REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie

Proposta n. 206 del 17.10.2018

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 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 175 del 17 OTT. 2018

OGGETTO: Obiettivi P.S.N. - Recepimento Intesa Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR) - Accordo Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.150/CSR) - Assegnazione somme alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere - Approvazione linee progettuali anno 2018.

Il Dirigente del Settore 2
Dott.ssa Francesca Fratto

Il Dirigente del Settore 4
Dott. Vincenzo Ferrari

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

Pubblicato sul Bollettino Ufficiale

della Regione Calabria n. _____ del ____

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 175 del 17 OTT. 2018

OGGETTO: Obiettivi P.S.N. - Recepimento Intesa Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR) - Accordo Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.150/CSR) - Assegnazione somme alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere - Approvazione linee progettuali anno 2018.

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 23 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 I e 2, del D.L. 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 p.t. 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 D.L. 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 previgente 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.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica formulate dal Tavolo interministeriale nei verbali del 19 aprile 2016 e del 26 luglio 2016, con particolare riferimento al Programma Operativo 2016-2018;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la L. 23/12/2014, n. 190 recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (legge di stabilità 2015) e s.m.i.;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 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 per l'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 l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e 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 qualità, 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 n. 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 L. 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 rientro 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. 192/2012;

VISTA la nota 0008485-01/08/2017-GAB-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 da sub Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

PREMESSO che:

- l'art. 1, comma 34, della legge 662/1996 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse, ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis, della stessa legge;
- l'Accordo tra Stato Regioni e Province Autonome del 1 agosto 2018, (Rep. Atti n.150/CSR), definisce le linee progettuali con cui perseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui sopra;
- le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni e Province Autonome, delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, sono quelle definite nell'Allegato A) dell' Accordo n.150/2018, di seguito elencate:
  1. *Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità*
  2. *Promozione dell'equità in ambito sanitario*
  3. *Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica*
  4. *Piano Nazionale Prevenzione e supporto al piano nazionale prevenzione*
  5. *La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio*
- l'Intesa Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR) ha sancito la ripartizione delle risorse vincolate alle Regioni, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, assegnando alla Regione Calabria la somma di € 40.178.780,00;
- le risorse assegnate alle Regioni, con la su citata Intesa, vengono trasferite alle stesse nella misura del 70%, subordinando tale quota di finanziamento alla presentazione di specifici progetti per ciascuna linea progettuale e, solo a seguito dell'approvazione degli stessi da parte della Conferenza Stato Regioni e Province Autonome, potrà essere erogato il restante 30%;
- la mancata presentazione ed approvazione dei progetti, di cui al citato Accordo, comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione del 30% del finanziamento ed il recupero dell'anticipazione del 70% già erogato, a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo;

CONSIDERATO che

- l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. N.82/CSR), concernente il nuovo Patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente Patto, stabilisce, tra l'altro, che *"Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano, ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA";*
- con DCA n. 60 del 20.2.2018, avente per oggetto: *Riparto provvisorio del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta e delle quote a destinazione vincolata anno 2017, ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni,* si è stabilito che *"le assegnazioni alle Aziende, così come definite e nelle more dell'adozione del provvedimento di riparto del FSR 2018, costituiscono il riferimento provvisorio per i trasferimenti finanziari mensili e per la valorizzazione economica dei CE trimestrali relativi all'anno 2018;*

RITENUTO necessario

- recepire l'Intesa Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR), che ha sancito la ripartizione delle risorse vincolate alle Regioni, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, assegnando alla Regione Calabria la somma complessiva di € 40.178.780,00;

- recepire l'Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.150/CSR) che definisce, nell'allegato A), le linee progettuali con cui perseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2018;
- ripartire alle Aziende sanitarie ed ospedaliere, la somma di € 40.178.780,00, assegnata alla Regione Calabria per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, per come riportato nell'allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente atto, modificando la valorizzazione economica attribuita per l'anno 2018 con il DCA n. 60 del 20.2.2018;
- approvare i progetti di cui all'allegato 2), parte integrante e sostanziale del presente atto, redatti in coerenza con le linee progettuali indicate nell' Accordo sopra specificato e con gli obiettivi previsti nel Programma Operativo 2016-2018, di cui ai DCA n. 63, del 5.7.2016, e n. 119 del 4.11.2016;

PRESO ATTO che:

- le linee progettuali per l'anno 2018 sono in continuità con le attività avviate e proseguite fino al 2017 la cui verifica è annuale e contestuale con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018;
- nella relazione sugli obiettivi raggiunti nell'ambito del Programma Operativo 2016–2018, sono inseriti i risultati dei progetti realizzati, relativi al 2017, come riportato nell'allegato 3) parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO necessario

- stabilire che il trasferimento delle risorse assegnate avverrà nella misura del 70% dell'importo previsto nei singoli progetti, per come indicato nel DCA n. 156 del 16 novembre 2017 e che il restante 30% sarà liquidato a seguito di rendicontazione finale, facendo obbligo alle Aziende di garantire la continuità delle attività, pena recupero dell'anticipazione del 70% già erogato, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo alle stesse. Ciò a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome;
- ribadire l'obbligo di rendicontazione delle risorse assegnate alle linee progettuali, da parte degli organi preposti alle Direzioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;

VISTO il D.Lgs. 502/1992 e s.m. e i.;

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662;

sulla scorta dell'istruttoria effettuata dalla struttura competente

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI RECEPIRE

- l'Intesa Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR), che ha sancito la ripartizione delle risorse vincolate alle Regioni, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, assegnando alla Regione Calabria la somma complessiva di € 40.178.780,00;
- l'Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.150/CSR) che definisce, nell'allegato A), le linee progettuali con cui perseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2018;

DI ASSEGNARE alle Aziende sanitarie ed ospedaliere, la suddetta somma di € 40.178.780,00, per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, per come riportato nell'allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI APPROVARE i progetti di cui all'allegato 2), parte integrante e sostanziale del presente atto, redatti in coerenza con le linee progettuali indicate nell' Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.150/CSR) e con gli obiettivi previsti nel Programma Operativo 2016-2018, (di cui ai DCA n. 63, del 5.7.2016, e n. 119 del 4.11.2016);

DI DARE ATTO che nella relazione sugli obiettivi raggiunti, nell'ambito del Programma Operativo 2016–2018, sono inseriti i risultati dei progetti realizzati relativi al 2017, come riportato nell'allegato 3) parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI STABILIRE che il trasferimento delle risorse assegnate avverrà nella misura del 70% dell'importo previsto dai singoli progetti, per come indicato nel DCA n. 156 del 16 novembre 2017 e che il restante 30% sarà liquidato a seguito di rendicontazione finale. Ciò a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome;
DI TRASMETTERE il presente atto al Ministero della Salute, per i successivi adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.150/CSR);
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

