

REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 193 del 19.09.2018

Registro proposte del Dipartimento tutela della Salute

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 167 del 20/09/2018

OGGETTO: Riorganizzazione Rete Regionale Trapianti e sistema di procurement

Il R.U.P. del Settore n. 11

Dott. Sergio Petralia

Il Dirigente Generale

Dott. Bruno Zito

Publicato sul Bollettino Ufficiale

della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

DCA n. 167 del 20/09/2018

**OGGETTO: Riorganizzazione Rete Regionale Trapianti e sistema di procurement**

IL COMMISSARIO AD ACTA

**(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015).**

**VISTO** l'articolo 120 della Costituzione;

**VISTO** l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

**VISTO** l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente pro tempore della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

**RICHIAMATA** la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

**RILEVATO** che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri — su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

**VISTO** l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale pre-vigente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

**VISTO** gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 26 luglio e del 23 novembre 2016 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2016-2018;

**VISTO** il DCA n. 119 del 4/11/2016 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

**VISTO** il Patto per la salute 2014-2015 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

**VISTA** la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario ad acta per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

**VISTA** la nota prot. ri.2981LICL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

**VISTA** la medesima Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani sub Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

**RILEVATO** che con la suddetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi Operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e Utilità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di Cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies> comma 2- quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge a 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;

- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di Tienilo e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012.

**PREMESSO CHE la donazione ed il trapianto di organi e tessuti rappresenta un'attività sanitaria ad alta valenza sociale, il cui potenziamento, in termini numerici e di qualità dei risultati, è in grado di garantire ad un numero sempre maggiore di persone, affette da gravi insufficienze terminali di organo ed in lista di attesa di trapianto, un trattamento insostituibile, efficace e salvavita, oltre che garantire più contenuti costi economici e sociali per i singoli e la collettività;**

**VISTA** la Legge 91/99 "Disposizioni in materia di prelievo e di trapianto di organi e di tessuti" che identifica il Centro Regionale Trapianti ed i Coordinamenti Ospedalieri quali soggetti deputati all'organizzazione del procurement;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 70 del 13 Febbraio 2006 recante "Riorganizzazione delle attività di coordinamento delle donazioni, prelievi e trapianti di organi, tessuti e cellule in ambito regionale";

**VISTO** il DPGR n. 118 del 2 Agosto 2013 recante "Approvazione Convenzione tra la Regione Calabria e l'Azienda Policlinico Umberto I° ROMA per la realizzazione del Programma di Trapianto di fegato";

**VISTO** il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute n. 9569 del 1 Agosto 2014 recante "Nomina Comitato Tecnico Regionale per le attività di Donazione e Trapianti" le cui funzioni sono previste dalla legge 1 aprile 1999, n. 91, dalla Delibera di Giunta Regionale Calabria del 13 FEB 2006 n. 70 e dal Decreto del Commissario ad Acta n.69 del 29.06.2015. Tale Comitato è rappresentativo di tutte le aree di attività della rete regionale della donazione e del trapianto, supporta il Coordinatore Regionale Trapianti nell'elaborazione della strategia regionale, tenendo conto degli indirizzi della rete nazionale e della programmazione sanitaria della Regione;

**VISTO** il DCA n. 69 del 29 Giugno 2015 recante "Riorganizzazione Rete Trapianti HUB e SPOKE. Programma Operativo. P13.1: Approvazione documento costitutivo";

**VISTO** il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute n. 8008 del 7 Luglio 2016 recante "Istituzione Tavolo Tecnico per implementazione procurement e di sensibilizzazione alla donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto e Istituzione Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement";

**VISTA:**

1. la Delibera Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro n. 81 del 3 Agosto 2016 recante "Istituzione Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement di organi e tessuti a scopo di trapianto";
2. la Delibera Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza n. 171 del 5 Agosto 2016 recante "Istituzione Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement di organi e tessuti a scopo di trapianto";



3. la Delibera Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria n. 816 del 15 Dicembre 2016 recante "Istituzione Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement di organi e tessuti a scopo di trapianto";

**PRESO ATTO** di quanto previsto dall'accordo sancito in sede di Conferenza Stato - Regioni del 14 Dicembre 2017 (Rep. Atti n. 225/CSR) recante "Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020" che descrive dettagliatamente ruolo e funzioni di tutte le strutture coinvolte nel procurement di organi e tessuti e indica il processo di donazione e trapianto di organi parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

➤ visti in particolare:

**a) sezione B Documento di indirizzo:**

- ✓ punto 2, *principi generali, comma a, b ed e;*
- ✓ punto 3, *sostenibilità economica, attualmente regolamentata sulla base della Delibera di Giunta Regionale n. 24 del 8/01/2002 "Piano a sostegno donazioni d'organo e tessuti. Integrazione e modifiche atto deliberativo 220 del 23.02.99";*
- ✓ punto 4, *indicatori di qualità come da allegato 2;*

**b) sezione C Raccomandazioni organizzative:**

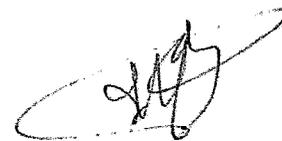
- ✓ punto 1 *Livello Regionale;*
- ✓ punto 2 *Livello Ospedaliero;*
- ✓ punto 3 *Requisiti funzionali del processo di donazione di organi in ospedale;*

**PRESO ATTO** di quanto previsto dall'accordo sancito in sede di Conferenza Stato - Regioni del 24 Gennaio 2018 (Rep. Atti n. 16/CSR) recante "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate";

**VISTA** la nota Prot. n. 715/CNT del 19 Marzo 2018 a firma del Dr. Alessandro Nanni Costa Direttore del Centro Nazionale Trapianti con la quale chiede alla Regione Calabria di assumere i provvedimenti di competenza previsti dagli accordi di Conferenza Stato Regioni del 2002 e del 2018, visti i risultati relativi all'attività in regione del trapianto di rene;

**PRESO ATTO**

- che presso il Centro Regionale Trapianti, ancora oggi è in servizio il solo Direttore Medico che garantisce in H24 e per 365 giorni all'anno la piena operatività ed il corretto svolgimento dell'intero processo donazione, prelievo e trapianto;
- che presso il Centro Regionale Trapianti è stata già autorizzata l'assunzione di un Dirigente Medico;
- che si è oramai consolidato negli ultimi sette anni ( vedi tabella successiva) uno standard di procurement assolutamente inadeguato, caratterizzato da basso numero di accertamenti di morte cerebrale, da un basso numero di donazioni, da un alto numero di opposizioni, da un basso numero di trapianti e da un alto numero di pazienti in lista di attesa per un trapianto.



**DATI RELATIVI AL PROCUREMENT DAL 1° GENNAIO 2010 AL 31 DICEMBRE 2016**

RIANIMAZIONI	DECESSI CON LESIONI CEREBRALI ACUTE	ACCERTAMENTI SEGNALATI	DONATORI UTILIZZATI	OPPOSIZIONI	NI	AC	NU
A.O. COSENZA	471	92	41	39	3	4	5
CETRARO	49	2	--	1	--	1	--
CASTROVILLARI	18	---	---	---	--	--	--
ROSSANO	35	2	---	1	--	--	1
A.O. CATANZARO Pugliese - Ciaccio	428	197	79	82	18	1	17
A.O.U. CATANZARO M.D.	46	32	8	16	3	--	5
LAMEZIA TERME	128	1	---	1	--	--	--
VIBO VALENTIA	4	---	---	---	--	--	--
CROTONE	43	7	1	4	--	2	--
REGGIO CAL	233	111	46	48	4	7	6
LOCRI	51	4	---	2	2	--	--
POLISTENA	75	---	---	---	--	--	--
<b>TOTALE</b>	<b>1581 (131 pmp)</b>	<b>448 (28,5%=14,3 pmp)</b>	<b>175</b>	<b>194</b>			

