nonché valutare l'efficacia e la qualità dei servizi rispetto ai bisogni dei propri cittadini;
- l'informazione, come strumento indispensabile, perché il sistema sia trasparente e democratico nelle scelte effettuate, ma anche nel senso di passare ad un sistema informativo sociosanitario, avvalendosi, opportunamente, di quanto offre la tecnologia informatica per la creazione di una rete informativa;
- la pratica della integrazione funzionale , intersettoriale e interistituzionale tra tutti i vari sottosistemi del sistema sociosanitario, in particolare l'integrazione con i distretti socio-assistenziali per la creazione della rete di protezione sociale, indispensabile per gli interventi di prevenzione, sostegno e riabilitazione per i soggetti che hanno condizioni economico-sociali difficili e in generale condizioni di fragilità;
- un efficace e razionale governo della salute che nel rispetto della sussidiarietà persegui l'equità e promuova la solidarietà con azioni ispirate alla sobrietà.
Questo governo della salute, deve seguire la strada rigorosa dell'applicazione dei criteri di qualità e di appropriatezza sostanziale che è il presupposto per garantire in modo efficace, efficiente ed economico un sistema salutare sostenibile, nonché l'etica della responsabilità di tutti gli operatori sanitari per una rilettura di tutto il sistema dal punto di vista della ponderazione sociale e di genere.
Le scelte progettuali e programmatiche che dovrebbero caratterizzare il piano sociosanitario sono:
1) una forte priorità per lo sviluppo dell' assistenza delle cure primarie ed extraospedaliera, con la creazione di una rete di servizi che garantisca ai cittadini una responsabile, continua e completa presa in carico a domicilio, negli ambulatori e nelle strutture residenziali;
2) l'organizzazione della rete ospedaliera in una ottica dipartimentale (livelli di competenza e di specializzazione), rifuggendo da contrapposizioni paralizzanti tra l'ospedale ed il territorio, considerando l'ospedale la scelta opportuna quando il problema di salute diventa troppo complesso per essere gestito dal sistema delle cure primarie;
3) l'individuazione degli interventi e dei servizi sociali necessari sul territorio;

4) l'organizzazione della rete dell'assistenza sociale, in coordinamento con la rete sanitaria;
5) il coordinamento delle politiche sociali con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro;
6) una gestione ed uno stile di governo sobrio che permetta di migliorare la qualità della salute, contenere la spesa e garantire maggiore soddisfazione tra i cittadini;
7) lo sviluppo della formazione e della partecipazione degli operatori, per essere meglio qualificati e più motivati.
8) una codificazione dei meccanismi di partecipazione democratica nel sistema salutare.
Non ci sfugge che questi valori, impegnativi e fondanti, racchiudono grandi difficoltà da superare per consentirne l'affermazione nella operatività concreta dei servizi e perché la loro efficacia pratica possa diventare apprezzabile dai cittadini.
Per questo, si è coscienti che i principi esposti rappresentano l'avvio di un percorso, fortemente auspicabile per la Calabria, dove questi possano accompagnare l'organizzazione socio-sanitaria e tutte le amministrazioni pubbliche coinvolte nelle politiche salutari, per una loro completa attuazione sotto un controllo il più possibile democratico e trasparente.
Il piano sociosanitario deve prevedere una serie di azioni e di piani settoriali a seconda delle situazioni e delle specificità di ogni singolo ambito di intervento.
Occorre mettere in atto quanto previsto dall'articolo 8 comma 3, lettera a, e dall'articolo 19 della legge 328/2000 e cioè il coordinamento o la coincidenza tra i Piani di Zona ed i Distretti Sanitari per una effettiva coordinazione tra la pianificazione zonale e quella distrettuale.
Occorre preservare i livelli di efficacia e di eccellenza già raggiunte, cercando di ristabilire le priorità dimenticate e di rendere uniformi e generali le migliori pratiche dell'efficacia.
Il Piano sociosanitario, che sceglie strategicamente la configurazione di rete, non deve però considerarsi un documento chiuso, ma periodicamente, sullo stato di attuazione e di verifica di quanto realizzato, possono e debbono essere apportate modifiche in grado di correggere errori, possibili soprattutto nelle fasi iniziali dei processi di trasformazione.
In questo processo, il Piano, infine, richiede, per la sua stessa natura, sia la stimolazione che una forte partecipazione politica e sociale.
Ci auguriamo che questo percorso possa essere nel breve periodo avviato concretamente, onde consentire un'apertura della discussione fortemente di merito, trasparente, democratica, con il coinvolgimento dei cittadini per la

costruzione di un sistema di interventi integrati e mirati affinché il diritto alla salute sia realmente garantito.

LEGENDA:

L.E.A. :

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale

L.I.V.E.A.S.:

La legge 328/2000 indica gli interventi che costituiscono i Livelli Essenziali dell'assistenza sociale.

I LIVEAS vanno raccordati con la ridefinizione dei LEA (livelli essenziali d'assistenza) sanitari, come elemento necessario al raggiungimento del massimo livello di integrazione socio-sanitaria, ma anche per ampliare e qualificare l'offerta.

L'integrazione va estesa agli aspetti educativi, formativi e lavorativi per affrontare in una visione unitaria il benessere delle persone e delle famiglie.

In tale ambito va sottolineato che le stesse normative sanitarie (art. 3 d.lgs. 502/0) assumono per le prestazioni sanitarie, anche di lungo periodo, il progetto personalizzato di intervento.

Si rileva che la mancata integrazione programmatica, organizzativa e gestionale comporta, inoltre, un rallentamento dei necessari processi di evoluzione della pubblica amministrazione nella erogazione e nel governo dei servizi di inclusione delle persone emarginate o a rischio di emarginazione, in particolare: gli anziani, i disabili, i disoccupati di lunga durata, i giovani, gli immigrati, le donne sole con figli.

E' opportuno, quindi, rafforzare l'integrazione e il coordinamento tra i servizi socio-assistenziali, le funzioni preposte all'inclusione sociale, le azioni ed i servizi per l'integrazione lavorativa.

PRINCIPI UTILIZZATI PER L'ANALISI GENERALE DEL PIANO.

La nostra analisi è stata effettuata attraverso una valutazione degli effetti applicativi del Piano in riferimento ai sottoelencati principi: 1) l'implementazione della prevenzione con riferimento anche ai determinanti esterni al normale ciclo salutare; 2) una migliore ed armonica organizzazione ospedaliera e territoriale; 3) la creazione di una rete assistenziale integrata; 4) l'individuazione dei nodi della rete assistenziale ed i relativi criteri di accesso; 5) l'indicazione dei percorsi assistenziali; 6) la rideterminazione del rapporto pubblico-privato sia nella rete ospedaliera per acuti che nella rete delle strutture extraospedaliere; 7) una decisa politica di investimenti per la salute territoriale con definizione dei livelli e tipologie di assistenza per bacino d'utenza, per consentire di fare sistema e conseguire, altresì, la auspicabile deospedalizzazione nonché economie di scala; 8) il rapporto del sistema salutare con l'università in riferimento alla ricerca e al bisogno formativo degli operatori; 9) indicazioni chiare sul ruolo della ricerca regionale e delle relative risorse; 10) il piano della formazione e aggiornamento degli operatori; 11) la quantificazione del reale bisogno del personale; 12) le risorse per il finanziamento del piano proposto; 13) la previsione delle modalità e dei tempi di attuazioni delle azioni programmate; 14) i livelli di integrazione con il socio-sanitario ed il sociale; 15) la codificazione della partecipazione della collettività nel sistema salutare in riferimento agli aspetti programmatori e di controllo della gestione; 16) il processo di concertazione per il necessario consenso al Piano attraverso la partecipazione alle scelte di governo della salute del proprio territorio, in una logica di responsabilizzazione, (centrale in Calabria), rispetto alle scelte da effettuare che non possono essere calate dall'alto con la riproposizione di un "fare" che non costruisce dal basso il necessario consenso per la svolta auspicata e necessaria.

ANALISI AMBITI PROPOSTI E FIGURA DEL REFERENTE.

Il P.R.S. proposto dall'Assessorato alla Salute prevede cinque A.S.P. provinciali e sei ambiti territoriali, due per Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.
Diciamo, inizialmente, che se appare comprensibile la filosofia della proposta di creare due ambiti nelle A.S.P. di Cosenza (712.016 abitanti, Kmq. 6651) e Reggio Calabria (565.541, Kmq. 3183) per il numero di

abitanti e l'estensione geografica, la stessa non lo appare per l'A.S.P. di Catanzaro (367.128 abitanti, Kmq. 2391) in quanto, mentre le prime due superano i 500.000 abitanti ed i 3000 Kmq., Catanzaro non appare "dimensionata" né per numero di abitanti né per estensione geografica per avere due ambiti.
Ad esempio, vi sono altre ex A.S.L. come Paola (138.796 ab.), Locri (134.611 ab.), Palmi (157528 ab.) che hanno una estensione geografica e/o numero di abitanti maggiore dell'ambito di Lamezia Terme e, addirittura, l'ambito individuato di Locri-Palmi, nell'A.S.P. di Reggio Calabria, conta 292.139 abitanti, cioè 74.989 abitanti in meno dell'A.S.P. di Catanzaro.
Appare evidente che ci troviamo in presenza di una forzatura, non spiegabile, che contrasta con la logica della razionalizzazione che è stato uno dei criteri fondamentali utilizzati dai fautori del maxiemendamento di accorporo delle ex A.S.L..
Dunque, da una analisi oggettiva della proposta di Piano, in riferimento al numero e collocazione geografica degli ambiti, la scelta effettuata di articolare solo alcune aziende in ambiti territoriali ci sembra non scaturente da rigorosi criteri di programmazione e non vorremmo che celi esigenze di altra natura.
La proposta del Piano presentata, inoltre, assegna agli ambiti risorse definite (budget) rispetto alla popolazione residente (con riferimento alla quota capitaria spettante) e l'organizzazione tipica di una azienda sanitaria, (Dipartimenti, Presidi Unici e Distretti).
Di Presidi Unici, nell'ambito territoriale, il Piano ne prevede più di uno in contrasto con l'indicazione che prevede nel Presidio Unico l'accorpamento di tutti i P.O. di una azienda.
Infatti, nell'ambito "Castrovillari- Rossano" vi sono, per esempio, n°2 P.U. (Castrovillari-Mormanno) e (Cariati–Rossano-Corigliano–Trebisacce), e addirittura n° 3 P.U. nell'ambito territoriale "Cosenza–Paola" (Cetraro-Praia a Mare), (S.Giovanni in Fiore – Acri) e Cosenza.
Se la previsione degli Ambiti e di più P.U. è frutto della considerazione che le Aziende provinciali di Cosenza, Catanzaro e Reggio sono molto vaste e quindi sarebbero avvertite come lontane dai cittadini, ci sembra più congeniale, perché avvertito come più "utile", mantenere le ex Aziende Sanitarie come ambiti territoriali, con la previsione di un solo Presidio Unico Ospedaliero per ambito.
Cio' determinerebbe un aumento di tre ambiti territoriali.
Una siffatta articolazione renderebbe più accettabile per le comunità territoriali la "perdita" dell'A.S.L., contribuirebbe a mantenere un riferimento della direzione aziendale più vicino alla collettività e soprattutto avere un migliore coordinamento delle attività sul territorio.

L'ambito territoriale viene da noi configurato solo come uno strumento per consentire ai cittadini riferimenti, certi sul territorio, di una Direzione differita, e consentire un maggiore coordinamento delle attività e comunque la verifica della loro reale utilità deve essere prevista alla fine del Piano.
Si propone, pertanto, la costituzione di un ambito per ogni ex A.S.L., la previsione di un solo Presidio Unico Ospedaliero per ambito e la costituzione dei dipartimenti per A.S.P..
In questa ipotesi, da noi formulata, l'aumento del numero degli "ambiti territoriali" comporta una complessiva minore spesa rispetto alla proposta presente nel Piano perché, pur aumentando il numero dei Direttori di Ambito (più tre), i dipartimenti sono unici con un'articolazione per l'intera A.S.P. e vi è un solo Presidio Unico Ospedaliero in ogni ambito.
L'alternativa, a quanto da noi proposto, deve essere lineare con l'impostazione dell'accorporo per provincia e prevedere l'organizzazione dipartimentale per A.S..P, la non previsione degli ambiti territoriali così come proposti, la previsione di distretti con bacino d'utenza non superiore a 100.000 ab. nelle aree urbane e non inferiore ai 50.000 nelle altre aree a minore densità abitativa.
Il Piano, inoltre, assegna un responsabile per ogni Ambito definito "Referente", figura sicuramente da ridefinire, qualora restasse, in relazione ai requisiti necessari, alle funzioni da svolgere e alle modalità di conferimento dell'incarico.
Se la scelta degli ambiti territoriali, come da noi proposta, sarà accettata il cosiddetto "Referente" dovrà assumere, per l'affidamento dell'incarico, la denominazione di direttore di ambito e avere requisiti formativi e gestionali adeguati e non essere obbligatoriamente un medico, per come proposto.
Il Referente dovrà essere un dirigente dell'azienda che ha maturato un'esperienza almeno quinquennale in posizione di direttore di struttura complessa, con gestione di risorse economiche e di personale in modo autonomo, ed essere in possesso del titolo di "esperto" in Management Sanitario rilasciato da struttura riconosciuta per legge.
Questo profilo si rende necessario atteso che dovrà, su disposizioni della Direzione Generale, coordinare tutte le attività di ambito, gestire il budget assegnato nonchè le risorse umane, strutturali e tecnologiche presenti.
Per le funzioni svolte l'incarico di direttore di ambito è di tipo organizzativo e gestionale.

Occorre prevedere, a tale proposito, procedure di evidenza pubblica per l'affidamento dell'incarico, con comparazione dei curricula e motivazione scritta.

Dunque, da una analisi oggettiva della proposta di Piano, la necessità di articolare solo alcune aziende in ambiti territoriali ci sembra nasca da esigenze poco chiare.

ANALISI SULLA DOTAZIONE E ALLOCAZIONE DEI POSTI LETTO PER ACUTI E NON ACUTI.

Per l'analisi ci pare utile riportare in appresso le tabelle allegate alla proposta del P.S.R. 2007- 09, per rendere più agevole la comprensione di quanto esplicitato.

Alla fine di ogni tabella riguardante la singola A.S.P. vi è l'articolazione della proposta riguardante i posti letto per acuti e non acuti per ogni singola struttura ospedaliera, casa di cura e per ambito proposto.

I posti letto proposti nel Piano sono 9020 di cui 7416 acuti e 1604 non acuti.

Dei suddetti 9020 p.l., 23p.l. non sono assegnati e pertanto il numero reale dei p.l. assegnati sono 8997.

Nel P.S.R. non si riscontra nessun riferimento alle dotazioni di p. l. per singola specialità.

Riteniamo che la stima del fabbisogno dei posti letto per acuti e non acuti a livello regionale, per A.S.P. e ambito di A.S.P. debba scaturire dall'applicazione dei parametri di attività ipotizzati per ogni disciplina (numero dei ricoveri, tasso di utilizzazione, degenza media, totale di giornate di degenza effettive), dal rispetto del numero dei posti letto previsti per mille abitanti e che ciò sia possibile a condizione che: 1) si conoscano per specialità il numero dei posti letto effettivi e dei ricoveri nei presidi ospedalieri pubblici e privati convenzionati; 2) si conosca il numero dei ricoveri dei residenti nella regione per discipline e in composizione percentuale per specialità afferenti alle varie discipline; 3) si ipotizzino i suddetti parametri di attività per disciplina tenendo conto dell'attuale; 4) si applichino sui territori i parametri previsti del numero di posti letto per mille abitanti.

A nostro avviso non è sufficiente l'indicazione data nel Piano che l'organizzazione e la strutturazione delle U.O. avverrà per intensità assistenziale, prevedendo quindi un modello organizzativo flessibile, per non indicare il numero di posti letto per specialità allocabili negli

ospedali per acuti pubblici di riferimento e non di riferimento che nelle strutture ospedaliere private per acuti.
Non si conoscono, quindi, quanti saranno i p. l. di chirurgia, medicina, ortopedia ecc. ecc. per le strutture pubbliche e private, non è data la percentuale dei p.l. per non acuti afferenti alla riabilitazione intensiva, estensiva, lungodegenza medica o riabilitativa (a parte le percentuali generali di riferimento di 0,2 per la Riabilitazione e 0,6 per la Lungodegenza) e quanti posti letto per il pubblico ed il privato.
Nel piano, inoltre, non si evidenziano per le R.S.A. e Case Protette quanti posti sono individuati in ogni ambito e quanti per il privato.
Infine, non è esplicitato quale deve essere il rapporto pubblico-privato nella rete assistenziale degli acuti e non acuti, (sono riportati, per il pubblico ed il privato, soltanto il numero dei posti letto totali per gli ambiti proposti senza l'indicazione del numero dei posti letto per ogni struttura e per quali specialità), nelle R.S.A. e Case Protette, nelle strutture non residenziali territoriali (Centri, Case Famiglia ecc.).
Tale mancanza ci sembra inopportuna data l'improcastinabile necessità di creare, in Calabria, un corretto apporto del privato nella rete assistenziale salutare.
Noi riteniamo che, considerati gli accorpamenti previsti, la necessità del riequilibrio pubblico-privato in ogni ambito di A.S.P., occorra indicare la rimodulazione dell'offerta dei p.l. per acuti e per specialità, per i non acuti, per le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali, con riferimento alla popolazione, agli indici nazionali, ai dati d'incidenza regionali delle singole patologie, ove esistenti, e ciò sia nelle strutture pubbliche che in quelle private.
Tutto ciò poi nel corso di vigenza del Piano, ovviamente, può essere opportunamente valutato e modificato rispetto ai parametri di efficacia, efficienza ed economicità.
Inoltre, si evidenziano molte perplessità sull'offerta ospedaliera pubblica proposta in alcune aree regionali.
Il modello proposto non convince circa il soddisfacimento del bisogno assistenziale ospedaliero di base, per patologie non complesse, nelle suddette aree.
Anzi, riteniamo che porterà significativi disagi in considerazione della scarsa e poca agevole viabilità esistente soprattutto nelle zone interne e collinari.
Il modello proposto nel Piano prevede l'ospedale tecnologico "sicuro" su cui, ovviamente, si concorda ma non prevede la possibilità di una risposta modulata per quei bisogni assistenziali ospedalieri di base per

patologie semplici e che tuttavia per il quadro clinico necessitano del ricovero.
Inoltre, la comparazione oggettiva dei dati dei posti letto attribuiti a funzione di ambito, regionale e delle Alte Specialità **evidenzia discrasie nell'allocazione dei posti letto, per le varie tipologie, nelle varie provincie, per come appresso evidenziato:**

p. l. complessivi A.S.P. + A.O. **Dovuti : 9020**	**p. l. assegnati nel PSR Tot 8.997** non sono assegnati 23 p.l. **p.l. assegnati nel P.S.R. presentato**	**Indici applicati di P.L. x 1.000 abitanti** **Indici applicati di p.l. x 1000 ab. nel P.S.R. presentato**	**Indici teorici di p.l x 1000 ab. previsti nel P.S.R** **indici teorici di p.l. x 1000 ab. previsti nel PSR presentato**	**Differenza** **Differenza**
A.S.P. Cosenza : ab. 712.016				
p.l. totali dovuti : 3204	p.l 3.345 (+141 p.l)	4,7	4,5	+ 0,2
p.l. x acuti dovuti: 2634,4	2592(- 42)	3,64	3,7	- 0,06
p.l. x non acuti dovuti: 569,6	753 (+183)	1,058	0,8	+ 0,258
A.S.P. Catanzaro: ab. 367.128				
p.l. totali dovuti: 1652	p.1. 1899 (+247 p.l)	5,17	4,5	+ 0.67
p.l. x acuti dovuti: 1358,3	p.l. 1587 (+ 229 p.l.)	4,32	3,7	+ 0,62
p.l. x non acuti dovuti: 293,7	p.l. 312 (+ 18 p.l.)	0,85	0,8	+ 0,05
A.S.P. Crotone : ab.191.249				
p.l. tot. teoricamente dovuti: 861	p.l. 817 (- 44 p.l.)	4,27	4,5	- 0,23

p.l.x acuti di ambito dovuti:554,6	p.l. 607 (+p.l. 53,6)	3,17	2,9	+0,27
p.l. x non acuti dovuti: 152,9	p.l. 210 (+p.l. 57,1)	1,1	0,8	+0,3
p.l. a funzioni reg.le da attribuire alle A.O.: 152,9	0	0	0,8	- 0,8
A.S.P. Reggio C. : ab. 565.541				
p.l. totali dovuti: 2545	p.l. 2.351 (-194 p.l.)	4,157	4,5	- 0.343
p.l. x acuti dovuti: 2092,5	p.l. 2094 (+1,5p.l.)	3,7	3,7	0
p.l. x non acuti dovuti: 452,3	p.l. 257 (-195,3p.l.)	0,455	0,8	- 0,345
A.S.P.ViboValenzia: ab.168.481				
p.l. tot. teoricamenti dovuti: 758	p.l. 585 (- 173 p.l.)	3,47	4,5	- 1,03
p.l. x acuti dovuti: 488,5	p.l. 513 (+24,5 p.l.)	3,045	2,9	+ 0,145
p.l. x non acuti dovuti: 134,7	p.l. 72 (- 62,7 p.l.)	0,43	0,8	- 0,37
p.l a funzioni reg.le da attribuire alle A.O.: 134,7	//////////////	0	0,8	- 0,8

Occorre una allocazione dei p.l. (specificando la tipologia) migliore e più rispondente ai bisogni di assistenza territoriale dei cittadini.
Dove per bisogni si deve intendere non solo l'offerta di presidi sanitari ad alta tecnologia ma anche come l'assistenza viene offerta e resa fruibile, possibilmente in modo più semplice, onde evitare i disagi che colpiscono sempre le fasce più deboli: gli anziani e i meno abbienti per la notoria difficoltà a muoversi con autonomia, fisica e/o economica.
Si è analizzato che il modello preso a riferimento è quello tosco-emiliano degli ospedali di riferimento, ma in quei territori insiste una fitta rete di servizi integrati territoriali che rendono il ricorso all'ospedale solo in casi di vera necessità, e non è il nostro caso.

Infine, a nostro parere, nel PSR è carente la cultura del pensare integrato, al di là dei propositi espressi, e quindi la reale volontà di far nascere i servizi di rete da integrare con gli ospedali e ciò trova prova nel fatto che, in modo parallelo e quasi in contemporanea, sono stati presentati il P.S.R. e il Piano dei Servizi Sociali e gli uffici competenti si sono mossi rigorosamente e rispettivamente senza alcuna integrazione.

ANALISI DEGLI EFFETTI APPLICATIVI DEL NUMERO DEI POSTI LETTO E DEGLI INDICI PROPOSTI NEL PIANO.

Prima dell'analisi degli effetti applicativi del numero dei posti letto e degli indici proposti nel Piano si ritiene opportuno fare una premessa per rendere chiara l'analisi in appresso effettuata.

PREMESSA:
Il PSR, in osservanza degli accordi del marzo 2005 e settembre 2006 Stato-Regioni, prevede i seguenti indici da applicare sul territorio regionale:

- **Tasso di ricovero = 180 x 1000 ab**. (quello regionale riferito fino al 2006 è pari al 233 x 1000)

I dati forniti dall'Assessorato fino al 2006 indicano un Tasso di ricovero regionale, pari a 233 x 1000 ab. e una produzione complessiva annua di ricoveri pari a 475.000

- **Tasso Utilizzo dei p.l. (T.U.) = 75%** - (fino ad oggi la maggior parte dei P.O. ha avuto un Tasso non oltre il 65%)

- **Posti letti per acuti assegnati dal PSR = 7.416**

Per verificare la congruità dell'offerta sanitaria di p.l. per acuti secondo gli indici adottati, è necessario effettuare dei calcoli utilizzando formule apposite di cui si fornisce specifica legenda:
G. D. max = giornate di degenza max nell'anno (n° p.l. x 365 gg.).
G.D. = giornate di degenza effettive (G.D.max. x T.U.%).
D.M. = degenza media, ossia quanti giorni mediamente dura un ricovero (Calabria = 6.7).
T.U.% = percentuale di tasso di utilizzo dei p.l..
R. = n° ricoveri (G.D./ D.M.).
I.R. = indice di rotazione, cioè il n° di persone che si ricovero su di un p.l. nell'anno (R/ P.L.).