ALLEGATO 1 - Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere

Obiettivi PSN 2018 - art.1 commi 34 e 34bis legge 662/96 - Accordo Stato/Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 150/CSR)

Intesa Stato/Regioni del1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR)

Programma Operativo 2016-2018 - DCA n. 119 del 4 novembre 2016

Linee progettuali	Titolo progetto	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI				AZIENDE OSPEDALIERE					totale
		Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Ciaccio Catanzaro	Annunziata Cosenza	Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	Mater Domini	
1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità	Profilo di Cura (PdC) per le persone con multimorbilità"	4.616.267,83	1.140.293,75	2.350.290,54	1.047.981,68	3.590.426,20					12.745.260,00
2.Promozione dell'equità in ambito sanitario	Equità in sanità: dai bisogni di tutti gli individui, alle azioni	1.796.308,12	559.133,97	999.018,12	475.624,72	1.089.400,56	615.837,79	580.097,21	535.545,39	345.034,12	7.000.000,00
3. Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore	362.194,87	89.468,07	184.405,07	82.225,21	281.706,78	250.000,00	322.028,00	250.000,00		1.822.028,00
	Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	415.447,66	102.622,38	211.517,76	94.314,62	323.125,67	225.000,00	225.000,00	225.000,00		1.822.028,00
4. Piano Nazionale Prevenzione a supporto al piano nazionale prevenzione	Piano Regionale Prevenzione 2014-2019	3.167.660,38	782.463,99	1.612.757,86	719.119,90	2.463.732,87					8.745.735,00
	Supporto Al Piano Nazionale Della Prevenzione 2014-2019	15.838,42	3.912,35	8.063,84	3.595,63	12.318,76					43.729,00
5. La tecnologie sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio	Sperimentazione modelli integrati e tecnologici in sanità	1.955.852,32	483.127,55	995.787,37	444.016,14	1.521.216,63	650.000,00	650.000,00	650.000,00	650.000,00	8.000.000,00
TOTALI		12.329.569,60	3.161.022,06	6.361.840,58	2.866.877,90	9.281.927,36	1.740.837,79	1.777.125,21	1.664.545,39	995.034,12	40.178.780,00

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OBIETTIVI DI PIANO 2018: Accordo Stato-Regioni del 01.08.2018 (Rep. Atti n.150/CSR)
LINEA PROGETTUALE 1: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità
TITOLO PROGETTO: ***"Profilo di Cura (PdC) per le persone con multimorbilità"***

PREMESSA

La transizione demografica ha oramai determinato la necessità di rimodulare l'approccio organizzativo dei sistemi sanitari, spostando l'asse dalla centralità dell'assistenza ospedaliera a quella territoriale. L'affermarsi delle cronicità, e delle disabilità ad esse conseguenti, ha imposto la necessità di ripensare l'impianto del complessivo sistema curante e di conferire continuità ai processi di cura, allontanandosi così dalla mera logica prestazionale, tipica dell'assistenza ospedaliera. Il Piano Nazionale della Cronicità rappresenta una pietra miliare nella programmazione sanitaria e delinea il macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica. Rimane, ovviamente, ascritto alle Regioni il compito di contestualizzare le risposte assistenziali, declinando le azioni necessarie per fronteggiare "l'epidemia dimenticata delle cronicità", in ragione delle specificità organizzative e delle peculiarità orogeografiche ed epidemiologiche che caratterizzano gli specifici contesti. Nell'ambito del più generale approccio alle cronicità, deve essere fronteggiato il problema correlato alle condizioni di multi cronicità, che assume ulteriore rilievo ove si pensi alla numerosità delle persone affette da due e più patologie cronico - degenerative e, conseguentemente, da disabilità differenti, che concorrono contestualmente allo stato di disagio. Per tale motivo appare necessario non limitarsi alla costruzione di PDTA, destinati ad una sola patologia cronica, ma creare i presupposti assistenziali per evitare di focalizzare e settorializzare i processi assistenziali su una sola patologia, trascurando di considerare le interconnessioni che il coesistere di due o più patologie croniche necessariamente comporta. Ribadendo i principi fondanti richiamati nel PNC (promozione stili di vita salutari e contrasto ai fattori di rischio - diagnosi precoce - stratificazione dei pazienti - personalizzazione e continuità dei processi di cura), deve tenersi in debita considerazione come la multi morbidità, di estremo rilievo soprattutto nella popolazione anziana, sia strettamente interconnessa al generarsi di condizioni di fragilità sempre più importanti e quanto sia necessario non trascurare il contesto socioambientale di riferimento della persona. Prevale, per quanto premesso, la necessità di enfatizzare un approccio sempre meno standardizzato e sempre più centrato sulla persona, attraverso l'esaltazione della personalizzazione dei processi di cura che, in questi casi, deve necessariamente superare la logica stessa dei singoli PDTA per divenire un vero e proprio Profilo di cura - personalizzato - per la persona con multi morbidità. A monte di ogni successiva considerazione organizzativa di natura assistenziale, deve innanzitutto essere esaltata la fase di valutazione (multidimensionale) dei bisogni assistenziali e, quindi, la predisposizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che consenta di fronteggiare nel suo complesso i bisogni assistenziali esibiti, tenendo in debita considerazione tutte le correlazioni/interferenze connesse al coesistere di due o più patologie croniche.

CONTESTO

Il SSR, in applicazione degli obiettivi correlati al piano di rientro, ha provveduto a rimodulare la propria organizzazione territoriale, caratterizzata dal riassetto distrettuale e dalla istituzione dei dipartimenti delle cure primarie. Contestualmente si è provveduto alla condivisione di un accordo regionale con la medicina generale per l'attivazione, su tutto il territorio regionale, di UCCP e AFT (DCA n°65/2018). Tale circostanza assume rilievo di primaria importanza in ragione delle peculiarità dell'accordo che prevede la condivisione di obiettivi di salute che ineriscono, tra l'altro, gli intendimenti di cui al Piano Nazionale della Cronicità.

OBIETTIVI

Definizione di un profilo di cura personalizzato per le persone con multi cronicità.

La realizzazione dell'obiettivo progettuale comporta una vera e propria rimodulazione culturale dei professionisti e delle organizzazioni, sia di livello ospedaliero che territoriale, esaltando il ruolo di cerniera svolto dal distretto nell'ambito dei servizi afferenti al SSR ed anche rispetto a quelli socio - assistenziali di competenza dei Comuni (singoli e/o associati - ex Legge 328/2000) e nel rispetto del DPCM del 12 gennaio 2017.
Attivazione percorsi formativi condivisi per MMG/specialisti/medici ospedalieri in tema di fragilità e di polifarmacoterapia.
Definizione di percorsi condivisi di valutazione multidimensionale, con introduzione di strumenti ulteriori di valutazione relativi agli indici di fragilità ed alle interferenze farmacologiche.
Rimodulazione delle procedure di dimissioni protette ospedale – territorio.
Definizione PAI pazienti con multi morbidità.