Anno 2016	OSPEDALE Posti letto ordinari	OSPEDALE Decessi totali	RIANIMAZIONE Posti ordinari attivi	RIANIMAZIONE Ricoveri	RIANIMAZIONE Decessi	RIANIMAZIONE Decessi con lesioni cerebrali	RIANIMAZIONE Accertamenti di morte
CASTROVILLARI	96	202	2	91	25	3	0
CATANZARO Germaneto	195	73	8	375	48	3	3
CATANZARO Pugliese	368	623	12	433	225	65 (29%)	28 (43%)
CETRARO	94	103	6	135	35	6	0
COSENZA	485	883	11	456	156	73 (47%)	12 (16,5%)
CROTONE	245	446	4	196	69	4	1
LAMEZIA T.	211	315	10	261	128	25	0
LOCRI	151	186	8	306	70	12	0
POLISTENA	-	-	-	-	-	-	-
REGGIO C.	481	603	13	445	155	51 (33%)	9 (17,6%)
ROSSANO	89	154	4	130	40	0	0
VIBO VAL.	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>						<b>242 (121 pmp*)</b>	<b>53 (11% pmp**)</b>

\*Attesi 150 decessi per milione di popolazione

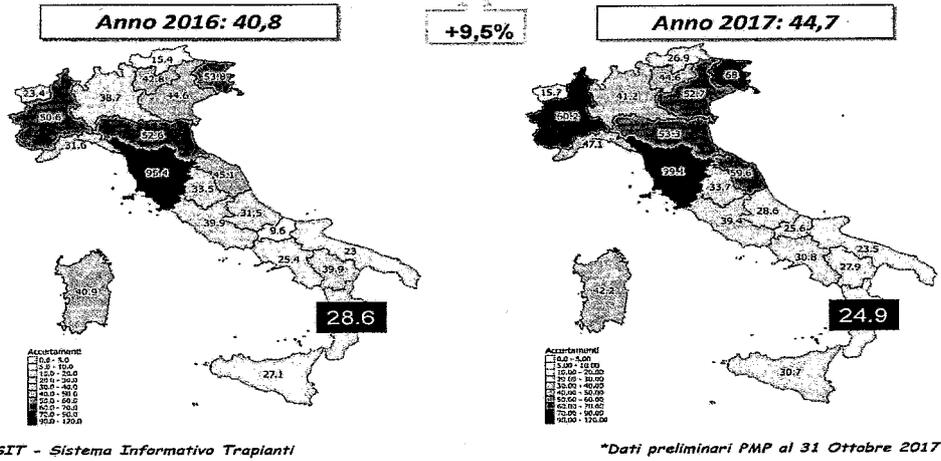
\*\*Attesi 60% di accertamenti con criteri neurologici

Fonte dati : Coordinatore CRT- Regione Calabria

E in particolare :

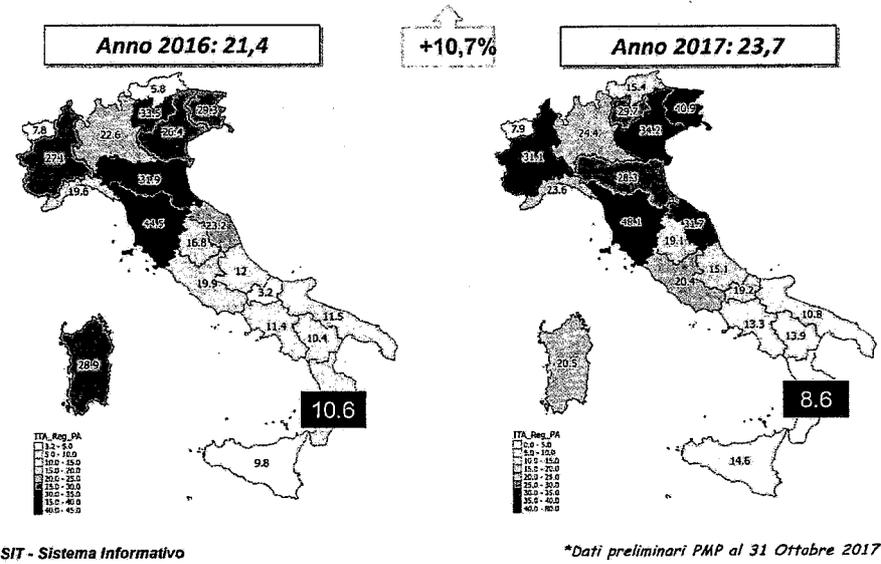
1. Da un basso numero di accertamenti di morte cerebrale:

### Confronto Accertamenti di morte PMP - 2016 vs 2017\*



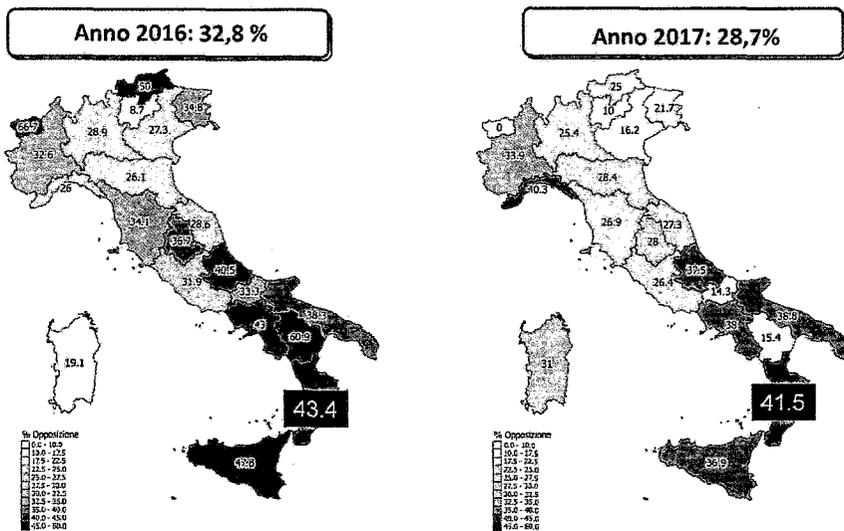
2. Da un basso numero di donatori:

### Confronto Donatori Utilizzati PMP - 2016 vs 2017\*



3. Da un alto numero di opposizioni :

Confronto Opposizioni 2016 vs 2017\*



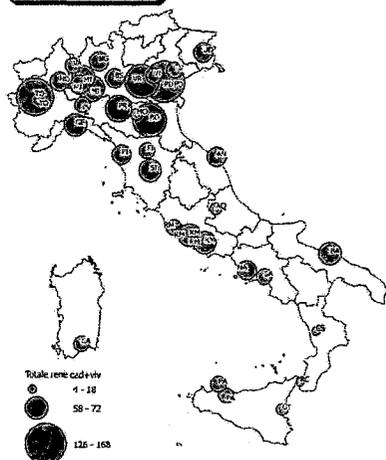
SIT - Sistema Informativo Trapianti

\*Dati preliminari al 31 Ottobre 2017

4. Da un basso numero di trapianti rispetto al resto della nazione

Trapianto di RENE CAD.+VIV. – Attività per centro trapianti

Incluse tutte le combinazioni



Fonte dati: Report CRT

Anno 2016: 2047

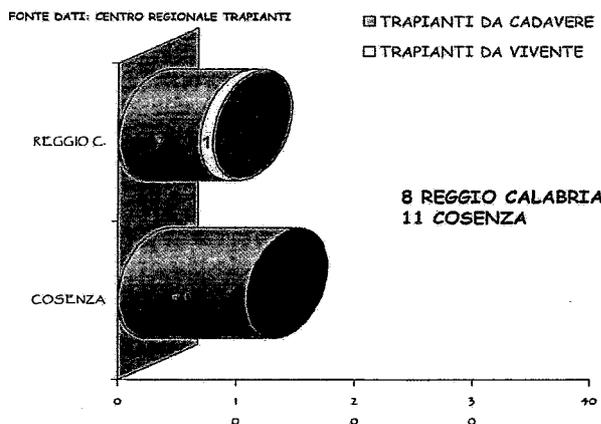
Padova	161	Salerno	43
Fediro	122	Pa Civico	42
Verona	110	Rm S.Camillo	41
Bologna	107	Pavia	39
Milano-NI	81	Firenze	39
Parma	74	Vicenza	36
Siena	72	Pa ISMET	35
Rm Gemelli	71	Varese	33
Rm Tor Vergata	67	Troviso	32
Barf	65	Modena	31
Genova S.Martino	64	Catania	31
Romano-Pol	59	Rm Sapienza	31
Udina	57	Rm E.Gesu	30
Brescia	55	L'Aquila	26
Milano-S.Raff	55	Padova Pediatrico	16
Novara	53	Cosenza	14
Na Federico II	49	Rebio Calabria	13
Borgamo	49	Torino Pediatrico	9
Pisa	48		
Ancona	45		
Cagliari	43		

