

REGIONE CALABRIA

ASSESSORATO ALLA SANITA'

PIANO SANITARIO 2002/2004

Indirizzi di programmazione e organizzazione sanitaria nella Regione Calabria

PREMESSA

Lo scenario regionale, nel quale il Piano sanitario regionale per il triennio 2002/2004 si dovrà calare, è oggi notevolmente modificato rispetto a quello degli scorsi anni sul quale erano stati parametrati il Piano sanitario regionale del 1995/1997, peraltro mai attuato, e il progetto di programmazione sanitaria per il triennio 2001/2003, elaborato ma mai approvato.

Le modificazioni al sistema sanitario regionale sono imputabili ad una serie di variabili esterne, tra le quali assumono particolare rilievo la normativa nazionale di settore, il processo di *devolution* e, da ultimo, le leggi di modernizzazione della P.A. e, in particolare, la recente definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il processo di federalismo avviato nel settore sanitario consente alle Regioni non solo di allocare le risorse nel modo che esse, uniche titolari di tale potere, ritengono più opportuno per finanziare i LEA e di governare la spesa sanitaria in modo responsabile, ma anche di darsi quel modello organizzativo che, a loro avviso, meglio corrisponde alle esigenze della collettività.

Peraltro, nella Regione Calabria la situazione dell'attuazione della riforma sanitaria, quale avrebbe dovuto, allo stato, essere, ove si fosse data piena applicazione alla lettera del D.L.vo n. 229/1999, la cd. Riforma sanitaria ter, non è delle migliori: infatti, il Servizio sanitario regionale non solo non è stato adeguato al dettato del D.L.vo 229/1999, ma la Regione è priva, come già detto, di un qualsivoglia strumento di programmazione.

E' peraltro, in fase di avanzata elaborazione una serie di provvedimenti finalizzati a dare un assetto definitivo all'organizzazione di un modello sanitario regionale che risponda ai nuovi principi della *devolution*.

Il modello di pianificazione rappresenta il risultato finale di questo fermo intendimento regionale di dotarsi di un sistema sanitario moderno e al passo con le esigenze della società calabrese.

L'impegno di un servizio sanitario pubblico è quello di fornire buona medicina ai cittadini. In questo impegno politica ed etica confluiscono in un progetto unitario.

Parlare di un servizio sanitario per i cittadini come di una conquista di civiltà guadagnata una volta per tutte apparirebbe

questione banale e scontata. Di fatto non lo è, soprattutto da quando la spesa sanitaria è divenuta particolarmente onerosa nei Paesi “sviluppati”, al punto da rendere necessari correttivi e revisioni al fine di rendere economicamente sostenibile il sistema stesso.

Gli strumenti per migliorare l'efficienza economica sono diversi, ma tutti, invariabilmente, richiedono la messa a fuoco delle priorità in base alle quali operare le scelte. E la individuazione delle priorità, nonché, i passaggi a valle (dispositivi legislativi nazionali e regionali, regolamenti attuativi, ordinanze, direttive, ecc.) si fa, implicitamente o meno, sulla base di elementi, alcuni ritenuti imprescindibili ed altri differibili. Si fanno così, sempre e comunque scelte di valore.

Interrogarsi allora sui valori di riferimento di un servizio sanitario non è inutile lusso intellettuale, bensì la *conditio sine qua non* per procedere ulteriormente ed efficacemente. Vediamoli in rapida sintesi:

- Anzitutto la centralità della persona umana in tutte le sue fasi di vita, ovvero la presa d'atto che ogni individuo è cardine e condizione di ogni costruzione sociale e della civile convivenza. Se ciò è vero – come ribadito dalle più solenni dichiarazioni internazionali (dalla Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo dell'ONU (1948) alla Convenzione dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000) – allora il cosiddetto “diritto alla salute”, o meglio ad un equo accesso ai mezzi di prevenzione, cura e riabilitazione, si colloca quale espressione specifica del più generale ed inviolabile rispetto della dignità personale (come riaffermato a più riprese a livello internazionale e nazionale: dal Codice internazionale di Etica medica dell'Associazione Medica Mondiale (1983) alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa (1997), dalle diverse leggi istitutive e riformatrici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai Codici deontologici medico ed infermieristico). Da ciò ne deriva in ultima analisi la piena giustificazione della strutturazione di un SSN, finanziato con il contributo proporzionale di tutti i cittadini (il federalismo fiscale in campo sanitario costituisce una modalità attuativa e non sostanziale, a patto che il singolo non venga danneggiato).
- La considerazione che la salute consta di diverse dimensioni: da quella fisico-organica a quella psichica, da quella socio-ambientale a quella etica. Quest'ultima, in particolare, assume rilevanza indubbia laddove riguardi la scelta personale di un comportamento a rischio, le conseguenze di tale comportamento nella relazione con gli altri e le implicazioni sociali (per es. tossicodipendenza, ecc.), la relazione medico-paziente, le conseguenze delle decisioni mediche, la valenza sociale degli atti medici, le conseguenze delle decisioni economiche su quelle mediche. La salute costituisce allora un bene individuale, da tutelare con scelte e stili di vita salubri, e sociale, quest'ultimo inteso nel senso che da esse può derivare un incremento del livello di salute societario, con indubbe ricadute economiche. Emerge così il ruolo della responsabilità individuale in ambito sanitario sia dei cittadini (come sopra detto) sia degli operatori sanitari nel porre atti socio-sanitari appropriati (efficaci), efficienti (volti cioè a scegliere l'alternativa più “economica” laddove si ponessero diverse possibilità diagnostico-terapeutiche di

efficacia paragonabile sul singolo caso) ed eque (ovvero erogate ai cittadini sulla base primariamente dell'indicazione clinica e non di parametri extraclinici (età, censo sociale, solvibilità, ecc.)

- Da quanto appena detto, si impone con evidenza anche la necessità di perseguire e/o promuovere una corretta educazione alla salute dei cittadini fin dai primi anni di vita.
- La proporzionalità delle cure e dei servizi secondo standard qualitativi adeguati. Per proporzionalità delle cure si intende che gli operatori sanitari sono tenuti a prescrivere ai propri pazienti gli accertamenti diagnostici e le terapie del caso secondo il criterio aureo dell'indicazione (per elezione o in regime di urgenza) per quel singolo malato in quel determinato momento della patologia di cui soffre. La proporzionalità dei servizi, invece, significa che un servizio sanitario debba essere organizzato (e costantemente monitorato) adeguatamente alla situazione epidemiologica del Paese. Il tutto secondo una logica di miglioramento continuo della qualità.
- L'integrazione dei diversi attori che direttamente o indirettamente hanno a che fare con il malato (operatori sanitari, amministratori sanitari, economisti, politici) al fine di ottenere il risultato atteso da un servizio sanitario: la risoluzione/gestione dei problemi di salute del cittadino.
- L'allocazione delle risorse è chiamata a riferirsi al valore personale. In altri termini, ciò significa che dal punto di vista macro-allocativo, lo storno di risorse per il servizio sanitario è ampiamente giustificato. Questo significa che una società matura e consapevole dei propri diritti è pronta a farsi carico in modo proporzionale ai servizi che essa chiede. Macroallocativamente, allora, il razionamento (taglio) di servizi/ strutture si configura come accettabile – sempre secondo il valore -persona – solo se va ad incidere su realtà pletoriche, doppie, ipertrofiche rispetto ai bisogni della popolazione.

Dal punto di vista micro-allocativo (cioè al letto del paziente), ogni razionamento esplicito di risorse – ovvero la negazione di prestazioni sanitarie indispensabili al paziente in vista di possibili pazienti futuri o della previsione di scarsità di risorse – è inaccettabile, mentre da sempre il medico opera un razionamento implicito (di sé, della propria opera, delle risorse immediatamente disponibili) che, invece, non crea particolari problemi etico-deontologici.

Di converso, la razionalizzazione dei servizi e delle prestazioni è da perseguire allo scopo di ottimizzare le risorse disponibili, con l'aiuto sia dei citati sistemi di miglioramento continuo della qualità sia con l'aiuto di una valida ricerca clinica che metta a disposizione dati sempre aggiornati sull'efficacia dei presidi diagnostico-terapeutici. In tale direzione, allora, il rapporto costo/benefici trova una sua valida giustificazione, cioè se mette in comparazione due valori omogenei (ad es. due diverse terapie con efficacia paragonabile ma di costo diverso e non, certamente, sul piatto di un'ipotetica bilancia il beneficio atteso per il paziente dall'erogazione di una determinata terapia e sull'altro piatto il suo costo).

Per quanto riguarda invece i sistemi di rimborso delle prestazioni sanitarie, non esiste un sistema di per sé perfetto: ciascuno reca con sé luci ed ombre. Delle due l'una, allora: o il sistema funziona, magari con correttivi o implementi, oppure lo si abbandona senza particolari rimpianti.

- Infine, un sistema incentrato sul valore -persona sarà improntato nel suo insieme al principio di sussidiarietà, secondo il quale laddove il singolo non riesca a far fronte ad un bisogno (come nel caso di una malattia), la società se ne fa carico con un servizio “ad hoc” a supervisione pubblica ma senza mortificare iniziative di privati.