TEMPI DI ATTUAZIONE
La durata del progetto è di dodici mesi

AZIONI
- Attivazione percorsi formativi condivisi per MMG/specialisti/medici ospedalieri in tema di fragilità e di polifarmacoterapia;
- Definizione di percorsi condivisi di valutazione multidimensionale, con introduzione di strumenti ulteriori di valutazione relativi agli indici di fragilità ed alle interferenze farmacologiche;
- Rimodulazione delle procedure di dimissioni protette ospedale – territorio;
- Definizione PAI pazienti con multi morbidità.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)
- Numero eventi formativi
- Numero pazienti valutati
- Numero PAI definiti con profilo di cura per multi cronicità
- Numero eventi avversi da polifarmacoterapia

RISULTATI ATTESI
In aderenza con gli obiettivi progettuali, ci si attende maggiore appropriatezza nella definizione del setting di cura ed una riduzione di eventi avversi da polifarmacoterapia.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI
Il modello organizzativo progettato sarà applicabile a tutte le Aziende Sanitarie della Calabria, al fine di garantire profili di cura (Pdc) adeguati a tutte le persone con multi morbilità.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2018
ASP Cosenza	**4.616.267,83**
ASP Crotone	**1.140.293,75**
ASP Catanzaro	**2.350.290,54**
ASP Vibo Valentia	**1.047.981,68**
ASP Reggio Calabria	**3.590.426,20**
Totale	**12.745.260,00**
Criterio di distribuzione: Assegnazione delle risorse a quota capitaria su popolazione residente al 31.12.2017	

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OBIETTIVI DI PIANO 2018: Accordo Stato-Regioni del 01.08.2018 (Rep. Atti n.150/CSR)
LINEA PROGETTUALE 2: **Promozione dell'equità in ambito sanitario**
TITOLO PROGETTO: *"Equità in sanità: dai bisogni di tutti gli individui, alle azioni"*

PREMESSA

L'equità e il rispetto delle differenze rappresentano principi fondamentali del sistema sanitario regionale, nell'ottica del dettato costituzionale di tutela della salute come diritto esigibile da parte dell'individuo e interesse della collettività, nonché per l'adempimento dei doveri di solidarietà e sostegno ai soggetti non abbienti. La capacità non solo di mettere a disposizione dell'intera collettività tutti i servizi sanitari necessari, ma soprattutto di garantire a tutti che tali servizi siano fruibili con eguale possibilità di accesso per le singole persone, è un obiettivo promulgato dalle massime organizzazioni mondiali, in tema di diritti umani. Tuttavia, l'enunciazione di principi e diritti trova spesso una difficoltà di applicazione concreta, correlata alle congiunture economiche nazionali e locali o alle aree geografiche, che rappresentano, ancora, motivi di disomogeneità soprattutto di tipo organizzativo-gestionale e di comunicazione/informazione. Ne consegue che la capacità di alcune istituzioni di garantire un'offerta sanitaria organizzata e tarata verso talune specificità, quali: donne o uomini, stranieri, minoranze etniche, nomadi, rifugiati e richiedenti asilo, persone disabili, anziani, bambini e giovani, persone di diverse fedi religiose, gay, bi-e transessuali, persone povere, senza fissa dimora, carcerati, prostitute, persone dipendenti da sostanze, persone che non sanno leggere o scrivere, sia ancora carente o presenti difficoltà operative. Sebbene il raggiungimento del livello ideale di equità nelle cure comporti un sostanziale ripensamento del sistema organizzativo-assistenziale dedicato ai cittadini più fragili, attraverso interventi che mirano a promuovere sia l'uguaglianza di accesso e fruizione dei servizi, sia il maggiore sostegno alle categorie bisognose di particolare tutela, la necessità di rendere maggiormente consapevoli gli operatori sanitari, rappresenta uno dei passi fondamentali per il miglioramento complessivo del livello di salute della comunità.

CONTESTO

La Regione Calabria ha già in passato intrapreso un percorso mirato alla promozione di azioni di medicina d'iniziativa e alla costituzione di centri di orientamento e informazione dedicati, attraverso i quali perseguire l'implementazione di percorsi integrati con pianificazione degli interventi di tipo preventivo e informativo.
Il DPCM del 12/01/2017 (nuovi LEA) ha, peraltro, allargato l'offerta sanitaria anche a soggetti particolarmente vulnerabili dal punto di vista sociale.
Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, prorogato al 2019 e declinato a livello regionale nel PRP approvato, da ultimo, con DCA n. 127/2018, ha tra i suoi principi cardine il contrasto delle disuguaglianze nella prevenzione. A tale proposito, nel documento "l'Italia per l'equità della salute" (dicembre 2017) del Ministero della Salute e dell'INMP, l'analisi critica, condotta sul Piano Regionale della Prevenzione calabrese, ha evidenziato la capacità della Regione di misurare il parametro delle disuguaglianze, e includere il principio del contrasto delle disuguaglianze nella programmazione.
Ciononostante l'attuale contesto organizzativo sanitario non ha ancora pienamente conoscenza di tutte le peculiarità e strategie necessarie per favorire la compliance degli stakeholder, superando le barriere culturali e gli ostacoli all'informazione, che rappresentano uno dei fattori determinanti nell'accesso alle cure. Per tale motivo ogni attore istituzionale nel SSR dovrebbe preoccuparsi di ridurre le barriere di sistema che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari e fungere da promotore di best practices e linee guida.
Tali barriere includono anche gli aspetti che sono propri del SSR, quali la sicurezza dei luoghi di lavoro e la salute degli operatori sanitari che vi prestano la propria attività professionale. Il benessere lavorativo è infatti elemento indispensabile alla corretta esecuzione delle attività pertinenti a ciascun operatore sanitario. La Regione Calabria ha raggiunto un buon livello di collaborazione con altri attori istituzionali del "sistema sicurezza" che può essere ulteriormente utilizzato per le finalità della presente linea progettuale.

OBIETTIVI

Strutturare un piano formativo per il personale del Servizio Sanitario Regionale mirato a migliorare:

- il counseling sanitario verso i gruppi più svantaggiati;
- la conoscenza dei rischi per la "salute disuguale";
- la capacità di verificare se le modalità di accesso garantiscono condizioni di equità, indipendentemente dalle difficoltà dei soggetti dotati di minori possibilità;
- la capacità di contribuire l'*equality impact assessment* dei programmi e degli interventi;
- la capacità di proporre l'adozione di modelli di *Health Equity Audit e best practices;*
- la capacità di stimolare e guidare altri attori di welfare (scuola, lavoro, formazione, territorio, ecc).