5. Da un basso numero di trapianti in valore assoluto :

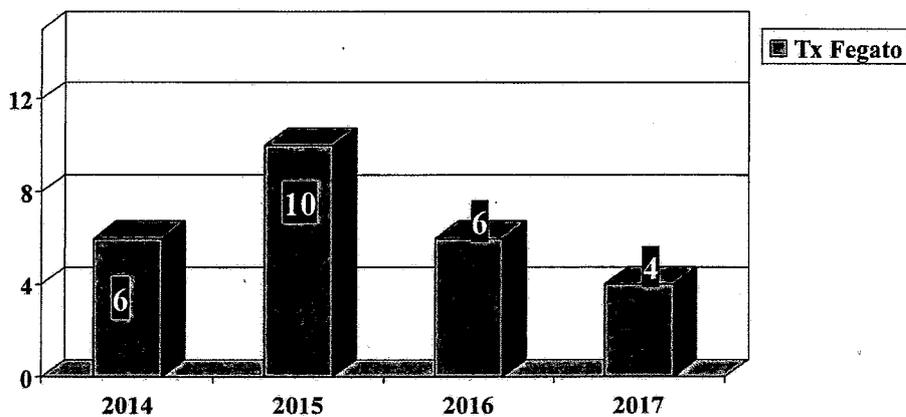
### Dati Trapianti Rene

CENTRI TRAPIANTO	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Cosenza	13	10	11	14	11	59
RC da cadavere	15	16	13	12	7	63
RC da vivente	0	0	1	1	1	3
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>19</b>	<b>125</b>
Fuori Regione	21	17	22	16	32	108

La Conferenza Stato – Regioni del 14 Febbraio 2002 sancisce che, per assicurare la qualità dei programmi, gli standard minimi di attività annuale sono di 30 trapianti di rene da cadavere l'anno. Nella stessa è stabilito anche che le Regioni revocano l'idoneità al trapianto ai centri che per due anni consecutivi non hanno raggiunto la metà degli standard minimi previsti.

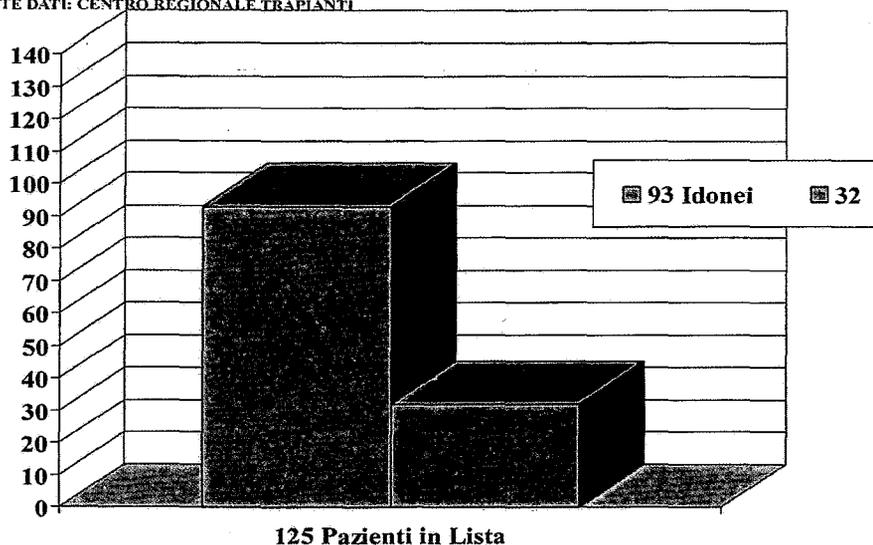


Fonte dati: CENTRO REGIONALE TRAPIANTI  
 TRAPIANTI DI FEGATO DA APRILE 2014 A DICEMBRE 2017



## 6. Da Un Elevato Numero Di Pazienti In Lista Di Attesa AL 31 dicembre 2017

FONTE DATI: CENTRO REGIONALE TRAPIANTI



CUORE	19	1 Emilia Romagna - 10 Lombardia - 1 Piemonte - 1 Veneto - 1 Campania - 4 Lazio - Sicilia
FEGATO	28	7 Emilia Romagna - 4 Lombardia - 5 Piemonte - 2 Toscana - 1 Veneto - 5 Lazio - 1 Puglia - 3 Sicilia
PANCREAS	12	12 Lombardia
POLMONI	13	1 Lombardia - 2 Piemonte - 2 Veneto - 2 Lazio - 6 Sicilia
RENI	123	14 Emilia Romagna - 3 Liguria - 22 Lombardia - 25 Piemonte - 18 Toscana - 10 Veneto - 1 Abruzzo - 20 Lazio - 1 Puglia - 9 Sicilia

- che nel corso dell'anno 2017 l'attività di donazione di organi nella Regione Calabria è stata di 8,1 donatori utilizzati per milione di popolazione con un decremento di 2,5 punti rispetto al 2016, a fronte di una media nazionale di 23,7 donatori pmp, così come indicato nelle tabelle precedentemente rappresentate, con un leggero, ma insufficiente, incremento delle donazioni stesse nel corso del primo semestre del 2018 da ricondurre ad una maggiore attenzione da parte dei clinici già sensibilizzati a tal riguardo ;

**ATTESO** che la grave carenza di donatori, il cui numero appare inadeguato alle necessità assistenziali regionali, è in parte riconducibile alle carenze organizzative e strutturali dei Coordinamenti Ospedalieri, responsabili del procurement di organi e tessuti, nonostante si tratti di ATTIVITÀ ISTITUZIONALE delle strutture sanitarie, parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed obiettivo essenziale dei SSR;

**CONSIDERATO CHE la donazione di organi è COMPITO ORDINARIO delle rianimazioni / terapie intensive e dell'Ospeadale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con criteri neurologici (morte encefalica) o cardiaci (arresto cardiocircolatorio) finalizzato al trapianto dei soggetti con gravissima insufficienza d'organo;**