In definitiva, una sanità veramente al servizio del cittadino è quella che sarà compatibile in senso globale: dunque non solo economicamente, ma soprattutto eticamente, in vista del valore -persona. Una sanità globalmente compatibile, infatti, sarà quella che:

1. Pone a fondamento stabile la persona umana considerata quale valore insopprimibile in tutte le fasi del suo esistere;
2. Persegue la necessaria integrazione tra dimensione tecnica (il diritto, l'economia, l'organizzazione) e dimensione dei valori sull'uomo.

LO SCENARIO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il quadro di riferimento normativo dello sviluppo del Servizio Sanitario Regionale è attualmente rappresentato da:

- il D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il D.L.vo n. 229/99, cosiddetta “riforma ter” che, come detto, in grandissima parte non ha trovato adeguata applicazione nella Regione Calabria;
- la L. 133/99 “*Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale*”, che ha definito i principi ed i criteri per l'avvio del federalismo fiscale, prevedendo la sostituzione dei trasferimenti erariali a favore delle Regioni, in particolare di quelli destinati alla spesa sanitaria corrente;
- il D. L.vo n. 517 del 21.12.1999 “*Disciplina dei rapporti Università – Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il D.L.vo n. 56/2000 che ha stabilito l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale;
- l'Accordo tra Governo e Regioni del 3 agosto 2000, che prevede, tra l'atro, che ciascuna Regione sia tenuta, per il triennio 2001/2003, a destinare al finanziamento del SSR risorse non inferiori alle quote già definite in sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale;

- la L. 23 dicembre 2000, n. 388, la quale, nel rispetto degli adempimenti assunti con l'adesione al Patto di stabilità, prevede che, a decorrere dall'anno 2001 le Regioni, contestualmente all'accertamento dei conti consuntivi della spesa da effettuarsi entro il 30 giugno dell'anno successivo, siano tenute a provvedere alla copertura di eventuali disavanzi di gestione, ricorrendo, secondo il principio dell'autonomia impositiva, all'incremento di una o più aliquote di tributi regionali;
- la riforma del Titolo V della Costituzione (L. cost. n. 3/2001) e la *devolution*, che in sanità comporta il totale governo della finanza sanitaria da parte delle Regioni e, in caso di sfioramento, il ricorso ad una tassazione locale *ad hoc* (IRAP, accise sulla benzina, sovrattassa di circolazione, ticket, addizionali d'imposte, imposte straordinarie) o altre forme di compartecipazione alla spesa;
- l'Accordo tra Governo e Regioni dell' 8 agosto 2001, che rinegozia il precedente Accordo del 3 agosto 2000. Nell'Accordo è stata riconosciuta la sottostima del fabbisogno del SSN; il Governo ha condiviso l'impegno ad attestare nel tempo il finanziamento del SSN al 6% del PIL e sono state quantificate le risorse destinate alla Sanità per il triennio, rispettivamente in L. 144.376 mld per l'anno 2002, L. 150.122 mld per l'anno 2003, L. 155.871 mld per l'anno 2004. Il finanziamento del SSN per il 2001 è stato rideterminato in L. 138.000 mld ed è stata confermata la responsabilità delle Regioni a far fronte con risorse proprie ad eventuali disavanzi;
- il D.L.vo 18 settembre 2001 n. 347, convertito nella Legge 16 novembre 2001 n. 405, che ribadisce come gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati nel rispetto dell'Accordo dell'8 agosto 2001, devono essere coperti dalle Regioni con modalità che prevedano alternativamente o cumulativamente: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, variazioni all'aliquota regionale addizionale sull'IRPEF, altre misure idonee a contenere la spesa. Lo stesso Decreto prevede inoltre l'adozione di misure di contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi, per la farmaceutica, ecc.

Il processo di regionalizzazione, insieme al nuovo ruolo dei Comuni e le norme sul federalismo fiscale, danno una forte accelerazione al processo di autonomia regionale e di responsabilizzazione nel governo della sanità.

PRINCIPI ISPIRATORI DELLA POLITICA DI PIANIFICAZIONE

La nuova organizzazione del servizio sanitario della Regione Calabria seguirà l'impostazione voluta dal citato quadro normativo e sarà ispirata ai principi della programmazione. In questo contesto il Piano sanitario assume la funzione primaria di guida per il governo della sanità regionale, sia in relazione agli obiettivi di salute da perseguire, sia in relazione al funzionamento

dei servizi sanitari, sia infine in relazione alla quantificazione ed al reperimento delle risorse necessarie. Rimane indiscusso l'obiettivo primario della soddisfazione delle esigenze generali e specifiche della popolazione.

Di conseguenza, il Piano sanitario regionale (da elaborare in sintonia con le "nuove indicazioni" che saranno contenute nel PSN per il triennio 2002-2004, ormai prossimo a vedere la luce) costituisce il primo passo verso la ridefinizione del sistema sanitario regionale e la linea direttrice primaria per definire le priorità, nonché per ridisegnare l'assetto organizzativo della sanità calabrese.

Ma in tema di programmazione non è sufficiente la sola adozione del Piano sanitario regionale, poiché questo documento, per esperire i suoi effetti, deve essere accompagnato ed integrato da altri strumenti di programmazione socio-economica e dai Piani attuativi locali delle singole aziende sanitarie della Regione, dei quali costituisce la guida ed al contempo il limite. Questi ultimi rappresentano lo strumento effettivo della collocazione, sotto l'aspetto operativo dei diversi soggetti deputati, ai vari livelli, al governo e alla gestione dei servizi sanitari e delle risorse impiegate.

Accanto a questi soggetti istituzionali operano, e come tali devono essere riconosciuti ai fini della programmazione, una pluralità di altri soggetti interessati alla salute e alla produzione di servizi sanitari (raccordo tra programmi di intervento del servizio pubblico, del privato, del *no profit* e del volontariato).

IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il Servizio sanitario della Regione Calabria sarà indirizzato e finalizzato a collocare, in posizione di centralità nel sistema, il cittadino/utente, sano o malato che sia, assicurandogli i diritti civili e sociali garantitigli dalla Costituzione, nel rispetto dei principi etici che stanno alla base di ogni convivenza sociale. Il SSR intende evitare, per quanto possibile, l'adozione di forme di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, soprattutto per i cittadini delle fasce più deboli (indigenti o portatori di specifiche patologie o di patologie invalidanti).

Il cardine del nuovo Servizio sarà rappresentato dalla effettiva capacità di garantire a tutta la popolazione i livelli essenziali di assistenza introdotti dal DPCM dell'8 febbraio 2002.

Nel nuovo scenario sarà, inoltre, sollecitato il ricorso a "sperimentazioni gestionali" con la partecipazione di soggetti privati, sperimentazioni che possono sfociare anche nella costituzione di società miste a capitale pubblico e privato; si dovrà coinvolgere, gradualmente ma in modo efficace, il cd. terzo settore del *no profit*, delle ONLUS, la speditività privata a

vocazione sociale, e il volontariato in genere. Con riferimento a questa esternalizzazione dei servizi sanitari, il modello organizzativo da promuovere, tenendo conto della realtà regionale, dovrà considerare il ruolo e la presenza delle strutture sanitarie private, strutture che operano sul territorio regionale svolgendo una significativa azione sussidiaria rispetto a quella dei presidi sanitari pubblici.

Questa integrazione funzionale di strutture sanitarie pubbliche, private e *no profit* non può, peraltro, mancare di una adeguata regolamentazione. La Regione, pertanto, si deve far carico di disciplinare in maniera puntuale non solo l'istituto dell'accREDITAMENTO (intendendo tale istituto non limitato al mero accertamento della sussistenza in capo ai soggetti erogatori di requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici, ma come un complesso normativo che uniformi, sia dal punto di vista degli *standard*, sia sotto l'aspetto procedurale, le varie tipologie d'istituzioni), ma anche il sistema dei controlli e degli accordi contrattuali che devono intercorrere tra la Regione Calabria (ovvero tra le ASL) e i soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie.

In ordine alle prestazioni sanitarie, il modello regionale sarà ispirato al principio della "qualità delle prestazioni sanitarie", principio che ha formato oggetto di una specifica disposizione di legge (L.R. 2 maggio 2001, n. 11).

IL CONTESTO REGIONALE

Nelle tabelle dell' allegato n.1 sono riportati i dati relativi alla popolazione residente, alle autonomie locali, alle caratteristiche demografiche e territoriali aggiornati agli ultimi dati ISTAT, dai quali emerge una costante diminuzione - dovuta alle cause più varie - della popolazione residente.

L'ASSETTO STRUTTURALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

I servizi sanitari della Regione fanno capo al "Dipartimento Sanità". L'espletamento delle funzioni connesse al riordino del SSR rende necessaria, inoltre, una tempestiva e profonda riorganizzazione del Dipartimento stesso per metterlo in grado di far fronte, in modo efficiente ed efficace, alle nuove esigenze imposte dal mutato quadro normativo, istituzionale e socio-sanitario della Regione.