Redigere, con il supporto di INAIL, un Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro delle strutture sanitarie pubbliche regionali attraverso:

- creazione di gruppi di lavoro con i referenti AASSPP/AAOO
- valutazione dei DVR esistenti
- omogeneizzazione e standardizzazione delle procedure
- condividere le informazioni in meeting specifici

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è di 12 mesi

AZIONI

- Realizzazione di almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale e in tema di cambiamento organizzativo, orientate al rispetto dell'equità e del superamento delle barriere culturali, sociali, di genere, che includa:
  - counseling sanitario verso i gruppi più svantaggiati;
  - conoscenza dei rischi per la "salute disuguale";
  - condizioni di equità indipendentemente dalle difficoltà dei soggetti dotati di minori possibilità;
  - *equality impact assessment;*
  - modelli di *Health Equity Audit e best practices.*
- Avvio di un processo di redazione di linee guida e modelli organizzativi condivisi da parte di gruppi di lavoro individuati tra il personale formato;
- Avvio di un processo di redazione di strategie di comunicazione e informazione, organizzata e mirata verso talune specificità, quali donne o uomini, stranieri, minoranze etniche, nomadi, rifugiati e richiedenti asilo, persone disabili, anziani, bambini e giovani, persone di diverse fedi religiose, gay, bi- e transessuali; persone povere, senza fissa dimora, carcerati, prostitute, persone dipendenti da sostanze, persone che non sanno leggere o scrivere;
- Costituzione gruppi di lavoro per redazione SGSL strutture sanitarie pubbliche;
- Realizzazione seminari conoscitivi per la condivisione delle informazioni.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

- Adozione del programma formativo sull'equità;
- Adozione del programma informativo rivolto alla popolazione target specifica;
- Costituzione gruppi di lavoro per redazione SGSL strutture sanitarie pubbliche;
- Numero di seminari conoscitivi programmati per la condivisione delle informazioni SGSL.

RISULTATI ATTESI

- Miglioramento dell'equità in ambito sanitario garantendo:
  - counseling verso i gruppi più svantaggiati
  - conoscenza dei rischi da parte degli operatori sanitari circa la "salute disuguale"
- Perfezionamento negli operatori sanitari circa la:
  - capacità di verificare se le modalità di accesso garantiscono condizioni di equità, indipendentemente dalle difficoltà dei soggetti dotati di minori possibilità
  - capacità di contribuire all'*equality impact assessment* dei programmi e degli interventi
  - capacità di proporre l'adozione di modelli di *Health Equity Audit e best practices*
  - possibilità di stimolare e guidare altri attori di welfare (scuola, lavoro, formazione, territorio, ecc.) nelle strategie per l'equità
- Redazione di un Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro delle strutture sanitarie pubbliche

- Miglioramento degli ambienti di lavoro con maggiore presenza del personale in servizio

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI:
Tutte le azioni messe in campo, garantiranno la trasferibilità dei risultati, favorendo una buona ed efficace comunicazione ed un appropriato supporto organizzativo, minimizzando ogni forma di barriera, da quella logistica a quella funzionale, da quella culturale a quella linguistica, da quella sociale a quella etica.

Azienda	2018
ASP Cosenza	1.796.308,12
ASP Crotone	559.133,97
ASP Catanzaro	999.018,12
ASP Vibo Valentia	475.624,72
ASP Reggio Calabria	1.089.400,56
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	615.837,79
AO Annunziata Cosenza	580.097,21
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	539.545,39
AO Mater Domini Catanzaro	345.034,12
Totale	7.000.000,00
Criterio di distribuzione: Assegnazione delle risorse in proporzione alla dotazione di personale	

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OBIETTIVI DI PIANO 2018: Accordo Stato-Regioni del 01.08.2018 (Rep. Atti n.150/CSR)
LINEA PROGETTUALE 3: Costruzione ed implementazione della rete di terapia del dolore e lo sviluppo delle cure palliative e terapia del dolore in area pediatrica
TITOLO PROGETTO: ***"Implementazione della rete di terapia del dolore"***

PREMESSA

Negli ultimi anni, gli sforzi per dare piena applicazione alla Legge 38/10 ed ai successivi Decreti attuativi ed Accordi/Intese Stato Regioni, sono stati molteplici, in particolare nella strutturazione di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, capace di garantire unitamente all'appropriatezza delle prestazioni in un contesto di sistema ospedale-territorio, un adeguato sostegno socio-assistenziale e psicologico alla persona e al suo nucleo familiare, nel rispetto del diritto - sancito per legge - di accesso alla cura nei tempi imposti dalle norme.
In questa direzione si collocano il Decreto Ministeriale n. 70/2015 e, recentemente, il DPCM 12/01/2017 sui "nuovi LEA". Nella Regione Calabria si intende proseguire il processo di costituzione della rete di terapia del dolore e cure palliative, seppur con le difficoltà connesse alla carenza di personale specialista nelle discipline previste dalla Legge n.38/2010, in continuità con le azioni delle linee progettuali degli anni precedenti.

CONTESTO

La Regione Calabria ha ottemperato alle attività previste nella legge 38/2010, istituendo, con DDG n. 11985 del 28.8.2012, per come previsto nell'Accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010, un gruppo di coordinamento regionale e due sottogruppi (uno per le Cure Palliative e uno per la Terapia del Dolore).
Questi organismi hanno provveduto a contestualizzare quanto già esistente nelle varie province della Regione, nel tentativo di omogeneizzare le reti locali sia per le Cure Palliative che per la Terapia del Dolore già avviate con il progetto "*Riorganizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore*" allegato alla DGR n. 582 del 6.9.2010 e con il progetto "*Telemedicina e Teleassistenza nella realizzazione delle due Reti di terapia del Dolore e Cure Palliative*", di cui alla DGR n. 255 del 17.6.2011, al fine di implementare le linee guida regionali e riprogrammare la rete di Hospice.
Con i Decreti Dirigenziali n.11162 e n.11163, del 6 settembre 2011, sono state approvate le Linee Guida per l'attuazione delle Reti di Cure Palliative e di Terapia del dolore.
In Calabria, con i D.C.A n.36 del 14/05/2015 (Rete Regionale di Terapia del dolore) e n.77 del 06 luglio 2015 (Rete regionale di cure palliative ed Hospice), sono state approvate le Reti regionali di cure palliative e di terapia del dolore.
Con il DCA n.36/2015 al punto 1.4 è definita l'articolazione della rete di Terapia del Dolore che prevede:

- un centro di riferimento di terapia del dolore (Hub)
- gli ambulatori di terapia antalgica (Spoke e territorio inteso come UCCP e case della salute).