**TENUTO CONTO CHE**

- la donazione di organi è **obiettivo sostenibile del sistema sanitario regionale** sulla base di un sistema di remunerazione omogeneo e di indicatori di attività, per cui il processo di donazione degli organi, a partire dalla fase di accertamento di morte ed identificazione del soggetto con potenzialità di donazione, è un indicatore di qualità e di eccellenza della struttura sanitaria
- le **Regioni** nell'ambito della loro **attività di programmazione ed indirizzo, definiscono gli obiettivi per l'incremento** o il mantenimento dei livelli di donazione di organi e tessuti, **per i Direttori Generali dei singoli ospedali e, a cascata, per i Direttori delle Rianimazioni/Terapie intensive e per i dipendenti, tutti, afferenti alle stesse, nonché per i Direttori di struttura e per le UU.OO. afferenti all' "area critica" ( terapia intensiva, Pronto soccorso, Neurochirurgia, Stroke Unit e Neurologia ),** nonché quelli minimi previsti per il Coordinatore Regionale del Centro Trapianti;
- **l'obiettivo di procurement di organi per le Regioni, come la Calabria, con tassi attualmente inferiori a 20 donatori procurati per milione di abitanti è raggiungere tale valore entro il triennio;**
- **il punto più critico del processo di procurement è l'identificazione del soggetto con potenzialità di donazione e la segnalazione dello stesso come donatore, motivo per cui DEVONO diventare, insieme al precedente, obiettivi specifici che la Direzione di ogni Azienda deve assegnare alle strutture di area critica ( terapia intensiva, Pronto soccorso, Neurochirurgia, Stroke Unit e Neurologia ), quale prerequisito propedeutico per accedere a qualunque altra forma di incentivazione legata al sistema di valutazione ed a quello premiante, trattandosi di attività istituzionale ad alta valenza sociale;**
- appare opportuno e necessario che il Coordinatore del Centro Regionale Trapianti con il Comitato Regionale Trapianti e Il Dipartimento Tutela della Salute, valutino periodicamente ( trimestralmente) ed annualmente i risultati globali e delle singole Aziende/Ospedali delle ASP comunicando i risultati finali al Commissario Straordinario, al Dipartimento Tutela della salute-Settore n. 11, agli OIV ed alle Direzioni Generali delle AA.OO. e delle ASP.
- appare opportuno e necessario che il Coordinatore locale aziendale, responsabile del procurement insieme alla Direzione Medica, valutino periodicamente (trimestralmente) ed annualmente i risultati globali e delle singole strutture, soprattutto di area critica, afferenti alle Aziende Ospedaliere o agli Ospedali delle Asp, trasmettendo i risultati al CRT, al Dipartimento Tutela della Salute (settore n. 11), alla propria Direzione Generale ed all'OIV.

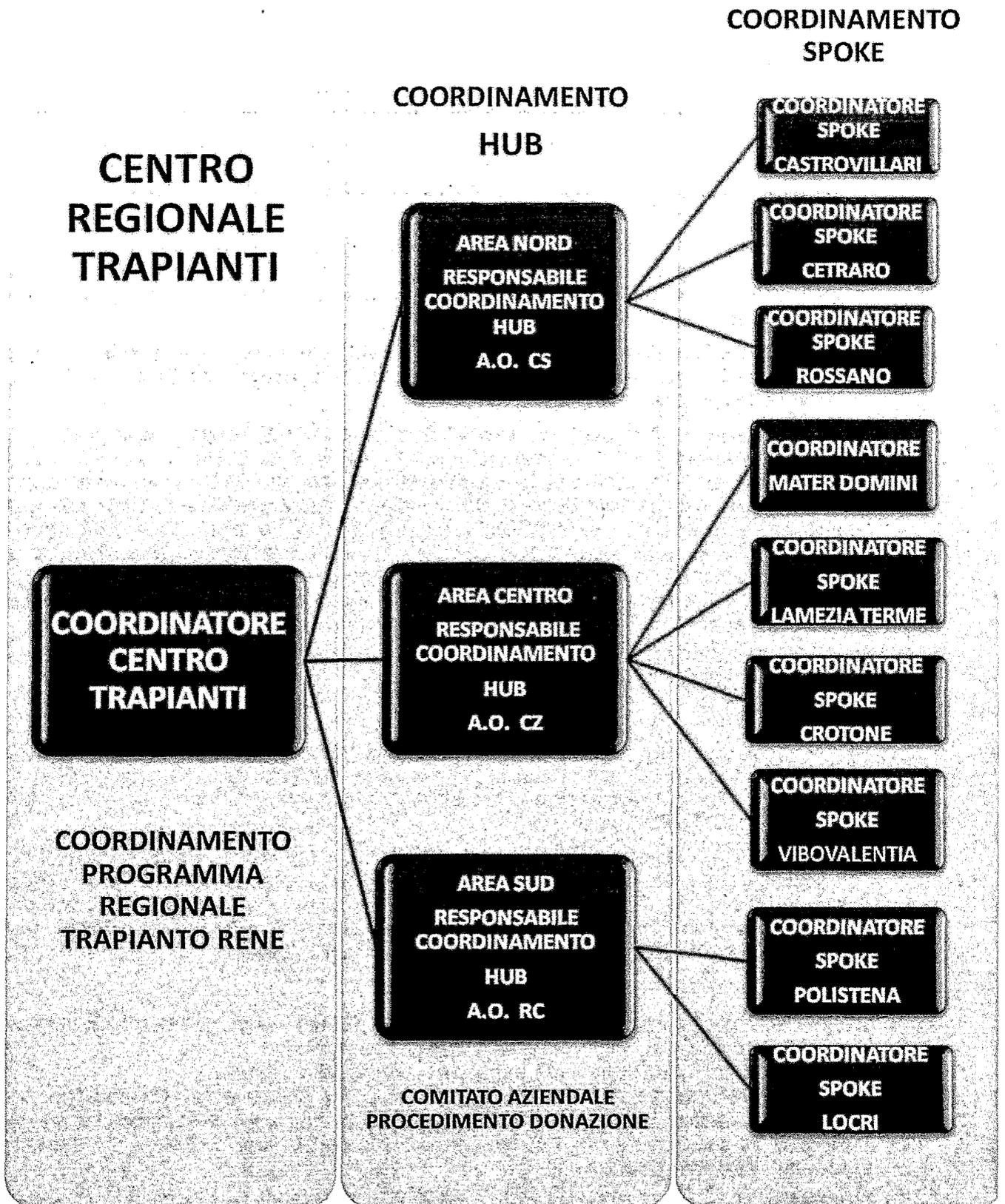
**RITENUTO per quanto sopra**

- necessario riorganizzare l'intero sistema di procurement agendo per obiettivi specifici da affidare al Direttore Generale di ogni singola Azienda, al Direttore di ogni singola Rianimazione/ Terapia Intensiva, al Direttore di ogni Direzione Medica Ospedaliera ed al Coordinatore del CRT;
- di dover provvedere all'implementazione della rete organizzativo-strutturale per la donazione attraverso il potenziamento delle strutture regionali deputate alle attività di coordinamento, necessario per la segnalazione di tutti decessi per lesioni cerebrali acute in Rianimazione/Terapia Intensiva al fine di incrementare i tassi di donazione;

- di dover provvedere all'implementazione della rete organizzativa-strutturale afferente al Programma Regionale per Trapianto di Rene;

**CONSIDERATO** che, secondo quanto concordato in sede di Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017 (Rep. Atti n. 225/CSR), è necessario :