In questa ottica si dovrà completare l'assetto del Dipartimento mediante la costituzione di appositi organismi e

l'attivazione di quelli già previsti da leggi regionali, ma mai attuati. Tra questi:

- l'Agenzia sanitaria regionale (da istituire);
- l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), istituito con L. R. 1/12/1988 n. 27 e mai avviato (da attivare). L'Osservatorio è indispensabile per l'elaborazione, in tempo reale dei dati epidemiologici, indispensabili alla programmazione degli interventi e alla selezione delle priorità. Esso dovrà essere posto in rete con le diverse Aziende Sanitarie e con tutti gli altri soggetti erogatori;
- l'Osservatorio prezzi e tecnologie (da costituire), per svolgere la funzione primaria affidatagli dall'art. 2 del D.L. 347/2001 convertito nella L. 405/2001. Il modello sanitario regionale dovrà, sia pure gradualmente, concentrare a livello regionale i sistemi di acquisto di beni e servizi, mediante forme di acquisizione basate anche sui nuovi modelli gestionali in uso nel mondo produttivo imprenditoriale, quali le Centrali di acquisto, l'E-commerce, ecc.;
- la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria espressamente prevista dall'art. 2 del D.L.vo 229/99. La Conferenza, da istituire con legge regionale, sarà presieduta dall'Assessore alla Sanità *pro tempore*.

Inoltre, per quanto riguarda le ASL e le A.O. sarà necessario riflettere sull'opportunità di procedere ad una loro ristrutturazione organizzativa e di un loro riassetto. Affiora da più parti un movimento di pensiero orientato verso un riassetto su base provinciale, così come è avvenuto in altre realtà regionali.

LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Particolare rilievo viene dato al problema della riorganizzazione ospedaliera. Infatti, la riorganizzazione dell'attuale rete ospedaliera costituisce uno dei momenti fondamentali e più delicati della programmazione sanitaria.

L'ospedale rappresenta, infatti, in qualsiasi sistema sanitario un punto di riferimento importante per la collettività poiché è in esso che, generalmente, si concentra la medicina più avanzata, le tecnologie più sofisticate, le professionalità più accreditate.

Per tutte queste ragioni, inevitabilmente, assorbe una considerevole quota di risorse.

Va anche ricordato e sottolineato che l'ospedale è un segmento del sistema, importantissimo quanto si vuole, ma da solo insufficiente a soddisfare la domanda di assistenza.

Esso si iscrive, pertanto, in un più vasto quadro che è quello dell'integrazione armonica e coordinata con i servizi socio sanitari del territorio, con la medicina di base, l'assistenza domiciliare, le strutture di riabilitazione post- acuzie, di lungodegenza, la rete delle RSA e quella dell'emergenza.

Questa prima ipotesi di riorganizzazione della rete ospedaliera nasce, quindi, alla luce del suesposto scenario e delle specificità delle Regione Calabria in termini di caratteristiche geomorfologiche, demografiche ed epidemiologiche.

Si è tenuto anche conto delle esigenze locali che non possono essere ricondotte troppo semplicisticamente a fenomeni di "campanile" ma che vanno attentamente valutate in quanto esprimono tradizioni e vocazioni consolidate nel tempo come parte integrante del tessuto sociale.

Se queste sono premesse di ordine generale vengono ora indicati i criteri specifici ai quali è ispirata la proposta contenuta in questo documento di ridisegno della rete ospedaliera.

Va sottolineato, innanzitutto, come il nodo critico, preliminare, su cui si è riflettuto, è rappresentato da una preliminare scelta di base: prevedere numerosi piccoli ospedali a grande diffusione sul territorio oppure poche, importanti strutture in cui centralizzare il meglio delle competenze e della tecnologia più costosa?

Se la prima opzione appare quella che consente una maggiore accessibilità all'utente, è pur vero che risulta dispersiva e certamente impedisce la migliore razionalizzazione delle risorse e spesso anche la stessa qualità e ricchezza specialistica dell'assistenza.

La tendenza che oggi è la più condivisa, e sulla quale il documento concorda, è proprio quella che vuole una rete costituita da poche ma superspecializzate strutture intorno a cui si articola l'insieme dei presidi ospedalieri di minore complessità e di quelli territoriali.

Ne soffrirà forse la facilità di accesso ma i vantaggi, in termini complessivi, di cui potrà beneficiare il cittadino appaiono certamente superiori.

Strettamente correlata a queste scelte è, poi, la questione delle "alte specialità", di quelle discipline identificate ai sensi del DM 24 gennaio 1992, la cui previsione all'interno di un ospedale è condizionata da una serie di vincoli tecnologici ed organizzativi.

Anche in questo caso la tendenza generale, e che viene qui condivisa, è quella di concentrare le specialità e le competenze; essa è suggerita non solo da esigenze di carattere gestionale ma anche e soprattutto dalla finalità di esaltare le opportunità derivanti dall'integrazione delle conoscenze specialistiche che meglio si realizza quando queste sono localizzate in forma unitaria.

Sulla base di questi criteri di massima, la direttrice lungo cui la proposta si muove è quella di prevedere una rete ospedaliera articolata su tre livelli:

- ospedali di “rilevanza nazionale”, sedi dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di II livello e delle discipline di alta specialità ;**
- ospedali di “rilevanza territoriale”, sedi di DEA di I livello;**
- ospedali di “primo soccorso”.**

In parallelo si sono poi esaminate le attuali caratteristiche degli ospedali presenti sul territorio valutandone i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi alla luce, in particolare, del DPR del 14 gennaio 1997.

Con estrema attenzione si sono poi verificati gli indicatori di attività dei singoli ospedali per quanto riguarda il tasso di occupazione, la durata media di degenza, il numero di giornate di degenza consumate, il numero delle prestazioni effettuate, la casistica trattata in termini di peso medio di DRG. Con particolare riguardo si sono poi esaminati i dati gestionali per quanto attiene la spesa ospedaliera.

Altro dato esaminato, di fondamentale importanza, è stato quello dei flussi di migrazione sanitaria all'interno delle ASL regionali e verso altre regioni, distinti per ASL, per specificità clinica e per impegno finanziario.

Sulla base di queste informazioni di carattere sanitario, integrate da quelle demografiche, si è dimensionata la domanda di assistenza ospedaliera in termini di posti letto necessari distinti per acuti, riabilitazione e lungodegenza, considerando anche le recenti indicazioni ministeriali.

Indicazioni che, vale la pena sottolinearlo, sono in linea con l'attuale mutare delle prassi e tecniche di cura che stanno consentendo di ridurre drasticamente la durata della degenza o addirittura di annullarla ampliando le indicazioni alle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale o di day-hospital.

In linea con quanto suesposto si sta procedendo ad elaborare un primo programma di ridisegno della rete ospedaliera; programma che, inevitabilmente, prevede una riconversione di molte strutture ospedaliere ad altre funzioni.

Prima, però, di illustrare – sia pure a grandi linee - la proposta, si ritiene indispensabile esporre alcune ulteriori considerazioni di carattere generale sul tema della “riconversione” di alcuni presidi, sulla individuazione dei presidi a “rilevanza nazionale” con conseguente

collocazione delle “alte specialità”, sulla riorganizzazione interna dei singoli ospedali ed, infine, sulla opportunità di prevedere un sistema di valutazione delle tecnologie.

Per quanto riguarda il problema della “riconversione”, sappiamo bene che le proposte, anche se potranno trovare condivisione sul piano logico, genereranno resistenze da parte di chi si sente penalizzato, a torto o a ragione, da quelle ipotesi.

Ci si rende perfettamente conto che ci siano aspirazioni e attese (da parte dei medici, delle direzioni generali, delle comunità locali) per una maggiore qualificazione in senso specialistico della propria unità di cura o del proprio presidio ospedaliero, ma bisogna altresì condividere che duplicazioni di servizi risulterebbero incongrue sul piano organizzativo e fonte di spreco su quello finanziario.

Bisognerà, allora, fare in modo che queste pur legittime ma frammentate aspirazioni trovino una loro composizione unitaria nella logica di un piano di rete ospedaliera regionale che superi i singoli particolarismi nella prospettiva di un servizio efficiente dal punto di vista organizzativo-gestionale e che realmente soddisfi al meglio le esigenze di protezione sanitaria dei cittadini, in particolare di fronte all'emergenza.

Quest'ultima sarà ricostituita in parallelo sulla base del ridisegno della attuale rete ospedaliera. In altre parole la ridotta accessibilità alle cure ospedaliere che potrebbe derivare dalla riconversione di certi presidi sarà compensata da un servizio regionale per l'emergenza che terrà conto, nella sua strutturazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, delle vie di comunicazione, delle disponibilità di una mirata assistenza specialistica sia in sede locale che regionale.

È un approccio, questo, che prevede un potenziamento quanto mai incisivo di eliambulanzze, di autoambulanzze attrezzate per la rianimazione, di elisuperfici in un collegamento continuo con i presidi sedi di DEA di I e di II livello.

In tal modo non solo continuerà ad essere garantita una facile accessibilità alle necessarie cure, ma quest'ultime offriranno maggiore tutela in termini di sicurezza e di competenze specialistiche.

Le proposte di “riconversione” dipendono da una attenta valutazione, per le singole strutture interessate:

- delle caratteristiche strutturali ed impiantistiche in termini di rispondenza agli standards di legge;
- della idoneità organizzativa a rispondere alle esigenze assistenziali;
- della congruità generale, anche gestionale, rispetto agli obiettivi generali del Piano sanitario regionale.