Il Centro di riferimento di III livello (Hub) è stato individuato presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, in ottemperanza a quanto stabilito nell'Intesa Stato/Regioni del 25 luglio 2012 (Rep n. 152/CSR), recepita con DPGR n. 168 dell'8 ottobre 2012.
Nel Programma Operativo 2016-2018, al punto *3.5.10 Terapia del dolore*, si conferma che l'U.O.C. di Terapia del Dolore dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, è unico Centro Hub regionale.
I compiti e le funzioni del centro HUB si identificano in:

- *diagnosi e trattamento delle situazioni di dolore acuto e cronico caratterizzate da:*
  - *complessità della patologia; difficoltà di inquadramento diagnostico del dolore;*
  - *difficoltà di trattamento del paziente complesso, per co-morbidità esistenti;*

REGIONE CALABRIA - CATANZARO -

- *difficoltà nella selezione del trattamento elettivo con necessità di procedure altamente specialistiche sia di routine sia innovative compresa l'attività dei sistemi impiantabili ad alta complessità*

- *riduzione della disabilità dei malati con dolore persistente e cronico;*
- *funzione di consulenza, relativamente ai casi di dolore complesso, oltre che per l'azienda di appartenenza, per tutti gli operatori del territorio e nelle altre strutture di ricovero, ospedaliere e residenziali, e per i pazienti in assistenza domiciliare;*
- *coordinamento con i centri di cure palliative per il mantenimento della continuità assistenziale inerente la terapia del dolore durante le cure palliative;*
- *coordinamento con altre strutture orientate alla diagnosi, terapia e riabilitazione di patologie dolorose;*
- *sorveglianza delle innovazioni tecnologiche (HTL);*
- *monitoraggio dei processi di cura a più alta complessità.*

Con lo stesso DCA 36/15 sono stati individuati i Centri Spoke di terapia del dolore come di seguito indicati:
Spoke di 1 livello: Cosenza: *Ospedale di Rossano/Corigliano* e *Paola/Cetraro* e *Castrovillari;* Crotone: *Ospedale San Giovanni di Dio*; Catanzaro: *Ospedale di Lamezia*; Vibo Valentia: *Ospedale Iazzolino*; Reggio Calabria: *Ospedale di Locri e Polistena.*
Gli Spoke di 2 livello: Catanzaro: *Az.Ospedaliera Pugliese Ciaccio*; Reggio Calabria: *Az.Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli.*
Il Centro Hub, in questi anni si è adoperato a garantire la connessione tra ospedale, territorio e continuità assistenziale, ponendosi quale cabina di regia, capace di riunire attorno al paziente figure specialiste ospedaliere e medici del territorio, cercando di superare frammentazione di diagnosi e cura. Ha fornito prestazioni ad alta complessità secondo una scala di misurazione dell'entità del dolore.
Il progetto, pertanto, intende perseguire una "clinical practice" guidata dai bisogni e strutturata sull'efficienza organizzativa tra professionisti/strutture/ambiti assistenziali che, in modo coerente, dovrebbero gestire il complesso iter che va dalla diagnosi al trattamento ed al follow up del paziente.

OBIETTIVI

- Promuovere attività formative/ informative per il personale del SSR e i cittadini;
- Implementazione e sperimentazione di un sistema informativo uniforme a livello Aziendale/ regionale che consenta la tracciabilità dei dati in tutti i nodi della rete di terapia del dolore integrato con la rete di cure palliative;
- Arricchire il centro Hub e la Rete di Terapia del Dolore seguendo le regole della qualità e dell'Healt Tecnology Assessment;
- Garantire l'uniformità di offerta ed i relativi percorsi di cura (PDTA), anche domiciliare, su tutto il territorio regionale.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è di 12 mesi

AZIONI

- Completamento della realizzazione della Rete di Terapia del Dolore, attivazione e ottimizzazione centri Spoke di terapia del dolore individuati;
- Definizione di un programma di formazione regionale per tutti gli operatori delle Reti;
- Implementazione dei sistemi di comunicazione/ informazione al fine di migliorare le relazioni tra il paziente e gli operatori;
- Definizione di percorsi semplificati di presa in carico dei pazienti (PDTA);
- Implementazione dell'informazione da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ai cittadini (Carta dei servizi, poster, ecc.), anche attraverso i social network e iniziative pubbliche (Giornata del sollievo, ecc.);
- Programmazione di audit periodici con le Aziende Sanitarie per il monitoraggio degli obiettivi;
- Implementazione e sperimentazione di un sistema informativo che consenta la tracciabilità dei dati in tutti i nodi della rete di terapia del dolore integrato con la rete di cure palliative.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

- n. Campagna di comunicazione e informazione programmata sulla legge 38/10;
- n. Pazienti che afferiscono ai centri di terapia del dolore;
- Protocolli e procedure adottate;

- Approvazione Piano formativo del personale SSR;

RISULTATI ATTESI

Prosecuzione della riorganizzazione sul territorio regionale delle reti integrate di cure palliative e terapia del dolore

Miglioramento dell'accessibilità, erogazione, conoscenza e diffusione dei servizi di Terapia del dolore e delle Cure palliative e della soddisfazione di chi ne usufruisce (inclusi i familiari del malato), secondo una logica di integrazione tra la rete sanitaria e quella socio-assistenziale, incluse le Associazioni di volontariato.

Acquisizione di ulteriori competenze professionali del personale del SSR

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI:

Il modello organizzativo multidisciplinare e multiprofessionale delle cure palliative e della terapia del dolore è trasferibile il in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria, per garantire l'uniformità un approccio organico delle prestazioni e la piena fruizione agli aventi diritto.

Azienda	2018
ASP Cosenza	**362.194,87**
ASP Crotone	**89.468,07**
ASP Catanzaro	**184.405,07**
ASP Vibo Valentia	**82.225,21**
ASP Reggio Calabria	**281.706,78**
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	**250.000,00**
AO Annunziata Cosenza	**322.028,00**
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	**250.000,00**
AO Mater Domini Catanzaro	
Totale	**1.822.028,00**
Criterio di distribuzione: Assegnazione delle risorse a quota capitaria su popolazione residente al 31.12.2017 alle ASP, alle AO per ruolo (AO CS per la funzione di Centro di riferimento regionale Hub)	

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OBIETTIVI DI PIANO 2018: Accordo Stato-Regioni del 01.08.2018 (Rep. Atti n.150/CSR)
LINEA PROGETTUALE 3: Costruzione ed implementazione della rete di terapia del dolore e lo sviluppo delle cure palliative e terapia del dolore in area pediatrica
TITOLO PROGETTO: ***"Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica"***