I.t. = indice di turn-over , i giorni che il p.l resta vacante tra un ricovero e l'altro (G.D.max –G.D./R).

ANALISI:

Ciò premesso, per effetto dell'applicazione dei suddetti indici e cioè il Tasso di ricovero di 180 x 1000 ab., il T.U. del 75% e la dotazione di 7416 p.l. per acuti, la produzione annua di ricoveri per acuti è di 303.004, derivante dai seguenti calcoli:

G.D.max = n° p.l. 7.416 x 365gg = 2.706.840 (giornate di degenza max annue possibile)

G.D. = G.D.max. **x** T.U.% = 2.706.840 x $\frac{75}{100}$ = 2.030.130

R. = $\frac{\text{G.D.}}{\text{D.M.}}$ = $\frac{2.030.130}{6,7}$ = **303.004** (si è utilizzata una D.M. di 6,7gg.)

L'utilizzo dei suddetti indici, inoltre, ci da i seguenti parametri:

I.R.= $\frac{\text{R}}{\text{P.L.}}$ = $\frac{303.004}{7.416}$ = 40.85

I.t. = $\frac{\text{G.D. max – G.D.}}{\text{R}}$ = $\frac{2.706.840 - 2.030.130}{303.004}$ = 2.23 (> di 2 limite max)

Possiamo razionalmente supporre che al tasso di ricovero del 180 x 1000 ab. sia possibile arrivarci alla fine del III anno e al T.U. del 75% alla fine del II anno.

Allora si può realisticamente pensare, attesa anche la carenza di strutture e servizi territoriali alternativi al ricovero per acuti, ad una riduzione percentuale, nei tre anni, dell'attuale Tasso di ricovero del 233 x 1000 ab. per arrivare all'auspicato tasso del 180 x 1000 ab.

Pensiamo che una riduzione del Tasso di ricovero nel I° anno dell' 11%, nel II° anno dell' 8% e nel III° anno del 6% sia realizzabile e che per effetto di ciò vi possano essere le seguenti richieste di ricovero nel triennio:

I° anno: Tasso di ricovero di partenza 233 x 1000 ab. - 11% = 207.37 x 1000 abitanti;

richieste ricoveri $\frac{207,37 \text{ x } 2.004.415 \text{ (abitanti)}}{1.000}$ = **415.655**

Da questo rapporto si evince che ci sarà nel I° anno di vigenza del Piano, una richiesta di 415655 ricoveri a fronte della produzione stimata, secondo i parametri regionali, di 303.004 ricoveri, cioè 112.651 ricoveri non saranno possibili nel territorio regionale.
La spesa presunta, di quanto sopra, di mobilità extra regionale è di € 281.627.500 (112.651 x 2.500 €.) (si stima una media per ricovero tra medico e chirurgico di 2.500 €.)

II anno: Tasso di ricovero di partenza 207,37 x 1000 ab. – 8% = 190,78 x 1000 ab.;

richieste ricoveri $\frac{190{,}78 \times 2.004.415 \text{ abitanti}}{1000} =$ **382.402**

In questo caso, essendo la produzione di ricoveri annui del P.S.R. sempre di 303.049 e una richiesta di ricoveri pari a 382.402, vi sono **79.398 richieste di ricoveri che non potranno essere soddisfatte.**
La spesa presumibile fuori regione è = €. 198.495.000 (79.398 ricoveri x 2.500 € (x ricovero).

III°anno: Tasso di ricovero di partenza 190,78 x 1000 ab - 6% = 179,33 x 1000 ab.

ricoveri necessari $\frac{179.33 \times 2.004.415 \text{ abitanti}}{1.000} =$ **359.451**

Essendo la produzione di ricoveri annui del PSR sempre di 303.004 ricoveri, in questo caso, **56.447 richieste di ricoveri non potranno essere soddisfatte.**
La spesa presumibile fuori Regione è di (56.447 ricoveri x euro 2.500 x ricovero) = 141.117.500 €.

In sintesi nel triennio, si determinerebbe una spesa presunta fuori regione di €. 621.240.000

TABELLA RIASSUNTIVA RICOVERI E SPESA PRESUNTA

	RICHIESTE N. RICOVERI	**PRODUZIONE N. RICOVERI**	**RICOVERI NON SODDISFATTI**	**SPESA PRESUNTA FUORI REGIONE**
I ANNO	415.655	303.004	112.651	281.627.500
II ANNO	382.402	303.004	79.398	198.495.000
III ANNO	359.451	303.004	56447	141.117.500
TOTALE	1.157.508	909.012	248.496	621.240.000

Si può obiettare, a quanto sopra, che sia possibile aumentare la capacità di produzione dei ricoveri e quindi diminuire il numero di questi che non possono essere soddisfatti in regione.
A tal fine, per un' analisi ancora più dettagliata, si rappresentano le ipotesi di produzione dei ricoveri per anno con un T.U. dei p.l.(inverosimile), sin dal primo anno dell'80%, dell'85% nel secondo anno e del 90% nel terzo anno.

I ANNO:

T.U. p.l. = 80% ; n° G.D.max = n° P.L. x 365 gg.

G.D.max = 7416 x 365 = 2.706.840 giornate di degenza max

G.D. effettive = G.Dmax x % T.U. p.l. = 2.706.840 x 80/100 = 2.165.472

Ricoveri = G.D.eff /D.Media = 2.165.472 / 6,7= **323.204 ricoveri sono possibili con T.U. dell'80%**

Quindi, con un T.U. di p.l. pari all'80% vi sarebbe, nel I anno, una produzione di ricoveri pari a 323.204 e quindi 92.451 ricoveri in meno dei necessari, (al Tasso di ricovero del 207,37 derivante da: 233 x 1000 ab.- 11%), con una spesa presunta fuori regione pari a 231.127.500 euro .

II ANNO:
-Con un T.U. dell'85% si produrrebbero 345.405 ricoveri annui e quindi 36.997 ricoveri in meno dei necessari, (al Tasso di ricovero del 190,78 derivante da: 207,37 x 1000 ab. – l'8%), con una spesa fuori regione pari a 92.492.500 euro.

III ANNO:
-Con un T.U. del 90% si produrrebbero 363.605 ricoveri annui sufficienti per coprire il fabbisogno stimato con gli indicatori previsti dal PSR .
Alla fine del triennio la spesa presunta fuori regione è di euro 323.620.000 .

TABELLA RIASSUNTIVA RICOVERI E SPESA PRESUNTA

	RICHIESTE N. RICOVERI	**PRODUZIONE N. RICOVERI**	**RICOVERI NON SODDISFATTI**	**SPESA PRESUNTA FUORI REGIONE**
I ANNO	415.655	323.204	92.451	231.127.500
II ANNO	382.402	345.405	36.997	92.492.500
III ANNO	359.451	363.605	+4154	0
TOTALE	1.157.508.	1.032.214	127.692	323.620.000

Da quanto sopra, appare evidente che, **con i parametri indicati dal PSR**, la produzione consentita di ricoveri dai p.l. per acuti previsti (7416) e con il tasso di utilizzo del 75% indicato (si ricorda che fino ad oggi la maggior parte dei P.O. della Calabria ha lavorato con un Tasso di Utilizzo intorno al 60%), **si avrà un deficit realistico, nel triennio, compreso tra 621.240.000 euro e 323.620.000 euro e ciò sino a quando non si raggiungeranno tassi di utilizzo dei posti letto e tasso di ricovero ottimali.**

Ciò, purtroppo, è determinato dal fatto che negli anni passati nulla è stato fatto per creare le alternative possibili al ricovero ospedaliero.

Per effetto dell'applicazione del tasso del 3,7 p.l. per gli acuti, per l'elevato tasso di ospedalizzazione regionale, per il basso tasso di utilizzo regionale dei p.l., per l'assenza di strutture territoriali arginanti i ricoveri ospedalieri e per altro (evidenziato nella parte generale) la nostra regione pagherà un dazio pesante.

Per evitare la catastrofe economica si dovrebbe invocare il miracolo e realizzare T.U. dei p.l. molto superiori al 75%.

Infatti se il T.U. dei p.l. fosse del 100% si avrebbe una produzione di 404.006 ricoveri annui, cioè 10.000 ricoveri in meno del necessario, e una spesa presunta fuori regione di €. 25.000.000 annui, pari nel triennio a 75.000.000 di euro.]

N. B. : Il quadro sopra rappresentato è stato sviluppato solo sui posti letto per acuti, che hanno una degenza media di 6,7 gg. . Non sono stati considerati i posti letto di riabilitazione e lungodegenza, poiché questi hanno degenze medie differenti: degenza riabilitazione funzionale = 45 gg, mentre la Lungodegenza medica = 20 gg. .

L'insieme non darebbe il quadro corretto delle necessità .

Infatti, considerando questi posti letto a parte, con un T.U. al 90% (in questa tipologia di strutture è decisamente maggiore) e una

degenza media pari a 32,5gg. (media tra le giornate di ricovero della riabilitazione e della lungodegenza medica), si ha una produzione di:.

G.D. max =365gg. x 1604 p.l. previsti = 585.460 giornate di degenza nell'anno;

$$G.D. = G.D.max \times T.U. = \frac{585.460 \times 90}{100} = 526.914$$

$$R = \frac{G.D.max \text{ (non a D.R.G.)}}{D.M.} = \frac{526.914}{32.5} = \textbf{16.213 ricoveri annui}$$

La retta die per la Riabilitazione intensiva (codice 56)= 261 € per i primi 60 gg., successivamente 157 euro;
La retta per la riabilitazione estensiva (cod. 60) = €.137 per i primi 60 gg., successivamente 96 euro.

PROPOSTA SULLA DOTAZIONE E ALLOCAZIONE DEI POSTI LETTO PER ACUTI E NON ACUTI.

PRINCIPI GENERALI:

1) rispetto del tendenziale raggiungimento delle percentuali in ogni ambito del 70% per il pubblico e del 30% per il privato sia per gli acuti che per i non acuti;
2) laddove le suddette percentuali non sono realizzabili a causa di una eccessiva (il più delle volte) o scarsa (poche volte) presenza del privato in ogni ambito, effetto di una mancata e seria programmazione, di una scarsa presenza di strutture, si è proceduto al migliore riequilibrio possibile in ogni ambito.
Occorre , a tale proposito, chiarire che senza una corretta programmazione, da effettuarsi attraverso gli accreditamenti, non è e non sarà possibile avere una omogenea presenza sul territorio delle specialità necessarie ed il giusto rapporto tra le strutture pubbliche e quelle private.
Necessita, quindi, una fase di transizione, rappresentabile dalla durata di questo Piano, alla fine della quale tutti gli accreditamenti privati, con riguardo al numero dei posti letto, alle specialità necessarie, all'ubicazione delle strutture dovranno rispettare la logica di una sana e corretta programmazione.

Gli accreditamenti devono già adesso prevedere il possesso di ulteriori requisiti rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione nonché una valutazione oggettiva dell'utilità della struttura privata in riferimento ll'ubicazione della stessa nell'ambito di riferimento.
Solo così si creeranno i presupposti per un governo reale.
In questo Piano occorre, dunque, dare un chiaro segnale di inversione di tendenza e creare le condizioni, laddove è possibile, di un riequilibrio chiaro e trasparente a favore del pubblico, per quanto prima rilevato;
3) la necessità di avere una rete di ospedali di base in grado di garantire una livello di risposta territoriale, "prima risposta in loco", di I livello vista la conformazione orografica del territorio, la necessità di facilitare il necessario passaggio graduale verso l'appropriatezza ospedaliera (raggiungimento dei T.U. e Tassi di Ricovero) e consentire lo sviluppo sul territorio delle necessarie attività assistenziali , evitando pericolose assenze di risposte soprattutto per le fasce a rischio;
4) la necessità di avere ospedali di supporto agli ospedali di riferimento per il completamento e integrazione di attività assistenziali;
5) la necessità di avere ospedali di riferimento sedi di D.E.A. di I livello con un livello di risposta per l'acuzie sufficiente, salvo la necessità di un intervento di II livello ottenibile solo presso le aziende ospedaliere e universitarie;
6) la previsione che alla fine di vigenza del Piano le allocazioni delle strutture private accreditate negli ambiti, dove non è stato possibile raggiungere il 30% previsto, vengano riviste a favore di insediamenti delle stesse strutture in ambiti dove il privato non raggiunge il 30%;
7) l'immediata applicazione, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, dei requisiti organizzativi delle strutture pubbliche per quelle private accreditate, (superamento della legge n.36/90 che deve essere previsto nel Piano).
Solo dopo l'approvazione dei suddetti requisiti organizzativi, laddove dovessero verificarsi eventuali esuberi di personale nelle strutture private accreditate oggetto di riconversione o di diminuzione di posti letto, la Regione si impegna, nei tre mesi successivi alla dichiarazione di esubero del personale fatta dalla struttura privata e certificata dall'Assessorato alla Salute, entro venti giorni dalla ricezione della dichiarazione di esubero, a far transitare il personale interessato nei ruoli del S.S.R. .
8) applicazione dei criteri necessari per la stima del fabbisogno dei posti letto per acuti e non acuti a livello regionale, per A.S.P. e ambito di A.S.P. attraverso l'applicazione dei parametri di attività ipotizzati per ogni disciplina (numero dei ricoveri, tasso di utilizzazione, degenza media,

totale di giornate di degenza effettive) e del numero dei posti letto previsti per mille abitanti.
Ciò è possibile a condizione che: 1) si conoscano per specialità il numero dei posti letto effettivi e dei ricoveri nei presidi ospedalieri pubblici e privati convenzionati; 2) si conosca il numero dei ricoveri dei residenti nella regione per discipline e in composizione percentuale per specialità afferenti alle varie discipline; 3) si ipotizzino i suddetti parametri di attività per disciplina tenendo conto dell'attuale; 4) si applichino sui territori i parametri previsti del numero di posti letto per mille abitanti.

ARTICOLAZIONE DELLA PROPOSTA:

Si propone, una rete degli ospedali pubblici per acuti e non acuti costituita dagli ospedali di base (sino a 60 p.l. per acuti oltre a p.l. per non acuti), dagli ospedali di riferimento di ambito (con una dotazione di almeno 236 p.l. per acuti e 20 posti letto per non acuti), dagli ospedali di supporto agli ospedali di riferimento di ambito (con una dotazione superiore ai 60 p.l. per acuti oltre a posti letto per non acuti), dalle Aziende Ospedaliere.
Gli ospedali di base hanno la seguente dotazione standard di posti letto per acuti e per specialità, aumentabile sino a 60 p.l., oltre a eventuali posti letto per non acuti, individuati nelle apposite tabelle, nonché i seguenti servizi: 1)Medicina Generale, 24 p.l.; 2)Chirurgia Gen. prevalentemente di Day Surgery, 12 p.l.; 3)Pronto Soccorso con n. 6 posti letto di osservazione e stabilizzazione del paziente; 4) attività di dialisi (8 p.l.) ove necessaria; 5) servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio declassati a strutture semplici; 6) casa della salute.
I servizi di supporto, per evitare diseconomie, devono essere effettivamente tarati per il reale bisogno.
Gli ospedali di base individuati sul territorio regionale, in cui vengono allocati i p.l. per acuti e per non acuti, indicati in parentesi, sono: Praja a Mare(50 acuti +12 non acuti), S.Marco Argentano(59 acuti), Trebisacce(50 acuti +33 non acuti), Chiaravalle(50 acuti+40 non acuti), Soveria Mannelli(50 acuti +44 non acuti), Soriano Calabro(50 acuti + 62 non acuti), Tropea(50 acuti), Oppido Mamertina(50 acuti), Scilla (60acuti) per un totale di 469 p.l. per acuti e 191 p.l. per non acuti.
Il ruolo di questi ospedali e quello di: -meglio governare il livello di "criticità intrinseca" presente nell'implementazione del Piano;- garantire un livello di risposta territoriale di I livello senza "ingolfare" l'ospedale di riferimento;- garantire una "prima risposta in loco"

tenendo conto sia delle difficoltà di trasporto di alcune aree regionali che della presenza di popolazione anziana ed a basso reddito; - facilitare il necessario passaggio graduale verso l'appropriatezza ospedaliera; - consentire lo sviluppo uniforme sul territorio delle necessarie attività assistenziali territoriali evitando pericolose assenze di risposte soprattutto per le fasce a rischio (anziani); - diminuire i disagi derivanti dalla necessaria temporizzazione per il raggiungimento degli indici previsti di T.U e tasso di ricovero.
I seguenti ospedali con l'elencato numero di posti letto sono "ospedali di supporto agli ospedali di riferimento di ambito": -Paola 73 p.l per acuti e 10 p.l. per non acuti; -Cariati 70 p.l. per acuti e 47 p.l. per non acuti; - Acri 70 posti letto per acuti; - Rogliano 70 posti letto per acuti; - San Giovanni in Fiore 70 p.l. per acuti ; - Soverato 70 p.l. per acuti e 19 p.l per non acuti; - Serra S.Bruno 80 p.l. per acuti; - Siderno 90 p.l. per acuti e 74 p.l. per non acuti- Polistena 120 p.l per acuti e 59 p.l. per non acuti; - Melito Porto Salvo 100 p.l. per acuti e 105 p.l. per non acuti, per un totale di 813 p.l. per acuti e 314 p.l. per non acuti.
(*) Si propone, per quanto evidenziato nell'analisi, per otto ospedali di riferimento di ambito proposti nel Piano e sedi di D.E.A. di I livello, ad esclusione delle Aziende Ospedaliere di Cosenza Catanzaro e Reggio Calabria (in cui sono allocati posti letto dell'ospedale di riferimento, posti letto con funzioni regionali e di alta specialità), una dotazione standard di base di p.l. per acuti pari a 236 e per non acuti pari a 20, modulabile, per come si è fatto nelle nostre apposite tabelle, in aumento in rapporto alla popolazione di riferimento e alla presenza di altre strutture ospedaliere pubbliche e per un totale di p.l. per acuti pari a 2247 e non acuti pari a 309 .

<u>Le specialità con n. di posti letto previsti come standard nell'ospedale di riferimento sono:</u>

	p.l.
Medicina G.	**20 + 4 diabetologia + 4 reumatologia**
Chirurg. G.	**22 + 6 urologia**
Rianimazione	**6**
Pediatria	**10 + 4 neonatologia**
Cardiologia	**20 +8 U.T.I.C.**
Geriatria	**12**
Riabiltaz. Int.	**16 + 4 riabilitazione estensiva**
Astanteria PS	**8**
Dialisi	**8 + 4 nefrologia**

Neurologia 10
Oculistica 8
Otorino 8
Ortopedia 20
Pneumologia 16
S.P.D.C. 10
Ostetr. Gin. 20
Oncologia 8

TOTALE 236

A ciò si è giunti attraverso una valutazione di p.l. occorrenti per specialità in base a indici medi nazionali, ad una popolazione compresa negli ambiti indicati e tenendo conto della riduzione del numero di p.l. per 1000 abitanti da 5 a 4,5.
Si propone, infine, per quanto evidenziato su una più efficace ed efficiente, allocazione di p.l. nelle A.O. regionali, la seguente dotazione di posti letto: - A.O. di Cosenza 711 p.l, di cui 629 acuti e 82 non acuti; - A.O.U. di Catanzaro 706 p.l., di cui 667 acuti e 39 non acuti; - A.O. di Reggio Calabria 800 p.l., di cui 759 acuti e 41 non acuti.

(*)Per quanto attiene l'allocazione delle Alte Specialità ed il numero dei Centri Trapianti il principio guida è l'applicazione degli indici di riferimento utilizzati sul territorio nazionale per l'istituzione dei Centri Regionali di Eccellenza, al fine di razionalizzare le risorse e costituire Centri di Eccellenza reali per casistica trattata.
Riteniamo, pertanto, eccessivo il numero dei centri trapianti e delle cardiochirurgie proposti che deve essere riportato al rispetto dei principi sopra scritti.

(*) IL SOLO P.d.C.I. NON RITIENE OPPORTUNA LA REALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE DELLA PIANA E PROPONE LA RIQUALIFICAZIONE, NELL'AMBITO DI PALMI, DEGLI ATTUALI P.O. ESISTENTI UTILIZZANDO LE RISORSE DI CUI ALL'ARTICOLO 20 EX LEGGE 87/90.

(*) POSIZIONE DEL SOLO P.R.C.S.E., IL P.d.C.I. E' D'ACCORDO CON LA PROPOSTA DEL PIANO REGIONALE DELLA SALUTE DELL'ASSESSORATO INERENTE IL NUMERO E L'ALLOCAZIONE DELLE CARDIOCHIRURGIE.

QUADRO GENERALE DEI POSTI LETTO NELLA REGIONE CALABRIA PSR 2004-2006, PSR 2007- 09 PRESENTATO E NOSTRA PROPOSTA.

Tabella 1.10 - *Indice di dotazione posti letto per territorio aziendale*

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

Per l'analisi e la proposta ci pare utile riportare in appresso le tabelle allegate alla proposta del P.S.R. 2007- 09, per rendere più agevole la comprensione di quanto esplicitato.

LEGENDA:

P.L. = POSTI LETTO
RI = P.L. RIABILITAZIONE INTENSIVA
RE = P.L. RIABILITAZIONE ESTENSIVA
LG = P.L. LUNGODEGENZA
COD.75 = RIABILITAZIONE GRAVI CEREBROLESIONI
COD.25 = UNITA' SPINALE
(-) = POSTI LETTO IN MENO RISPETTO A QUELLI ATTUALI
(+) = POSTI LETTO IN PIU' RISPETTO A QUELLI ATTUALI
A.O. =AZIENDA OSPEDALIERA
A.S.P. = AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PSR = PROPOSTA PIANO REGIONALE DELLA SALUTE DELLA REGIONE CALABRIA
U.S. = UNITA' SPINALE
C.G.C. = CENTRO GRAVI CEREBROLESIONI

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

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

AMBITO PAOLA (138796 ab.)

		P.L.	P.L. PSR CS
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**624,5**	**3345**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**402,5**	**2692**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**111**	**753**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**111**	

509,5 P.L. POSSONO ESSERE ALLOCATI NELL'AMBITO.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	**P.L. ACUTI**	**P.L. NON ACUTI**	**TOTALE P.L**
P.O. CETRARO	**236(+119)**	**25 (17 RI+8 RE)**	**261**
P.O. PAOLA	**73 (-47)**	**10 (RE)**	**83**
P..O PRAIA A MARE	**50 (-35)**	**12 (LG)**	**62**
Totale posti letto pubblici	**359**	**47**	**406**

Strutture private	**P.L. Acuti**	**P.L. Non acuti**	**TOTALE P.L.**
C.C. CASCINI	**62 (-38)**		**62**
C.C. ROSANO	**92 (-53)**		**92**
C.C. SPINELLI	**0 (-30)**	**30(LG)**	**30**
C.C. SAN LUCA	**0 (-30)**	**RSA 30P.L.**	
C.C.HOTELCLIMATER.		**30 (RE)**	**30**
Totale posti letto privati	**154**	**60**	**214**
Tot.P.Letto ambito territ.	**513**	**107**	**620**

	%
Percentuale posti letto pubblici	**65,7**
Percentuale posti letto x acuti pubblici	**70**
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	**44**
Percentuale posti letto privati	**34,3**
Percentuale posti letto x acuti privati	**30**

Percentuale posti letto x non acuti privati	**56**
I p.l. pubblici sono aumentati	**37**
I p.l. pubblici sono diminuiti	
I p.l privati sono aumentati	
I p.l privati sono diminuiti	**151** **- 41,1%**

A FINE PIANO OCCORRE RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**+31**	**P.L PRIVATI**	**-31**
P.L X ACUTI PUBBLICI		**P.L X ACUTI PRIVATI**	
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**+31**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**-31**

°SONO UTILIZZATI TUTTI I P.L. A FUNZIONE REGIONALE STANTE L'ATTUALE ELEVATA PRESENZA DEL PRIVATO (335 P.L. PER ACUTI E 30P.L PER NON ACUTI, SU 667 TOTALI), LA NECESSITA' DI AVERE L'OSPEDALE DI PAOLA CON FUNZIONI PER ACUTI E QUELLO DI PRAIA A MARE , A NORD, CON FUNZIONI DI OSPEDALE DI BASE.

°N. 4 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD. 75 E 28 (PARI A 0,03P.L. X 1000AB.) SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE DI LAMETIA TERME E AL CENTRO GRAVI CEREBROLESIONI DELL'A.O. DI COSENZA.

AMBITO COSENZA (292159 ab.)