La riconversione, peraltro, è anche obbligata dall'esigenza di ridurre il numero di posti letto per acuti, ampliando quelli per riabilitazione.

Per quanto riguarda, invece, l'ampliamento del numero dei presidi considerati a "rilevanza nazionale" ed una parallela maggiore disseminazione delle alte specialità, va detto che tale possibilità non viene esclusa assolutamente in linea di principio. Tale "estensione" potrà, tuttavia, avvenire in una fase successiva e, cioè, solo dopo che sia avvenuto un forte consolidamento strutturale, tecnologico e professionale dei gangli principali della rete.

Tema altrettanto importante, nel quale saranno coinvolti i direttori generali delle ASL e delle Aziende ospedaliere, è quello degli attuali assetti organizzativi interni che dovranno essere sottoposti ad un piano di "reingegnerizzazione".

Si tratta, cioè, di immaginare *ex novo* quale potrebbe essere il modello organizzativo che idealmente coniughi al meglio efficacia clinica ed efficienza gestionale e, di conseguenza, realizzarlo. Il tutto si basa su un assetto centrato sui processi e non sulle funzioni. In altre parole, individuato quale è il teorico ottimale percorso di cura che il paziente deve seguire, si costruisce un percorso organizzativo che superando l'autoreferenzialità dei singoli settori coinvolti ne lubrifica le interfacce puntando ad una efficienza di sistema

Precisiamo subito che non esistono soluzioni pronte, indifferentemente esportabili da una realtà all'altra. Ogni soluzione è ideale se tiene conto, in quel determinato contesto in cui deve operare, dell'insieme delle variabili che lo compongono: strutturali, tecnologiche, umane.

Esistono, comunque, principi abbastanza codificati e condivisi quali:

- focalizzare le procedure cliniche ed organizzative avendo come riferimento la centralità del paziente;
- integrare le attività assistenziali per aree omogenee e dipartimenti al fine di ottenere tutte le sinergie possibili;
- puntare ad un utilizzo comune, per quanto possibile, delle risorse (spazi, tecnologia, personale) ;
- prevedere la centralizzazione dei servizi ma non farne un totem intoccabile; un decentramento governato (basti pensare all'ecografia per esempio) che tenga conto delle variabili locali può essere un ottimo strumento per una maggiore efficienza.

In altre parole la regola chiave è quella della "flessibilità organizzativa"; in tal senso vanno evitate strutture rigide, anche nella loro gerarchizzazione interna, altrimenti l'ospedale non riuscirebbe a reagire in tempo reale ai cambiamenti che, da qualche tempo a questa parte, sopraggiungono in modo spesso repentino. Il mutare, infatti, di leggi, regolamenti, attese sociali e soprattutto sistemi di finanziamento obbliga il management dell'ospedale ad essere reattivo all'ambiente e pronto

all'innovazione, altrimenti il “fallimento” dell’ “azienda” è assicurato.

Ciò non vuol dire che non debbano esserci strutture stabili ed un assetto gerarchico chiaro e definito; se così non fosse l'anarchia e l'incertezza minerebbero alle basi la struttura organizzativa. Si vuole solo sottolineare che niente può essere dato per acquisito per sempre, e che bisogna inserire nei “programmi” mentali di ciascuno questa disponibilità al cambiamento.

Una ulteriore considerazione merita di essere svolta a proposito della su accennata “centralità” del paziente.

È un valore antico, una “riscoperta” periodica ma che in questi ultimi anni ha qualche significato in più. Non va, cioè, solo inquadrato in un ritorno dei classici valori legati alla cultura della “umanizzazione” della medicina, ai quali si è accennato nella premessa, ma piuttosto si tratta di una centralità imposta dal nuovo ruolo del paziente che è anche “cliente” e che sceglie nel mercato la struttura che più lo soddisfa.

Parlando di reti ospedaliere e di alte specialità appare importante, in conclusione, una riflessione sulla opportunità di prevedere, a livello regionale un sistema di valutazione delle tecnologie.

Nell'esperienza internazionale l'“Unità per la Valutazione delle Tecnologie” si propone come supporto metodologico per ottimizzare le scelte e l'utilizzo di nuove tecnologie, pratiche cliniche efficaci, appropriate ed efficienti e per l'avvio di un processo di miglioramento continuo di qualità.

La funzione di Valutazione delle Tecnologie dovrebbe quindi poter assumere, a livello regionale e locale, un ruolo strategico nell'assetto organizzativo e funzionale nel processo di sincronizzazione e amplificazione delle “aspettative” di sviluppo della organizzazione sanitaria in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale e dai Piani Strategici delle singole Aziende Sanitarie Locali.

Ebbene, il raggiungimento di questi obiettivi passa attraverso il fattivo contributo delle Aziende Sanitarie che saranno chiamate ad un impegno propositivo, nella fase di pianificazione budgettaria e di verifica sugli impegni concordati, nella fase attuativa.

L'impegno non sarà lieve e sarebbe superficiale e ingenuo non volersene rendere conto. La storia della sanità calabrese, per varie ragioni, è stata segnata da non poche irrazionalità e da sperpero di risorse. La situazione edilizia, tecnologica ed organizzativa di molti ospedali è drammatica nonostante il sacrificio e l'impegno continuo del personale. Il quadro è sotto gli occhi di tutti. Gli interventi collegati all'art. 20 sono stati inefficaci e, solo se saranno prese misure forti e si seguiranno scelte coraggiose in tempi

brevi, si potrà evitare che la Calabria continui a pagare il più alto tributo a livello nazionale in termini di migrazione sanitaria.

Ci vuole il massimo rispetto per esigenze locali, ma i Sindaci e gli altri politici locali debbono capire che le resistenze anche aspre verso la riconversione dei presidi ospedalieri presenti nel territorio di loro competenza, hanno cristallizzato una situazione in cui nessuna progettualità innovativa ha avuto spazio.

Si ricorda poi come nel corso degli ultimi anni le cose si siano paradossalmente complicate per il completamento di molti ospedali (Scalea, Cassano Ionico, Pizzo Calabro, Nicotera, Rosarno, Gerace, Mesoraca, Girifalco) il cui avvio, con le relative attese della popolazione, risale addirittura agli anni sessanta.

Il quadro diventa più “buio” se poi si entra nel merito delle caratteristiche edilizie che in molti casi sono “fuori norma” e non ne consentirebbero la destinazione ad assistenza ospedaliera.

Partendo da queste premesse, certamente forti, non si possono non pretendere scelte altrettanto forti.

In questo senso si chiede una presa di coscienza politica sulla reale situazione e sulla esigenza di scelte, anche se difficili.

Se ci sarà una forte e responsabile coesione politica, il Piano sanitario potrà essere lo strumento guida per un salto di qualità della sanità calabrese, ma se la coesione “politica” venisse a mancare le soluzioni tecniche, “ideali” quanto si voglia, si dimostrerebbero solo velleitarie.

Nel merito, la proposta qui presentata è articolata in tre momenti:

1. quadro di sintesi dell'attuale offerta ospedaliera, distinta per ASL e con particolare riferimento agli indicatori di attività e gestionali;
2. valutazione della domanda sulla base delle esigenze demografiche e sanitarie e dei dati della migrazione sanitaria;
3. ipotesi di rete.

1. L'offerta attuale: nelle Tabelle n. 1 e 2, viene riportata la disponibilità media di posti letto riferita all'anno 2001. In Calabria al 31 dicembre 2001 risultano complessivamente 9703 posti letto, pari al 4,75 ogni mille abitanti (Fig. 1); un leggero eccesso di disponibilità è dato dalla quota di letti ordinari per acuti (la L. 405/01 prevede, per gli acuti, quattro posti letto per mille abitanti), cui corrisponde una analoga carenza di disponibilità a carico del day hospital e day surgery. Vi è un deficit di offerta ancora nel settore riabilitativo, avendo solo una disponibilità dello 0,42 x mille abitanti, di cui il 50% è dedicato alla lungodegenza (Tab. 2) (La succitata L. 405/01 prevede un posto letto di riabilitazione e lungodegenza ogni mille abitanti).

È evidente altresì una spiccata disomogeneità nell'offerta di posti letto tra i diversi territori ASL, con concentrazione di alcuni specifici settori nelle aree urbane di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. Il rapporto tra offerta pubblica e privata è pari 2:1 (Fig. 2).