1. **garantire la funzionalità H24 e per 365 giorni all'anno del Centro Regionale Trapianti, dei Coordinamenti Ospedalieri e delle strutture, autorizzate al trapianto, di Reggio Calabria e Cosenza;**
2. **che il Centro Regionale Trapianti, per come previsto dalla Conferenza Stato-Regioni, debba avvalersi di specifiche professionalità (medici, biologi e psicologi)** con formazione specifica e numericamente adeguate, che agiscano nel rispetto di procedure regionali e di linee guida condivise dalla rete nazionale, per garantire e coordinare H24 l'intero processo di donazione e trapianto (procurement, allocazione organi, liste di attesa, logistica, stesura di Linee Guida e Procedure Operative necessarie a garantire sicurezza, qualità e trasparenza, ecc), per curare i rapporti con il CNT Operativo e fornire adeguata assistenza psicologica ai pazienti in lista d'attesa per trapianto, a quelli già trapiantati ed alle famiglie dei donatori. Il CRT, inoltre, potrà avvalersi di una figura per macroarea, subordinata al Coordinatore Regionale, per la gestione di rapporti strutturati con coordinamenti ospedalieri, rianimazioni e terapie intensive, area critica, ecc., finalizzati alla donazione ed al prelievo degli organi;
3. **che i Coordinamenti Ospedalieri degli HUB, sedi di Neurochirurgia/Neuroradiologia e con maggiore potenzialità di donazione, debbano essere dotati di un'equipe di coordinamento medico-infermieristica** che permetta il monitoraggio continuo dei pazienti ricoverati in rianimazione per la segnalazione di tutti quelli con potenzialità di donazione di organi e tessuti;
4. che detto Coordinamento Ospedaliero, mantenga l'afferenza alla propria unità operativa, ma, **nella funzione specifica e per le ore formalmente dedicate, agisca in staff alla Direzione Medica di Presidio;**
5. che sia **coadiuvato**, nella programmazione e attuazione del programma di procurement di organi e tessuti, di formazione, informazione e miglioramento della qualità, dalla **Direzione Medica di Presidio, dal risk management e dal Comitato Aziendale**, inerente al processo di donazione (previsto dal Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute n. 8008 del 7 Luglio 2016) già istituito in ogni HUB.
6. Che tali Coordinamenti Ospedalieri debbano svolgere soprattutto la funzione di **Coordinamento di Area (Nord, Centro e Sud)** con il compito di garantire le operazioni di procurement, di assicurare la programmazione e controllo di qualità nell'ambito dei singoli PDTA funzionali al procurement, di assicurare il supporto operativo agli ospedali di riferimento (SPOKE), garantendo uniformità e piena operatività delle operazioni di procurement nell'arco delle 24 ore anche utilizzando equipe e/o professionisti itineranti;
7. Che negli ospedali **SPOKE**, con minore potenzialità di donazione, è di particolare rilevanza il ruolo del **Coordinamento Ospedaliero Locale**, oltre che per il procurement degli organi, attraverso la segnalazione di tutti i potenziali donatori, ma anche per le attività di donazione delle cornee;
8. Che il Coordinatore Ospedaliero e il personale del Coordinamento siano **formalmente individuati dal Direttore Generale, in condivisione con il Coordinatore Regionale**, sulla base di una documentata attitudine al compito e dei requisiti di formazione e training, secondo standard definiti a livello nazionale, inclusa l'eventuale certificazione specifica nazionale o europea;
9. Che lo schema organizzativo di detta rete sia strutturato così come di seguito rappresentato :



10. Prevedere che i Coordinatori Ospedalieri degli HUB e degli SPOKE che non hanno attivato percorsi specifici, applicazione dei PDTA e/o che non abbiano, nell'anno precedente, raggiunto un numero adeguato alla casistica di accertamenti di morte, finalizzati alla donazione di organi e/o tessuti, e/o che non abbiano raggiunto gli obiettivi assegnati dalla Regione Calabria / CRT e/o concordati annualmente con Direzione Aziendale e Centro Regionale Trapianti, decadono automaticamente dal ruolo di Coordinatore giusta valutazione effettuata dal Dipartimento Tutela della Salute, sentito il Coordinatore del CRT che ne propone la sostituzione;
11. Che il Coordinamento Ospedaliero degli HUB disponga di una sede appropriata ai compiti e che le risorse umane siano proporzionali al potenziale di donazione di organi e/o tessuti e siano stabilite dalla Direzione Sanitaria sulla base di un tempo lavorativo esplicitamente indicato e dedicato (medico e/o infermieristico).
12. Che in tutti i **Coordinamenti Ospedalieri degli HUB debbano essere previsti almeno due (2) infermieri dedicati con formazione ed esperienza specifica**, nell'ambito dell'Area Critica e del *procurement*;
13. Che ai Coordinatori Ospedalieri degli HUB e degli SPOKE vengano assegnati, dalla Direzione Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute, in accordo con il Centro Regionale Trapianti, **obiettivi gestionali e di risultato**, anche aggiuntivi rispetto a quelli indicati nel presente decreto, che dovranno essere valutati sulla base sia degli indicatori di qualità, riportati nell'Allegato II del Programma Nazionale Donazione Organi 2018 – 2020, sia in funzione di quelli che, di volta in volta possano essere assegnati. Il raggiungimento dei suddetti obiettivi unitamente all'esito positivo degli audit costituisce, pur nell'autonomia di scelta del Direttore Generale, il prerequisito per il parere favorevole del CRT rispetto alla conferma nel ruolo di Coordinatore Ospedaliero.
14. Che, nell'attività annuale di auditing, il CRT possa avvalersi anche di esperti indicati dal Centro Nazionale Trapianti;

**CONSIDERATO** che

1. in Calabria, presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza ed il Grande Ospedale Metropolitan di Reggio Calabria, sono attive strutture sanitarie, nefrologiche e chirurgiche abilitate al trapianto, afferenti al Centro Trapianti di Rene della Calabria (DCA n. 69 del 29 Giugno 2015);
2. la Conferenza Stato - Regioni del 24 GEN 2018 - Rep. Atti n. 16/CSR, Allegato A, prevede, che **le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della programmazione regionale, individuano, autorizzano e accreditano le strutture sanitarie come singole o come afferenti ad un Programma Regionale di Trapianto**, specificando nel decreto autorizzativo le attività di trapianto svolte;

**VISTA:**

- la legge regionale 13 maggio 1996 n.7 e ss.mm. e ii (Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla dirigenza regionale);
- la legge regionale n. 34/2002 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza;
- la nota 0008485-01/08/2017 – GAB – A, con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico di sub-Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

**CONSIDERATO** altresì che il nuovo riassetto organizzativo della struttura dipartimentale regionale ha comportato delle modifiche organizzative e in particolare:



- con nota del Direttore Generale del 13/10/2016 prot n 309579 il Dott. Sergio Petrillo Dirigente Medico in temporaneo utilizzo presso il Dipartimento è stato nominato responsabile dei Procedimenti inerenti al Settore 11 "Servizi Ospedalieri – Specialistica Ambulatoriale , Diagnostica e Laboratoristica Pubblica e Privata;
- con la deliberazione di Giunta Regionale n. 352 del 31/07/2017 il Dott. Bruno Zito è stato individuato quale Dirigente Generale ad interim del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, nelle more dell'individuazione del titolare all'esito delle procedure previste dalla normativa vigente;

**RAVVISATA per la Regione Calabria, per quanto sopra detto, la necessità:**

- di modificare l'attuale sistema di procurement, definendo obiettivi specifici (in termini di numero di accertamenti con criteri neurologici e numero di donatori procurati per milione di abitanti), per Azienda e per ogni Rianimazione/Terapia Intensiva e per le UU.OO. di area critica;
- di dotare il CRT di adeguata dotazione di risorse umane, nel rispetto di quanto previsto dalle citate norme ministeriali e dagli accordi stipulati in conferenza Stato-Regioni, autorizzando l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, in relazione al precedente fabbisogno, all'assunzione per il Centro Regionale Trapianti di due Dirigenti Medici, due Dirigenti Biologi ed uno Psicologo, ad oggi non ancora autorizzati;
- di adeguare il modello organizzativo del Coordinamento d'Area e dei 3 Hub, strutturandolo sul **modello dell' Area Centro dell'A.O. di Catanzaro che ad oggi ha riportato i risultati migliori**, con un medico coordinatore dedicato con orario definito e n°1 (oggi portati a due) infermiere dedicato, entrambi afferenti, per tale funzione, alla DMP;
- di ristrutturare i Coordinamenti Ospedalieri degli HUB (tenuto conto della presenza sia della Neurochirurgia/Neuroradiologia e sia della maggiore potenzialità di donazione) , dotandoli di un'equipe di coordinamento medico-infermieristica (un medico e 2 (due) infermieri) che permetta il monitoraggio continuo dei pazienti ricoverati in rianimazione, e non solo in essa, al fine di incrementare la segnalazione di tutti quelli con potenzialità di donazione di organi e tessuti. Per la **componente infermieristica** è stabilita una **funzione a tempo pieno**, mentre, per la **componente medica** viene attribuito dal Direttore Generale dell'UHB, in accordo con il Coordinatore Regionale, uno **specifico debito orario con possibilità di extra-time per garantire la continuità nel coordinamento dell'intero processo di donazione** (*il Coordinatore part-time mantiene l'afferenza alla propria unità operativa, ma nella funzione specifica agisce in staff alla Direzione Medica di Presidio)per almeno 18h/sett.*;
- di prevedere che il Coordinatore Ospedaliero dell'HUB, coadiuvato dal Comitato Aziendale, sia il **responsabile del Coordinamento di Area (Nord, Centro e Sud)** con la funzione di assicurare la collaborazione in rete tra aggregati di più ospedali nel processo di donazione e garantire uniformità e piena operatività delle operazioni di procurement dei singoli ospedali nell'arco delle 24 ore, avendo cura di **definire annualmente i percorsi per la formazione del personale, il miglioramento della qualità e i relativi progetti** per l'ospedale all'interno della rete regionale;
- di prevedere negli Ospedali **SPOKE** la presenza di un **Coordinatore Medico di riferimento**, esperto del Procurement, formalmente individuato dal Direttore Generale, in condivisione con il Coordinatore CRT, con attribuzione di uno specifico debito orario minimo (12h/sett.) e **con possibilità di extra-time**, per garantire l'effettuazione dei compiti previsti, funzionalmente dipendente dalle DMP, per tali funzioni, con compito e obiettivo di definire degli **"allert"** e **i percorsi interni ad ogni struttura per l'immediata individuazione dei soggetti potenzialmente candidabili alla donazione**;
- di assegnare al Coordinatore del CRT l'obiettivo di definire il **PDTA per il processo di donazione, entro il 31/12/2018**, che tenga conto di quanto previsto dagli accordi stipulati in Conferenza Stato -Regioni e in particolare in quello n. 16 del 24 gennaio 2018