		P.L.	P.L. CS
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**1315**	**3345**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**847**	**2692**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**234**	**753**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**234**	

1564 P.L. (1313 DI AMBITO+225 PROVENIENTI DAGLI AMBITI DI CASTROVILLARI E ROSSANO+26 PROVENIENTI DAGLI ALTRI AMBITI

PER IL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI) POSSONO ESSERE ALLOCATI NELL'AMBITO DI COSENZA+A.O.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBL.	P.L. ACUTI	P.L. NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O. ACRI	70(-14)		70
P.O. ROGLIANO	62(+24)	21(LG)(+21)	83
P.O. S. GIOVANNI IN FIORE	70(-14)		70
A.O. COSENZA	629(-62)	82(35RI+15RE+32CGC) (+42)	711
INRCA	74		74
Totale posti letto pubblici	905	103	1008

Strutture private	P. L. Acuti	P. L Non acuti	TOTALE P.L.
C.C. VILLA ORTENSIA	56 (-38)		56
C.C. SANTORO	30 (-10)		30
C.C. LA MADONNINA	60 (-40)		60
C.C.MADONNA CATENA		83(-54) (18RI+45RE+20LG)	83
C.C. MISASI		36 (-29) (25 RE+11 LG)	36
C.C SACRO CUORE	59 (-40)		59
C.C. S . FRANCESCO		36 LG (-24)	36
C.C. S. LUCIA	30 (+5)		30
C.C. SCARNATI	30(-16)		30
C.C. VILLA DEL SOLE	35(-35)		35
C.C. VILLA VERDE	50(-50)		50
C.C. V.DEGLI OLEANDRI	50(-50)		50
Totale posti letto privati	400	155	556
Tot.P. Letto ambito territ.	1306	258	1564

	%
Percentuale posti letto pubblici	64,45
Percentuale posti letto x acuti pubblici	69,30
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	40

Percentuale posti letto privati	**35,55**
Percentuale posti letto x acuti privati	**30,70**
Percentuale posti letto x non acuti privati	**60**
I p.l. pubblici sono aumentati	**37**
I p.l. pubblici sono diminuiti	**/**
I p.l privati sono aumentati	**/**
I p.l privati sono diminuiti	**374 - 40,38%**

A FINE PIANO OCCORRE RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**+87**	**P.L PRIVATI**	**- 87**
P.L X ACUTI PUBBLICI	+9	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**-**9
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**+ 78**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**- 78**

° PER APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA REGIONALI SULLA PSICHIATRIA VENGONO RIDOTTI DEL 50% I P.L. PSICHIATRICI NELLE STRUTTURE PRIVATE.
I 135 P.L. PSICHIATRICI RIMASTI NELLE STRUTTURE PRIVATE ALLA FINE DEL PIANO SONO DISMESSI PER IL COMPLETAMENTO DELLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE PSICHIATRICA.
I SUDDETTI 135 POSTI LETTO PER ACUTI POTRANNO ESSERE ALLOCATI NELLE STESSE O IN ALTRE STRUTTURE PRIVATE PER NON ALTERARE IL RAGGIUNTO EQUILIBRIO, NEI POSTI LETTO PER ACUTI, TRA PUBBLICO E PRIVATO DEL 70% E 30%.
° N. 6 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD 75 (0,02 X 1000AB.) SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI (P.L. 32) ALLOCATO NELL'A.O. DI COSENZA.
° N.2 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD. 28 (0,01 P.L.X 1000AB.) NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO PERCHE' SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE DI LAMETIA TERME.
° L'A.O. DI COSENZA UTILIZZA 486 POSTI LETTO DEL PROPRIO AMBITO DI CUI 404 ACUTI E 82 NON ACUTI.

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

AMBITO CASTROVILLARI (104964 ab.)

		P.L.	P.L. CS
P.Letto totali abit.	**4,5x1000**	**472,33**	**3345**
P.Letto x acuti abit.	**2,9x1000**	**304,3**	**2692**
P.Letto x non acuti abit.	**0,8x1000**	**84**	**753**
P.Letto a funz.ne region. abit.	**0,8x1000**	**84**	

385 P.L. POSSONO ESSERE ALLOCATI NELL'AMBITO.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O. S. MARCO ARGENTANO	**59 (+13)**	**0**	**59**
P.O.CASTROVILLARI	**245 (+97)**	**24 (19RI+5RE)**	**269**
P.O. LUNGRO	**(-77)**	**57 (25RE+32LG)**	**57**
P.O. MORMANNO		**H di COMUNITA'**	
Totale posti letto pubblici	**304**	**81**	**385**

Strutture private	Acuti	Non acuti	TOTALE P.L.
NON SONO PRESENTI STRUTTURE PRIVATE			
Totale posti letto privati			
Tot.P.Letto ambito territ.			

	%
Percentuale posti letto pubblici	100
Percentuale posti letto x acuti pubblici	100
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	100
Percentuale posti letto privati	
Percentuale posti letto x acuti privati	
Percentuale posti letto x non acuti privati	
I p.l. pubblici sono aumentati	
I p.l. pubblici sono diminuiti	
I p.l privati sono aumentati	
I p.l privati sono diminuiti	

A FINE PIANO OCCORRE RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	-115	P.L PRIVATI	+ 115
P.L X ACUTI PUBBLICI	-91	P.L X ACUTI PRIVATI	+ 91
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	-24	P.L X NON ACUTI PRIVATI	+ 24

° N. 3 P.L. PUBBLICI X NON ACUTI A DESTINAZIONE COD.75 E 28 NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO PERCHE' SARANNO

ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE DI LAMETIA TERME E AL CENTRO GRAVI CEREBROLESIONI DELL'A.O. DI COSENZA.

° N.84 P.L. A FUNZIONE REGIONALE VENGONO ASSEGNATI ALL'A.O. DI COSENZA.

AMBITO ROSSANO (176.097 ab.)

		P.L.	P.L. CS
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**792**	**3345**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**511**	**2692**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**141**	**753**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**141**	

647 P.L. POSSONO ESSERE ALLOCATI NELL'AMBITO.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	**ACUTI**	**NON ACUTI**	**TOTALE P.L**
P.O. SIBARITIDE	**300 (-7)**	**36(32RI+4RE) (+36)**	**336**
P.O. TREBISACCE	**50 (-26)**	**33(LG) (+33)**	**83**
P.O. CARIATI	**70 (-7)**	**47(32RE+15LG) (+47)**	**117**
Totale posti letto pubblici	**420**	**116**	**536**

Strutture private	**Acuti**	**Non acuti**	**TOTALE P.L.**
C.C. MADONNA DELLE GRAZIE	**91**	**20 (+20) (15RE+5LG)**	**111**
Totale posti letto privati	**91**	**20**	**111**
Tot.P.Letto ambito territ.	**511**	**136**	**647**

	%
Percentuale posti letto pubblici	**82,9**
Percentuale posti letto x acuti pubblici	**82,2**

Percentuale posti letto per non acuti pubblici	**85**
Percentuale posti letto privati	**17,1**
Percentuale posti letto x acuti privati	**17,8**
Percentuale posti letto x non acuti privati	**15**
I p.l. pubblici sono aumentati	
I p.l. pubblici sono diminuiti	**40**
I p.l privati sono aumentati	**20**
I p.l privati sono diminuiti	

A FINE PIANO OCCORRE RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**- 83**	**P.L PRIVATI**	**+ 83**
P.L X ACUTI PUBBLICI	**-62**	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**+ 62**
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**-21**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**+ 21**

° N.5 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD 75-28 NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO PERCHE' SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE E AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI.

° NON SONO UTILIZZATI I 141 P.L. A FUNZIONE REGIONALE CHE VENGONO ASSEGNATI ALL'A.O. DI COSENZA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

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

AMBITO CROTONE (191249 ab.)

		P.L.	P.L. KR
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**860,6**	**817**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**555**	**607**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**153**	**210**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**153**	

714 P.L. (708 DI AMBITO + 6 PROVENIENTI DAL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI), POSSONO ESSERE ALLOCATI NELL'AMBITO.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O. CROTONE	**388 (-31)**	**45(+45) (11RI+17RE+17LG)**	**433**
Totale posti letto pubblici	**388**	**45**	**433**

Strutture private	Acuti	Non acuti	Totale P.L.
C.C.SANTA RITA	**40(-29)**		
C.C. ISTITUTO S.ANNA	**0**	**114 (-46) (24RI+38RE +40LG+8COD.75 +4COD.28)**	**114**
C.C. ROMOLO HOSPITAL	**41(-29)**		
C.C. VILLA GIOSE	**59 (-41)**		
C.C. OLIVETI	**38 (-27)**		
C.C. CALABRO DENTAL	**6**		
Totale posti letto privati	**184**	**114**	**298**
Tot.P.Letto ambito territ.	**572**	**159**	**731**

	%
Percentuale posti letto pubblici	**59,1**
Percentuale posti letto x acuti pubblici	**67,8**
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	**27,7**
Percentuale posti letto privati	**40,9**
Percentuale posti letto x acuti privati	**32,2**
Percentuale posti letto x non acuti privati	**72,3**
I p.l. pubblici sono aumentati	**14**
I p.l. pubblici sono diminuiti	
I p.l privati sono aumentati	
I p.l privati sono diminuiti	**173 -36,5%**

A FINE PIANO OCCORRE RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**+80**	**P.L PRIVATI**	**-80**
P.L X ACUTI PUBBLICI	**+12**	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**-12**
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**+68**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**-68**

° SONO UTILIZZATI NELL'AMBITO 17 P.L. DEI 153 A FUNZIONE REGIONALE.
PERTANTO, 136 P.L. A FUNZIONE REGIONALE SONO ASSEGNATI ALL'A.O.U. DI CATANZARO.

°N. 6 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD. 28 E 75 (0,03 P.L. X 1000 AB.) SONO UTILIZZATI NELL'AMBITO E ASSEGNATI ALL'ISTITUTO S. ANNA.

° ALL'ISTITUO S. ANNA SONO ASSEGNATI COMPLESSIVAMENTE N. 4 P.L. DEI 20 DELL'UNITA' SPINALE REGIONALE E 8 P.L. DEI 40 DEL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

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

AZIENDA OSPEDALIERA CATANZARO

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

AMBITO CATANZARO (240.680 AB.)

		P.L.	P.L. CZ
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**1083**	**1356**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**698**	**1176**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**192**	**180**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**193**	

1297 P.L. (1076 AMBITO CZ + 221 PROVENIENTI DAGLI AMBITI DI CROTONE E LAMETIA TERME) SONO ALLOCABILI NELL'AMBITO + A.O.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O.CHIARAVELLE C.LE	50 (+3)	40 (RE) (+40)	40
P.O SOVERATO	70 (-20)	19 (LG) (+19)	89
A.O.U. CATANZARO	667 (-217)	39 (+39) (30 RI+9RE)	706
Totale posti letto pubblici	787	98	885

Strutture private	Acuti	Non acuti	TOTALE P.L.
C.C. SAN VINCENZO	50 (-50)		
C.C. VILLA NUCCI	52 (-53)		
C.C. VILLA PUCA	46 (-46)		
C.C. VILLA SERENA	87		
C.C. VILLA S. ANNA	90		
C.C. VILLA DEL SOLE		87 (-35) (13RI+21RE+53LG)	
Totale posti letto privati	325	87	412
Tot.P.Letto ambito territ.	1112	185	1297

	%
Percentuale posti letto pubblici	68,25
Percentuale posti letto x acuti pubblici	70,75
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	53
Percentuale posti letto privati	31,75

Percentuale posti letto x acuti privati	**29,25**
Percentuale posti letto x non acuti privati	**47**
I p.l. pubblici sono aumentati	
I p.l. pubblici sono diminuiti	**234**
I p.l privati sono aumentati	
I p.l privati sono diminuiti	**184 -30,8%**

A FINE PIANO RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**+18**	**P.L PRIVATI**	**-18**
P.L. X ACUTI PUBBLICI	**-13**	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**+13**
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**+ 32**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**-32**

° PER APPLICAZIONE DELLE LINNE GUIDA REGIONALI SULLA PSICHIATRIA SONO RIDOTTI DEL 50% I P.L. PSICHIATRICI NELLE STRUTTURE PRIVATE, PERTANTO NELLE RESTANTI CASE DI CURA PRIVATE LA RIDUZIONE DEI P.L. è PARI AL 30%.
ALLA FINE DEL PIANO VENGONO DISMESSI I RESTANTI 148 P.L. PSICHIATRICI CHE POSSONO ESSERE RIASSEGNATI NELLO STESSO NUMERO ALLE STESSE STRUTTURE PRIVATE O AD ALTRE.

°N.7 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD. 75-28 (0,03 P.L.X 1000 AB.) NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO, PERCHE' SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE REGIONALE E AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI.

° L.'A.O.U. DI CATANZARO UTILIZZA 485 P.L. DELLO STESSO AMBITO, DI CUI 446 ACUTI E 39 NON ACUTI.

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

AMBITO LAMETIA TERME (126.448 AB.) P.L. P.L. LT

P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**569**	**543**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**367**	**411**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**101**	**132**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**101**	

480P.L. (**466 DI AMBITO + 14 DELL'UNITA' SPINALE REGIONALE), SONO ALLOCABILI NELL'AMBITO.**

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O. LAMETIA TERME	**273 (+3)**	**36 (+36) (16US+16RI+4RE)**	**309**
P.O. SOVERIA MANNELLI	**50 (-52)**	**14 (+14) (14RE)**	**64**
CENTRO PROTESI INAIL		**30 (+30)**	**30**
Totale posti letto pubblici	**323**	**79**	**403**

Strutture private	Acuti	Non acuti	TOTALE P.L.
C.C. VILLA MICHELINO	**60**	**34 (+34) (7RI+16RE+11LG)**	**94**
Totale posti letto privati	**60**	**34**	**94**
Tot.P. Letto ambito territ.	**383**	**113**	**497**

	%
Percentuale posti letto pubblici	**81,1**
Percentuale posti letto x acuti pubblici	**84,4**
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	**70**
Percentuale posti letto privati	**18,9**
Percentuale posti letto x acuti privati	**15,6**
Percentuale posti letto x non acuti privati	**30**
I p.l. pubblici sono aumentati	
I p.l. pubblici sono diminuiti	**49**
I p.l privati sono aumentati	**34**
I p.l privati sono diminuiti	

A FINE PIANO RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**-55**	**P.L PRIVATI**	**+ 55**
P.L X ACUTI PUBBLICI	**-55**	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**+ 55**
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**0**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**0**

°N. 2 POSTI LETTO PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD. 28 SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO E ALLOCATI NELL'UNITA' SPINALE REGIONALE CON SEDE A LAMETIA TERME.

° N. 2 POSTI LETTO PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD 75 NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO PERCHE' SARANNO ASSEGNATI AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI UBICATO A COSENZA.

° SONO UTILIZZATI 17 POSTI LETTO DI QUELLI DI AMBITO DESTINATI A FUNZIONE REGIONALE.

° N. 85 POSTI LETTO A FUNZIONE REGIONALE SONO ASSEGNATI ALL'A.O.U. DI CATANZARO.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENZIA

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

AMBITO VIBO VALENZIA (168.481 ab.)

		P.L.	P.L. V.V.
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**758**	**585**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**488**	**513**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**135**	**72**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**135**	

618 P.L. SONO ALLOCABILI NELL'AMBITO.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O. SERRA S. BRUNO	**80 (+11)**		**80**
P.O. SORIANO CALABRO	**50 (-17)**	**62(+62) (30RE+32LG)**	**112**
P.O. TROPEA	**50 (-31)**		**50**
P.O. VIBO VALENZIA	**268 (+65)**	**29 (+29) (21RI+8RE)**	**297**
Totale posti letto pubblici	**448**	**91**	**539**

Strutture private	Acuti	Non acuti	TOTALE P.L.
C.C VILLA DEI GERANI	40	39 (+39) (9RI+15RE+15LG)	79
Totale posti letto privati	40	39	79
Tot.P.Letto ambito territ.	488	130	618

	%
Percentuale posti letto pubblici	87,2
Percentuale posti letto x acuti pubblici	91,8
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	70
Percentuale posti letto privati	12,8
Percentuale posti letto x acuti privati	8,2
Percentuale posti letto x non acuti privati	30
I p.l. pubblici sono aumentati	119
I p.l. pubblici sono diminuiti	
I p.l privati sono aumentati	39
I p.l privati sono diminuiti	

A FINE PIANO RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	-106	P.L PRIVATI	+ 106
P.L X ACUTI PUBBLICI	- 106	P.L X ACUTI PRIVATI	+106
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	0	P.L X NON ACUTI PRIVATI	0

° N. 5 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD. 75-28 (0,03 P.L.X 1000 AB.) NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO, PERCHE' SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE REGIONALE E AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI.

° NON SONO UTILIZZATI N. 135 POSTI LETTO A FUNZIONE REGIONALE CHE SARANNO ASSEGNATI ALL'A.O. DI REGGIO CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA

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

AMBITO LOCRI (134.611 ab.)

		P.L	P.L. R.C.
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**606**	**447**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**390**	**347**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**108**	**100**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**108**	

494 P.L. SONO ALLOCABILI NELL'AMBITO.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBL.	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O.SIDERNO	**90 (+2)**	**74 (+74) (37RE+37LG)**	**164**
P.O. LOCRI	**300 (-9)**	**30 (+30) (24RI+6RE)**	**330**
Totale posti letto pubblici	**390**	**104**	**494**

Strutture private	Acuti	Non acuti	TOTALE P.L.
NON SONO PRESENTI STRUTTURE PRIVATE			
Totale posti letto privati	**0**	**0**	**0**
Tot.P.Letto ambito territ.	**390**	**104**	**494**

	%
Percentuale posti letto pubblici	**100**
Percentuale posti letto x acuti pubblici	**100**
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	**100**
Percentuale posti letto privati	
Percentuale posti letto x acuti privati	
Percentuale posti letto x non acuti privati	
I p.l. pubblici sono aumentati	**97**
I p.l. pubblici sono diminuiti	
I p.l privati sono aumentati	
I p.l privati sono diminuiti	

A FINE PIANO RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO

P.L PUBBLICI	**-148**	**P.L PRIVATI**	**+148**
P.L X ACUTI PUBBLICI	**-117**	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**+117**
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**-31**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**+31**

° NON SONO PRESENTI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE.

°N. 4 POSTI LETTO PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD.75 E 28 (0,03 X1000 ab.) NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO PERCHE' SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE REGIONALE E AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI.

°NON SONO UTILIZZATI I 108 P.L. A FUNZIONE REGIONALE CHE SONO ASSEGNATI ALL'A.O. DI REGGIO CALABRIA.

AMBITO PALMI (157.528 ab.)

		P.L.	P.L. R.C
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**709**	**553**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**457**	**471**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**126**	**82**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**126**	

578 P.L. SONO ALLOCABILI NELL'AMBITO.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	**ACUTI**	**NON ACUTI**	**TOTALE P.L**
P.O.OPPIDO MAMERTINA	**50 (+28)**		**50**
P.O. POLISTENA	**120 (-2)**	**59 (+59) (26RE+33LG)**	**179**
P.O. DELLA PIANA	**237 (+144)**	**26 (+256) (20RI+6RE)**	**263**
Totale posti letto pubblici	**407**	**85**	**492**

Strutture private	**Acuti**	**Non acuti**	**TOTALE P.L.**
C.C. VILLA ELISA	**90**	**36(+36)**	**126**
Totale posti letto privati	**90**	**36**	**126**
Tot.P.Letto ambito territ.	**497**	**121**	**618**

	%
Percentuale posti letto pubblici	**79,9**
Percentuale posti letto x acuti pubblici	**82**
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	**70**
Percentuale posti letto privati	**20,1**
Percentuale posti letto x acuti privati	**18**
Percentuale posti letto x non acuti privati	**30**
I p.l. pubblici sono aumentati	**+170**
I p.l. pubblici sono diminuiti	
I p.l privati sono aumentati	**+36**
I p.l privati sono diminuiti	

A FINE PIANO RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**-87**	**P.L PRIVATI**	**+87**
P.L X ACUTI PUBBLICI	**-87**	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**+87**
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**0**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**0**

° N.5 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD. 75-28 NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO, PERCHE' SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE REGIONALE E AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI.

° SONO UTILIZZATI N.40 P.L. A FUNZIONE REGIONALE STANTE LA NECESSITA' DI AVERE L'OSPEDALE DI OPPIDO MAMERTINA COME OSPEDALE DI BASE E L'OSPEDALE DI POLISTENA CON L'ATTUALE DOTAZIONE DI POSTI LETTO PER ACUTI, ATTESO CHE E' L'UNICO P.O. DELL'AMBITO CON UNA DOTAZIONE DI P.L. IN GRADO DI GARANTIRE UNA RISPOSTA MULTIDISCIPLINARE.

° N. 86 P.L. A FUNZIONE REGIONALE SONO ASSEGNATI ALL'A.O. DI REGGIO CALABRIA.

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

AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO CALABRIA

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

AMBITO REGGIO CALABRIA (273.402 ab.)

		P.L.	P.L. RC
P.Letto totali	**4,5x1000 abit.**	**1230**	**1351**
P.Letto x acuti	**2,9x1000 abit.**	**793**	**1276**
P.Letto x non acuti	**0,8x1000 abit.**	**219**	**75**
P.Letto a funz.ne region.	**0,8x1000 abit.**	**218**	

1550 P.L. (1221 DI AMBITO + 329 PROVENIENTI DAGLI AMBITI DI VIBO VALENZIA, LOCRI E PALMI) SONO ALLOCABILI NELL'AMBITO + A.O.

PROPOSTA

STRUTTURE PUBBLICHE	ACUTI	NON ACUTI	TOTALE P.L
P.O. MELITO P. SALVO	100 (-21)	83 (+83) (31RE+52LG)	183
P.O. SCILLA	60 (-23)	20 (+20) 20(RE)	80
A. O. REGGIO CALABRIA	759	41 (34RI+7RE)	800
Totale posti letto pubblici	919	143	1062

Strutture private	Acuti	Non acuti	TOTALE P.L.
C.C. CAMINITI	30 (-23)		30
C.C.POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE	205(-155)	12 (+12) 12 (LG)	217
C.C.VILLA AURORA	57 (-43)	10 (+10) 10 (LG)	67
C.C. VILLA S. ANNA	30 (-10)		30
C.C. ISTITUTO ORTOPEDICO DEL MEZZOGIORNO	98 (-74)	45 (+45) (15RI+30RE))	143
Totale posti letto privati	420	67	487
Tot.P.Letto ambito territ.	1339	210	1549

	%
Percentuale posti letto pubblici	68,65
Percentuale posti letto x acuti pubblici	68,6
Percentuale posti letto per non acuti pubblici	68,2
Percentuale posti letto privati	31,35
Percentuale posti letto x acuti privati	31,4
Percentuale posti letto x non	31,8

acuti privati	
I p.l. pubblici sono aumentati	**280**
I p.l. pubblici sono diminuiti	
I p.l privati sono aumentati	
I p.l privati sono diminuiti	**238 - 32.8%**

A FINE PIANO RIEQUILIBRARE CON ACCREDITAMENTO:

P.L PUBBLICI	**+ 21**	**P.L PRIVATI**	**-21**
P.L X ACUTI PUBBLICI	**+18**	**P.L X ACUTI PRIVATI**	**-18**
P.L X NON ACUTI PUBBLICI	**+3**	**P.L X NON ACUTI PRIVATI**	**-3**

° N. 471 P.L. DELLO STESSO AMBITO SONO UTILIZZATI DALLA A.O. DI REGGIO CALABRIA, DI CUI 430 ACUTI E 41 NON ACUTI.

° N. 9 P.L. PER NON ACUTI A DESTINAZIONE COD.75-28 (0,03 P.L.X 1000ab.) NON SONO ASSEGNATI NELL'AMBITO, PERCHE' SARANNO ASSEGNATI ALL'UNITA' SPINALE REGIONALE E AL CENTRO REGIONALE GRAVI CEREBROLESIONI.