Tab. 1 - Posti letto per acuti disponibili (anno 2001)

AZIENDE SANITARIE	In Presidi a gestione diretta		In Aziende Ospedaliere		In I.R.C.C.S - Policlinici Universitari		In Istituti privati accreditati		Totale posti letto		Per mille abitanti	
	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.
101 – Paola	306	41	-	-	-	-	335	-	641	41	4,49	0,29
102 - Castrovillari	259	42	-	-	-	-	-	-	259	42	2,36	0,38
103 - Rossano Calabro	437	49	-	-	-	-	100	-	537	49	3,03	0,28
104 - Cosenza	129	16	739	80	60	8	560	-	1.488	104	5,06	0,35
105 – Crotona	440	83	-	-	-	-	255	-	695	83	3,61	0,43
106 - Lamezia Terme *	383	29	-	-	-	-	60	-	443	29	3,39	0,22
107 - Catanzaro	147	8	643	85	159	47	392	-	1.341	140	5,35	0,56
108 - Vibo Valentia	530	2	-	-	-	-	40	-	570	2	3,25	0,01
109 – Locri	424	57	-	-	-	-	-	-	424	57	3,08	0,41
110 – Palmi	248	30	-	-	-	-	80	-	328	30	2,04	0,19
111 - Reggio Calabria	158	-	569	97	-	-	725	-	1.452	97	5,34	0,36
Totale regionale	3.461	357	1.951	262	219	55	2.547	-	8.178	674	4,00	0,33

Tab. 2 - Posti letto lungodegenza e riabilitazione (codice disciplina 56, 60 e 75) (anno 2001)

AZIENDE SANITARIE	Lungodegenza		Recupero e riabilitazione funzionale		Neuro-riabilitazione		Totale posti letto riabilitazione		Per mille abitanti	
	pubblici	Privati	pubblici	privati	pubblici	privati	Pubblici	privati	pubblici	privati
101 – Paola	-	-	-	30	-	-	-	30	-	0,21
102 - Castrovillari	16	-	30	2	-	-	46	2	0,42	0,02
103 - Rossano Calabro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
104 - Cosenza	-	205	-	179	-	-	-	384	-	1,31
105 – Crotone	-	22	-	48	-	26	-	96	-	0,50
106 - Lamezia Terme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107 - Catanzaro	6	176	14	91	-	-	20	267	0,08	1,07
108 - Vibo Valentia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109 – Locri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
110 – Palmi	-	-	6	-	-	-	6	-	0,04	-
111 – Reggio Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale regionale	22	403	50	350	-	26	72	779	0,04	0,38

Fig.1 – Posti letto x mille abitanti nel territorio calabrese

Fig. 2 – Percentuale di posti letto pubblici e privati nel territorio calabrese

Nelle Tabelle di cui all'allegato n. 2 sono indicate tutte le attività di ricovero ospedaliero ordinario per gli anni 1999 e 2000. Nell'allegato n. 3 vengono illustrate, distinte per Aziende sanitarie di residenza, le attività di ricovero nel quinquennio 1996-2000.

2. **Valutazione della domanda e migrazione sanitaria:** nelle tabelle allegate è riportata l'attività degli erogatori intra-regionali relativa al biennio 1999-2000. L'utilizzo medio regionale dei posti letto è del 71 % circa con notevoli disomogeneità per le varie discipline.

Vi è una spiccata mobilità: nell'anno 2000 l'indice di fuga regionale è del 13 %, a fronte di un tasso di spedalizzazione medio di 231,42 x mille abitanti (Tab. 3).

Tab. 3 – Tasso di ospedalizzazione (x mille ab.) per l'anno 2000				
Azienda sanitaria	In presidi all'interno del territorio aziendale	In presidi di altra azienda in regione	In presidi di altre regioni	Tasso di ospedalizzazione totale
PAOLA	166,19	35,29	36,89	238,38
CASTROVILLARI	134,06	76,17	33,27	243,50
ROSSANO	151,65	48,14	40,60	240,38
COSENZA	75,99	126,27	21,68	223,93
CROTONE	170,36	45,44	34,83	250,63
LAMEZIA TERME	151,71	54,86	26,24	232,80
CATANZARO	53,32	142,01	22,42	217,75
VIBO VALENTIA	139,99	39,72	31,29	210,99
LOCRI	190,74	50,98	35,73	277,44
PALMI	116,04	63,07	41,87	220,98
REGGIO CALABRIA	85,86	103,07	30,50	219,43
TOTALE	120,65	79,59	31,17	231,42

Il peso medio della casistica per cui si migra è alto, in specie verso le altre regioni, riguardando una casistica più complessa di quella trattata in regione (Fig. 3).

Fig.3 – Distribuzione della casistica trattata secondo il peso medio ed il luogo di cura

Il valore economico corrispondente al movimento di malati verso altre regioni è stato nel 2000 di circa 342 mld di lire, contro un flusso in entrata di 43 mld. Il saldo passivo è stato dunque di ben 298 mld di lire (Tab. 4)

AZIENDA CHE ACQUISTA O VENDE	RAPPORTI ECONOMICI CON ALTRE REGIONI
------------------------------	--------------------------------------

ENTRATE	USCITE	SALDO
---------	--------	-------

PAOLA	6.606.414.600	26.985.331.421	- 20.378.916.821
CASTROVILLARI	2.337.579.050	20.204.275.233	- 17.866.696.183
ROSSANO	2.095.850.000	37.158.857.624	- 35.063.007.624
COSENZA	1.073.483.970	37.742.145.035	- 36.668.661.065
CROTONE	5.337.580.410	35.030.243.408	- 29.692.662.998
LAMEZIA TERME	1.245.038.550	20.177.751.860	- 18.932.713.310
CATANZARO	763.599.490	32.729.520.152	- 31.965.920.662
VIBO VALENTIA	1.535.278.050	32.061.344.099	- 30.526.066.049
LOCRI	2.268.523.690	26.888.246.398	- 24.619.722.708
PALMI	1.025.946.100	33.312.699.730	- 32.286.753.630
REGGIO CALABRIA	5.445.934.750	39.599.053.755	- 34.153.119.005
ANNUNZIATA	2.834.738.500	-	2.834.738.500
PUGLIESE CIACCIO	2.749.519.000	-	2.749.519.000
MATER DOMINI	1.008.173.000	-	1.008.173.000
BIANCHI MELACRINO MORELLI	7.395.751.000	-	7.395.751.000
I.N.R.C.A. COSENZA	71.235.300	-	71.235.300
TOTALE REGIONALE	43.794.645.460	341.889.468.715	-298.094.823.255

Tab. 4 – Valore economico della mobilità ospedaliera calabrese, anno 2000

I poli di attrazione rimangono alcune specialità nel territorio di Reggio Calabria (segnatamente l'attività di ematologia, nefrologia ed ortopedia), l'attività dell'Unità di Risveglio a Crotone e, in parte, l'attività stagionale e di confine nell'area di Paola.

3. **Ipotesi di rete: sulla base delle considerazioni precedenti, unite alla valutazione sull'efficienza produttiva e sull'efficacia degli interventi delle singole unità operative negli ultimi due anni, si sta procedendo ad elaborare una nuova articolazione della rete ospedaliera pubblica. Si stanno altresì ricercando accordi con alcuni IRCCS (Gaslini di Genova, S. Lucia di Roma, ed altri) per la valorizzazione di complessi ospedalieri nell'ottica di una collaborazione tecnico-scientifica.**

Va ricordato, infine, il recente protocollo di intesa sottoscritto tra la Regione Calabria e la Regione Sicilia che prevede, tra l'altro, la creazione di centri di eccellenza da trasformare successivamente in IRCCS e da legare alla rete nazionale.

Si perviene così alla proposizione di una nuova articolazione della rete ospedaliera pubblica con la finalità di:

1. portare entro gli standard di legge la disponibilità media di posti letto;
2. ridurre la disomogeneità dell'offerta tra aree (in termini quantitativi e qualitativi);
3. riqualificare la risposta dei servizi (nel senso dell'efficacia degli interventi anche al fine di ridurre la quota di migrazione fuori azienda e fuori Regione);
4. rimodulare la tipologia di posti letto per area al fine di una maggiore efficienza gestionale;
5. adeguare la risposta nel settore dell'emergenza/urgenza nei termini di una omogenea e proporzionata distribuzione dei servizi dedicati ed una distribuzione funzionale delle alte specialità.

Ma a prescindere dalle considerazioni di ordine generale, con il sistema a regime, in ogni caso, è necessario operare una riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Il che presuppone – o fa presupporre – un riassetto delle aziende sanitarie locali che gestiscono presidi ospedalieri, nonché un possibile adeguamento anche dei posti/letto utilizzati delle aziende ospedaliere della Regione Calabria ai nuovi parametri fissati nella citata L. n. 405/2001.

Ovviamente, nel contesto della riorganizzazione della rete ospedaliera, la Regione Calabria si avvarrà del potere di riconoscere, ad alcuni presidi ospedalieri, lo *status* di azienda ospedaliera di rilievo territoriale come previsto dall'Accordo Stato/Regioni dell'8 agosto 2001.

Ma un innovativo sistema di governo della rete ospedaliera non può limitarsi al solo adeguamento della rete agli standard definiti dalla L. n. 405/2001 (riduzione dei posti/letto in eccedenza o trasformazione di questi in posti/letto per lungodegenti o di riabilitazione), ma deve intervenire anche con strumenti diversificati, quali la trasformazione di posti /letto in altri servizi per acuti (es. *day hospital o day surgery* – almeno il 10% dei posti letto per acuti, come previsto dalle norme vigenti), interventi presso i “medici di famiglia”, integrazione dei diversi livelli di assistenza, ecc.

Ed è proprio in questa ottica che la Regione deve dare spazio, investendo anche rilevanti risorse economiche, alle strutture ospedaliere nelle quali sono già allocate specialità di rilievo, potenziandole, anche al fine di abbattere il più possibile il fenomeno negativo della mobilità sanitaria extraregionale che costituisce, allo stato, un fenomeno rilevante: in termini di spesa, nell'anno 2001 l'onere relativo è ammontato a circa 300 miliardi di lire.