all'Allegato A – Sezioni A,B,C,D, ed E e della possibilità di attivare “**Equipe Itineranti**” quali **Team a valenza regionale/sovraziendale** a supporto degli ospedali in difficoltà, composta da un neurologo esperto in elettroencefalografia, un rianimatore esperto del procurement e un tecnico di elettroencefalografia da finanziare con i fondi assegnati allo stesso CRT.

- di assegnare ai coordinatori aziendali degli hub l'obiettivo di stilare **Percorsi Specifici**, nel contesto dei PDTA di cui al punto precedente, condivisi con i coordinamenti degli Ospedali SPOKE dell'Area di riferimento, finalizzati alla **corretta gestione del processo di donazione all'interno degli ospedali dell'Area di riferimento** stessa, nonché alla definizione di **alert specifici** per l'attivazione del processo di donazione, **entro il 31/12/2018**;
- di definire, considerando un target di 20 donatori / milione di abitanti, a fronte di 1,9 milioni di abitanti residenti in Regione Calabria, **l'obiettivo regionale minimo di 39 donatori/anno da raggiungere progressivamente** nel triennio 2018/2020, fissando gli step a **24 donatori per il 2018, a 28 donatori per il 2019 ed a 39 donatori per il 2020**;
- di prevedere per ogni Area e per ogni Terapia Intensiva obiettivi minimi sia in termini di n° di donatori, sia quale n. di accertamenti di morte con criteri neurologici calcolati quale % sul numero di potenziali candidati, individuati a partire dalle sdo prodotte da ogni struttura rilevati impiegando i codici ICD9-CM indicati nell'Allegato II ;
- di prevedere che ogni T.I., in funzione della attività di ricovero accertata attraverso le SDO, per come previsto dal Programma Nazionale Donazione Organi 2018 – 2020, debba **garantire un numero minimo di accertamenti pari al 40% per il 2018, al 50% per 2019, e il 60% per il 2020, dei potenziali donatori** calcolati a partire dai codici ICD-9 CM derivati dalle SDO stesse di tutti i reparti di area critica afferenti ad ogni ospedale dotato di T.I. ;
- di assegnare, per il triennio 2018-2020, ai **Direttori Generali delle AA.SS. e delle AA.OO.**, ai **Coordinatori Ospedalieri degli HUB e degli SPOKE** ed ai **Direttori delle Strutture di Rianimazione ed alla relativa struttura stessa**, gli obiettivi, prevedendo che ogni T.I., in funzione della attività di ricovero accertata attraverso le SDO, per come previsto dal Programma Nazionale Donazione Organi 2018 – 2020, debba **garantire un numero minimo di accertamenti pari al 40% per il 2018, al 50% per 2019, e il 60% per il 2020, dei potenziali donatori** calcolati a partire dai codici ICD-9 CM ( come da Allegato II dell'Accordo relativo alla conferenza Stato-Regioni) derivati dalle SDO stesse di tutti i reparti di area critica, afferenti ad ogni ospedale dotato di T.I. ;
- di assegnare gli obiettivi precedenti ai **Direttori Generali delle AA.SS. ed AA.OO.** della Regione Calabria, fermo restando la grande valenza sociale delle donazioni che fanno parte a pieno titolo dei Livelli Essenziali di assistenza, per cui la **mancata attivazione del processo di donazione e/o del processo di accertamento delle morti cerebrali connata una “grave inadempienza”** che potrà essere oggetto di contestazione a prescindere dall'inserimento di detti obiettivi tra quelli già formalizzati ai **Direttori Generali stessi** che con il presente DCA ne prendono atto .
- di fare **obbligo ai Direttori Generali** delle AA.SS. ed AA.OO. della Regione Calabria **di inserire tali obiettivi tra quelli da assegnare ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, ai Direttori delle Rianimazioni-Terapie Intensive, ai Reparti di Rianimazione-Terapia Intensiva, alle Direzioni Mediche di Presidio, ai Coordinatori degli Hub e degli Spoke per il 2019 e 2010**, ma anche integrando quelli eventualmente già assegnati per il 2018 e di inserire tali obiettivi nelle procedure di budget, nei piani della performance e nei processi di valutazione delle performance stessa e dei risultati, collettivi ed individuali, tenuto conto del fatto che, **trattandosi di compiti ordinari, di attività istituzionale, di atti professionali ad elevatissimo impatto etico e terapeutico, i risultati relativi andranno considerati quali elementi propedeutici a qualunque forma di liquidazione di emolumenti accessori** che dovranno essere proporzionalmente abbattuti in funzione del mancato raggiungimento degli obiettivi.

- **di prevedere che il parziale raggiungimento degli obiettivi** assegnati potrà essere, comunque, valutato positivamente soltanto se nella struttura sono stati eseguiti **almeno il 70% degli accertamenti di morte con criteri neurologici su tutti i pazienti idonei e/o deceduti** per gravi lesioni cerebrali acute rispetto al target previsto e che il mancato raggiungimento di almeno il 60% degli obiettivi assegnati (ad eccezione dei donatori che vanno considerati come unità), determinerà la mancata liquidazione alla struttura delle remunerazioni aggiuntive previste per il procurement; Il raggiungimento invece di % maggiori del 60% del target previsto, comporterà per la struttura di riferimento un abbattimento proporzionale della liquidazione relativa alle remunerazioni aggiuntive, previste per il procurement;
- **di prevedere che per ogni donatore in più** procurato, rispetto agli obiettivi assegnati a ciascuna azienda, sarà assegnata una % maggiore di liquidazione globale pari 30% per 1 donatore in più, al 40% per il secondo donatore in più e al 50% della somma complessiva per i successivi, nei limiti ovviamente della disponibilità del fondo
- di trasmettere il presente DCA a tutti i direttori Generali, ai Direttori Medici di Presidio, ai Direttori delle Rianimazioni in quanto i presenti obiettivi non sono solo gli obiettivi dei coordinatori, ma anche e soprattutto quelli per le Rianimazioni stesse, in quanto costituiscono un prerequisito per accedere a qualunque altra forma di incentivazione negoziata con la direzione Generale aziendale, motivo per cui sarà loro cura dare la massima diffusione a tale informativa indirizzandola al personale tutto;
- di prevedere per tutte le Rianimazioni che tale risultato negativo, trattandosi di attività istituzionale, ad alto contenuto etico e sociale, preclude l'accesso a qualunque altra forma di incentivazione per tutto il personale e comporta una valutazione automaticamente negativa per i Responsabili di struttura:

**Ravvisata** la necessità di proporre detto DCA relativo alla "Riorganizzazione della Rete Regionale Trapianti e del sistema di procurement";

#### DECRETA

per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

**DI INDIVIDUARE e prevedere** per il Centro Regionale Trapianti, che ha sede presso l'A.O. di Reggio Calabria, oltre al Direttore Medico già in servizio ed al Dirigente medico già autorizzato, il fabbisogno di due Dirigenti Medici, due Dirigenti Biologi ed uno Psicologo necessari a:

- garantire e coordinare in H24 e per 365 giorni l'anno l'intero processo di donazione e trapianto (procurement, valutazione donatore, assegnazione livello di rischio donatore, allocazione organi, liste di attesa, logistica, stesura di Linee Guida, PDTA e Procedure Operative necessarie a garantire sicurezza, qualità e trasparenza, ecc.);
- curare i rapporti con il Centro Nazionale Trapianti;
- fornire adeguata assistenza psicologica ai pazienti in lista d'attesa per trapianto, a quelli già trapiantati ed alle famiglie dei donatori;

**DI AUTORIZZARE**, di conseguenza, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, in relazione al precedente fabbisogno, **all'assunzione finalizzata e vincolata per il Centro Regionale Trapianti di due Dirigenti Medici, due Dirigenti Biologi ed uno Psicologo**, fino ad oggi non ancora autorizzati, per come previsto dalla Conferenza Stato-Regioni;

**DI MODIFICARE** il modello organizzativo del Coordinamento d'Area e dei 3 Hub, strutturandolo sul modello dell' Area Centro dell'A.O. di Catanzaro, che ad oggi ha riportato i risultati migliori, con un n.1 medico coordinatore dedicato con orario definito e n°2 infermieri dedicati, entrambi afferenti, per tale funzione, alla DMP;

**DI RISTRUTTURARE** i Coordinamenti Ospedalieri degli HUB (tenuto conto della presenza sia della Neurochirurgia/Neuroradiologia, sia della maggiore potenzialità di donazione), dotandoli di

**un'equipe di coordinamento medico-infermieristica (un medico e due infermieri)** che permetta il monitoraggio continuo dei pazienti ricoverati in rianimazione, e non solo in essa, al fine di incrementare la segnalazione di tutti quelli con potenzialità di donazione di organi e tessuti.

**DI PREVEDERE per la componente infermieristica una funzione a tempo pieno in staff alla DMP;**

**DI PREVEDERE che la componente medica, nella funzione specifica, agisca in staff alla Direzione Medica di Presidio con uno specifico debito orario di almeno 18h/sett. e con possibilità di extra-time, per garantire la continuità nel coordinamento dell'intero processo di donazione; Tale funzione viene attribuita formalmente dal Direttore Generale dell'UHB, in accordo con il Coordinatore Regionale del CRT (N.B. il Coordinatore part-time mantiene l'afferenza alla propria unità operativa e ivi presta servizio per le restanti ore contrattuali)**

**DI PREVEDERE che il Coordinatore Ospedaliero dell'HUB, coadiuvato dal Comitato Aziendale, è il responsabile del Coordinamento di Area (Nord, Centro e Sud) con la funzione di assicurare la collaborazione in rete tra aggregati di più ospedali nel processo di donazione e garantire uniformità e piena operatività delle operazioni di procurement dei singoli ospedali nell'arco delle 24 ore. Inoltre, in condivisione con la Direzione Medica di Presidio, il Comitato Aziendale e il Centro Regionale Trapianti, definisce annualmente i percorsi per la formazione del personale, il miglioramento della qualità e i relativi progetti per l'ospedale all'interno della rete regionale;**

**DI PREVEDERE negli Ospedali SPOKE la presenza di un Coordinatore Medico di riferimento, esperto del Procurement; Tale soggetto viene formalmente individuato dal Direttore Generale, in condivisione con il Coordinatore CRT e ad esso viene formalmente e contestualmente attribuito uno specifico debito orario minimo (12h/sett.) con possibilità di extra-time, per garantire l'effettuazione dei compiti previsti dalla legge, in funzione:**

- dell'individuazione del soggetto con potenzialità di donazione di organi e/o tessuti;
- della applicazione dei percorsi di diagnosi e cura codificati nelle Procedure Operative Regionali finalizzati alla ricerca di donatori e per la gestione delle urgenze, soprattutto neurochirurgiche potenzialmente utili a tali scopi;
- di definire gli "alert" e i percorsi interni, ad ogni struttura, per l'immediata individuazione dei soggetti potenzialmente candidabili alla donazione;

**DI ASSEGNARE al Coordinatore del CRT l'obiettivo di coordinare il gruppo tecnico e di definire il PDTA per il processo di donazione, entro il 31/12/2018, che tenga conto di quanto previsto dagli accordi stipulati in Conferenza Stato - Regioni e in particolare in quello n. 16 del 24 gennaio 2018 all'Allegato A – Sezioni A,B,C,D, ed E, e per strutturare anche le attività di "Equipe Itineranti" quali Team a valenza regionale/sovraziendale a supporto degli ospedali in difficoltà per l'accertamento di morte e/o per la gestione del processo di donazione (per gli aspetti tecnico-diagnostici), per il prelievo, confezionamento, perfusione e trasporto degli organi, anche organizzando l'utilizzo di personale reperibile o in pronta disponibilità al di fuori dell'orario di servizio i cui costi troveranno copertura nei fondi assegnati per la gestione dei trapianti;**

**DI ASSEGNARE ai Coordinatori Aziendali degli HUB l'obiettivo di stilare Percorsi Specifici, nel contesto dei PDTA di cui al punto precedente, condivisi con i coordinamenti degli Ospedali SPOKE dell'Area di riferimento, finalizzati alla corretta gestione del processo di donazione all'interno degli ospedali dell'Area di riferimento stessa, nonché alla definizione di alert specifici per l'attivazione del processo di donazione, entro il 31/12/2018;**

**DI STABILIRE che i Coordinatori Aziendali degli HUB e di Area:**

- assicurino, al bisogno, il supporto operativo agli ospedali di riferimento (SPOKE), garantendo uniformità e piena operatività delle attività di procurement nell'arco delle 24 ore;
- integrino, in caso di necessità, le eventuali carenze tecniche metodologiche e di personale delle strutture afferenti, in particolare negli ospedali in difficoltà per

l'accertamento di morte e per la gestione del processo di donazione e prelievo utilizzando le equipe itineranti.

**DI PREVEDERE**, a tale scopo e in ogni Area, la nomina di una equipe multidisciplinare itinerante (composta almeno da un neurologo esperto in elettroencefalografia, un rianimatore esperto del procurement e un tecnico di elettroencefalografia), formalizzata dalla Direzione generale, su proposta del Coordinatore d'Area e sentito il Coordinatore del CRT, la cui responsabilità primaria sarà quella di garantire la gestione corretta dell'accertamento di morte con criteri neurologici, la valutazione ed il mantenimento del soggetto con potenzialità di donazione.

**DI STABILIRE**, considerando un target di 20 donatori / milione di abitanti, a fronte di 1,9 milioni di abitanti residenti in Regione Calabria, l'obiettivo regionale minimo di n. 39 donatori/anno, da raggiungere progressivamente nel triennio 2018/2020, fissando gli steep a n. 24 donatori per il 2018, a n. 28 donatori per il 2019 ed a n. 39 donatori per il 2020.