TABELLA RIEPILOGATIVA DEI P.L. ASSEGNATI NELLA NOSTRA PROPOSTA

AMBITI	P.L. ACUTI PUBBLICI	P.L.NON ACUTI PUBBLICI	TOT.P.L. PUBBLICI	P.L.ACUTI PRIVATI	P.L. NON ACUTI PRIVATI	TOT.P.L. PRIVATI
PAOLA	359	47	406	154	60	214
COSENZA	905	103	1008	401	155	556
CASTROVILL.	304	81	385			
ROSSANO	420	116	536	91	20	111
CROTONE	388	45	433	184	114	298
CATANZARO	787	98	885	325	87	412

LAMETIA T.	323	80	403	60	34	94
VIBOVALENZ.	448	91	539	40	39	79
LOCRI	390	104	494			
PALMI	407	85	492	90	36	126
REGGIO C.	919	143	1062	420	67	487
TOTALE	5650	993	6643	1765	612	2377

TOTALE P.L. ACUTI	7415
TOTALEP.L. NON ACUTI	1605
TOTALEP.L	9020

RIEPILOGO GENERALE DEI P.L. NELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI E AZIENDE OSPEDALIERE NEL PIANO PROPOSTO DALLA REGIONE CALABRIA.

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

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

QUADRO RIASSUNTIVO DELLA RIPARTIZIONE TEORICA DEI P.L. TRA PUBBLICO E PRIVATO CON L'APPLICAZIONE DELLE PERCENTUALI PREVISTE NELLA NOSTRA PROPOSTA.

	P.L.totali	**P.L. Pubblici**	**P.L.Privati**
	9020	**6314**	**2706**
%		**70**	**30**
P.L. ACUTI (3,7X1000AB.)	**7416**	**5191**	**2225**
%		**70**	**30**
P.L. NON ACUTI LUNGODEGENZA (0,3 x 1000 ab.)	**P.L.totali 602**	**P.L.pubblici 421**	**P.L.privati 181**
%		**70%**	**30%**
P.L. NON ACUTI RIABILITAZIONE (0,5 x 1000ab.)	**1002**	**701**	**301**
%		**70%**	**30%**
di cui:			
COD 56 intensiva (0.18)	**362**	**253**	**109**
Estensiva (0,29)	**580**	**406**	**174**
%		**70%**	**30%**
COD 75 (0,02)	**40**	**32**	**8**
COD 28 (0,01)	**20**	**16**	**4**
%		**80%**	**20%**

QUADRO RIASSUNTIVO: 1) DEI P.L. TOTALI E DEI P.L. PER ACUTI E NON ACUTI PREVISTI NEL P.S.R.2004-06; 2) DEI P.L. TOTALI E DEI P.L. TOTALI PUBBLICI E PRIVATI, CON RELATIVE PERCENTUALI, ATTIVATI AL 31-12-2006; 3) DEI P.L. TOTALI E DEI P.L. TOTALI PUBBLICI E PRIVATI CON RELATIVE PERCENTUALI, DEI P.L. TOTALI PER ACUTI E NON ACUTI SUDDIVISI IN PUBBLICI E PRIVATI CON RELATIVE PERCENTUALI PREVISTI NEL P.S.R. 2007-09 DELLA REGIONE CALABRIA.

	P.L. TOT.	**P.L. PUBBLICI**	**P.L. PRIVATI**
P.L. Totali previsti nel P.S.R. 2004 (5 p.l. x1000ab.) di cui:	**10.045**		
P.L. Acuti = (4 x 1000 ab.)	**8.029**		
P.L. di Lungodeg. e Riab. = (1 p.l.x1000 ab	**2.016**		
Totali P.L. Attivati al 31.12. 2006	**9.119**	**5.751**	**3.368**
%		**63,07%**	**36,93%**
P.L. totali Proposta P.S.R. 2007-09 (4,5x1000 ab.) di cui:	**9.020 (-1025 rispetto PSR 2004)**	**6528 (+777rispetto al 31-12-2006)**	**2492 (-876 rispetto al 31-12-2006)**
%		**72,37% (+ 9,3%)**	**27,63% (- 9,3%)**
P.L. Acuti = 3.7 x 1000 ab.	**7.416**	**5.522**	**1.894**
%		**74,5%**	**25,5%**
P.L. non acuti = 0.8p.l x 1000ab.	**1.604**	**1.006**	**598**
%		**62,7%**	**37,3**

RIDETERMINAZIONE DEL RAPPORTO PUBBLICO–PRIVATO NELLA RETE OSPEDALIERA PER ACUTI, NON ACUTI E NELLA RETE DELLE STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE.

La Regione, ad oggi, non ha bloccato gli accreditamenti, non ha deciso qual'è la percentuale dell'apporto privato per specialità nella rete assistenziale per gli acuti e quale ruolo il privato debba svolgere nel settore della lungodegenza, della riabilitazione fisica e psichiatrica e nella rete delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali (R.S.A., Case Protette, Centri Diurni, Case famiglia ecc.).

Abbiamo precedentemente scritto come la questione di "normare" in modo serio i requisiti dell'accreditamento, che non possono essere gli stessi per l'autorizzazione, tra cui quelli organizzativi delle strutture private per acuti, perché si rispettino criteri oggettivi di qualità nell'assistenza erogata, non è oltremodo rinviabile .

Parimenti occorre che eguale attenzione venga rivolta alle strutture pubbliche che oggettivamente, oggi, nella stragrande maggioranza non hanno i requisiti per l'accreditamento istituzionale .

In Calabria ci sembra siano maturi i tempi di una rideterminazione del rapporto pubblico privato sia nella rete ospedaliera per acuti che nella rete extraospedaliera.

I motivi sono molteplici e cercheremo di enucleare i principali:

Il ruolo del privato e del pubblico all'interno di una rete assistenziale riabilitativa, deve primariamente tenere conto della necessità che occorre una rete altamente qualificata, all'interno della quale si erogano le prestazioni, formanti una filiera.

La rete qualificata a filiera, necessita di strutture ospedaliere ed extraospedaliere a ciclo continuativo e diurno e di assistenza domiciliare.

La rete deve essere in grado di agire su una medicina fondata sull'**evidence**, su protocolli condivisi di valutazione e di efficacia dei programmi riabilitativi, su indicatori di **outcome,** sull'integrazione tra sanitario e sociale, su sistemi organizzativi adeguati, sulla maggiore appropriatezza possibile, sulla raccolta ed elaborazione dei dati.

In altri termini è necessario costruire un percorso nuovo capace anche di razionalizzare la spesa.

E' da questi concetti fondamentali che bisogna partire per capire quale può essere il ruolo tra pubblico e privato nel settore salutare in Calabria.

Appare evidente come solo la centralità del sistema pubblico nelle sue varie articolazioni, per il ruolo di "responsabilità sociale" che gli compete, per le

difficoltà organizzative e gestionale che la rete assistenziale a filiera comporta, per le ingenti risorse che necessitano, per il ruolo centrale di programmazione che compete alla regione, possa garantire l'implementazione di una rete complessa e variamente articolata.
La rete deve essere disegnata e realizzata dal pubblico che deve essere in grado di garantire al privato l'accesso all'interno.
La rete assistenziale in Calabria attualmente non esiste.
Contemporaneamente è assente una cultura "socio-sanitaria" che capisca l'importanza della rete e la costruzione di un diverso sapere e agire fondato su pratiche nuove.
Si tratta, dunque, di un percorso nuovo, difficile, ma ineludibile a cui il pubblico deve prepararsi con qualità e serietà di intenti per guidare il percorso e facilitare l'ingresso di un privato anch'esso di qualità.
L'attivazione dei dipartimenti, per come previsti nel Piano, è strategico perché si realizzi un governo clinico-assistenziale sul territorio, ed essendo il dipartimento per sua natura pubblico spetta all'A.S.L. svolgere un "nuovo ruolo" cruciale di programmazione e gestione complessiva del sistema per l'implementazione dei sopraddetti concetti fondamentali per la creazione della rete così come la si vuole definire.
Quanto appena detto può sembrare ovvio e scontato ma nella nostra regione, fino a poco tempo fa, si è assistito a numerosi accreditamenti "facili" al di fuori di ogni razionale programmazione con la complicità dei vertici regionali e delle varie A.S.L..
Occorre, quindi, una crescita culturale e di valori del gestore pubblico che frantumi la cultura della parcellizzazione dei servizi e strutturi la logica di un sistema di cure articolate, progressive e ben strutturate, un sistema aperto e democratico.
Occorre, ancora, investire su un progetto formativo che coinvolga non solo gli operatori ma anche il management.
Questo progetto formativo deve camminare di pari passo con la strutturazione della rete, perchè soprattutto in Calabria il cambiamento appare difficile e tortuoso in quanto nel settore salutare si sono strutturate tante nicchie di privilegi sia nel "poco" pubblico che nel "tanto" privato.
Iniziale centralità, dunque, di una programmazione pubblica seria ed efficace con la centralità del dipartimento clinico-assistenziale.
La regione, nel Piano, deve dunque indicare le modalità e la relativa tempistica di riconversione o dismissione delle specialità in esubero con l'indicazione dei relativi posti letto nel settore privato in riferimento ai fabbisogni individuati per gli acuti e non acuti dal **P.S.R. .**
In un contesto nel quale le strutture private ospedaliere per acuti gestiscono circa il 41% del totale dei posti letto per acuti regionali (non considerando i

posti letto di D.H. pubblici, le strutture private hanno solo p.l. di D.H.), le strutture ospedaliere riabilitative sono quasi tutte private e dove anche quelle extraospedaliere (R.S.A.-Case Protette) sono quasi esclusivamente private, occorre, per quanto detto, un riequilibrio sia nel settore ospedaliero che extraospedaliero a favore del pubblico.

Il riequilibrio a favore del pubblico, nelle strutture di tipo ospedaliero per acuti e non acuti, dovrebbe essere almeno del 70%, percentuale in aumento nelle specialità di media ed elevata assistenza, nelle terapie intensive e nelle grandi specialità nonché nella riabilitazione di II e III livello (cod. 56-28-75) e ciò per le elevate competenze e complessità organizzative e gestionali che le stesse comportano.

Per il rapporto inerente le strutture riabilitative, si ritiene opportuno che le strutture di III livello codice 75 e 28 e quelle di II livello codice 56 abbiano rispettivamente un rapporto almeno dell' 80% e del 70% a favore del pubblico, in quanto necessitano di elevate competenze, complessità organizzative e gestionali e allocazione prevalentemente presso i D.E.A. (Dipartimenti di Emergenza) di II livello e I livello che sono notoriamente pubblici.

Inoltre, il dipartimento riabilitativo perchè possa realizzare un effettivo governo clinico necessita della struttura ospedaliera di riabilitazione più complessa nel bisogno assistenziale anche perché presso questa struttura si dovrebbe prevede l'allocazione di un centro ausili e protesi.

Tenendo conto degli indici di riferimento nazionali, proponiamo **una struttura riabilitativa codice 75 con 0,020 posti letto ogni 1000 abitanti, una struttura codice 28 con 0,010 posti letto ogni 1000 abitanti, una struttura cod. 56 con 0,18 posti letto di riabilitazione intensiva e 0,29 p.l. di riabilitazione estensiva ogni 1000 ab. .**

Chiarito che le strutture riabilitative ospedaliere di I e II livello debbono essere prevalentemente pubbliche, **le altre strutture residenziali identificate della rete assistenziale, R.S.A e Case Protette, debbono avere anch'esse un rapporto almeno del (60%) a favore del pubblico** per consentire la facilitazione dell'implementazione di una medicina riabilitativa al pari delle realtà sanitarie più evolute dove il paziente viene trattato secondo i moderni canoni dell'E.B.M., vengono applicati protocolli di valutazione, di trattamento e degli esiti validati e standardizzati in tutte le strutture.

Nelle altre strutture semiresidenziali e a ciclo diurno della rete assistenziale il rapporto pubblico- privato non deve essere inferiore al 50% per il pubblico.

Quanto sopra è possibile solo se viene implementato un sistema organizzativo efficace ed efficiente reso possibile se sono facilitati ed

integrati i rapporti tra le varie strutture della rete e creata la direzione del governo clinico, tramite il dipartimento, che può dispiegare il suo agire senza vincoli di non appartenenza e con la necessaria forza autoritativa.
E' innegabile che ciò è reso molto difficile se la maggioranza delle strutture della rete sono parcellizzate in quanto a direzione clinica, hanno scarsi o nulli rapporti di scambi professionali tra i vari operatori, hanno diversi sistemi organizzativi e quindi una inevitabile scarsa capacità di restringere il campo dell'inappropriatezza con un inficimento della possibilità di essere realmente efficaci e realizzare anche economie di scala.
La creazione del sistema organizzativo e clinico è in questa fase di primaria importanza e ci sembra appropriato che solo il pubblico, per il fine istituzionale fondamentale a cui è preposto che è quello di garantire la salute della collettività, possa garantirlo sulla rete.
Perché il sistema organizzativo sia efficiente ed il governo clinico sia efficace occorre anche il coinvolgimento della gran parte degli operatori della rete, dei soggetti istituzionali del territorio, della rete dell'associazionismo cioè la capacità di attivare politiche interistituzionali e interprofessionali che solo una A.S.L. può mettere in campo.
Detto ciò possiamo affermare che in un contesto dato con compiti ben definiti di "chi fa cosa e come" il privato possa e debba entrare all'interno della rete assistenziale dando un contributo fattivo a che il sistema delineato possa svilupparsi secondo una logica razionale, dove il ruolo del pubblico e del privato appare ben definito in partenza con riferimento ai modelli organizzativi, ai criteri di accesso condivisi ai diversi nodi della rete, e dove gli operatori del sistema parlano lo stesso linguaggio e adottano le medesime procedure rispetto ad un identico bisogno assistenziale.

VALUTAZIONI E PROPOSTE SULL'ATTIVITA' TERRITORIALE.

Per quanto attiene all' Assistenza Distrettuale, nel P.S.R. si riscontrano riferimenti sull'importanza dello sviluppo di questa modalità di assistenza ed enunciazione di buoni propositi, ma non vi sono indicazioni di come sarà organizzata, quali funzioni e quali modelli vengono proposti .
In esso non si trovano riferimenti di prestazioni specialistiche, sia di diagnostica, di laboratorio e di radiodiagnostica, che di specialista per branca a visita, con riferimento ai dati storici nè riferimenti di indici nazionali x 1000 abitanti.
Le previsioni di "tetto", sottoriportate, appaiono più come un bisogno di controllo della spesa che un obiettivo di salute.

Infatti, non si riscontra nessun riferimento né ai consumi degli ultimi 2 anni né agli indici nazionali sulle specialità –
Davvero, preoccupante questo modo di procedere .
Altro neo del PSR si appalesa nella Prevenzione dove si delineano percorsi virtuosi di stili di vita e buoni propositi per puntare alla prevenzione di alcune patologie tra quelle più significative, ma i processi per raggiungere gli obiettivi proposti si mostrano carenti, altrettanto dicasi di eventuali indicatori di percorso e di processo .

Il PSR 2004 riportava il "consumo" di specialistica al 2001 e indicava :

n° 2.127	visite specialistiche x 1.000 ab. ;
8.357	esami di laboratorio x 1.000
463	esami di radiodiagnostica e med.nucleare
2.470	trattamenti di medicina Fisica e Riabilitativa
Totale prestazioni x 1.000 ab. = 13.417	

Indicava, altresì, che le Aziende sanitarie avrebbero dovuto tendere al raggiungimento degli standard nazionali, che al 2004 erano :

n° 2.340	visite specialistiche x 1.000 ab. ;
12.583	esami di laboratorio x 1.000
9.52	esami di radiodiagnostica e medic. nucleare
1.614	trattamenti di medicina Fisica e Riabilitativa
Totale prestazioni x 1.000 ab. = 17.480	

Il PSR 2007 indica i seguenti parametri cui attenersi:

n° 1.000	visite specialistiche x 1.000 ab. ;
9.500	esami di laboratorio x 1.000
Totale prestazioni max x 1.000 ab. = 12.000	

Se questi sono i numeri, non si comprende come si possano "spostare" risorse dall'ospedale al territorio e soprattutto come il territorio, di conseguenza, possa divenire luogo di risposta dei

molteplici bisogni ed essere azione di filtro per i ricoveri ospedalieri e raggiungere così l'auspicata riduzione del Tasso di Utilizzo dell'ospedale pari a 180 ricoveri x ogni 1.000 ab.

Il differenziale numerico di prestazioni indicato dal PSR è del 31% di prestazioni in meno rispetto al parametro nazionale e il mantenimento di questo indicatore non consentirebbe di assicurare L.E.A. appropriati ed uniformi e quindi meno opportunità di prevenzione e cura per i cittadini calabresi.
In merito si propone di assumere a riferimento i parametri medi nazionali di prestazioni erogate e fornire nel P.S.R. indicatori per ogni specialità da conseguire come obiettivo per assicurare i LEA territoriali in ambito regionale.
Una siffatta scelta, oltre a consentire una parità tra cittadini, è auspicio per un'efficace filtro per ricoveri impropri presso gli ospedali.
Ciò significa che una maggiore offerta di prestazioni specialistiche sul territorio distrettuale, dovrebbe garantire una più adeguata, tempestiva ed appropriata capacità di fare diagnosi senza ricorrere all'ospedale.

INDICI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA DA ATTIVARE NEGLI AMBITI DISTRETTUALI DELLE A.S.P. CALABRESI.

DATI ANNO 2004

	ITALIA			**CALABRIA 2007**
PRESTAZIONI	n° Abitanti	n° Prestazione	*% per 1000 Ab.*	*%per 1000 ab*
Cardiologia	57.888.425	14.590.269	252	252
Chirurgia generale	57.888.425	3.678.193	64	64
Dermatologia	57.888.425	4.780.267	83	83
Diabetologia	57.888.425	16.129.374	278	278
Endocrinologia	57.888.425	3.185.552	55	55
Fisiatria	57.888.425	4.721.654	82	82
Medicina fisica e riabilitazione	57.888.425	81.560.767	1.409	1.409
Oculistica	57.888.425	9.172.919	158	158
Odontoiatria	57.888.425	5.097.185	88	88
Oncologia	57.888.425	1.923.319	33	33
Ortopedia	57.888.425	6.303.327	109	109
Ostetricia e ginecologia	57.888.425	7.325.520	127	127
Otorinolaringoiatria	57.888.425	5.221.733	90	90
Penumologia	57.888.425	2.741.073	47	47
Psichiatria	57.888.425	5.748.793	99	99
Gastroent. e Chir. Endoscopica	57.888.425	2.162.346	37	37
Neurologia	57.888.425	5.770.599	100	100
Laboratorio analisi	57.888.425	906.098.549	15.652	15.652
Diagnostica per immagine	57.888.425	51.861.261	896	896

CURE DOMICILIARI NEL P.S.R.

La regione Calabria, cosi come le altre regioni, registra un incremento, della popolazione anziana (tra i 65 e 75+ anni) quasi del 18%, con un trend progressivo per i prossimi anni.
Sono dunque in aumento i più anziani, quelli più a rischio di perdere l'autosufficienza, i più ammalati ed impegnativi da assistere; per fortuna si registra una sostanziale tenuta dei tradizionali istituti di riproduzione sociale: la famiglia resta il luogo primario della cura che accoglie la maggior parte delle persone anziane e disabili.
Gli anziani costituiranno ancor di più in futuro il target assistenziale prioritario nella domanda di cura, infatti, all'incremento demografico di questa fascia di popolazione si aggiunge l'aumento della prevalenza di malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi, che richiedono assistenza continuativa e programmata erogabile nell'ambito territoriale: cardiopatie, vasculopatie periferiche, Alzheimer, demenza, diabete.
La prospettiva, impone una fattiva ed innovativa pianificazione dei servizi assistenziali.
Ciò significa che in ogni ambito distrettuale si rende necessario approntare servizi di "presa in carico" di questa fascia d'utenza, avente l'obiettivo di garantire assistenza nel proprio ambito socio-familiare e nel contempo evitare ricoveri impropri.
Le cure domiciliari si definiscono come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del medico di famiglia e di altri operatori dei servizi territoriali ed ospedalieri (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi operatori sociali,ecc.) e, laddove possibile, delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.
Fondamentale è il potenziamento della funzione dell'infermiere e dell'assistente domiciliare nei confronti del "self care", in rapporto con la famiglia non sostituivo, ma di rinforzo e di aiuto.
La definizione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza alle persone anziane fragili rappresenta, per la programmazione regionale, aziendale e distrettuale, un obiettivo prioritario, da raggiungere in tempi brevi.
A tal proposito, poiché l'A.D.I. è da considerarsi azione strategica nell'assistenza, in ogni distretto delle aziende dovrà prevedersi struttura apposita che sarà classificata, a seconda la sua dimensione organizzativa, di tipo semplice o complessa.

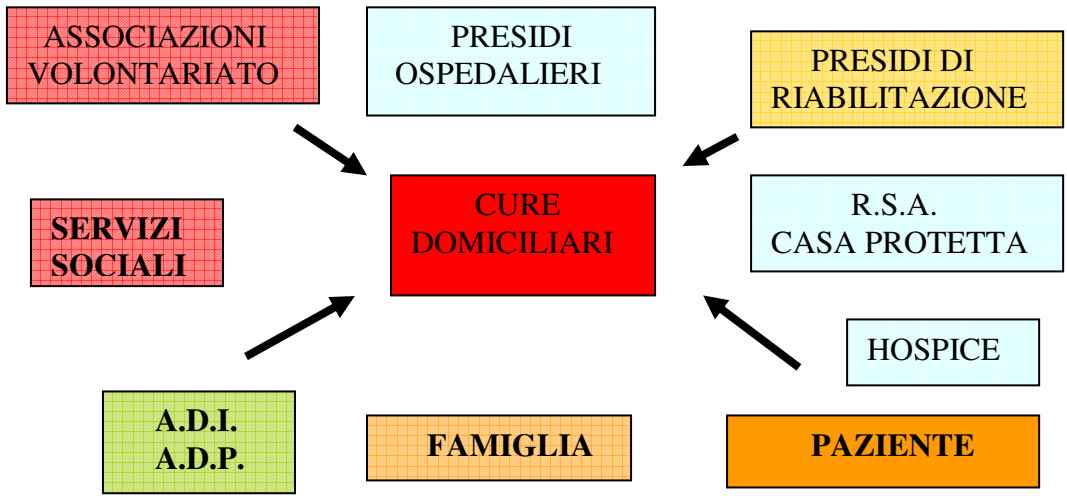
Gli obiettivi specifici facenti capo al servizio di cure domiciliare sono:
-assistere le persone con patologie e/o problematiche sociali trattabili a domicilio, favorendo il recupero ed il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, al fine di migliorare la loro qualità di vita;
-supportare i "care givers" e trasmettere loro eventuali competenze per un'autonomia di intervento;
-ridurre il ricorso ad ospedalizzazioni improprie;
-effettuare dimissioni protette;
-qualificare ed umanizzare l'assistenza socio sanitaria integrata a domicilio rivolta preferibilmente a soggetti ultrasessantacinquenni che si trovano in condizioni di non autosufficienza o disabilità temporanea conseguenti ad una malattia e che necessitano prevalentemente di singole prestazioni sanitarie per un tempo determinato.

Il Modello organizzativo

Le cure domiciliari sono garantite dai Distretti con le risorse agli stessi assegnate.

I LIVELLI DI RESPONSABILITA'

In ciascun Distretto si realizza il coordinamento e l'integrazione nell'organizzazione ed erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie domiciliari secondo tre livelli di responsabilità:
- LIVELLO STRATEGICO
- LIVELLO DIRETTIVO
-LIVELLO OPERATIVO comprendente la centrale operativa di coordinamento distrettuale e le unità territoriali di base.
Il Distretto deve realizzare l'integrazione reale e fattiva con gli EE.LL. di cui al P.S.S.R. e strutturare una Rete dei Servizi, rappresentata come nella fig. 1, dove il centro delle cure è rappresentato dal domicilio del paziente.



Casa della Salute.