Nello specifico, il “modello ospedaliero dipartimentale” può costituire una modalità organizzativa dell’ospedale fortemente innovativa, purché sia basato su principi di flessibilità nell’utilizzazione delle risorse umane e strumentali, sulla valorizzazione della funzione clinica e di quella igienico/organizzativa, sulla promozione della qualità dell’assistenza infermieristica (oggi in primo piano a seguito della riorganizzazione delle professioni sanitarie – e sull’impegno ottimale di tutte le competenze professionali impiegate nell’assistenza ospedaliera. In tal senso la Regione Calabria dovrà adottare specifiche norme di legge.

Il rinnovato assetto organizzativo del Servizio sanitario regionale deve, inoltre, prevedere l’integrazione delle strutture ospedaliere con le strutture socio – sanitarie del territorio, al fine di garantire adeguate forme di continuità assistenziale alla collettività. Né può essere sottovalutata l’attivazione di forme di assistenza ospedaliera a domicilio, ad integrazione dell’assistenza sociosanitaria domiciliare erogata istituzionalmente dai Distretti.

Altro obiettivo del nuovo modello sanitario della Regione va individuato nella riorganizzazione della rete emergenza/urgenza che, date le caratteristiche geomorfologiche del territorio, dello stato della viabilità e della dislocazione abitativa, deve essere centrata essenzialmente sul trasporto a mezzo elicottero, non solo per quanto riguarda l’accesso ai DEA regionali di secondo livello, ma anche per il trasporto, nelle diverse strutture sanitarie, degli infermi che necessitano di cure specialistiche urgenti. Il trasporto per autoambulanza sarà, di conseguenza, riservato agli ambiti cittadini o alle località facilmente raggiungibili, con possibile esclusione dei casi in emergenza.

Nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera sarà ricompresa anche la revisione dei DEA di primo e di secondo livello, onde renderli il più possibile raggiungibili ed utilizzabili dalla popolazione. E’ superfluo sottolineare la necessità di potenziare, al contempo, le terapie intensive afferenti ai DEA.

L’ASSISTENZA DISTRETTUALE

Particolare rilievo assume, anche in funzione della recente definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il riordino dei servizi sanitari territoriali esistenti, chiamati a garantire le funzioni di prevenzione, cura, riabilitazione ed assistenza. I servizi territoriali, inoltre, sono la sede naturale dei programmi di educazione sanitaria, o meglio di educazione alla salute, che devono coinvolgere *in primis* l’opera del medico di medicina generale.

Il Distretto sociosanitario di base diventa l'organo di primo impatto del SSR nei confronti dei bisogni assistenziali della popolazione e punto cruciale del percorso assistenziale.

Pertanto si impone un potenziamento del ruolo di tali presidi, ridisegnandone la distribuzione sul territorio con l'intento di avvicinarli il più possibile all'utenza. È necessario, in questo contesto, sviluppare i progetti di assistenza domiciliare integrata (ADI) con l'intento di ridurre al massimo il ricorso al ricovero in strutture ospedaliere o residenziali, con beneficio della qualità dell'assistenza per l'utente e della riduzione della spesa. Il Distretto inoltre è la giusta struttura dove trovano risposta adeguata il disagio e l'emarginazione, le nuove povertà, l'immigrazione, anche clandestina. Tutte forme di bisogni assistenziali dei quali la Regione deve farsi carico attraverso una adeguata e corretta collocazione di distretti sul territorio ed il loro collegamento con la rete ospedaliera.

Vanno inoltre sviluppati moderni strumenti dell'*Information Technology*, in particolare con la telemedicina ed il telesoccorso, per facilitare i processi di assistenza domiciliare e garantire la continuità assistenziale.

L'allegato n. 4 indica la situazione all'anno 2001 dei dati relativi all'assistenza territoriale accreditata nelle sue varie articolazioni.

L'ASSISTENZA SANITARIA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

La Regione Calabria, nei confronti di questo livello di assistenza, si propone nel triennio di riferimento del PSR, di potenziare la rete dei Dipartimenti di prevenzione in modo da metterli in grado di gestire in maniera efficace il sistema di vigilanza, il controllo e la verifica degli ambienti di vita e di lavoro.

Inoltre, si dovrà dare attuazione alla legge regionale sull'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente (ARPACAL) trasferendo funzioni e risorse oggi di pertinenza del Dipartimento Multizonale di Prevenzione (DMP).

LA SANITÀ ANIMALE

Per l'attuazione di efficaci interventi nel settore della vigilanza e tutela della sanità animale è indispensabile istituire un Osservatorio di sorveglianza epidemiologica veterinaria regionale, in grado di fornire un quadro, chiaro ed affidabile, del livello igienico sanitario degli allevamenti e dello stato di salute delle popolazioni animali.

I dati rilevati dall'Osservatorio costituiranno il punto di partenza di una ristrutturazione complessiva, su basi certe, del Servizio veterinario regionale.

LA POLITICA DELLA QUALITÀ

Nell'attività di erogazione dei servizi sanitari all'utenza, diventa sempre più forte l'esigenza di assicurare anche la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie.

Infatti, oggi, la qualità dei servizi e l'appropriatezza delle cure rappresentano un diritto della collettività; i cittadini rivendicano, e giustamente, il rispetto dei diritti e vigilano sulla loro attuazione.

Pertanto, nel corso del triennio di riferimento del Piano sanitario regionale, la Regione Calabria promuoverà uno specifico progetto "Qualità" predisponendo appropriate Linee/guida, soprattutto con riguardo ai percorsi diagnostico/terapeutici, utilizzando anche l'esperienza professionale degli Ordini e dei Collegi degli operatori sanitari e delle Società scientifiche di settore.

Al tempo stesso, saranno avviate puntuali procedure per il controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Ma per conseguire risultati concreti è necessario che la Regione adotti il modello della "qualità totale" al quale le strutture e i professionisti devono rifarsi nell'organizzazione dei processi.

La Regione a suo tempo ha emanato un'apposita legge, la L.R. 2 maggio 2001, n. 11, sulla gestione e organizzazione dei servizi sanitari ed assistenziali in conformità alle norme della serie UNI EN ISO 9000, che disciplina la certificazione ISO 9000 per le strutture sanitarie pubbliche e private, quale elemento di eccellenza per le strutture e quale strumento guida finalizzato alla revisione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie.

Pertanto la Regione, per l'applicazione della legge in questione, si ripromette, all'atto della determinazione dei "requisiti ulteriori" previsti dalla legge per l'accreditamento, di pretendere la certificazione ISO 9000 a garanzia della qualità delle prestazioni e delle strutture, anche in aderenza all'impostazione assunta, a livello nazionale, dall'emanando Piano sanitario per il triennio 2002/2004.

Il processo di adeguamento al sistema della garanzia della qualità sarà parcellizzato nel corso del triennio di riferimento del Piano sanitario regionale con l'obiettivo finale di raggiungere, alla fine dell'anno 2004, buona parte delle strutture sanitarie.

L'INFORMAZIONE E LA COMUNICAZIONE

L'informazione e la comunicazione rappresentano una risorsa strategica fondamentale nel processo di erogazione dei servizi.

La comunicazione, infatti, favorisce i processi di sviluppo culturale a condizione che vengano coinvolti tutti gli attori interessati (operatori socio sanitari, cittadini e famiglie, enti ed istituzioni).

È fondamentale, quindi, che sia a livello regionale che aziendale sia definito un piano per il consolidamento della rete degli Uffici di Relazione con il Pubblico e si provveda all'emanazione della "Carta dei servizi" che, oltre a pubblicare l'elenco dei servizi offerti e i tempi di attesa, sia in grado di rilevare la *customer satisfaction*.

Nel Piano saranno previste azioni prioritarie per la promozione e lo sviluppo delle attività di educazione alla salute e la promozione di nuovi stili di vita, attraverso la costituzione di appositi comitati. Sarà prevista anche l'organizzazione di un evento pubblico regionale che premi i soggetti pubblici o privati i quali abbiano attivato programmi di qualità con lo scopo di comunicare e promuovere la cultura della salute.

Altro punto qualificante del Piano dovrà essere una costante semplificazione delle procedure amministrative per l'accesso e la fruizione dei servizi, oggi purtroppo ancora troppo complesse.

A tal fine potrebbe essere costituito un gruppo di lavoro nel quale potrebbero essere chiamati a far parte le Associazioni di volontariato, il Tribunale dei diritti del malato, il Difensore Civico, ecc.

LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI

Strettamente connessa con la qualità delle strutture sanitarie è la formazione professionale degli operatori sanitari, che ne costituisce un aspetto fondamentale. La recente riorganizzazione delle professioni sanitarie (intendendo con tale espressione non solo gli infermieri propriamente detti ma anche tutti gli operatori di pari rango, quali le ostetriche, i tecnici RM e di laboratorio, i tecnici della riabilitazione, ecc.) e l'introduzione della laurea specialistica nell'ambito della riforma del sistema didattico universitario, ha comportato un innalzamento del livello didattico della formazione di base di questi operatori sanitari.