**DI ASSEGNARE**, alla luce di quanto stabilito dal Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Settore n.11 in accordo con il Centro Regionale Trapianti, per il triennio 2018-2020, al Coordinatore del CRT, ai Direttori Generali delle AA.SS. e delle AA.OO., ai Coordinatori Ospedalieri degli HUB e degli SPOKE ed ai Direttori di Strutture di Rianimazione ed alla relativa struttura sessa, i seguenti obiettivi gestionali e di risultato:

N. DONATORI REGIONE CALABRIA	:	39	ENTRO IL 2020
N. DONATORI REGIONE CALABRIA	:	28	ENTRO IL 2019
N. DONATORI REGIONE CALABRIA	:	24	ENTRO IL 2018
N. DONATORI AREA NORD	:	14	ENTRO IL 2020
N. DONATORI AREA NORD	:	10	ENTRO IL 2019
N. DONATORI AREA NORD	:	09	ENTRO IL 2018
N. DONATORI AREA CENTRO	:	14	ENTRO IL 2020
N. DONATORI AREA CENTRO	:	10	ENTRO IL 2019
N. DONATORI AREA CENTRO	:	07	ENTRO IL 2018
N. DONATORI AREA SUD	:	11	ENTRO IL 2020
N. DONATORI AREA SUD	:	08	ENTRO IL 2019
N. DONATORI AREA SUD	:	07	ENTRO IL 2018

I seguenti obiettivi vengono esplicitati per area e per singola struttura calcolati quali donatori procurati sulla base della popolazione residente in ciascuna area, con assorbimento dei decimali da parte dell'area centro che, anche per effetto della presenza di n. 3 strutture, dovrà garantire un donatore in più rispetto a quanto previsto in funzione della popolazione di riferimento

AREA NORD Coordinamenti HUB e SPOKE	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Cosenza	6	7	8
Cetraro	1	1	2
Castrovillari	1	1	2
Rossano	1	1	2

AREA CENTRO Coordinamenti HUB e SPOKE	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Catanzaro Pugliese	4	4	5
Catanzaro Mater Domini	1	1	2
Crotone	1	2	3
Lamezia T.	1	1	1
Vibo Val.	1	2	3

AREA SUD Coordinamenti HUB e SPOKE	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Reggio C.	5	6	7
Polistena	1	1	2
Locri	1	1	2

**DI ASSEGNARE**, alla luce di quanto stabilito dal Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Settore n.11 in accordo con il Centro Regionale Trapianti, **per il triennio 2018-2020, ai Direttori Generali delle AA.SS. e delle AA.OO., ai Coordinatori Ospedalieri degli HUB e degli SPOKE ed ai Direttori delle Strutture di Rianimazione ed alla relativa struttura stessa**, i seguenti obiettivi, prevedendo che ogni T.I., in funzione della attività di ricovero accertata attraverso le SDO, per come previsto dal Programma Nazionale Donazione Organi 2018 – 2020, debba **garantire un numero minimo di accertamenti pari al 40% per il 2018, al 50% per 2019, e il 60% per il 2020, dei potenziali donatori** calcolati a partire dai codici ICD-9 CM ( come da Allegato II dell'Accordo relativo alla conferenza Stato-Regioni) derivati dalle SDO stesse di tutti i reparti di area critica, afferenti ad ogni ospedale dotato di T.I. ;

**DI ASSEGNARE** gli obiettivi precedenti ai **Direttori Generali** delle AA.SS. ed AA.OO. della Regione Calabria fermo restando la grande valenza sociale delle donazioni che fanno parte a pieno titolo dei Livelli Essenziali di assistenza, per cui la **mancata attivazione del processo di donazione e/o del processo di accertamento delle morti cerebrali connata una “grave inadempienza”** che potrà essere oggetto di contestazione a prescindere dall’inserimento di detti obiettivi tra quelli già formalizzati ai **Direttori Generali** stessi.

**DI FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle AA.SS. ed AA.OO. della Regione Calabria **di inserire tali obiettivi tra quelli da assegnare ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, ai Direttori delle Rianimazioni-Terapie Intensive, ai Reparti di Rianimazione-Terapia Intensiva, alle Direzioni Mediche di Presidio, ai Coordinatori degli Hub e degli Spoke per il 2019 e 2010, ma anche integrando quelli eventualmente già assegnati per il 2018.**

**DI FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle AA.SS. ed AA.OO. della Regione Calabria **di inserire tali obiettivi nelle procedure di budget, nei piani della performance e nei processi di valutazione delle performance e dei risultati, collettivi ed individuali, tenuto conto del fatto che, trattandosi di compiti ordinari, di attività istituzionale, di atti professionali ad elevatissimo impatto etico e terapeutico, i risultati relativi andranno considerati quali elementi propedeutici a qualunque forma di liquidazione di emolumenti accessori che dovranno essere proporzionalmente abbattuti in funzione del mancato raggiungimento degli obiettivi.**

**DI PREVEDERE** che il parziale raggiungimento degli obiettivi assegnati potrà essere, comunque, valutato positivamente soltanto se nella struttura sono stati eseguiti **almeno il 60% degli accertamenti di morte con criteri neurologici su tutti i pazienti** idonei e/o deceduti per gravi lesioni cerebrali acute rispetto al target previsto ed indicato precedentemente .

**DI PREVEDERE** che :

- a) Il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati ( con risultati inferiori al 50% di quelli assegnati come obiettivi, ad eccezione dei donatori che vanno considerati come unità), determinerà la mancata liquidazione alla struttura delle remunerazioni aggiuntive previste per il procurement;
- b) Il raggiungimento di % **maggiori del 50%** comporterà **abbattimento proporzionale** della liquidazione alla struttura delle remunerazioni aggiuntive previste per il procurement;
- c) Per ogni donatore in più procurato, rispetto agli obiettivi, sarà assegnata una % **maggior di liquidazione** pari 30% per 1 donatore in più, al 40% per il secondo donatore in più e al 50% in più della somma complessiva, per i successivi donatori, nei limiti ovviamente della disponibilità del fondo
- d) La **valutazione completamente negativa** sul procurement, oltre a determinare una **grave inadempienza, sospende qualunque tipo di incentivazione**, anche aziendale, per il mancato rispetto di obblighi istituzionali propedeutici al raggiungimento dei LEA relativi al trapianto nelle unità operative interessate;

**DI PREVEDERE** che, con apposito e separato provvedimento del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute, **vengano nominati**, su proposta motivata del Coordinatore Regionale per i Trapianti, sentito il CTR:

- a) **il responsabile del Coordinamento del Programma Regionale di Trapianto di Rene** che, assieme al Coordinatore Regionale per i Trapianti, curerà annualmente la redazione di un documento di indirizzo strategico delle attività delle singole strutture autorizzate che concorrono al programma. Tale documento dovrà essere esaminato e approvato dal Comitato Tecnico Regionale per i trapianti;
- b) **una equipe medica unica regionale** costituita da:
- 1) **chirurghi/urologi** abilitati al trapianto di rene, che potranno eseguire gli interventi di trapianto nei blocchi operatori autorizzati dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza e del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria,
  - 2) **nefrologi** incaricati della gestione pre e post-operatoria del paziente e del follow-up post trapianto di rene;
  - c) **un chirurgo/urologo, responsabile dell'equipe unica regionale**, incaricato degli interventi di trapianto e delle procedure chirurgiche propedeutiche e successive all'intervento di trapianto;
  - d) **un nefrologo responsabile dell'equipe unica regionale**;
  - e) **un nefrologo responsabile della gestione della lista di attesa unica regionale** per trapianto di rene.

I responsabili di cui ai punti precedenti devono possedere la necessaria competenza attestata da specifica documentazione di servizio;

**DI CONFERMARE**, per il Programma Regionale per Trapianto di Fegato, quanto già previsto dal DPGR n. 118 del 2 Agosto 2013.

**DI TRASMETTERE** il presente DCA a tutti i Direttori Generali, ai Direttori Medici di Presidio, ai Direttori delle Rianimazioni, ai Coordinatori degli HUB e degli Spoke

**DI TRASMETTERE** il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

**DI DARE MANDATO** alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

**DI DARE MANDATO** al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria

**Il Commissario ad acta  
Ing. Massimo Scura**