PREMESSA

L' O.M.S. definisce le cure palliative pediatriche come "l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e che comprende il supporto attivo della famiglia."
L'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012 " definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", recepito dalla Regione Calabria con il DPGR 168 dell'8.10.2012, rappresenta lo strumento normativo più recente ed esaustivo in materia, esplicativo dell'art 5 comma 3 della legge 38 del 15 marzo 2010, relativo anche alla fascia pediatrica.
La rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica deve essere una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore e cure palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale ed ospedaliero regionale, in modo da coinvolgere in forma coordinata i cosiddetti "nodi" della Rete:

- centro/i di Riferimento regionale di CPP e terapia del dolore con attività di supporto clinico, di formazione e di ricerca;
- per il funzionamento dei servizi e delle strutture che compongono la rete;
- centro di Riferimento Residenziale (Hospice Pediatrico), alternativo all'ospedale per acuti per le esigenze diagnostiche e terapeutiche del bambino e per il supporto della sua famiglia;
- reparti ospedalieri ad indirizzo pediatrico;
- assistenza domiciliare di base e specialistica (UCP domiciliari pediatriche);
- servizi socio sanitari territoriali ed educativi;
- servizi di urgenza/emergenza (118 e pronto soccorso).

In ambito clinico internazionale sono state definite quattro distinte categorie per le quali l'Accordo Stato - Regioni del 25 luglio 2012, identifica due livelli di gestione:

- Cure generali di gestione del dolore pediatrico e delle CPP. Eseguite dal personale medico ed infermieristico già presente all'interno dei reparti di neonatologia pediatria, oncologia pediatrica/ strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta / MMG, adeguatamente preparato e supportato dal personale dei Centri di Riferimento.
- Cure specialistiche di gestione del dolore e delle CPP. Eseguite dalle equipe dei Centri multi specialistici di riferimento della rete specializzata e dedicata alla gestione del dolore e delle CPP in ambito neonatale/ pediatrico/adolescenziale.

CONTESTO

Il DDG n. 11162 del 7.9.2011 della Regione Calabria "Approvazione linee guida per l'attuazione della rete di cure palliative" al paragrafo "L", già conteneva una iniziale proposta organizzativa riguardante la tipologia assistenziale domiciliare pediatrica e tracciava, sinteticamente, la procedura da adottare per la segnalazione del bisogno e le modalità di presa in carico del minore affetto da patologia irreversibile.
Anche nella Regione Calabria l'esistenza di una ampia varietà di patologie inguaribili in età pediatrica, ognuna delle quali con proprie caratteristiche evolutive, determina l'impossibilità di adottare criteri uniformi di eleggibilità, rendendo più difficile avere un dato quantitativo preciso del bisogno regionale di cure palliative in età pediatrica.
Ne consegue la necessità di avviare una prima analisi epidemiologica di contesto, avendo come riferimento pediatri di libera scelta ed Unità Operative di Pediatria delle AA.OO. presso le quali sono operativi servizi di oncoematologia pediatrica, chirurgia pediatrica e genetica pediatrica. Sulla base della letteratura scientifica

internazionale e dello studio retrospettivo realizzato dalla Regione Veneto, utilizzando le SDO e i dati di mortalità pediatrica nel periodo compreso tra il 2000 e il 2004, emerge una prevalenza di 15 minori su 10.000 bisognevoli di approccio palliativo e di 7 minori ogni 10.000 con necessità di cure palliative specialistiche. In Calabria la popolazione pediatrica di età compresa tra 0 e 17 anni è stimata in 324.420 (dato ISTAT della popolazione residente al 1° Gennaio2017); effettuando delle proiezioni sulla base di quanto sopra descritto, si può stimare una popolazione pediatrica bisognevole di cure palliative di circa 450 unità all'anno.

Pertanto, con tali presupposti, la Regione Calabria condividendo le valutazioni della comunità scientifica e volendo far proprie le raccomandazioni contenute nei documenti tecnici finora approvati e recepiti nonché avvalendosi delle best practices presenti in altre regioni, ha necessità di ridefinire il percorso per l'adozione di un sistema a rete per minori di età compresa tra 0 e 17 anni, che garantisca un'assistenza globale, continuativa, multidisciplinare ad essi e alle loro famiglie.

OBIETTIVI

- Progettare una rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica, avendo come riferimento i criteri di accreditamento contenuti nell' Accordo Stato – Regioni del 25.7.2012
- Garantire una uniformità di offerta ed i relativi percorsi di cura, su tutto il territorio regionale

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è di 12 mesi

AZIONI

- Creazione di gruppi tecnici multidisciplinari presso le AA.SS.PP./AA.OO. per la predisposizione di modelli organizzativi e Linee guida in coordinamento con il centro Hub regionale e successivo invio al livello regionale;
- Monitoraggio dei pazienti pediatrici al 31/12/2018 sia in ricovero ospedaliero, sia in hospice e in trattamento domiciliare;
- Incontri con servizi sociali ed educativi comunali;
- Individuazione e composizione di equipe multi professionali, dedicate al paziente pediatrico soprattutto in ambito domiciliare;
- Predisposizione di programmi formativi specifici per gli operatori del SSR;
- Incontri con Associazioni operanti nel settore della inguaribilità in età pediatrica per predisposizione attività;
- Programmazione di audit periodici con le Aziende Sanitarie per il monitoraggio degli obiettivi.

INDICATORI

- Individuazione dei gruppi tecnici multidisciplinari;
- Raccolta dati epidemiologici e di mobilità extraregionale per la misurazione del bisogno;
- Attività di raccordo con centro Hub regionale (riunioni);
- Pazienti pediatrici al 31/12/2018 sia in ricovero ospedaliero, sia in hospice e in trattamento domiciliare;
- Predisposizione di protocolli specialistici per la corretta operatività dei Centri di Riferimento;
- Iniziative di promozione, informazione e comunicazione programmate;
- Mappatura dei servizi esistenti e verifica dell'attività svolta nell'implementazione delle cure pediatriche ai minori inguaribili.