Con riferimento al sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), avviato a partire dal 1° gennaio 2002, la Regione Calabria elaborerà ed attiverà un Piano regionale di

formazione per gli operatori sanitari (PRFOS) che vincoli le aziende sanitarie ad attivare corsi di formazione ai diversi livelli per i propri operatori e a creare, nell'ambito della stessa ASL, una struttura autonoma per la formazione delle risorse umane aziendali, da porre in posizione di staff al Direttore generale.

Un cenno particolare merita il problema della qualificazione manageriale della classe medica, soprattutto con riferimento ai Direttori di struttura complessa, problema che era stato già sollevato a suo tempo dai due piani sanitari nazionali e che aveva costituito oggetto di specifica regolamentazione in occasione della disciplina per il conferimento di incarichi di Direttore di struttura complessa (D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 484) ma che, nella pratica, non aveva poi avuto corso.

La Regione Calabria intende attivare anche questa tipologia di corsi manageriali per la Dirigenza medica delle strutture sanitarie pubbliche, in quanto ritiene indispensabile che i professionisti sanitari ai quali sono affidate la gestione e l'allocazione delle risorse (umane, tecnologiche e strutturali) siano formati e aggiornati non solo nelle discipline tecnico/professionali, ma anche nelle metodologie gestionali.

IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE

Le AA.SS.LL. e le AA.OO. sono finanziate con le risorse del Fondo Sanitario Regionale, il quale è composto dalle seguenti voci:

- Quota del Fondo Sanitario Nazionale attribuita alla Regione sulla base dei criteri di riparto stabiliti a livello centrale;
- Saldo delle compensazioni per mobilità interregionale dei cittadini residenti. Come è noto, questa voce, computata a livello centrale sulla base delle informazioni trasmesse dalle singole Regioni, per la Regione Calabria ha valore negativo;
- I proventi derivanti dall'attività libero-professionale dei sanitari;
- l'autofinanziamento per ticket;
- altri introiti diretti.

Il finanziamento delle Aziende ospedaliere avviene attraverso la remunerazione delle prestazioni prodotte, sulla base delle tariffe regionali. Per le funzioni che le Aziende assicurano al di fuori del meccanismo tariffario per la didattica, la ricerca e per i progetti di specialità o per altre funzioni di sviluppo della rete ospedaliera, il finanziamento avviene sulla base di progetti specifici.

Altre fonti di finanziamento derivano da:

- **contributi statali per investimenti di rilievo regionali derivanti dall'art. 20 della L. n. 67/88 in rapporto ai quali verrà stipulato a breve un apposito accordo di programma con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze in modo da temporizzare il contributo rispetto all'andamento della progettazione esecutiva e all'avanzamento dei cantieri;**
- **contributi dello Stato derivanti dalla legge sulla realizzazione di Hospice per malati terminali;**
- **contributi dello Stato derivanti da leggi specifiche;**
- **proventi derivanti da alienazione di beni patrimoniali resi disponibili dalla riorganizzazione dei servizi.**

Per una corretta allocazione degli investimenti sarà necessario verificare il patrimonio delle Aziende e il rispetto delle norme sulla sicurezza.

Saranno previsti finanziamenti per rinnovare le attrezzature tecnologiche.

Il rinnovo di dette attrezzature avverrà con la determinazione di programmi di eliminazione di tecnologie superate e con la verifica del pieno utilizzo della appropriatezza dei protocolli clinici e dell'impatto economico organizzativo.

Sarà opportuno prevedere appositi fondi finalizzati al mantenimento del patrimonio sanitario e al riammodernamento della rete per assicurare quegli interventi necessari per l'accreditamento degli ospedali mediante opere di ristrutturazione messe a norma sulla base dei necessari studi di fattibilità e all'avvio e realizzazione di opere per la residenzialità non ospedaliera (RSA, Hospice, case protette) per la copertura delle aree territoriali carenti e per soddisfare i bisogni emergenti (morbo di Alzheimer, ecc.)

L'autofinanziamento aziendale per queste opere potrà essere assicurato anche ricorrendo a mutui, leasing finanziario, *project financing*, ecc.

IL GOVERNO DELLA SPESA

Con il D.Lvo 18 febbraio 2000, n. 56 si è completato il passaggio verso il federalismo fiscale per cui il finanziamento del SSN è posto a totale carico del gettito fiscale delle singole Regioni. Con l'Accordo Stato – Regioni 3 agosto 2000, integrato e modificato dall'Accordo 8 agosto 2001, nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interna, è stato, quindi sancito il

principio della piena e diretta responsabilità delle Regioni riguardo la tutela della salute dei propri cittadini, da garantire mediante una corretta gestione del Servizio sanitario, in condizioni di equilibrio economico. Le Regioni sono ormai direttamente responsabili di fronte ai cittadini per l'andamento della spesa sanitaria, essendo chiamate a sostenere gli eventuali disavanzi del SSR ricorrendo ad un maggior concorso al finanziamento da parte dei cittadini, in termini di maggiore prelievo fiscale o compartecipazione diretta al costo delle prestazioni sanitarie consumate. Di qui la centralità dei meccanismi finanziari e degli obiettivi di equilibrio economico delle Aziende sanitarie.

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

- l'attività di Prevenzione assorbe ancora risorse in misura notevolmente inferiore al parametro di fabbisogno nazionale
- la spesa per l'Assistenza distrettuale è fortemente influenzata dalla componente relativa all'assistenza farmaceutica;
- l'elemento di maggiore criticità è rappresentato dalla spesa per il livello dell'Assistenza ospedaliera, che assorbe più del corrispondente finanziamento teorico.

LE RISORSE DISPONIBILI NEL TRIENNIO 2002 – 2004

Il triennio di vigenza del presente Piano inizia con prospettive più favorevoli rispetto al passato e con finanziamenti predefiniti ed incrementati. Nell'Accordo Stato – Regioni dell'8 agosto 2001, infatti, il governo, come più sopra detto, oltre a rideterminare il finanziamento del SSN per il 2001 in Euro 71271 milioni (L. 138.000 mld) (con una maggiorazione di Euro 3620 milioni (L. 7.000 mld) rispetto allo stanziamento precedentemente previsto), ha riconosciuto la tendenziale sottostima del FSN e per la prima volta ha assunto l'impegno ad attestare il finanziamento del SSN al 6% del PIL.

Le risorse complessivamente destinate al SSN per il triennio 2002 – 2004 sono state così definite:

Anno 2002 mld)	Euro 74564 milioni (L. 144.376
Anno 2003 mld)	Euro 77532 milioni (L. 150.122
Anno 2004 mld)	Euro 80501 milioni (L. 155.871

L'Accordo ha previsto, inoltre, una quota aggiuntiva pari a Euro 1033 milioni /L. 2.000 mld) per l'anno 2002 e per l'anno 2003 e a Euro 775 milioni (L. 1.500 mld) per l'anno 2004, per riequilibrare le situazioni di svantaggio generate dall'attuale sistema di riparto delle quote capitarie e per coprire i maggiori oneri derivanti dal rinnovo del contratto della dirigenza medica per IRCCS, Policlinici Universitari, ospedali classificati e religiosi, ospedali clinicizzati.

Il finanziamento assegnato alla Regione per il triennio considerato, sulla base dei criteri di riparto del FSN abituali (ossia della quota capitaria pesata), risulta essere, al netto della mobilità sanitaria stimata in L. 300 mld, il seguente:

mld)	Anno 2001	Euro 2.407 milioni	(L. 4.660
mld)	Anno 2003	Euro 2.536 milioni	(L. 4.911
mld)	Anno 2004	Euro 2.624 milioni	(L. 5.081

Obiettivi generali del triennio divengono il raggiungimento del pareggio economico a livello regionale e aziendale ed una equa ed efficiente allocazione delle risorse tra i tre macro-livelli di assistenza.

La situazione finanziaria deve consentire attuabile l'obiettivo di conciliare con le risorse disponibili le scelte e le azioni che verranno meglio definite nel Piano, connesse al perseguimento dell'appropriatezza e dell'efficacia dell'attività assistenziale.

In particolare, si rendono necessari alcuni interventi sulla struttura del SSR quali:

- la razionalizzazione dei processi gestionali dei soggetti erogatori pubblici, per renderli coerenti con il perseguimento degli obiettivi di efficacia, di efficienza e di qualità;
- la regolamentazione di forme di concorrenza tra i soggetti erogatori, pubblici e privati, finalizzata ad orientarne i comportamenti allocativi e gestionali ad una maggiore efficienza e qualità dell'assistenza erogata, nonché ad una maggior efficacia ed appropriatezza delle prestazioni;

- lo sviluppo programmato dell'attività di prevenzione e dell'attività distrettuale, indirizzando la domanda verso percorsi assistenziali più appropriati e più economici.

Lo strumento strategico individuato per favorire l'attuazione degli interventi strutturali è la costituzione di un fondo di riequilibrio, da riassorbire a scalare nel triennio, da destinare:

- al piano di risanamento delle strutture ospedaliere pubbliche, teso alla graduale riduzione dei costi di gestione;
- al piano di graduale adeguamento dell'allocazione delle risorse tra i macro-livelli ai parametri di fabbisogno fissati a livello nazionale, per assolvere compiutamente al soddisfacimento dei bisogni espressi dalla collettività.