I primi esperimenti di decentramento nei distretti delle responsabilità per le cure primarie e la prevenzione avvennero in Finlandia nel 1972, seguirono poi la Svezia nel 1978 e successivamente altri paesi come il Regno Unito.
Dopo trentacinque anni, però, ci ritroviamo, certo con molte disomogeneità, ad avere ancora, per quanto riguarda l'intervento sanitario, una visione ospedalo-centrica soprattutto nel Sud.
Questa visione ospedalo-centrica, che fonda le sue radici negli anni dello sviluppo dell'ospedale di zona come struttura che deve dare risposte ai bisogni di salute sul territorio, è da tempo superata dalla necessità di avere cure sempre più articolate ed integrate in una rete assistenziale, che deve garantire risposte ai vari bisogni assistenziali che sono sia sanitari, socio-sanitari e sociali e dove il ruolo del medico di base, insieme a quello delle altre professioni sanitarie, assumono una importanza sempre crescente.
Infatti, oggi, i cittadini hanno maggiore fiducia per il proprio medico di famiglia come professionista della salute (ultimi dati ISTAT 64%, mentre il medico specialista gode del 32% della fiducia e il medico ospedaliero del 13,3%).
C'è, oggi, quindi, una tendenza generale a ricorrere alla figura del medico di famiglia come operatore di riferimento per quanto riguarda l'assistenza territoriale.
L'intervento del medico di famiglia, infatti, si fonda su un approccio centrato sulla persona, in una relazione individuale, a volte conflittuale, che si sviluppa nel tempo.
Il medico di famiglia è il punto di primo impatto per il cittadino nell'ambito del sistema sanitario, è colui che si occupa di problemi di salute acuti e cronici in modo indifferenziato, collabora con altri professionisti della salute, a volte bene altre male, prendendo in carico le persone in termini olistici, sviluppando rapporti che a volte vanno al di là del mero rapporto professionale.
Nel corso degli ultimi anni sono stati fatti vari tentativi per tentare di ottimizzare questa risorsa.
Il problema da risolvere oggi è quello di riposizionare la figura del medico di famiglia all'interno del sistema di cure, dove, per quanto detto, può e deve svolgere un ruolo centrale sia nella prevenzione che nelle fasi di cura pre e post ospedaliere oltre che di indirizzo nell'uso corretto dei farmaci.
Bisogna che questa figura professionale e quelle degli altri professionisti sanitari siano sempre più centrali nella rete dell'assistenza territoriale, dove, oggi, si propone una struttura la "Casa della Salute" dove necessitano pluricompetenze e pluriprofessionalità.

Ci sono già, in Italia, circa 136 strutture in dieci regioni che hanno programmi e progetti in linea con gli obiettivi che in parte risultano comuni al progetto ministeriale.
Sono un superamento delle UTAP di Sirchia, che erano un superamento dei medici associati.
La Casa della salute nella realtà distrettuale rappresenta una struttura capace di fornire una risposta globale ai bisogni di salute, superando la frammentazione dell'offerta di servizi che anche logiche "campanilistiche" hanno prodotto in questi ultimi anni.
La Casa della Salute, cosi come rappresentata nel Piano, ci sembra soddisfacente nella sua progettualità di proporsi come risposta globale, (ovviamente ad eccezione degli episodi morbosi acuti con ricovero) al bisogno assistenziale territoriale anche perchè si va verso una integrazione con il sociale e questo non può che vederci favorevoli (è nostra intenzione lavorare, magari in accordo con i tecnici regionali nel prossimo futuro, ad una proposta di legge regionale che ripristini l'integrazione fra sociale e sanitario), ma bisogna fare attenzione ad alcuni aspetti particolari come l'allocazione di servizi tipo il S.E.R.T. e il S.S.M. che hanno caratteristiche particolari, (una molto importante la riservatezza).
E' evidente però che le Case della Salute non possono essere la risposta esaustiva in termini complessivi in Regioni come la Calabria e la Valle d'Aosta, il Trentino, in zone come l'Appennino Tosco-Emiliano che presentano caratteristiche geomorfologiche particolari.
Per quanto riguarda la nostra Regione è assolutamente impensabile l'utilizzo delle suddette strutture nelle zone di montagna e in zone dove i centri abitati sono piccoli, la viabilità si presenta precaria e i tempi di percorrenza tra i diversi paesini sono lunghi.
In Calabria occorre, dunque, sforzarsi di rimanere attenti alle esigenze assistenziali ed essere consapevoli delle difficoltà dei nostri territori.
Pertanto, si propone primariamente l'allocazione della Casa della Salute in ambiti distrettuali di tipo "urbano" ad alta e media densità abitativa, per la Calabria, (100.000ab., 30- 40.000 ab).
Diversamente, nei distretti a minore densità abitativa (che in Calabria sono la maggior parte), costituiti da un insieme di piccoli comuni la sede del distretto, centrale, ma che spesso dista molti km. dagli altri paesi, può essere il punto dove allocare la Casa della Salute, come riferimento di assistenza più elevata, da integrare con altre tipologie di servizi, come i Poli Sanitari Territoriali (P.S.T.).
I P.S.T., già esistenti, ubicati in ambiti territoriali dimensionati tra 10–15.000 ab., oltre a garantire i servizi dell'ex SAUB e di Assistenza Domiciliare, potrebbero essere sedi di semplici poliambulatori

dimensionati con numero di branche di specialistica più comune e non richiedenti particolari necessità strumentali: cardiologia-diabetologia-fisiatria-otorino-broncopneumologia.
Tale scelta, si fa privilegiare (atteso il dimensionamento della casa della salute di 10-25.000 ab.) perché, altrimenti, per assicurare l'assistenza anche in quei comuni lontano dalla casa della salute, si dovrebbero prevedere, mediamente, n° 3 (tre) Case della salute per ogni Distretto.
Questa ipotesi, al momento, ovviamente, ci sembra più onerosa e poco percorribile in assenza di realizzate economie di scala.
La diversificazione dell'offerta con strutture territoriali di diversa complessità nell' ambito distrettuale, consente di ridurre i disagi dei soggetti più deboli, legati alle distanze dal "centro", spesso accentuati dalla scarsa viabilità e carenza di collegamenti e contenere la spesa.
Pertanto oltre alle Case della Salute bisogna pensare a potenziare l'offerta dei poli socio-sanitari e realizzare un incremento dei servizi domiciliari: infermiere a domicilio di routine, che lavori in collaborazione con il medico di famiglia, abbattimento di alcune rigidità nell'accesso ad ADF e ADI, maggiori possibilità di visite specialistiche a domicilio, incentivazione al volontariato per il trasporto pazienti, coordinamento attualmente inesistente tra medici di famiglia e continuità assistenziale, incentivare le attività di prevenzione.

R.S.A. CASE PROTETTE.

Nel Piano presentato si prevedono strutture residenziali extraospedaliere destinate esclusivamente alla gestione a lungo termine di pazienti cronici e stabilizzati, all'interno delle quali possono essere attuati programmi di cura e riabilitazione mirati (per singoli eventi o per cicli di mantenimento).
La R.S.A è una residenza speciale ad elevata integrazione sanitaria per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, con livelli di tutela medio-alta, variabile in rapporto alle oggettive condizioni dei soggetti, che dovrebbero comunque essere caratterizzati dalla stabilità delle condizioni cliniche.
Il precedente Piano Regionale della Salute 2004-06 prevedeva (e prevede sino a quando non sarà legiferato il nuovo Piano), un regime transitorio su questa materia dettato dal fatto che la rete della lungodegenza e della riabilitazione non era (e non è) compiutamente realizzata e che le strutture residenziali, ad oggi, sono chiamate ad offrire una risposta a numerose situazioni di post-acuzie.

Pertanto, nel Piano del 2004-06 sono state proposte anche strutture residenziali di semplice accoglienza.
I dati epidemiologici internazionali e nazionali indicano, ancora oggi, che circa l'1% della popolazione adulta (da 18 a 64 anni) ed il 6% della popolazione anziana (oltre i 65 anni) è disabile in almeno una A.D.L. .
Gran parte di questi soggetti sono assistibili a domicilio dove è presente, come in Calabria, un adeguato supporto familiare.
Pertanto è stato ritenuto, e lo è ancora, realistico che circa il 94% dei disabili adulti e l' 80% degli anziani non autosufficienti in Calabria vive in nuclei familiari in grado di fornire assistenza.
Per questi motivi il Piano 2004-06 aveva stimato il seguente fabbisogno in Calabria:
1)**R.S.A per disabili adulti** su una popolazione interessata di 1.322.000 di cui il 50% in strutture di riabilitazione estensiva e 50% in strutture di semplice accoglienza: 1.322.000x 0,01x 0,06 x 50% = **396 P.L.** ; 2) **R.S.A. per anziani non autosufficienti** su una popolazione interessata di 337.000 anziani : 337.000x 0,06x 0,20 = **4044P.L.** .
Il piano sanitario regionale sopraccitato prevedeva di accogliere nelle R.S.A. solo pazienti cronici, non autosufficienti ad elevato carico assistenziale sanitario e nelle Case Protette pazienti non autosufficienti che necessitano di modeste cure sanitarie.
Atteso che una ripartizione oggettiva dei posti letto tra R.S.A. e Case Protette è possibile solo attraverso una classificazione dei bisogni assistenziali dei soggetti interessati, **la regione Calabria,** in assenza di ciò, ha utilizzato **nel sopraccitato Piano** esperienze nazionali ed **ha fissato il rapporto tra R.S.A. e Case Protette di circa 1 a 1,5 determinando in 1750 i posti di R.S.A e 2690 quelli di Casa Protetta.**
La regione Calabria, inoltre, aveva previsto un periodo di transizione di cinque anni, data la carenza delle strutture di lungodegenza post-acuzie, prevedendo una ulteriore dotazione di posti letto pari al 10% (450P.L.) di quello delle strutture residenziali sopracitate, per strutture definite R.S.A.-M (medicalizzate),per garantire un livello assistenziale sostitutivo delle lungodegenze ospedaliere in grado di accogliere i pazienti dimessi dall'ospedale, in fase di cronicità non stabilizzata e per periodi di degenze a termine (max 60 giorni).
La regione Calabria aveva previsto, ancora, che le R.S.A. M. con la progressiva attivazione delle lungodegenze ospedaliere venissero nel tempo riaccreditate come R.S.A. o Case Protette soddisfacendo un probabile aumento della domanda.
La Regione Calabria aveva individuato, infine, ulteriori strutture che compongono la rete assistenziale, che erogano le prestazioni del sub livello

assistenza residenziale e semiresidenziale, specificatamente indicate nel D.P.C.M. del 29/11/2001 e s.m.i..
Queste strutture sono: A) Centri di riabilitazione diurna (per disabili e utenti psichiatrici); B) Presidi residenziale di riabilitazione; C) Comunità alloggio per utenti psichiatrici; D) Comunità Terapeutiche (per tossicodipendenti e per utenza psichiatrica); E) Comunità alloggio per disabili.
Queste ultime strutture erogano prestazioni di assistenza e recupero per soggetti disabili, pazienti psichiatrici e soggetti dipendenti da droghe e alcool.
La proposta di Piano 2007-09 presentata fissa nell'indice di un posto residenziale ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni il fabbisogno di strutture residenziali di integrazione socio-sanitaria.
Il fabbisogno regionale odierno, pertanto, viene fissato in 3600 posti residenziali di R.S.A e Case Protette.
La proposta di Piano presentata non dice nulla riguardo le percentuali necessarie tra R.S.A. e Case Protette e la necessità di avere o meno le R.S.A. M. atteso l'attuale carenza delle lungodegenze post- acuzie.
Atteso l'aumento dal 2004 ad oggi della popolazione anziana ultrasessantacinquenne, il permanere degli indici di disabilità in almeno una A.D.L. nella popolazione adulta e in quella anziana per come sopra scritto, la carenza delle lungodegenze post-acuzie ed il tempo necessario per la loro attivazione, **ci sembra che il numero di 3600 posti residenziali per le R.S.A e le Case Protette sia sottodimensionato e che invece sia più realistico il numero previsto nel precedente Piano del 2004-06 di 4400 posti letto.**
Parimenti, non essendo ancora possibile una classificazione dei bisogni assistenziali dei soggetti interessati, condizione necessaria per una ripartizione oggettiva dei posti letto tra R.S.A. e Case Protette, ci sembra razionale il rapporto tra R.S.A e Case Protette di circa 1 a 1,5 e la scaturente dotazione di posti residenziali nelle R.S.A. di 1750 e nelle Case Protette di 2690.
Non si prevedono attivazioni di R.S.A. M. perchè, comunque, va fortemente accelerata l'attivazione delle lungodegente post-acuzie.
Infine, il Piano proposto non determina il numero per ambito territoriale delle strutture che erogano le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semiresidenziale previste nel D.P.C.M. del 29-11-2001 e s.m.i. (Centri di riabilitazione diurna per disabili e utenti psichiatri, presidi residenziali di riabilitazione, Comunità alloggio per utenti psichiatrici, Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti e per utenza psichiatrica, Comunità alloggio per disabili).

Riteniamo, pertanto, che, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, l'Assessorato alla Salute debba fissare il numero, per ambito territoriale, delle strutture che erogano le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semiresidenziale previste nel D.P.C.M. del 29-11-2001 e s.m.i., condizione per una omogenea e sufficiente erogazione delle suddette prestazioni.
Riteniamo, infine, che, entro e non oltre un anno dall'approvazione del Piano, debbano essere realizzate il 50% delle suddette strutture previste in ogni ambito territoriale.

ALTRE PROBLEMATICHE RILEVATE E RELATIVE PROPOSTE.

1) **la creazione e attivazione del "Centro Unico Regionale per gli Acquisti in Sanità"** che consente un abbattimento delle risorse necessarie per la fornitura di farmaci, alta tecnologia e altro materiale di consumo **deve essere opportunamente temporizzata con indicazione delle modalità operative.**

2) Parallelamente a quanto sopra **occorre che la Regione predisponga un Piano Formativo Regionale dei bisogni formativi del sistema salutare, che deve essere previsto nel Piano**, e che faccia fronte alla inadeguatezza dell'offerta formativa regionale .

E' notoria la carenza di alcune professionalità specializzate rispetto alle quali le A.S.L. sono impotenti .

Bisogna che l'Università e la Facoltà di Medicina forniscano il numero e le tipologia di professionalità necessarie rispetto alla domanda regionale; per fare ciò il ruolo della regione è decisivo sia nei confronti con il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica che nei confronti dell'unica facoltà di Medicina presente in Calabria che va potenziata e decentrata sul territorio.

Nel Piano deve essere indicato il fabbisogno formativo triennale relativo alle figure professionali carenti nel S.S.R. .

3) **Il ruolo dell'università con il sistema salutare regionale deve essere valorizzato anche rispetto all'apporto che questa può fornire per l'individuazione delle alterazioni di molti determinanti della salute** (acqua, aria, alimenti, sostanze nocive ecc.), fattori su cui nella nostra regione quasi nulla sinora si è fatto **e su cui bisogna investire attraverso un Progetto Regionale specifico che deve essere previsto nel Piano .**

4) Il problema della "Fondazione T. Campanella", come polo oncologico regionale ubicato a Catanzaro, suscita molte perplessità per svariati motivi: si è creata una fondazione perché successivamente diventi un I.R.C.C.S, quanto l'attuale legge, (decreto legislativo n.288/2003), prevede la trasformazione degli I.R.C.C.S. pubblici in fondazione partecipata; al personale che transita nella fondazione, attualmente inquadrato con contratto pubblico, verrà applicato diverso contratto.

Non possono essere allocate risorse economiche regionali, pubbliche, per una struttura di tipo privatistico; non si capisce perché il polo oncologico regionale non debba essere pubblico e afferente all'azienda ospedaliera-universitaria di Catanzaro.

Per quanto sopra, **chiediamo che la questione venga riaffrontata in modo diverso e primariamente che l'oncologia di eccellenza, in Calabria, sia pubblica e parte integrante delle strutture sanitarie regionali .**

5) In Calabria è altresì urgente definire un Piano Regionale delle Assunzioni nel settore salutare, che indichi il fabbisogno a regime di personale e le modalità di stabilizzazione degli attuali lavoratori precari nelle varie A.S.L./A.O. regionali.

Chiediamo che questo venga inserito nel P.S.S.R. con l'indicazione dei tempi e delle modalità di stabilizzazione.

6) Il problema delle risorse necessarie per il finanziamento del sistema salutare deve essere primariamente affrontato attraverso **una certificazione del debito reale delle A.S.L./A.O. regionali che ammonta, secondo qualche esperto, a due miliardi di euro**.

A tale proposito occorre, con urgenza, che i direttori generali vengano ascoltati in Commissione Regionale Bilancio per una definizione del suddetto debito, onde attivare le stesse procedure fatte da altre regioni (Lazio, Campania) per un ripiano del deficit da parte del governo centrale.

Ciò è indispensabile per mantenere gli impegni assunti nel Patto di Stabilità per la Salute.

7) una riduzione della spesa farmaceutica con campagne di sensibilizzazione e controlli su quei territori e quei prescrittori che sforano abbondantemente la spesa media pro-capite senza motivazioni correlate a particolari stati morbosi; - **la strutturazione, entro sei mesi, di una efficace e capillare distribuzione dei farmaci, anche generici, da parte delle farmacie ospedaliere e territoriali delle A.S.L. che deve essere prevista nel Piano.**

8) Altra questione che ci preme evidenziare è la mancata integrazione del sanitario e del sociale nella nostra regione.

Ci appare inverosimile che si possano varare due piani distinti, sanitario e sociale, e non un unico piano; in questo modo le risorse assegnate al sociale sono e saranno sempre esigue e non si struttureranno reti assistenziali reali e adeguate ai bisogni effettivi che sono sia di natura sanitaria che sociale .

A tale proposito **necessita l'integrazione tra i piani di zona del sociale ed i piani delle attività territoriali del distretto che devono essere concertati con gli enti locali e le associazioni del territorio.**

Ciò deve essere previsto nel Piano con l'indicazione delle modalità e tempi di attuazione.

Riteniamo si sia ancora in tempo per colmare questa grave discrasia e far seguire alle parole i fatti .

9) Per la Psichiatria il solo riferimento nel PSR alle linee guida, peraltro formulate su un'organizzazione di 11 ASL con egual numero di Dipartimenti, non appare adeguato per almeno due ordini di questioni:

A) **Le linee guida dovrebbero seguire la formulazione di un Progetto Obiettivo regionale ed in ogni caso non ne possono prescindere;**

B) per quanto concerne gli aspetti dell'assistenza psichiatrica non si può prescindere dall'integrazione socio-sanitaria e dunque dalla necessaria integrazione del PSR con il Piano Sociale Regionale, individuando risorse certe da destinare ai piani di Zona (coincidenti con i Distretti).

E' noto che in Calabria, ancora oggi, rimane prevalente un modello teso alla Istituzionalizzazione totale, nonostante la provata antiscientificità della stessa e la produzione di lesione dei diritti fondamentali quali la salute, la libertà individuale e la mancata socializzazione o risocializzazione.

Pertanto, **bisogna dare precise indicazioni ai Dipartimenti (Unici per ogni A.S.P.) affinchè individuino valide strategie di deistituzionalizzazione a favore di quei soggetti oggi ospitati, a vario titolo, in strutture private in modo obbligatorio e prevedendo sanzioni per i Direttori Generali e di Dipartimento della salute Mentale in caso di inerzie, indicando l'opportunità di istituire strutture intermedie a gestione diretta del pubblico o con il privato sociale.**

In Calabria vi sono oltre 500 p.l. psichiatrici in cliniche definite Neuropsichiatriche e nemmeno previste nella legge di riforma del 1978. Per queste strutture occorre prevedere nel Piano l'abbattimento del 50% dei p.l., per come indicato nelle linee guida, da riconvertire in Case famiglia entro il 31-12-2007.

Si specifica che le Case Famiglia devono essere allocate fuori dalle Case di Cura.

Entro tre anni il restante 50% dei posti letto rimasti nelle Case di Cura Psichiatriche devono esaurirsi, attraverso una programmazione della progressiva disattivazione ad opera dei D.S.M. .

Già in fase di accorpamento delle A.S.L. in A.S.P. è opportuno tener conto delle criticità segnalate nelle stesse linee guida ed evitare che si assista ad una semplice sommatoria dell'esistente.

Ad esempio, non appare ragionevole che un presidio ospedaliero di riferimento come Castrovillari non sia dotato di S.P.D.C. così come a Catanzaro il S.P.D.C. sia gestito dalla Azienda Ospedaliera, in un contesto già segnato di fatto dalle separatezze fra territorio e Servizi Ospedalieri, per come si è caratterizzata l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica calabrese sin dal suo esordio.

Inoltre, è evidente che non si può continuare ad appaltare al privato imprenditoriale speculativo la lungodegenza e la "pseudoriabiltazione" al di fuori di un quadro di riferimento solido nel progettare percorsi terapeutici alternativi al ricovero, troppo spesso, oggi, unica risorsa per contrastare gli abbandoni istituzionali.
Appare, pertanto, ineludibile potenziare i CSM con possibilità di apertura di 24 h e di fornire prestazioni in day e night-hospital.
I singoli DSM, unici per ASP, dovranno articolarsi in moduli con utenza di 150-300.000 abitanti.
Nel Piano devono essere indicati i percorsi, le risorse assegnate, i tempi e le modalità di attuazione sui vari territori delle proposte presenti nelle linee guida, la definizione in riferimento agli accreditamenti delle attuali Case di Cura Psichiatriche, il rapporto pubblico-privato in questo settore.
10) La risoluzione delle problematiche relative alla struttura del Papa Giovanni XXIII di Serra d'Aiello deve avvenire attraverso la definitiva eliminazione di pratiche di trans-istituzionalizzazione.
In base a queste considerazioni, e a quanto previsto per la Psichiatria, l'I.P.G. non dovrà più occuparsi di riabilitazione psichiatrica.
Si propone, pertanto, una profonda ristrutturazione e riconversione della struttura con notevole riduzione dei posti letto e l'attivazione di n.3 moduli di 20 p.l. di R.S.A. per anziani non autosufficienti e di una Casa Protetta di 60 p.l.
Nel caso la Regione subentrasse alla attuale proprietà (Fondazione Papa Giovanni XXIII), si dovrà prevedere un utilizzo della struttura anche per attività di formazione regionale per figure professionali legate all'assistenza sociale.
In questo senso, **siamo contrari a qualunque forma di allocazione, anche in parte, di posti letto di natura psichiatrica e/o di riabilitazione fisica intensiva-estensiva, anche attraverso progetti di sperimentazione gestionale a cura del pubblico.**
Ciò deriva dalla considerazione che i primi devono essere previsti solo nei S.P.D.C. e i secondi devono essere distribuiti in modo omogeneo su tutto il territorio della provincia di Cosenza e regionale, con un riequilibrio a favore del pubblico, e nel rispetto di quanto precedentemente scritto nella parte riguardante la riabilitazione fisica.
L'esubero del personale che si determina, per effetto di quanto sopra, deve e può essere gestito attraverso un Piano di Ricollocazione del personale, da definirsi entro 60 giorni dall'approvazione del Piano, che preveda modalità e tempistica necessari per la ricollocazione nei servizi territoriali sanitari e sociali previsti nei piani di zona, nei piani delle

attività distrettuali e per colmare le eventuali carenze di organico nelle strutture ospedaliere pubbliche e private e nel privato sociale primariamente dell'ambito Paola-Cosenza.

11) La questione delle tossicodipendenze, pensiamo possa essere affrontata tenendo presente i tre aspetti fondamentali della prevenzione, terapia e riabilitazione attraverso una reale strutturazione a rete dell'equipes multidiciplinari con l'obiettivo di una riabilitazione, mirata al reinserimento sociale, e soprattutto di una prevenzione attuata in tutte le sue forme: 1) prevenzione primaria mirata alla rimozione delle cause che determinano il fenomeno e al contrasto del disagio; 2) prevenzione secondaria finalizzata alla diagnosi precoce; 3) prevenzione terziaria con l'obiettivo della riduzione degli effetti a catena della situazione patologica (riduzione del danno).

Occorre creare una struttura di coordinamento, i cui tempi di realizzazione (sei mesi) devono essere indicati nel Piano, degli operatori dei SERT della Regione per un'analisi dello stato degli interventi sui territori, precondizione per la strutturazione delle equipes multidisciplinari.

Il Piano deve prevedere l'istituzione, entro sei mesi, di un "Osservatorio Epidemiologico Regionale sul Fenomeno delle Dipendenze" presupposto per un piano regionale di settore che implementi procedure e protocolli uniformi sul territorio regionale e agisca con efficacia sui versanti della prevenzione, cura e riabilitazione.

12) **La questione delle cure odontoiatriche pubbliche**, data l'incidenza delle spese sostenute in questo settore sui redditi delle famiglie, **almeno per l'infanzia e gli anziani, riteniamo vada risolta nel nuovo P.S.S.R. attraverso un Progetto Obiettivo, che prevedendo le risorse adeguate, implementi le suddette cure in un triennio.**

A tale proposito è intenzione del nostro partito presentare un disegno di legge regionale per le cure odontoiatriche.

13) L'attivazione di politiche attive "per le donne" è un' altra questione, nonché obiettivo dei nostri partiti, che riteniamo debba essere presente nel Piano proposto.

In Calabria si è assistito a fenomeni di privatizzazione di alcuni servizi di assistenza sanitaria per le donne.