RISULTATI ATTESI

- Acquisizione di un quadro epidemiologico rispondente alla realtà regionale;
- Tutela del diritto del minore a ricevere cure adeguate e proporzionate ai suoi bisogni, in luoghi dedicati e da personale motivato e formato;
- Definizione di linee guida per la realizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica;
- Realizzazione di programmi specifici rivolti a migliorare la comunicazione ed il supporto alle famiglie dei minori;
- Valorizzazione delle esperienze esistenti;

- Avvio Integrazione tra la rete sanitaria e quella socio-assistenziale rivolta ai minori inguaribili incluse le Associazioni di volontariato attive nel settore.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Il modello organizzativo che sarà progettato sarà applicabile a tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria, per il raggiungimento di tutti i minori bisognevoli di cure palliative e terapia del dolore e per garantire l'accessibilità alle cure, l'uniformità delle prestazioni e la loro piena fruizione.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2018
ASP Cosenza	**415.447,66**
ASP Crotone	**102.622,38**
ASP Catanzaro	**211.517,78**
ASP Vibo Valentia	**94.314,62**
ASP Reggio Calabria	**323.125.57**
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	**225.000,00**
AO Annunziata Cosenza	**225.000,00**
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	**225.000,00**
AO Mater Domini Catanzaro	
Totale	
Criterio di distribuzione: Assegnazione delle risorse a quota capitaria su popolazione residente al 31.12.2017 alle ASP e in parte uguale alle AO	

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OBIETTIVI DI PIANO 2018: Accordo Stato-Regioni del 01.08.2018 (Rep. Atti n.150/CSR)
LINEA PROGETTUALE 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al PNP
TITOLO PROGETTO: ***"Piano Regionale Prevenzione 2014-2019"***

PREMESSA

L'Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014 (rep. Atti n.156/CSR) ha previsto che le Regioni e le PP.AA. dovessero predisporre i propri Piani Regionali per la Prevenzione 2014-2018.
L'Accordo del 25 marzo 2015 (rep. Atti n.56/CSR) ha definito il documento di valutazione di tali Piani, prevedendo la verifica Ministeriale della rispondenza dei PRP ai criteri definiti nel documento.
L'Intesa Stato/Regioni del 21dicembre 2017 (Rep. Atti n. 247/CSR) ha sancito la proroga del PNP a tutto il 31.12.2019, prevedendo la possibilità di rimodulazione dei PRP, nel contesto della stessa struttura del PNP e confermando il documento di valutazione, la certificazione e gli standard, traslando al 2019 la valutazione di risultato.

CONTESTO

Con DCA n. 103, del 30 settembre 2015, la Regione Calabria ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 (rep. Atti n.156/CSR) e l'Accordo Stato/ Regioni del 25 marzo 2015 rep. Atti n. 56/CSR.
Inoltre con lo stesso DCA sono stati approvati il documento *Profilo di salute della popolazione calabrese* e il documento *individuazione dei programmi preliminari del Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018.*
Con il DCA n.32, dell'8 marzo 2016, è stato approvato il documento "Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018", che si articola in 8 programmi regionali, tre dei quali rappresentano obiettivi prioritari anche del Programma Operativo 2016-2018 approvato con DCA n.119, del 4/11/2016, (area riorganizzazione dell'attività di prevenzione: sanità veterinaria e sicurezza alimentare; screening, copertura vaccinale).
A seguito dell'interlocuzione tecnica tra Ministero della Salute e Regione Calabria, prevista nell'Accordo n.56/CSR, sono state definite talune integrazioni al PRP, la cui versione definitiva è stata formalmente adottata dalla Regione, con DCA n. 49 dell'8 giugno 2016.
Il PRP si articola nei seguenti programmi regionali:
Programma 1. Guadagnare salute in Calabria: la salute in tutte le politiche
Programma 2. Screening oncologici
Programma 3. Promozione della salute della donna e del bambino
Programma 4. La prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni
Programma 5. Ambiente e salute
Programma 6. Malattie infettive e vaccinazioni
Programma 7. La sicurezza alimentare e sanità veterinaria nel territorio regionale
Programma 8. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di prevenzione
Inoltre con DDG n°10176 del 17 agosto 2016, è stato formalizzato il gruppo regionale di coordinamento, cui è stato affidato il compito di monitoraggio e di indirizzo del PRP.

OBIETTIVI

Per l'anno 2018 si è ritenuto di porre quali obiettivi i seguenti:

- formalizzare con apposito atto la rimodulazione e la pianificazione per gli anni 2018/2019 del PRP;
- utilizzare la piattaforma CNESPS per l'inserimento dei dati di rendicontazione, pianificazione, rimodulazione;
- dare attuazione ai 10 macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali del PNP, attraverso la messa in atto delle attività annuali previste nei progetti, interventi, azioni del PRP;
- perseguire il raggiungimento dei valori fissati per gli indicatori sentinella dei singoli progetti, interventi, azioni del PRP;
- supportare le Aziende Sanitarie, con specifici incontri, per l'attuazione degli obiettivi del PRP a livello territoriale;

- prevedere le azioni di supporto al PNP attraverso network con ONS, NIEBP, AIRTUM.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La Regione Calabria dovrà inviare:

- secondo la tempistica fissata dall'Accordo Stato Regioni del 25 marzo 2015 n. 56/CSR, la rendicontazione dello stato di avanzamento del PRP (valore osservato degli indicatori sentinella al 31.12.2018) al Ministero della Salute, propedeutica alla certificazione del PRP in relazione agli adempimenti LEA: U) Prevenzione;
- secondo la tempistica fissata dall'Intesa Stato Regioni n. 247/csr del 21 dicembre 2017 la rimodulazione del PRP (rimodulazione 2018 e pianificazione 2019) al Ministero della Salute e l'atto formale adottato.

AZIONI

- Realizzazione delle attività annuali previste nei progetti, interventi e azioni del PRP;
- Attuazione degli indirizzi regionali;
- Monitoraggio degli indicatori sentinella dei singoli progetti, interventi, azioni del PRP;
- Rendicontazione dello stato di avanzamento del PRP, alimentando l'apposita piattaforma CNESPS;
- Formalizzazione, con apposito atto, della rimodulazione e pianificazione del PRP per il biennio 2018/2019;
- Interlocuzione con il Ministero della Salute e relative trasmissione delle informazioni secondo i format previsti;
- Approvazione attività regionali per il funzionamento dei network ONS, NIEBP, AIRTUM a supporto del PRP.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

- Indicatori sentinella delle singole linee progettuali del PRP;
- Indicatori fissati nelle singole disposizioni regionali;
- Riunioni operative presso AASSPP per il supporto all'implementazione delle azioni;
- Indicatori centrali del PNP 2014-2019;
- Criteri previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 56/csr del 25 marzo 2015 e dall'Intesa Stato Regioni n. 247/csr del 21 dicembre 2017.