Nell'allegato n. 5 vengono evidenziate alcune tabelle che mostrano i disavanzi delle Aziende sanitarie dal 1997 al 2001, la spesa sanitaria per gli anni 1998-2001 ed il riparto del FSN 1996-2001 tra le varie regioni italiane.

GLI INVESTIMENTI EX ART. 20 LEGGE N. 67/1988. I PROGETTI DI NUOVE STRUTTURE OSPEDALIERE, GLI INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE.

Il PSR dovrà fornire direttive e “percorsi privilegiati” per il programma di investimenti, redatto sulla base della globale disponibilità finanziaria della Regione Calabria nel settore sanitario, a seguito di una completa ricognizione di fondi residui (per un totale di circa Lire 1000 miliardi), nella quale certamente il piano degli investimenti ex art. 20 – L. n. 67/1988 e succ. mod.-seconda fase – assume un ruolo primario (costo complessivo dell'accordo proposto L. 812.116 milioni, di cui L. 771.510 milioni a carico dello Stato e L. 40.606 milioni a carico della Regione – n° 169 interventi di nuove opere, ristrutturazioni, acquisti arredi e attrezzature, oltre a L. 41.250 milioni già finanziati per il nuovo Ospedale di Vibo Valentia – Del. CIPE n. 53 del 6/05/98).

Il programma precedentemente predisposto per “l'art.20” necessita, però, di un ripensamento alla luce delle recenti direttive e richieste formulate dal Ministero della Salute (riduzione posti letto, concentrazione degli interventi eliminando le azioni frammentarie e mirando alla realizzazione di centri di eccellenza, ...).

Il PSR intende adeguarsi alle direttive ministeriali sull'organizzazione sanitaria anche per la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere (ex art. 12 bis, comma 6,

D.L.vo 229/99 - cui la Regione Calabria ha aderito), secondo criteri informativi generali da utilizzare per la realizzazione di ospedali polispecialistici per acuti, ma anche da adottare come parametri di riferimento per le riorganizzazioni e/o ristrutturazioni.

Il PSR definirà criteri tecnici e d'impostazione ai quali i progetti dovranno uniformarsi o tendere, compatibilmente con le realtà locali.

La conformità alla filosofia del PSR ed ai criteri tecnici, o comunque la dimostrazione che gli interventi proposti sono inseriti in una programmazione che prevede l'adeguamento nel tempo delle strutture ospedaliere ai parametri fissati, costituirà elemento di valutazione dei progetti elaborati dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Vincolante per l'approvazione dei progetti ed il relativo inserimento nel piano finanziario, sarà la conformità alla legge sull' "accreditamento", i cui parametri e requisiti minimi devono essere osservati dai progetti di nuovi ospedali ed, anche, dagli interventi di parziali ristrutturazioni.

In sintesi, le linee guida proporranno certamente un "percorso" per la realizzazione di un sistema sanitario regionale innovativo.

L'attuazione della struttura assistenziale ipotizzata, alle diverse scale territoriali, comporterà esigenze di modificazioni sostanziali nelle strutture fisiche esistenti, che dovranno essere adeguate ai nuovi obiettivi strategici (degenze ospedaliere brevi, forme innovative di assistenza domiciliare, potenziamento accreditamento strutture, strategia dell'informazione ed espansione della telematica in sanità – telemedicina e teleconsulto, azioni di decentramento diagnostico, realizzazione di alte specialità, operazioni di project financing, ...).

Il nuovo scenario disegnato e tradotto successivamente nel PSR, con il relativo programma di progetti, spese e tempi di esecuzione, produrrà la previsione di ristrutturazioni, ridimensionamenti, messa in sicurezza delle strutture esistenti, realizzazioni di nuovi ospedali secondo i principi attuali a livello nazionale (ospedale tecnologicamente avanzato ed informatizzato a degenza limitata, strutture coordinate per post-urgenza, flessibilità strutturale, razionalizzazione ed ottimizzazione dei percorsi, adozione di nuovi standard adeguati alla rete di servizi sanitari previsti).

Gli ospedali dovranno essere integrati con strutture complementari, con la città e con il territorio (attrezzature alberghiere, di ristorazione, commerciali, culturali, di interesse collettivo e per le attività sociali e di volontariato).

La tipologia del nuovo ospedale, attraverso una progettazione multidisciplinare, dovrà puntare alla qualità, oltre che dell'assistenza sanitaria, anche del benessere generale percepito dagli utenti.

La definizione territoriale, tipologica e dimensionale delle singole strutture sarà specificata in seguito alle scelte politiche del modello di rete sanitaria regionale.

Le "scelte" del PSR sulle specifiche questioni territoriali discenderanno da una preventiva concertazione con i Direttori Generali delle AASS e AAOO e con i Sindaci delle relative città.

Principi informatori generali per l'impostazione organizzativa, distributiva e tecnologica dei progetti di nuova costruzione o ristrutturazione delle strutture ospedaliere sono:

- **rispondenza al modello dipartimentale previsto dal PSR;**
- **rispondenza del dimensionamento ai parametri stabiliti dal PSR;**
- **garanzia della rispondenza alle norme di sicurezza (rischio anti-incendio, igienico-sanitario, sicurezza impianti e apparecchiature, percorsi di emergenza, distinzione tra i percorsi pazienti, medici, operatori, visitatori, merci, pulito-sporco-sterile, ...), facilità di manutenzione e pulizia;**
- **caratteristiche di flessibilità per consentire ridistribuzioni ed espansioni a seguito di innovazioni diagnostiche, terapeutiche, tecnologiche, informatiche, ecc.;**
- **organizzazione strutturale e distributiva tale da consentire la collaborazione e l'integrazione con le strutture territoriali ed i medici di famiglia, anche attraverso i sistemi informatici, nonché l'attività di ricerca integrata con l'esterno;**
- **dimensionamento e organizzazione che prevedano spazi per la formazione, la didattica, gli incontri ed eventuali attività complementari aperte alla città (attività culturali, commerciali, alberghiere, delle associazioni di volontariato e di assistenza sociale);**
- **rispondenza a parametri ergonomici e dotazione di attrezzature e spazi finalizzati all'umanizzazione della degenza ospedaliera;**
- **dotazione di adeguata area esterna attrezzata;**
- **parcheggi;**

- facile accessibilità, anche mediante percorsi preferenziali e alternativi verificati in caso di rischi naturali, sismici, idrogeologici.

LA RICERCA E L'INNOVAZIONE

La promozione della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica in campo sanitario rappresenta un tema sul quale la Regione intende investire.

Si tratta, pertanto, di individuare linee di ricerca sulla base delle necessità regionali e delle priorità evidenziate a livello nazionale e comunitario e reperire finanziamenti specifici mettendo a disposizione fondi regionali per l'attuazione dei progetti.

Il sostegno e lo sviluppo della ricerca abbraccia tutti i settori rilevanti per il settore sanitario: dalla ricerca clinica e biomedica a quello dell'utilizzo delle nuove tecnologie, a quella sui modelli gestionali a supporto della programmazione sanitaria.

Anche in questo campo la devoluzione di poteri di programmazione, di indirizzo e di gestione potrà consentire di utilizzare in modo più mirato i fondi per la ricerca finalizzata.

Particolare rilevanza riveste la ricerca biomedica. Essa è fondamentale nello sviluppo del SSR. Proprio perché la Regione non è un ente di ricerca, è suo compito indirizzare, incentivare, promuovere, monitorare l'attività di ricerca, controllarne e diffonderne i risultati e sviluppare iniziative di supporto.

Un cenno a parte merita la ricerca nell'ambito delle neuroscienze. La frequenza dei disturbi legati al sistema nervoso centrale è in crescita esponenziale, sia per una accresciuta capacità diagnostica di questi disturbi, sia per una maggiore vulnerabilità dell'organismo umano a fattori nocivi. Depressione, disturbi d'ansia, Alzheimer, demenze senili, Parkinson, epilessia e altre patologie simili, affliggono porzioni crescenti della popolazione e sono sempre più oggetto di approfondite diagnosi, cure e ricerca.

Si rende, quindi, indispensabile la promozione di iniziative e di ricerche anche in collaborazione con altri partners pubblici e privati.

Parallelamente all'attività di ricerca biomedica, la Regione promuove anche l'introduzione nelle strutture del SSR di strumenti innovativi, ad alto contenuto tecnologico sia clinico che gestionale; tali innovazioni sono oggi rese possibili dallo sviluppo in campo informatico e delle telecomunicazioni che hanno portato

ad un forte incremento di strumenti di Information and Communication Technology (ICT).

I RAPPORTI TRA REGIONE, UNIVERSITA', IRCCS ED ALTRI ENTI DI RICERCA

Per assicurare l'apporto dell'Università alle attività assistenziali è necessario il suo inserimento nel contesto organizzativo del SSR attraverso una regolamentazione dei rapporti Regione/Università che tengano conto delle diverse esigenze istituzionali.

I rapporti con gli IRCCS e gli altri Enti di Ricerca saranno regolati attraverso la stipula di appositi protocolli d'intesa che individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle conoscenze, seppur tenendo conto della loro natura giuridica.

L'attività delle singole strutture, finanziata alla stessa stregua delle aziende ospedaliere, dovrà essere coordinata da appositi accordi e finalizzata allo sviluppo del SSR.