Si propone l'attivazione, entro sei mesi, di un "Osservatorio Regionale sui Bisogni di Salute delle Donne" e di relativi Osservatori Territoriali per A.S.P. che siano luoghi di informazione per ascoltare, narrare l'esperienza concreta dell'ammalarsi, del prendersi cura e dell'essere curate.

Gli Osservatori Territoriali devono rappresentare una interfaccia, un punto di incontro tra dati statistici, protocolli scientifici, pratiche sanitarie, opinioni, vissuti ed esperienze delle donne coinvolte.
L'obiettivo di questi osservatori è quello di promuovere la costruzione di un pensiero critico, di un atteggiamento consapevole e informato sulle pratiche sanitarie.
Gli osservatori devono rappresentare un punto di incontro tra tecnici della salute e donne per un nuovo rapporto tra scienza, medicina e differenza femminile.
Gli osservatori territoriali e quello regionale utilizzeranno gli strumenti e metodologie di lavoro anche innovative oltre a quelle convenzionali (interviste, ricerche, incontri, lavori di gruppo, raccolta dati, catalogazione, pubblicazioni scientifiche, ecc.).
L'assessorato alla salute d'intesa con quello per le politiche sociali, entro tre mesi dall'approvazione del Piano e, in concertazione con le associazioni "di donne" presenti sul territorio regionale adotteranno relativa disciplina per l'organizzazione e il funzionamento dell'Osservatorio Regionale sui Bisogni di Salute delle Donne e dei relativi Osservatori Territoriali per A.S.P. .
14) i previsti centri di trapianto reni e la previsione di tre cardiochirurgie ci sembrano, francamente, eccessivi e in contrasto con l'esigenza di razionalizzare le risorse e di costituire centri di eccellenza reali anche per casistica trattata.
Si propone di rimodellare il tutto applicando i previsti parametri di riferimento nazionali applicati anche in altre regioni, prese pur a riferimento dall'assessorato per altri aspetti presenti nel Piano.
(*)posizione, del solo P.R.C.S.E., su cui il P.d.C.I. si riserva di esprimere una autonoma posizione.
15) -Mappatura dei bisogni di salute-
La mappatura dei bisogni di salute deve avvenire nell'ambito del Distretto Sanitario.
Il bacino distrettuale può essere considerato ottimale come scala di grandezza perché al suo interno si rilevano i bisogni assistenziali rilevati dalle reti dei medici di M.G., degli altri professionisti sanitari, delle associazioni noprofit, dei servizi sociali dei comuni e delle A.S. nonché dai cittadini di quel territorio.
Si propone un apposito servizio di "Mappatura dei Bisogni di Salute"per A.S.P. che coordina i servizi degli altri Distretti presenti nell'azienda.

Del servizio Mappatura dei bisogni di Salute fanno parte i rappresentanti:- dei servizi sociali comunali e dell'A.S.; -dei medici di M.G.;- delle associazioni noprofit; -del servizio epidemiologico dell'A.S..
Il servizio, perchè possa funzionare, deve essere informatizzato e collegato in tempo reale ai soggetti prima citati messi in rete attraverso un cablaggio da effettuarsi entro 2-3-mesi dall'istituzione del servizio.
I servizi di Mappatura dei Distretti fanno capo ad un servizio centrale che è un ufficio in funzione di staff dell' A.S.P..
I servizi centrali di ogni A.S. sono collegati informaticamente ad un apposito servizio di Mappatura dei bisogni di salute presso l'Assessorato regionale alla Sanità.
Alla suddetta rete può accedere, anche a livello distrettuale, il singolo cittadino per segnalare il proprio bisogno di salute o quello di persone a lui vicine che è sfuggito alla rilevazioni dei soggetti abilitati.
Il bisogno di salute mappato viene elaborato ai diversi livelli del sistema-Distretto-A.S.P.-Regione- che si attivano per dare risposte adeguate attraverso i servizi socioassistenziali e sanitari che da loro dipendono
Il servizio di Mappatura dei bisogni di Salute Regionale esprime parere obbligatorio e vincolante sui P.S.R. e loro modifiche nonché elabora proposte per l'Assessorato Regionale alla Sanità che ha l'obbligo entro 60 giorni di vagliarle e darne risposta scritta.
Il servizio di Mappatura Regionale è costituito a rotazione dai rappresentanti dei servizi di Mappatura dei singoli distrettti per ogni A.S., scegliendo a rotazione un distretto per ogni A.S.della Regione e per ogni anno nonché del personale necessario al suo funzionamento.
Il Servizio di mappatura di A.S.P. esprime parere obbligatorio e vincolante sui piani Attuativi e loro modifiche nonché elabora proposte per il Direttore generale di A.S.P. e il Comitato ristretto della Conferenza dei sindaci che hanno l'obbligo entro 60 giorni di vagliarle e darne risposta scritta.
16) La ricerca sanitaria deve avere un suo fondo regionale, deve essere collegata al Servizio Regionale di mappatura dei bisogni di Salute, deve avere un suo centro regionale in cui vi operano integrandosi, attraverso protocolli da istituire, personale di ricerca universitaria e personale ospedaliero e territoriale delle A.S. ed Aziende Ospedaliere che lavorino su protocolli di ricerca negli ospedali e/o sul territorio.
Pertanto, si deve prevedere, entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano, l'istituzione del "Centro Regionale di Ricerca Sanitaria"e del "Fondo Regionale per la Ricerca Sanitaria".
Il Centro Regionale di Ricerca Sanitaria deve essere collegato al Servizio Regionale di mappatura dei bisogni di Salute.

L'allocazione del Centro deve essere definito dalla Giunta Regionale entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano tra le strutture pubbliche destinate a Piattaforme Avanzate.
L'Assessorato Regionale alla Salute deve definire, entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano, apposito regolamento di funzionamento del Centro.
La istituzione del Centro è finalizzata primariamente ad una rivoluzione culturale su un pensiero che vede la ricerca sanitaria come appannaggio esclusivo del mondo accademico e le strutture delle A.S. come posti fisici in cui provare ciò che in università si è pensato ed elaborato.
Questo modo di pensare ha isolato la ricerca accademica che spesso si è orientata su ciò che le multinazionali della sanità decidono indipendentemente dai bisogni sanitari necessari delle popolazioni.
Il collegamento del Centro Regionale di Ricerca Sanitaria al servizio regionale di mappatura dei bisogni di salute dovrebbe impedire una ricerca scollegata dai bisogni, mentre il lavoro di ricerca integrato tra universitari e professionisti delle A.S.P. ed ospedaliere dovrebbe fungere da moltiplicatore di saperi.
Nel centro regionale devono operare integrandosi, attraverso protocolli e procedure da istituire, personale di ricerca universitaria e personale ospedaliero e territoriale delle A.S. ed Aziende Ospedaliere che lavorino su protocolli di ricerca e applicazione della ricerca negli ospedali e/o sul territorio.
Il Centro regionale di Ricerca Sanitaria deve adempiere al compito di:
a) fare direttamente ricerca e attività assistenziale di verifica; b) coordinare i centri di ricerca regionali attualmente presenti; c)programmare l'attività di ricerca regionale; d)programmare e assegnare le risorse del Fondo Regionale per la Ricerca Sanitaria; e)coordinare l'attività assistenziale di verifica della ricerca effettuata; f)coordinare l'attività di applicazione dei risultati della ricerca nei Centri di Eccellenza Assistenziali regionali.
Ogni A.S.P. ed A.O deve individuare le strutture e gli operatori sia ospedalieri che territoriali che devono operare nel centro regionale di ricerca Sanitaria.
Il Centro regionale di Ricerca sanitaria deve avere un suo organo collegiale che può essere costituito da:- un rappresentante dei presidenti delle conferenze dei sindaci, nominato dagli stessi presidenti; - dall'Assessore Regionale alla Sanità; - da un rettore delle Università Calabresi nominato dagli stessi; - da due rappresentanti del Servizio di Mappatura Regionale dei Bisogni di Salute, nominati dai rappresentanti di ogni Servizio di Mappatura Aziendale delle singole A.S.P.; - da un rappresentante del Ministero della Sanità e del M.U.R.S.T.; - da due rappresentanti delle

associazioni di tutela del malato con funzioni di programmazione e controllo, nominati dalle stesse associazioni entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del Piano.
Trascorsi inutilmente i quattro mesi sopraprevisti, la Giunta Regionale provvederà alle nomine, entro e non oltre i trenta giorni successivi, sentite le associazioni no profit di tutela del malato registrate regolarmente nella regione; **(*) su questa parte del punto 16) la posizione espressa è del solo P.R.C.S.E., il P.d.C.I. su questo tema si riserva di esprimere una autonoma posizione.**
Inoltre le sperimentazioni gestionali prospettate nel piano in riferimento alle "Piattaforme Avanzate" previste non ci vede concordi perché vanno nella direzione della privatizzazione della ricerca e delle sue applicazioni.
Non vorremmo che con finanziamenti pubblici si avviano istituti di ricerca che subito dopo diventano privati qualora l'applicazione della ricerca dimostri utili di natura economica.
Inoltre, si rileva che accanto alla ricerca di nuove procedure di prevenzione e cura è necessaria una attività assistenziale di verifica e successivamente una attività di applicazione dei risultati sul territorio e, pertanto, occorre approntare un sistema che consenta queste tre attività e cioè la presenza di Centri di Eccellenza Assistenziali sulla modalità degli I.R.R.C. pubblici.
Pertanto la previsione delle predette Piattaforme Avanzate dovrebbero uniformarsi come Centri di Eccellenza Assistenziali.
In Italia, in generale, la ricerca non gode di buona salute per motivi che vanno dall'entità delle risorse, al modello organizzativo di ricerca, alla scarsa dinamicità del sistema, alla precarietà di molti ricercatori, ecc..
In Calabria la ricerca nel settore salutare è pressocchè assente.
La ricerca deve essere prevalentemente pubblica perché sia finalizzata a benefici di salute pubblica e non al profitto.
Perché gli Istituti di Ricerca possano sviluppare una ricerca utile alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione, è necessario che siano istituti pubblici.
Perché essi possano svilupparsi è necessario siano finanziati in modo adeguato con risorse pubbliche e che i ricercatori e le formazioni sociali (sindacati, associazioni, movimenti,ecc..) possano svolgere compiti di verifica e controllo del loro funzionamento con continuità .
Perché, inoltre, la ricerca possa essere più adeguata e tempestiva, è necessario che gli Istituti di Ricerca evolvano verso una struttura amministrativa più agile e in una organizzazione di programmazione in rete con precisi meccanismi di indirizzo e di acceso ai finanziamenti.

Pertanto, proponiamo che gli Istituti proposti siano pubblici e conseguentemente ad uso pubblico i risultati e le applicazioni terapeutiche.

17)- Servizio di Emergenza - PET 118 –

Con l'accorpamento delle ASL si rende necessario rivisitare le dislocazioni delle postazioni di 118, in considerazione che in alcuni territori l'intervento tempestivo dei soccorsi non rispetta i tempi indicati di 20 minuti.

Vi sono territori in cui la Postazione di 118 non arriva prima di 40 minuti.

Ciò è una condizione che mette a rischio la vita di quanti si trovano in questi territori periferici e non utilmente serviti dal servizio di emergenza.

Occorre prevedere l'inserimento dei P.S. degli ex ospedali zonali ubicati nelle sedi di distretto, previsti nella nostra proposta, nella rete dell'urgenza regionale.

18) La Partecipazione dei Cittadini - La partecipazione dei cittadini (individui, gruppi di volontariato, associazioni di pazienti, comunita locali) alla pianificazione, conduzione e monitoraggio dei servizi, auspicata e attuata da diversi sistemi sanitari nazionali, ha assunto proporzioni significative soprattutto nei paesi anglosassoni e in alcuni settori della sanita, quali l'HIV/AIDS, la patologia tumorale, l'ambito psichiatrico, le malattie croniche, la scelta delle priorita sanitarie.

Tuttavia le modalità di partecipazione sono eterogenee e ancora pochi studi hanno valutato la ricaduta pratica del processo di coinvolgimento.

E' infatti dimostrato che l'intervento pubblico ha cambiato alcune scelte e alcune pratiche nel sistema sanitario, ma non esistono prove sugli effetti riguardanti l'uso di servizi, la qualita della cura, o la salute dei pazienti.

Il coinvolgimento può recare beneficio ai pazienti rendendoli più consapevoli e capaci, aumentando i loro contatti sociali e le loro competenze e può tradursi in risultati migliori nei trattamenti, rendendo i medici più attenti alle esigenze dei pazienti, contribuendo a una migliore implementazione di linee guida e dando luogo a una migliore compliance ai trattamenti.

Può essere utile anche ai servizi migliorando i rapporti fra lo staff curante e i pazienti o i carer, aumentando la gratificazione e la capacita di lavorare insieme all'interno di un servizio e ottimizzando il rapporto costi-benefici dei servizi stessi.

Infine, coinvolgere i pazienti e i cittadini, al di la del miglioramento dei servizi sanitari, e visto da molti come un atto dovuto poichè i pazienti hanno comunque il diritto di intervenire nelle decisioni.

Le metodologie di coinvolgimento:
La partecipazione assume forme diverse e varia a seconda degli scopi, dei cittadini coinvolti, del grado di partecipazione, delle metodologie impiegate per supportarla, e del contesto.

Le conclusioni:
L'analisi della letteratura, riguardante il coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni in sanità, ci porta alla considerazione che la partecipazione a un gruppo di decisione non è sempre garanzia di una effettiva partecipazione alle decisioni da parte del paziente/cittadino.
Dietro alla dichiarazione di voler consultare la comunità, si possono nascondere processi di manipolazione, evidenti differenze culturali o di potere, che mettono in soggezione, inibiscono e condizionano la possibilità di esprimersi liberamente o influiscono sulla decisione presa.
La presenza di forti interessi economici condiziona l'operato di medici, associazioni di pazienti, autorità sanitarie.
Inoltre, la relazione fra le caratteristiche socio-demografiche e il processo di partecipazione e forte; la partecipazione e influenzata da regole burocratiche, pregiudizi, risorse limitate e regole organizzative.
Capita che le aspettative dei pazienti non siano realistiche e praticabili e che da parte di amministratori e sanitari si manifestino atteggiamenti di difesa del proprio potere.
Inoltre il coinvolgimento dei pazienti non e privo di costi e pochissimi studi fanno riferimento all'impatto economico delle iniziative di coinvolgimento.
Tuttavia molti studi riportano un vissuto positivo da parte dei pazienti che hanno partecipato a iniziative di coinvolgimento: i pazienti/cittadini hanno spesso raccolto con entusiasmo l'opportunita di partecipare a un processo di decisione e la loro autostima e cresciuta in seguito a questa esperienza.
Gli effetti più frequentemente riportati sono:
- la produzione di nuove forme di comunicazione per i pazienti;
- lo sforzo di rendere i servizi piu accessibili semplificandone le procedure, estendendo il tempo di accoglienza, migliorando la logistica e l'organizzazione, oltre che l'accesso per i disabili;
- i cambiamenti nella cultura dell'organizzazione sanitaria dopo che i pazienti sono entrati a fare parte della macchina organizzativa;
- l'appropriazione del senso della comunità, la sensazione di efficacia e di implicazione nel gruppo.

Proposta:
La comunicazione è un fattore centrale per ogni processo di partecipazione: e necessario comunicare chiaramente gli scopi della consultazione, le

regole procedurali, la relazione fra la consultazione e le decisioni prese, l'uso che sarà fatto della consultazione, quanto le decisioni siano negoziabili, quale sia il grado di conoscenze necessario per poter partecipare in modo efficace alla consultazione.
L'informazione è potere e l'informazione di buona qualità gioca un ruolo cruciale.
Il livello di potere e di considerazione del pubblico è determinato dalle forme di trasmissione delle informazioni e dalla qualità delle informazioni stesse.
La partecipazione dei cittadini, nella nostra regione, sinora si è quasi esclusivamente limitata alla interlocuzione di qualche associazione di malati che segnalano disservizi agli U.R.P. aziendali o all'ascolto della Direzione Generale delle stesse su richieste ed in merito a disfunzioni rilevate.
Le Aziende sanitarie calabresi esauriscono il compito di informazione ai cittadini spesso con la compilazione e divulgazione della Carta dei Servizi, rispetto alla cui formulazione i cittadini non sono affatto coinvolti, e nel rapporto professionale che intercorre tra i vari professionisti del settore ed i cittadini.
In Calabria, dove nel sistema salutare si annidano molte nicchie di potere, è indispensabile che le modalità di partecipazione al sistema siano ben codificate e consentano al cittadino la possibilità di intervenire sia nella programmazione che nelle fasi di erogazione dei servizi e dei controlli anche di qualità nonchè nell'uso dei farmaci.
Nell'immediato si propone l'attivazione, entro tre mesi dall'approvazione del Piano, da parte delle A.S.P. e A.O. dei seguenti strumenti di partecipazione:
-**URP:** è già presente all'interno delle A.S. e garantisce l'informazione su tutti i servizi sanitari dell'azienda, l'accoglienza, la tutela e l'ascolto dei cittadini.
Ogni sei mesi le A.S. inviano all'Assessorato alla Salute una relazione dettagliata sulle disfunzioni segnalate agli U.R.P. dai cittadini e dalle loro associazioni di rappresentanza, con l'indicazione delle azioni correttive poste in essere dall'A.S..
L'Assessorato alla salute, annualmente, relaziona in una apposita conferenza sullo stato delle disfunzioni rilevate nel sistema e sui correttivi approntati.
-**Protocolli o accordi:** le aziende sanitarie li stipulano con le associazioni di volontariato e tutela.

Gli accordi devono prevedere gli ambiti e le modalità di collaborazione delle associazioni di volontariato e di tutela all'interno delle strutture sanitarie.

I protocolli di intesa riguardano essenzialmente i seguenti aspetti:

- **la tutela: si riconosce alle associazioni un ruolo di sostegno al cittadino per la presentazione di eventuali reclami, e di presenza all'interno della Commissione mista conciliativa.**
- **l'accoglienza e l'umanizzazione dei servizi.**
- **il confronto sul costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini.**
- **la rilevazione del gradimento dei servizi da parte dell'utenza, in collaborazione con l'azienda.**
- **la partecipazione ai controlli di qualità.**
- **Collaborazione alla programmazione dei programmi di educazione sanitaria.**

-Conferenza dei servizi: viene convocata annualmente dall'azienda sanitaria, è un momento di incontro e confronto tra operatori, forze sociali, istituzioni e cittadini per verificare l'andamento dei servizi.
-Commissione Mista Conciliativa: è composta da rappresentanti dell'azienda e delle associazioni di volontariato e tutela.
Il presidente è designato dal Difensore civico del comune dove ha sede la direzione generale dell'azienda USL, d'intesa con le associazioni di volontariato e tutela.
Nel percorso del reclamo la Commissione ha il compito di riesaminare il caso qualora il cittadino non si ritenga motivatamente soddisfatto della decisione del Direttore Generale o di esaminare i casi che l'URP ritiene opportuno, in ragione della complessità e delicatezza della materia, rimettere alla decisione della Commissione.

Si propone, inoltre, l'attivazione, entro tre mesi dall'approvazione del Piano, da parte della Regione di un Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute.

Il Forum è istituito presso la Giunta Regionale e ne fanno parte l'Assessore Regionale alla Salute, che lo presiede, ed associazioni di tutela e promozione dei diritti dei cittadini/utenti.
Nel Forum si realizzano momenti di confronto, consultazione e proposta su tutte le materie attinenti al diritto alla salute.

La Regione promuove, inoltre, annualmente momenti di confronto diretto con i cittadini/utenti tramite anche la realizzazione di indagini,

anch'esse fatte annualmente, di gradimento in merito ai servizi sanitari offerti.

La comunicazione, infine, viene assunta dalla regione Calabria come esigenza primaria per il servizio sanitario e sociale e comunicare significa anche ascoltare, assumere il punto di vista del cittadino, quale termine di riferimento per la qualificazione del sistema.

19) **E' istituita a livello regionale presso l'Assessorato alla Salute la creazione di una struttura di coordinamento tra i diversi Dipartimenti di Prevenzione delle varie A.S.P. .**

Ciò al fine di consentire una omogeneizzazione di azione sui territori in un settore molto delicato e che necessita della giusta allocazione delle risorse del 5% del Fondo sanitario regionale.

Va implementata una puntuale attività di formazione ed aggiornamento delle professionalità presenti sul territorio.

Le gravi carenze di dotazioni organiche e gli insufficienti ausili a disposizione dei servizi afferenti al D.d.P. sono responsabili dei ritardi rilevati rispetto alla capacità di garantire la puntuale applicazione di norme di ispirazione comunitaria (regolamenti, decisioni, ecc.).

Nella nostra Regione vi sono ritardi nel fornire risposte certe su numerose patologie legate al consumo di alimenti, scomparse da tempo nella gran parte delle regioni italiane, e presenti tutt'ora in Calabria, (sono dell'ordine di diverse centinaia all'anno, le ospedalizzazioni per infezioni brucellari); vi sono ritardi e carenze anche nel settore dei controlli sui luoghi di lavoro (si considerino i troppi incidenti segnalati ogni anno).

20) **Si propone, entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del Piano, a cura della Giunta Regionale, l'istituzione di una "Agenzia regionale indipendente per l'informazione scientifica" con il compito di formare, per conto del S.S.R., informatori scientifici indipendenti.**

Questi informatori scientifici avranno la funzione di fornire ai professionisti sanitari una informazione corretta sulle evidenze scientifiche del farmaco e sulle tecnologie presenti nel mercato salutare.

Si ritiene che a regime ciò comporterà economie sull'uso dei farmaci e delle tecnologie.

L'Agenzia regionale emana direttive di regolamentazione del rapporto informatore scientifico-professionisti della salute all'interno delle A.S.P. e A.O..

L'Assessorato alla Salute, entro e non oltre due mesi dall'istituzione dell'Agenzia regionale indipendente per l'informazione scientifica, emana apposito regolamento di funzionamento della predetta Agenzia, con l'indicazione delle risorse per il funzionamento, dell'allocazione e del personale necessario.

Entro e non oltre otto mesi dall'approvazione del Piano, la Giunta Regionale reperisce le risorse indicate per il funzionamento della predetta Agenzia.
Entro e non oltre dodici mesi dall'approvazione del Piano, la predetta Agenzia deve essere funzionante.
E' fatto obbligo ai Direttori generali delle A.S.P. e A.O. di regolamentare, entro e non oltre due mesi dall'approvazione del Piano, i Comitati Etici e rendere pubbliche le deliberazioni degli stessi, entro trenta giorni dall'adozione.
E' fatto obbligo ai direttori generali delle A.S.P. e A.O. di pubblicizzare e annotare in apposito albo, pubblico, entro due mesi dalla ricezione, ogni donazione, contributi e sponsorizzazioni ricevute, a qualsiasi titolo, da industrie farmaceutiche o da altri soggetti pubblici o privati.
I direttori Generali delle A.S.P. e A.O. si fanno promotori di apposite intese con le industrie del farmaco e di altre tecnologie per convogliare contributi e sponsorizzazioni, a favore dei professionisti salutari dell'azienda, presso l'Ufficio di Formazione aziendale.
21) Occorre dotare i consultori di tutte le figure professionali previste dalle norme nazionali e regionali e garantire la loro allocazione in locali idonei, facilmente raggiungibili e identificabili dall'utenza e con spazi sufficienti a comprendere tutte le attività previste.
Si prevedono all'interno dei consultori altre figure professionali come i mediatori e mediatrici culturali per facilitare l'accesso e la fruizione del servizio alle donne, alle coppie, ai minori migranti.
Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, le A.S.P. prevedono il fabbisogno organico del mediatore culturale e lo trasmettono all'Assessorato alla Salute per i dovuti adempimenti.
Bisogna vigilare perché la legge 194 sia applicata in ogni A.S.P. e A.O. con un ruolo principe del consultorio e un lavoro di rete con i servizi sociali comunali e delle A.S., il Tribunale, gli ospedali, i presidi sanitari territoriali.
L'obiezione di coscienza deve essere garantita senza che essa sia di ostacolo all'applicazione della legge.
Deve essere consentita la sperimentazione dell'utilizzo della RU 486.
Bisogna ridare ai consultori il significato e le funzioni originarie di presidio socio-sanitario di comunità che programma, organizza e realizza con soggetti e istituzioni diverse campagne di prevenzione, di educazione sanitaria, di sostegno alla maternità responsabile, di sostegno alle decisioni e ai percorsi per la interruzione volontaria di gravidanza, di aiuto alle coppie, di promozione di interventi e azioni a tutela della salute della donna nell'arco dell'intera vita.

Il consultorio non deve essere il luogo dell'utenza povera e marginale, ma deve coinvolgere tutte le donne che devono potersi riconoscere in questa struttura.
Gli ambulatori pubblici di ginecologia e ostetricia devono essere adeguatamente organizzati per garantire una migliore assistenza e una maggiore cura del rapporto ginecologo-donna, presupposto per essere competitivi rispetto alle strutture private.
A conclusione del lavoro ci preme evidenziare che quanto espresso rappresenta, per noi, un obiettivo concretamente raggiungibile, nel settore salutare, perché si avvii un concreto percorso verso la partecipazione, la trasparenza e l'efficacia reale di un sistema dalla parte del cittadino.
Cose, queste, a cui non intendiamo rinunciare affinchè il diritto alla salute, in Calabria, sia effettivamente esigibile.

lì 05-08-2007 **P. R. C. S. E. – P.d.C.I. CALABRIA**

EMENDAMENTI PROPOSTI AL PIANO REGIONALE DELLA SALUTE.

Sulla scorta di quanto analizzato e delle considerazioni espresse nella relazione di analisi del Piano proposto, si propongono i seguenti emendamenti:

1) l'ambito territoriale si configura solo come uno strumento per consentire ai cittadini riferimenti, certi sul territorio, di una Direzione differita, e consentire un maggiore coordinamento delle attività e, comunque, la verifica della loro reale utilità avviene al termine di vigenza del Piano Regionale della Salute da parte dell'Assessorato alla Salute, che informa la giunta nonché la commissione regionale consiliare competente, entro e non oltre trenta giorni dall'avvenuta verifica.

Vi è un Ambito territoriale per ogni A.S.L. che è stata accorpata, con un solo Presidio Ospedaliero Unico per ambito.

Il "Referente" assume la denominazione di "direttore di ambito", il quale deve essere un dirigente dell'azienda che ha maturato un'esperienza almeno quinquennale in posizione di direttore di struttura complessa, con gestione di risorse economiche e di personale in modo autonomo, ed essere in possesso del titolo di "esperto" in Management Sanitario rilasciato da struttura riconosciuta per legge.

La natura dell'incarico del Direttore di Ambito è di tipo Gestionale.

L'incarico viene conferito dal Direttore generale dell'A.S.P. con procedure di evidenza pubblica, comparazione dei curricula e motivazione scritta.

Le funzioni di Direttore di Ambito sono di coordinamento delle attività di prevenzione, cura e diagnosi e di gestione delle risorse strutturali, tecnologiche ed umane.

Il Direttore di Ambito si relaziona con il Direttore Generale, amministrativo e sanitario dell'A.S.P. da cui dipende gerarchicamente e funzionalmente.

Il Direttore di Ambito svolge le funzioni ad esso delegate dal direttore generale, sanitario e amministrativo e non svolge funzioni di programmazione sanitaria.

Il Direttore di Ambito si relaziona con ciascun Capo Dipartimento per le attività dei vari dipartimenti nell'ambito nonché con i direttori di distretto ed il direttore sanitario e amministrativo del presidio unico.

Laddove si creino situazioni di conflittualità riguardanti la funzionalità delle attività dipartimentali e/o distrettuali e/o ospedaliere tra il direttore di ambito ed il capo dipartimento, direttore di distretto ed i direttori sanitario e amministrativo del presidio unico, il direttore di ambito informa

immediatamente il direttore generale che decide in merito, anche con delega al direttore di ambito;
2) I dipartimenti sono unici per ogni A.S.P., non sono previsti dipartimenti negli ambiti territoriali;
3) I distretti nelle aree urbane non possono superare un bacino di utenza di 100.000 abitanti, nelle aree extraurbane e a minore densità abitativa il bacino di utenza per ogni distretto non può essere inferiore a 50.000 abitanti;
4) l'Assessorato alla Salute, entro e non oltre trenta giorni dal conferimento dell'incarico di Direttore Generale di A.S.P., rende pubblico il curriculum sul B.U.R. regionale;
5) Il Direttore Generale di A.S.P., entro e non oltre trenta giorni dalla nomina del direttore sanitario, amministrativo e di Ambito, rende pubblici il curriculum di ogni incaricato.
Il Direttore Generale di A.S.P., contestualmente alla pubblicizzazione del curriculum del Direttore di Ambito, rende pubblici i curricula degli altri concorrenti esclusi.
Laddove trascorsi trenta giorni dalle suddette nomine e il Direttore di A.S.P. non abbia proceduto anche ad una sola delle pubblicizzazioni sopra scritte, lo stesso decade dall'incarico insieme a tutti i nominati;
6) l'alternativa, a quanto da noi proposto, prevede il seguente emendamento: "l'A.S.P. ha una organizzazione per dipartimenti provinciali e nessuna articolazione in ambiti territoriali";
7) la rete degli ospedali pubblici per acuti è costituita dagli ospedali di base (sino a 60 p.l. per acuti oltre a posti letto per non acuti), dagli ospedali di riferimento di ambito (con una dotazione di almeno 236 p.l. per acuti e 20 posti letto per non acuti), dagli ospedali di supporto agli ospedali di riferimento di ambito (con una dotazione superiore a 60 p.l. per acuti oltre a posti letto per non acuti), dalle Aziende Ospedaliere.
L'ospedale pubblico di Lungro è per non acuti con una dotazione di 57 p.l., P.P.I. e poliambulatori specialistici
L'ospedale di Mormanno è sede di ospedale di comunità, con allocazione di poliambulatori specialistici e di P.P.I..
Negli ospedali di Lungro e Mormanno restano allocati i servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio declassati a strutture semplici;
8) La dotazione di posti letto a funzioni "regionali" e di Alta Specialità nell'A.O. di Cosenza è di 711, di cui 629 acuti e 82 non acuti, nell'A.O.U. di Catanzaro è di 706, di cui 667 acuti e 39 non acuti, nell'A.O. di Reggio Calabria è di 800, di cui 759 acuti e 41 non acuti;
9) gli ospedali di base hanno la seguente dotazione standard di posti letto per acuti e per specialità aumentabile sino a 60 p.l. oltre a posti letto per

non acuti, nonché i seguenti servizi: a) Medicina Generale, 24 p.l.; b) Chirurgia Gen. prevalentemente di Day Surgery, 12p.l.; c) Pronto Soccorso con n. 6 posti letto di osservazione e stabilizzazione del paziente; d) attività di dialisi (8 p.l.) ove necessaria; e) servizi di diagnostica per immagini e di laboratorio declassati a strutture semplici; f) casa della salute.
I servizi di supporto, per evitare diseconomie, devono essere effettivamente tarati per il reale bisogno.
I sottoelencati ospedali sono configurati come ospedali di base e hanno la seguente dotazione di posti letto per acuti, aumentabile sino a 60 p.l., e di p.l. per non acuti: Praja a Mare (50 acuti +12 non acuti), S.Marco Argentano(59 acuti), Trebisacce(50 acuti +33 non acuti), Chiaravalle(50 acuti + 40 non acuti), Soveria Mannelli(50 acuti + 44 non acuti), Soriano Calabro(50 acuti + 62 non acuti), Tropea(50 acuti), Oppido Mamertina(50 acuti), Scilla(60 acuti) per un totale di 469 p.l. per acuti e 191 p.l. per non acuti.
Il ruolo di questi ospedali e quello di: -meglio governare il livello di "criticità intrinseca" presente nell'implementazione del Piano;- garantire un livello di risposta territoriale di I livello senza "ingolfare" l'ospedale di riferimento;- garantire una "prima risposta in loco" tenendo conto sia delle difficoltà di trasporto di alcune aree regionali che della presenza di popolazione anziana ed a basso reddito; - facilitare il necessario passaggio graduale verso l'appropriatezza ospedaliera; - consentire lo sviluppo uniforme sul territorio delle necessarie attività assistenziali territoriali evitando pericolose assenze di risposte soprattutto per le fasce a rischio (anziani); - diminuire i disagi derivanti dalla necessaria temporizzazione per il raggiungimento degli indici previsti di T.U e tasso di ricovero.
I seguenti ospedali con l'elencato numero di posti letto sono "ospedali di supporto agli ospedali di riferimento di ambito": - Paola 73 p.l per acuti e 10 p.l. per non acuti; -Cariati 70 p.l. per acuti e 47 p.l. per non acuti; - Acri 70 posti letto per acuti; - Rogliano 70 posti letto per acuti; - San Giovanni in Fiore 70 p.l. per acuti ; - Soverato 70 p.l. per acuti e 19 p.l per non acuti; - Serra S.Bruno 80 p.l. per acuti; - Siderno 90 p.l. per acuti e 74 p.l. per non acuti- Polistena 120 p.l per acuti e 59 p.l. per non acuti; - Melito Porto Salvo 100 p.l. per acuti e 105 p.l. per non acuti, per un totale di 813 p.l. per acuti e 314 p.l. per non acuti.
Gli ospedali di riferimento proposti, Cetraro, Castrovillari, Nuovo Ospedale della Sibaritide, Crotone, Lametia Terme, Vibo valenzia, Locri, (*)Nuovo Ospedale della Piana, ad esclusione delle Aziende Ospedaliere di Cosenza Catanzaro e Reggio Calabria (in cui sono allocati posti letto dell'ospedale di riferimento, posti letto con funzioni regionali e di alta specialità), hanno una dotazione standard di base di p.l. per acuti pari a 236 e di p.l per non

acuti pari a 20 modulabile, in aumento, in rapporto alla popolazione di riferimento e alla presenza di altre strutture ospedaliere pubbliche.
Gli otto ospedali di riferimento sopra scritti hanno una dotazione complessiva di p.l. per acuti pari a 2247 e di posti letto per non acuti pari a 238.

(*) IL SOLO P.d.C.I. NON RITIENE OPPORTUNA LA REALIZZAZIONE DELL'OSPEDALE DELLA PIANA E PROPONE LA RIQUALIFICAZIONE, NELL'AMBITO DI PALMI, DEGLI ATTUALI P.O. ESISTENTI UTILIZZANDO LE RISORSE DI CUI ALL'ARTICOLO 20 EX LEGGE 87/90.

Le specialità con n. di posti letto previsti come standard nell'ospedale di riferimento sono:

p.l.	p.l. p.l.
Medicina G.	20 + 4 diabetologia + 4 reumatologia
Chirurg. G.	22 + 6 urologia
Rianimazione	6
Pediatria	10 + 4 neonatologia
Cardiologia	20 +8 U.T.I.C.
Geriatria	12
Riabiltaz. Int.	16 + 4 riabilitazione estensiva
Astanteria PS	8
Dialisi	8 + 4 nefrologia
Neurologia	10
Oculistica	8
Otorino	8
Ortopedia	20
Pneumologia	16
S.P.D.C.	10
Ostetr. Gin.	20
Oncologia	8

TOTALE 236 posti letto

10) i p.l. nelle strutture di tipo ospedaliero per acuti, hanno un rapporto del 70% nel pubblico e del 30% nel privato.
Entro due anni dall'approvazione del piano il suddetto rapporto deve essere raggiunto in ogni Ambito di A.S.P. ;
11) Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, nel settore degli acuti la Regione indica per il settore privato e per ogni struttura le modalità e la relativa tempistica, non superiore a sei mesi, di riconversione o dismissione delle specialità in "esubero", rispetto alla programmazione regionale, con l'indicazione dei relativi posti letto;

12) il rapporto pubblico privato per i p.l. nelle strutture ospedaliere per non acuti non riabilitative (lungodegenza) viene fissato nella misura del 70% per le strutture pubbliche e 30% per le strutture private.
Questo rapporto deve essere raggiunto in ogni Ambito entro e non oltre due anni dall'approvazione del Piano;
13) nel settore riabilitativo il rapporto pubblico-privato per i p.l. viene fissato nella misura dell'80% per le strutture pubbliche e 20% per le strutture private che erogano prestazioni codici 75 e 28.
Per le strutture che erogano prestazioni riabilitative codice 56 il rapporto per i p.l. viene determinato nella misura del 70% per le strutture pubbliche e del 30% per le strutture private.
Questo rapporto deve essere raggiunto in ogni Ambito entro e non oltre due anni dall'approvazione del Piano;
14) per le strutture residenziali, R.S.A e Case Protette, il rapporto per i p.l. viene fissato nella misura del 60% per le strutture pubbliche e del 40% per le struttura private.
Questo rapporto deve essere raggiunto in ogni Ambito entro e non oltre due anni dall'approvazione del Piano;
15) gli indici di riferimento nel Piano per le strutture riabilitative codice 75 e codice 28 sono rispettivamente di 0,020 e 0,010 posti letto ogni 1000 abitanti.
Per le strutture riabilitative cod. 56 l'indice di riferimento è di 0,47 p. l. x 1000 ab. (0,18 posti letto ogni 1000 abitanti per la riabilitazione intensiva e 0,29 p.l. ogni 1000 ab. per riabilitazione estensiva);
16) nelle strutture semiresidenziali e a ciclo diurno della rete assistenziale il rapporto pubblico- privato è fissato nella misura del 50% sia per le strutture pubbliche che per quelle private.
Questo rapporto deve essere raggiunto in ogni Ambito entro e non oltre due anni dall'approvazione del Piano;
17) Gli indici di attività specialistica da attivare negli ambiti territoriali delle A.S.P. calabresi, entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano, sono i seguenti:

	CALABRIA 2007
PRESTAZIONI	*%per 1000 ab*
Cardiologia	252
Chirurgia generale	64
Dermatologia	83
Diabetologia	278
Endocrinologia	55
Fisiatria	82
Medicina fisica e riabilitazione	1.409

Oculistica	158
Odontoiatria	88
Oncologia	33
Ortopedia	109
Ostetricia e ginecologia	127
Otorinolaringoiatria	90
Penumologia	47
Psichiatria	99
Gastroent. e Chir. Endoscopica	37
Neurologia	100
Laboratorio analisi	15.652
Diagnostica per immagine	896

18) l'indice di spesa per l'attività in A.D.I. e A.D.P. distrettuale viene aumentato al 4%.
Le attività in A.D.I. e A.D.P. sono gestite direttamente dalle A.S.P.
In ogni ambito distrettuale si rende necessario approntare servizi di "presa in carico" della fascia d'utenza anziana, per malati terminali, per particolari patologie, per disabilità temporanee avente l'obiettivo di garantire assistenza nel proprio ambito socio-familiare e nel contempo evitare ricoveri impropri.
Gli obiettivi specifici facenti capo al servizio di cure domiciliare sono:
-assistere le persone con patologie e/o problematiche sociali trattabili a domicilio, favorendo il recupero ed il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, al fine di migliorare la loro qualità di vita;
-supportare i "care givers" e trasmettere loro eventuali competenze per un'autonomia di intervento;
-ridurre il ricorso ad ospedalizzazioni improprie;
-effettuare dimissioni protette;
-qualificare ed umanizzare l'assistenza socio sanitaria integrata a domicilio rivolta preferibilmente a soggetti ultrasessantacinquenni che si trovano in condizioni di non autosufficienza o disabilità temporanea conseguenti ad una malattia e che necessitano prevalentemente di singole prestazioni sanitarie per un tempo determinato;
19) La Casa della salute nella realtà distrettuale rappresenta una struttura capace di fornire una risposta globale ai bisogni di salute, superando la frammentazione dell'offerta di servizi che anche logiche "campanilistiche" hanno prodotto in questi ultimi anni.
E' evidente, però, che le Case della Salute non possono essere la risposta esaustiva in termini complessivi in Regioni come la Calabria dove è impensabile l'utilizzo delle suddette strutture nelle zone di montagna e in

zone dove i centri abitati sono piccoli, la viabilità si presenta precaria e i tempi di percorrenza tra i diversi paesini sono lunghi.
E' istituita almeno una "Casa della Salute" in ogni distretto a bassa densità abitativa (sino a 50.000 ab.).
Sono istituite almeno due "Casa della Salute" nei distretti ad alta densità abitativa (per la Calabria), con una popolazione oltre i 50.000 e sino a 100.000 ab., ubicati in area di capoluogo o in aree urbane di medie dimensioni (almeno 50.000 ab).
La Casa della Salute viene primariamente ubicata negli ospedali di base, e nelle sedi di distretto, nelle strutture pubbliche interessate a parziale o totale riconversione e nelle strutture pubbliche realizzate e mai attivate.
E' prevista nel Piano l'attivazione di n. 40 "Casa della Salute".
Entro e non oltre il I anno di vigenza del Piano sono attivate n. 11 Case della Salute, una per ex A.S.L..
Il numero di posti residenziali per le R.S.A e le Case Protette è fissato in 4400 posti letto, di cui 1750 nelle R.S.A e 2690 nelle Case Protette.
Non essendo ancora possibile una classificazione dei bisogni assistenziali dei soggetti interessati, condizione necessaria per una ripartizione oggettiva dei posti letto tra R.S.A. e Case Protette, il rapporto tra R.S.A e Case Protette è di circa 1 a 1,5.
Non si prevedono attivazioni di R.S.A. M. perché si ritiene vada fortemente accelerata l'attivazione delle lungodegente post-acuzie.
Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, l'Assessorato alla Salute fissa il numero, per ambito territoriale, delle strutture (Centri di riabilitazione diurna per disabili e utenti psichiatri, presidi residenziali di riabilitazione, Comunità alloggio per utenti psichiatrici, Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti e per utenza psichiatrica, Comunità alloggio per disabili) che erogano le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semiresidenziale previste nel D.P.C.M. del 29-11-2001 e s.m.i., condizione per una omogenea e sufficiente erogazione delle suddette prestazioni.
Entro e non oltre diciotto mesi dall'approvazione del Piano sono realizzate, in ogni ambito, il 50% delle seguenti strutture: Centri di riabilitazione diurna per disabili e utenti psichiatri, presidi residenziali di riabilitazione, Comunità alloggio per utenti psichiatrici, Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti e per utenza psichiatrica, Comunità alloggio per disabili;
20) i Poli Sanitari Territoriali (P.S.T.), oltre a garantire i servizi dell'ex S.A.U.B. e di Assistenza Domiciliare, sono sedi di semplici poliambulatori e dimensionati per l'erogazione di prestazioni di specialistica più comune e non richiedenti particolari necessità strumentali: cardiologia-diabetologia-fisiatria-otorino-broncopneumologia.

Tale scelta scaturisce dal previsto dimensionamento della Casa della Salute.
Un numero maggiore di Casa della Salute, al momento, non è possibile in assenza di realizzate economie di scala.
La diversificazione dell'offerta proposta, con l'incremento dei servizi domiciliari e delle strutture territoriali di diversa complessità, nell'ambito distrettuale, consente di ridurre i disagi dei soggetti più deboli, legati alle distanze dal "centro", spesso accentuati dalla scarsa viabilità e carenza di collegamenti e contenere la spesa;
21) l'attivazione del "Centro Unico Regionale per gli Acquisti in Sanità" è prevista entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano;
22) E' predisposto, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, con delibera di Giunta Regionale, un Piano Formativo Regionale dei bisogni formativi del sistema salutare**,** che faccia fronte alla inadeguatezza dell'offerta formativa regionale.
Nel Piano deve essere indicato il fabbisogno formativo triennale relativo alle figure professionali carenti nel S.S.R.;
23) Il ruolo dell'università con il sistema salutare regionale deve essere valorizzato anche rispetto all'apporto che questa può fornire per l'individuazione delle alterazioni di molti determinanti della salute (acqua, aria, alimenti, sostanze nocive ecc.), fattori su cui nella nostra regione quasi nulla sinora si è fatto.
La giunta Regionale, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, a tal fine, affida incarico al sistema universitario calabrese per la redazione e presentazione alla Giunta Regionale, entro e non oltre tre mesi dal conferimento dell'incarico, di un "Progetto Regionale specifico per l'individuazione, sul territorio regionale, delle alterazioni di alcuni determinanti della salute".
Il progetto viene approvato dalla Giunta Regionale nei trenta giorni successivi dalla presentazione del progetto.
Entro e non oltre un anno dall'approvazione del Piano la Giunta Regionale provvede al finanziamento, anche in parte, del Progetto che deve diventare operativo nei 60 giorni successivi al finanziamento;
24**)** La "Fondazione T. Campanella", ubicata a Catanzaro, viene trasformata in polo oncologico regionale del S.S.R. e afferente all'azienda ospedaliera-universitaria di Catanzaro;
25) Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, la Giunta Regionale definisce un Piano Regionale delle Assunzioni nel settore salutare, concertato con le OO.SS., che indichi il fabbisogno a regime di personale e le modalità di stabilizzazione degli attuali lavoratori precari nelle varie A.S.L./A.O. regionali.

La stabilizzazione deve avvenire entro e non oltre un anno dall'approvazione del Piano;
26) Entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del piano i direttori generali delle A..S. P. e A.O. devono relazionare in Commissione Regionale Bilancio in merito all'andamento della spesa nelle rispettive aziende.
Successivamente la suddetta audizione avverrà con cadenza annuale;.
La Giunta Regionale, entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del piano, certificherà tutto il debito pregresso;
27) Entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del piano, le A.S.P. e le A.O. strutturano una efficace e capillare distribuzione dei farmaci, anche generici, da parte delle farmacie ospedaliere e territoriali delle A.S.L.;
28) Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, l'Assessorato alla Salute predispone ed inizia ad attuare campagne di sensibilizzazione per la collettività sul buon uso dei farmaci e controlli su quei territori e quei prescrittori che sforano abbondantemente la spesa media pro-capite senza motivazioni correlate a particolari stati morbosi;
29) Entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del Piano, l'Assessorato alla salute formula un "Progetto Obiettivo Regionale per la Psichiatria" con la previsione dell'integrazione socio-sanitaria e l'individuazione delle risorse certe da destinare ai piani di Zona (coincidenti con i Distretti);
30) Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano L'Assessorato alla Salute definisce e trasmette alle A.S.P. le indicazioni per i D.S.M. (unici per ogni A.S.P.) affinchè questi individuino valide strategie di deistituzionalizzazione a favore di quei soggetti oggi ospitati, a vario titolo, in strutture private praticamente in modo obbligatorio, privilegiando strutture intermedie a gestione diretta del pubblico o con il privato sociale;
31) Sono ridotti del 50% i p.l. delle Case di Cura Psichiatriche, per come indicato nelle linee guida, entro il 31-12-2007.
Al loro posto sono istituite Case Famiglia che devono essere allocate fuori dalle Case di Cura.
Entro e non oltre tre anni il restante 50% dei posti letto rimasti nelle Case di Cura Psichiatriche devono esaurirsi, attraverso una programmazione della progressiva disattivazione ad opera dei D.S.M.;
32) Entro e non oltre un anno dall'approvazione del Piano, tutti i C.S.M. sono aperti all'utenza nelle 24 h e forniscono prestazioni in day e night-hospital.
I singoli DSM, unici per ASP, sono articolati in moduli con utenza di 150-300.000 abitanti;

33) Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, l'Assessorato alla Salute indica i percorsi, le risorse assegnate, i tempi e le modalità di attuazione sui vari territori delle proposte presenti nelle linee guida, la definizione in riferimento agli accreditamenti delle attuali Case di Cura Psichiatriche, il rapporto pubblico-privato in questo settore;
34) Il Papa Giovanni XXIII di Serra d'Aiello viene riconvertito in 3 moduli di 20 p.l. di R.S.A. per anziani non autosufficienti e una Casa Protetta di 60 p.l..
Nel caso la Regione subentri alla attuale proprietà (Fondazione Papa Giovanni XXIII), l'Istituto sarà sede di attività di formazione regionale per figure professionali legate all'assistenza sociale**.**
Entro e non oltre sessanta giorni dall'approvazione del Piano, l'Assessorato alla Salute redige un "Piano di Ricollocazione del Personale", con l'indicazione delle modalità e dei tempi necessari per la ricollocazione del personale dell'Istituto nei servizi territoriali sanitari e sociali previsti nei piani di zona, nei piani delle attività distrettuali e nelle strutture ospedaliere pubbliche e private e nel privato sociale primariamente dell'ambito Paola-Cosenza.
Entro e non oltre 120 giorni dall'approvazione del piano deve essere conclusa la fase di ricollocamento del personale;
35) Entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del Piano, viene istituita presso l'Assessorato alla Salute una struttura di coordinamento dei vari S.E.R.T. regionali con la funzione di effettuare un'analisi dello stato degli interventi sui territori, e coordinare l'attività;
36) E' istituito, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, "l'Osservatorio Epidemiologico Regionale sul Fenomeno delle Dipendenze" presupposto per un piano regionale di settore.
Entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano regionale della Salute, viene emanato a cura dell'Assessorato regionale alla Salute il "Piano Regionale di Settore sul Fenomeno delle Dipendenze" con l'obiettivo di implementare procedure e protocolli uniformi sul territorio regionale e azioni efficaci nella prevenzione, cura e riabilitazione;
37) La Regione si impegna ad affrontare la questione delle cure odontoiatriche pubbliche almeno per l'infanzia e gli anziani, data la rilevanza delle spese, in questo settore, sostenute dalle famiglie calabresi. Entro un anno dall'approvazione del Piano, l'Assessorato Regionale alla Salute rende operativo un Progetto Obiettivo per le Cure Odontoiatriche che implementi le suddette cure in modo uniforme sul territorio regionale.
Entro e non oltre nove mesi dall'approvazione del Piano, la Giunta Regionale definisce le risorse economiche necessarieper l'applicazione del Progetto Obiettivo;

38) In Calabria si è assistito a fenomeni di privatizzazione di alcuni servizi di assistenza sanitaria per le donne.
L'Assessorato alla Salute, entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano, istituisce un "Osservatorio Regionale sui Bisogni di Salute delle Donne" ed i relativi "Osservatori Territoriali sui bisogni di Salute delle Donne" per A.S.P..
L'assessorato alla salute, d'intesa con quello per le politiche sociali, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano e, in concertazione con le associazioni "di donne" presenti sul territorio regionale, adotteranno relativa disciplina per l'organizzazione e il funzionamento dell'Osservatorio Regionale sui Bisogni di Salute delle Donne e dei relativi Osservatori Territoriali per A.S.P. .
Gli Osservatori Territoriali rappresentano una interfaccia, un punto di incontro tra dati statistici, protocolli scientifici, pratiche sanitarie, opinioni, vissuti ed esperienze delle donne coinvolte.
L'obiettivo di questi osservatori è quello di promuovere la costruzione di un pensiero critico, di un atteggiamento consapevole e informato sulle pratiche sanitarie.
Gli osservatori devono rappresentare un punto di incontro tra tecnici della salute e donne per un nuovo rapporto tra scienza, medicina e differenza femminile.
Gli osservatori territoriali e quello regionale utilizzeranno gli strumenti e metodologie di lavoro anche innovative oltre a quelle convenzionali (interviste, ricerche, incontri, lavori di gruppo, raccolta dati, catalogazione, pubblicazioni scientifiche, ecc.);
39) gli indici di riferimento per l'istituzione dei previsti centri regionali di trapianto reni, fegato, delle cardiochirurgie e delle alte specialità devono essere gli indici medi presenti sul territorio nazionale al fine di razionalizzare le risorse e costituire centri di eccellenza reali anche per casistica trattata; **(*) POSIZIONE DEL SOLO P.R.C.S.E., IL P.d.C.I. E' D'ACCORDO CON LA PROPOSTA DEL PIANO REGIONALE DELLA SALUTE DELL'ASSESSORATO PER QUANTO ATTIENE IL NUMERO E L'ALLOCAZIONE DELLE CARDIOCHIRURGIE.**
40) E' istituito, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, presso l'Assessorato Regionale alla Salute il "Servizio di Mappatura Regionale dei Bisogni di Salute".
E' istituito, entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano, il "Servizio di "Mappatura dei Bisogni di Salute" per A.S.P., con relativo regolamento di funzionamento, che coordina i relativi servizi di Mappatura dei Bisogni di salute di ogni Distretto, che devono essere istituiti dal Direttore di Distretto nello stesso periodo.

La primaria mappatura dei bisogni di salute deve avvenire nell'ambito del Distretto Sanitario.
Il bacino distrettuale è considerato ottimale come scala di grandezza per la rilevazione dei bisogni assistenziali.
Del Servizio Mappatura dei Bisogni di Salute del distretto fanno parte un rappresentante dei servizi sociali comunali e dell'A.S., dei medici di M.G, dei pediatri di libera scelta, dei Dipartimenti aziendali, delle associazioni noprofit e del servizio epidemiologico dell'A.S..
Il Servizio deve essere informatizzato e collegato in tempo reale ai soggetti prima citati messi in rete attraverso un cablaggio da effettuarsi, a cura dell'A.S.P., entro e non oltre tre mesi dall'istituzione del servizio nell'A.S.P..
I servizi di Mappatura dei Distretti fanno capo ad un servizio centrale aziendale che è in funzione di staff del Direttore Generale dell' A.S.P..
I servizi di Mappatura dei Bisogni di Salute di ogni A.S.P. sono collegati informaticamente ad un apposito servizio di Mappatura dei bisogni di salute presso l'Assessorato regionale alla Sanità.
Alla suddetta rete può accedere, anche a livello distrettuale, il singolo cittadino per segnalare il proprio bisogno di salute o quello di persone a lui vicine che è sfuggito alla rilevazioni dei soggetti abilitati.
Il bisogno di salute mappato viene elaborato ai diversi livelli del sistema-Distretto-A.S.P.-Regione- che si attivano per dare risposte adeguate attraverso i servizi socioassistenziali e sanitari che da loro dipendono.
Il servizio di Mappatura dei bisogni di Salute Regionale esprime parere obbligatorio e vincolante sui P.S.R. e loro modifiche nonché elabora proposte per l'Assessorato Regionale alla Sanità che ha l'obbligo entro e non oltre 60 giorni di vagliarle e darne risposta scritta.
Il Servizio di Mappatura Regionale dei Bisogni di Salute è costituito da un rappresentante di ogni Servizio di Mappatura Aziendale delle singole A.S.P., nonché del personale necessario al suo funzionamento.
Il Servizio di Mappatura dei Bisogni di salute Aziendale è costituito da un rappresentante di ogni Servizio di Mappatura Distrettuale, da un responsabile nominato dal Direttore Generale , da un rappresentante delle associazioni no profit presenti nei Servizi di Mappatura Distrettuali nominato dalle stesse associazioni.
Il rappresentante di ogni Servizio di Mappatura Distrettuale è nominato dal Direttore del Distretto tra i componenti il Servizio di Mappatura Distrettuale.
Il responsabile del Servizio di Mappatura Aziendale è nominato dal Direttore generale tra i rappresentanti i Servizi di Mappatura distrettuali.

La dotazione del personale del Servizio di Mappatura Regionale dei Bisogni di salute è definita nell'istituzione dello stesso Servizio da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute.
Il Servizio di mappatura di A.S.P. esprime parere obbligatorio e vincolante sui piani Attuativi e loro modifiche nonché elabora proposte per il Direttore generale di A.S.P. e il Comitato ristretto della Conferenza dei sindaci che hanno l'obbligo entro e non oltre 60 giorni di vagliarle e darne risposta scritta;
41) Sono istituiti, entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano il "Centro Regionale di Ricerca Sanitaria"e il "Fondo Regionale per la Ricerca Sanitaria".
Il Centro Regionale di Ricerca Sanitaria è collegato al Servizio Regionale di mappatura dei bisogni di Salute.
L'allocazione del Centro viene definito dalla Giunta Regionale entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano tra le strutture pubbliche destinate a Piattaforme Avanzate.
L'Assessorato Regionale alla Salute definisce, entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano, apposito regolamento di funzionamento del Centro.
La istituzione del Centro è finalizzata primariamente ad una rivoluzione culturale su un pensiero che vede la ricerca sanitaria come appannaggio esclusivo del mondo accademico e le strutture delle A.S. come posti fisici in cui provare ciò che in università si è pensato ed elaborato.
Questo modo di pensare ha isolato la ricerca accademica che spesso si è orientata su ciò che le multinazionali della sanità decidono indipendentemente dai bisogni sanitari necessari delle popolazioni.
Il collegamento del Centro Regionale di Ricerca Sanitaria al servizio regionale di mappatura dei bisogni di salute dovrebbe impedire una ricerca scollegata dai bisogni, mentre il lavoro di ricerca integrato tra universitari e professionisti delle A.S.P. ed ospedaliere dovrebbe fungere da moltiplicatore di saperi.
Nel centro regionale operano integrandosi, attraverso protocolli e procedure da istituire, personale di ricerca universitaria e personale ospedaliero e territoriale delle A.S. ed Aziende Ospedaliere che lavorino su protocolli di ricerca e applicazione della ricerca negli ospedali e/o sul territorio.
Il Centro regionale di Ricerca Sanitaria ha il compito di:
a) fare direttamente ricerca e attività assistenziale di verifica; b) coordinare i centri di ricerca regionali attualmente presenti; c)programmare l'attività di ricerca regionale; d)programmare e assegnare le risorse del Fondo Regionale per la Ricerca Sanitaria; e)coordinare l'attività assistenziale di

verifica della ricerca effettuata; f)coordinare l'attività di applicazione dei risultati della ricerca nei Centri di Eccellenza Assistenziali regionali.
Ogni A.S.P. ed A.O deve individuare le strutture e gli operatori sia ospedalieri che territoriali che devono operare nel centro regionale di ricerca Sanitaria.
Il Centro regionale di Ricerca sanitaria ha un suo organo collegiale costituito da:- un rappresentante dei presidenti delle conferenze dei sindaci, nominato dagli stessi presidenti; - dall'Assessore Regionale alla Sanità; - da un rettore delle Università Calabresi nominato dagli stessi; - da due rappresentanti del Servizio di Mappatura Regionale dei Bisogni di Salute, nominati dai rappresentanti di ogni Servizio di Mappatura Aziendale delle singole A.S.P.; - da un rappresentante del Ministero della Sanità e del M.U.R.S.T.; - da due rappresentanti delle associazioni di tutela del malato con funzioni di programmazione e controllo, nominati dalle stesse associazioni entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del Piano.
Trascorsi inutilmente i quattro mesi sopraprevisti, la Giunta Regionale provvederà alle nomine, entro e non oltre i trenta giorni successivi, sentite le associazioni no profit di tutela del malato registrate regolarmente nella regione; **(*) su questo punto la posizione espressa è del solo P.R.C.S.E., il P.d.C.I., su questo tema, si riserva di esprimere una autonoma posizione.**
42) Non si prevedono sperimentazioni gestionali in riferimento alle "Piattaforme Avanzate" previste, in quanto la Regione ritiene che la ricerca debba essere pubblica perché finalizzata a benefici di salute pubblica e non al profitto, e anche perchè siano ad uso pubblico i risultati e le applicazioni terapeutiche.
La ricerca regionale è pubblica perché accanto alla ricerca di nuove procedure di prevenzione e cura è necessaria una attività assistenziale di verifica e successivamente una attività di applicazione dei risultati sul territorio e, pertanto, occorre approntare un sistema che consenta queste tre attività e cioè la presenza di Centri di Eccellenza Assistenziali sulla modalità degli I.R.R.C. pubblici.
Pertanto le Piattaforme Avanzate debbono essere pubbliche e si configurano come Centri di Eccellenza Assistenziali;
43)**-** Servizio di Emergenza - PET 118 **–** Continuità Assistenziale-
Entro e non oltre centoventi giorni dall'approvazione del Piano, l'Assessorato Regionale alla salute con opportuna mappatura ridetermina le dislocazioni delle postazioni di 118, in considerazione che in alcuni territori l'intervento tempestivo dei soccorsi non rispetta i tempi indicati di 20 minuti**.**

I Pronto Soccorso degli ospedali di base ubicati nelle sedi di distretto fanno parte della rete dell'urgenza ed emergenza regionale.
La continuità assistenziale resta nella sua attuale organizzazione e articolazione;
44) La Regione Calabria ritiene la partecipazione dei cittadini (individui, gruppi di volontariato, associazioni di pazienti, comunità locali) alla pianificazione, programmazione e monitoraggio dei servizi sanitari e sociali come strumento per la crescita democratica.
La partecipazione è fondamentale nel settore salutare dove la presenza di forti interessi economici condiziona, spesso, l'operato di medici, associazioni di pazienti e autorità sanitarie.
In Calabria, dove nel sistema salutare si annidano molte nicchie di potere, è indispensabile che le modalità di partecipazione al sistema siano ben codificate e consentano al cittadino la possibilità di intervenire sia nella programmazione che nelle fasi di erogazione dei servizi e dei controlli anche di qualità nonchè nell'uso dei farmaci.
Sono istituiti, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, da parte delle A.S.P. e A.O. i seguenti strumenti di partecipazione:
-**URP:** è già presente all'interno delle A.S. e garantisce l'informazione su tutti i servizi sanitari dell'azienda, l'accoglienza, la tutela e l'ascolto dei cittadini.
Ogni sei mesi le A.S. inviano all'Assessorato alla Salute una relazione dettagliata sulle disfunzioni segnalate agli U.R.P. dai cittadini e dalle loro associazioni di rappresentanza, con l'indicazione delle azioni correttive poste in essere dall'A.S..
L'Assessorato alla salute, annualmente, relaziona in una apposita conferenza sullo stato delle disfunzioni rilevate nel sistema e sui correttivi approntati.
-**Protocolli o accordi:** le aziende sanitarie li stipulano con le associazioni di volontariato e tutela.
Gli accordi devono prevedere gli ambiti e le modalità di collaborazione delle associazioni di volontariato e di tutela all'interno delle strutture sanitarie.
I protocolli di intesa riguardano essenzialmente i seguenti aspetti:

- la tutela: si riconosce alle associazioni un ruolo di sostegno al cittadino per la presentazione di eventuali reclami, e di presenza all'interno della Commissione mista conciliativa.
- l'accoglienza e l'umanizzazione dei servizi.
- il confronto sul costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini.

- la rilevazione del gradimento dei servizi da parte dell'utenza, in collaborazione con l'azienda.

- la partecipazione ai controlli di qualità.

-Conferenza dei servizi: viene convocata annualmente dall'azienda sanitaria, è un momento di incontro e confronto tra operatori, forze sociali, istituzioni e cittadini per verificare l'andamento dei servizi.
-Commissione Mista Conciliativa: è composta da rappresentanti dell'azienda e delle associazioni di volontariato e tutela.
Il presidente è designato dal Difensore civico del comune dove ha sede la direzione generale dell'A.S.P. e dell'A.O., d'intesa con le associazioni di volontariato e tutela.
Nel percorso del reclamo la Commissione ha il compito di riesaminare il caso qualora il cittadino non si ritenga motivatamente soddisfatto della decisione del Direttore Generale o di esaminare i casi che l'URP ritiene opportuno, in ragione della complessità e delicatezza della materia, rimettere alla decisione della Commissione.
E' attivato, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, da parte dell'Assessorato Regionale alla Salute un "Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute".
Il Forum è istituito presso la Giunta Regionale e ne fanno parte l'Assessore Regionale alla Salute, che lo presiede, ed associazioni di tutela e promozione dei diritti dei cittadini/utenti.
Nel Forum si realizzano momenti di confronto, consultazione e proposta su tutte le materie attinenti al diritto alla salute.
L'Assessorato regionale alla salute si impegna a promuovere annualmente momenti di confronto diretto con i cittadini/utenti tramite anche la realizzazione di indagini, anch'esse fatte annualmente, di gradimento in merito ai servizi sanitari offerti.
La comunicazione, infine, viene assunta dalla Regione Calabria come esigenza primaria per il servizio sanitario e sociale e comunicare significa anche ascoltare, assumere il punto di vista del cittadino, quale termine di riferimento per la qualificazione del sistema;
45) E' istituita a livello regionale, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, dall'Assessorato alla Salute una struttura di coordinamento tra i diversi Dipartimenti di Prevenzione delle varie A.S.P. .
La struttura di coordinamento ha sede presso l'assessorato regionale alla salute.
Ciò al fine di consentire una omogeneizzazione di azione sui territori in un settore molto delicato e che necessita della giusta allocazione delle risorse dell'almeno 5% del Fondo sanitario regionale;

46) Entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano sono istituite, dalla Giunta Regionale, per ogni ambito di A.S.P. le Consulte territoriali sulla Salute, con relativo regolamento di funzionamento.
Le Consulte territoriali hanno il compito di redigere, sulla scorta di quanto rilevato dai Servizi di Mappatura dei Bisogni di Salute di ogni A.S.P. e distrettuali, il "Piano Territoriale della Salute" che è la sintesi dei bisogni sanitari e sociali presenti sul territorio.
Il Piano Territoriale della Salute contiene i principi non derogabili su cui costruire il P.A.L., i P.A.T. ed i Piani di Zona.
Le Consulte territoriali sono momento istituzionale di confronto sul territorio tra i diversi attori del processo assistenziale (enti locali, cittadini, azienda) finalizzato alla redazione del Piano Territoriale della Salute.
Le Consulte si riuniscono con cadenza trimestrale, alle cui riunioni partecipano i direttori di distretto, il Direttore generale, Il Comitato ristretto dei Sindaci, un rappresentante di ogni associazione di volontariato e di tutela del malato, nel numero massimo di tre per tutte le associazioni, singoli cittadini qualora ne facciano richiesta scritta al Direttore generale dell'A.S.P..
Le Consulte territoriali producono, entro e non oltre la fine di ogni anno solare, una Relazione dettagliata sui bisogni salutari e sociali del territorio che viene presentata al Direttore generale dell'A.S.P., al Presidente della Conferenza dei sindaci, all'Assessore alla Sanità, al Presidente della Commissione Consiliare Regionale Affari Sociali;
47) E' istituita, entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione del Piano, a cura della Giunta Regionale, l'istituzione di una "Agenzia regionale indipendente per l'informazione scientifica" con il compito di formare, per conto del S.S.R., informatori scientifici indipendenti.
Questi informatori scientifici avranno la funzione di fornire ai professionisti sanitari una informazione corretta sulle evidenze scientifiche del farmaco e sulle tecnologie presenti nel mercato salutare.
Si ritiene che a regime ciò comporterà economie sull'uso dei farmaci e delle tecnologie.
L'Agenzia regionale emana direttive di regolamentazione del rapporto informatore scientifico-professionisti della salute all'interno delle A.S.P. e A.O..
L'Assessorato alla Salute, entro e non oltre due mesi dall'istituzione dell'Agenzia regionale indipendente per l'informazione scientifica, emana apposito regolamento di funzionamento della predetta Agenzia, con l'indicazione delle risorse per il funzionamento, dell'allocazione e del personale necessario.

Entro e non oltre otto mesi dall'approvazione del Piano, la Giunta Regionale reperisce le risorse indicate per il funzionamento della predetta Agenzia.
Entro e non oltre dodici mesi dall'approvazione del Piano, la predetta Agenzia deve essere funzionante.
E' fatto obbligo ai Direttori generali delle A.S.P. e A.O. di regolamentare, entro e non oltre due mesi dall'approvazione del Piano, i Comitati Etici e rendere pubbliche le deliberazioni degli stessi, entro trenta giorni dall'adozione.
E' fatto obbligo ai direttori generali delle A.S.P. e A.O. di pubblicizzare e annotare in apposito albo, pubblico, entro due mesi dalla ricezione, ogni donazione, contributi e sponsorizzazioni ricevute, a qualsiasi titolo, da industrie farmaceutiche o da altri soggetti pubblici o privati.
I direttori Generali delle A.S.P. e A.O. si fanno promotori di apposite intese con le industrie del farmaco e di altre tecnologie per convogliare contributi e sponsorizzazioni, a favore dei professionisti salutari dell'azienda, presso l'Ufficio di Formazione aziendale;
48) L'Assessorato alla Salute, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, inizia una mappatura di tutti i consultori, da concludersi in sessanta giorni, per verificare se vi siano tutte le figure professionali previste dalle norme nazionali e regionali, la loro allocazione in locali idonei, facilmente raggiungibili e identificabili dall'utenza e con spazi sufficienti a comprendere tutte le attività previste.
I risultati della mappatura sono resi pubblici entro trenta giorni dalla sua conclusione.
Sono previste all'interno dei consultori figure di mediatori e mediatrici culturali per facilitare l'accesso e la fruizione del servizio alle donne , alle coppie, ai minori migranti.
L'Assessorato regionale alla Salute, entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del Piano, predispone appositi controlli, da concludersi entro sessanta giorni, di verifica dell'applicazione della legge 194 in ogni A.S.P. e A.O. .
I risultati dei sopra scritti controlli sono resi pubblici entro trenta giorni dalla loro conclusione;
49) L'Assessorato alla Salute, entro e non oltre trenta giorni dal conferimento dell'incarico di Direttore Generale di A.S.P., ne rende pubblico il curriculum sul B.U.R. regionale;
50) Il Direttore Generale di A.S.P., entro e non oltre trenta giorni dalla nomina del direttore sanitario, amministrativo e di Ambito, rende pubblici il curriculum di ogni incaricato.

Il Direttore Generale di A.S.P., contestualmente alla pubblicizzazione del curriculum del Direttore di Ambito, rende pubblici i curricula degli altri concorrenti esclusi.
Laddove trascorsi trenta giorni dalle suddette nomine e il Direttore di A.S.P. non abbia proceduto anche ad una sola delle pubblicizzazioni sopra previste, lo stesso decade dall'incarico insieme a tutti i nominati;
51) Entro e non oltre sei mesi dall'approvazione del Piano, l'Assessorato alla Salute predispone: 1) la relativa progettazione e quantificazione delle risorse necessarie per l'adeguamento strutturale, tecnologico e delle risorse umane necessarie per l'accreditamento per gli ospedali di base, per gli ospedali di riferimento, per gli ospedali di supporto agli ospedali di riferimento, per gli ospedali sedi di A.O.e dei Centri di Eccellenza Assistenziali; 2) la relativa progettazione e quantificazione delle risorse necessarie per l'allocazione delle Case della Salute previste negli ospedali di base ed in altre strutture territoriali, per il potenziamento e messa a norma per l'accreditamento delle sedi dei poliambulatori distrettuali.

lì 05-08-2007 **P. R. C. S. E. – P.d.C.I. Calabria**

INDICE

CONSIDERAZIONI GENERALI SUL PIANO REGIONALE
DELLA SALUTE, DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI
SOCIALI……..2
PRINCIPI UTILIZZATI PER L'ANALISI GENERALE
DELPIANO……10
ANALISI AMBITI PROPOSTI E FIGURA DEL REFERENTE…… 10
ANALISI SULLA DOTAZIONE E ALLOCAZIONE DEI
POSTI LETTO PER ACUTI E NON ACUTI…….13
ANALISI DEGLI EFFETTI APPLICATIVI DEL NUMERO DEI
POSTI LETTO E DEGLI INDICI PROPOSTI NEL PIANO……17
PROPOSTA SULLA DOTAZIONE E ALLOCAZIONE DEI
POSTI LETTO PER ACUTI E NON ACUTI…….22
QUADRO GENERALE DEI POSTI LETTO NELLA REGIONE
CALABRIA PSR 2004-2006, PSR 2007- 09 PRESENTATO E
NOSTRA PROPOSTA……...27
A.S.P. COSENZA
AMBITO PAOLA……..29
AMBITO COSENZA E A.O. CS…..……..30
AMBITO CASTROVILLARI……... 33
AMBITO ROSSANO…….35
A.S.P. CROTONE……..37
A.S.P. CATANZARO
AMBITO CATANZARO E A.O. CZ…….40
AMBITO LAMETIA TERME……...43
A.S.P. VIBO VALENZIA……..45
A.S.P. REGGIO CALABRIA
AMBITO LOCRI……47
AMBITO PALMI……...49
AMBITO REGGIO CALABRIA E A.O. RC……51
TABELLA RIEPILOGATIVA DEI P.L. ASSEGNATI
NELLA NOSTRA PROPOSTA……53
QUADRO RIASSUNTIVO DELLA RIPARTIZIONE TEORICA
DEI P.L. TRA PUBBLICO E PRIVATO CON L'APPLICAZIONE
DELLE PERCENTUALI PREVISTE NELLA NOSTRA PROPOSTA..55
RIDETERMINAZIONE DEL RAPPORTO PUBBLICO–PRIVATO
NELLA RETE OSPEDALIERA PER ACUTI, NON ACUTI E
NELLA RETE DELLE STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE……57

VALUTAZIONI E PROPOSTE SULL'ATTIVITA' TERRITORIALE……..60
CURE DOMICILIARI NEL P.S.R……...63
CASA DELLA SALUTE.…….……...65
R.S.A. CASE PROTETTE……..67
ALTRE PROBLEMATICHE RILEVATE E RELATIVE PROPOSTE ……..71
EMENDAMENTI PROPOSTI AL PIANO REGIONALE DELLA SALUTE…….87