RISULTATI ATTESI

- Rendicontazione, rimodulazione e pianificazione del PRP effettuate con la tempistica prevista;
- Almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella, di tutti i progetti/interventi/azioni del PRP, presenta uno scostamento, tra valore osservato e standard, non superiore al 20%, nell'anno 2018;
- Messa a regime delle azioni previste nei piani regionali specifici e conseguimento obiettivi del Programma Operativo Triennale;
- Formalizzazione con apposito atto del PRP rimodulato;
- Trasmissione delle informazioni al Ministero della Salute secondo i format previsti;
- Attuazione progetto regionale per il funzionamento dei network ONS, NIEBP, AIRTUM a supporto del PRP.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Messa a regime dei progetti/interventi/azioni con uniformità in tutti i gli ambiti territoriali ed in forma sistematica, quale LEA da garantire.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2018
ASP Cosenza	**3.167.660,38**
ASP Crotone	**782.463,99**
ASP Catanzaro	**1.612.757,86**
ASP Vibo Valentia	**719.119,90**
ASP Reggio Calabria	**2.463.732,87**
Totale	**8.745.735,00**
Criterio di distribuzione: Assegnazione delle risorse a quota capitaria su popolazione residente al 31.12.2017	

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OBIETTIVI DI PIANO 2018: Accordo Stato-Regioni del 01.08.2018 (Rep. Atti n.150/CSR)
LINEA PROGETTUALE 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al PNP
TITOLO PROGETTO: *"Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019"*

PREMESSA

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 si inserisce in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di "supporto" al Piano medesimo, sia dal punto di vista del Ministero della Salute, che da quello della Regione. Con DM del 25 gennaio 2016 è stato approvato il documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano Nazionale della Prevenzione. Analogamente le azioni regionali centrali di supporto al Piano Regionale della Prevenzione si effettuano mediante il sostegno al funzionamento dei tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM), per la definizione di adeguate modalità operative, monitoraggio e valutazione dei programmi di screening, l' identificazione di interventi preventivi efficaci, la costituzione di banche dati omogenee e di qualità, utili ai fini epidemiologici per la programmazione sanitaria. Le reti consentono altresì interventi di quality assurance, promozione della ricerca, stesura di linee guida, diffusione dei risultati, formazione e miglioramento della comunicazione.
Con l'articolo 17, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016, approvato il 10/7/2014, le Regioni e le Provincie autonome "convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale di Prevenzione 2014-2019 venga destinato alle attività di supporto al PNP medesimo da parte dei tre network" sopra citati.

CONTESTO

Il PRP della Regione Calabria (DCA n. 49/2016), aveva già tenuto conto della opportunità di collaborare con i tre network nazionali, per il raggiungimento degli obiettivi previsti a livello nazionale. Tale indicazione deve essere ribadita nella rimodulazione e pianificazione del PRP, prevista nell'Intesa Stato/Regioni del 21dicembre 2017 (Rep. Atti n. 247/CSR), con l'assegnazione delle relative risorse all'uopo.
L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) opera quale network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici, come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi stessi.
La Regione Calabria, rispetto alla proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto, pur avendo intrapreso un percorso di miglioramento, ha ancora uno score non accettabile nell'adempimento LEA. Lo sblocco del sistema informatico, gli obiettivi di performance assegnati ai Direttori Generali, il coinvolgimento dei MMG nella contrattazione decentrata, attuati di recente, dovrebbero rappresentare un nuovo substrato favorevole per il miglioramento dei programmi di prevenzione da attuarsi attraverso gli screening.
L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è l'Associazione che coordina i 49 RT generali di popolazione e i 7 RT specializzati, accreditati in AIRTUM. In Calabria, il Registro Tumori di popolazione della Regione Calabria (Legge Regionale 02/2016 del 08/02/2016) si articola nella rete dei Registri Tumori sub-regionali: Cosenza-Crotone, Catanzaro-Vibo Valentia e Reggio Calabria, al fine di assicurare la copertura di tutto il territorio regionale. Il coordinamento di tali registri è affidato ad un Centro di coordinamento regionale composto dal Direttore Generale del Dipartimento tutela della Salute della Regione Calabria (o un suo delegato), dai Responsabili dei Registri di Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria, e delle sub articolazioni di Crotone e Vibo Valentia, dal Direttore generale dell'ARPACAL (o un suo delegato), dall'Assessore Regionale alla tutela della salute e dal Presidente dell'AIRTUM (o un suo delegato). I dati prodotti dai RT servono per l'epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati).

valutazione di impatto degli screening oncologici, programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), supporto della ricerca e valutazione del rischio.
Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, che sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione. ARS (Agenzia Regionale di Sanità Toscana) è stata individuata dal Ministero della Salute quale Ente centrale di coordinamento del Network NIEPB, incaricato della gestione delle quote regionali provenienti dal 5 per mille delle risorse vincolate assegnate al PNP e destinate al sostegno del Network, sulla base delle attività programmate a livello regionale;

OBIETTIVI:
Gli obiettivi di questo obiettivo prioritario nell'ambito della linea progettuale 4, specifici per i tre Network sono i seguenti:
Osservatorio Nazionale Screening

- Miglioramento della survey regionale per l'empowerment dei programmi di screening e strategie per il recupero delle "No Responders"
- Realizzazione di attività formative e di aggiornamento di livello regionale e nazionale
- Supporto nella quality assurance
- Miglioramento della qualità dei servizi offerti e della capacità di socializzare i risultati

Associazione Italiana Registri Tumori

- progressiva standardizzazione delle metodiche di rilevazione
- accreditamento dei Registri Tumori
- supporto ai RT provinciali nel trasferimento dati al Registro Regionale da collaudare entro il 31/12/2018
- supporto al coordinamento regionale dei RT per la predisposizione del regolamento privacy
- formazione e aggiornamento continuo del personale addetto
- Analisi dei dati presenti nelle banche dati AIRTUM
- Produzione di materiale informativo e di materiale scientifico per gli utenti e la comunità sanitaria

Network per l'Evidence Based Prevention

- Supportare la Regione nella pianificazione e valutazione di interventi di provata efficacia nell'ambito del PRP
- Realizzare attività di ricerca per interventi e programmi innovativi connessi alla realtà regionale
- Sviluppare una rete regionale di "attori NIEBP" con formazione e disseminazione delle evidenze
- coordinare e armonizzare le attività regionali con quelle realizzate nelle altre regioni italiane, al fine della migliore realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

AZIONI
Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività.

Osservatorio Nazionale Screening (ONS)
Nell'ambito delle attività a supporto della programmazione regionale e al miglioramento della qualità dei programmi di screening, mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello territoriale, ONS svolgerà le seguenti azioni:

- realizzazione della Survey annuale per il supporto ed il monitoraggio dell'attività di screening oncologico (valutazione LEA), inclusa l'adozione di strategie per il recupero delle "No responders";
- elaborazione degli indicatori e produzione di rapporti regionali per la valutazione approfondita dei risultati;
- realizzazione di attività di formazione e di aggiornamento di livello regionale e nazionale (relativa sia a tutti i mezzi in grado di migliorare la qualità tecnico professionale dei professionisti coinvolti nello screening, che la qualità organizzativa/gestionale dei singoli programmi);
- produzione di indirizzi contenenti metodiche standardizzate per la valutazione della Quality Assurance (QA);
- produzione di linee guida/procedure in ambito di screening per ottimizzare la qualità dei servizi offerti, l'informazione, la comunicazione e la socializzazione dei risultati.

Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)
Nell'ambito delle attività di supporto scientifico ed organizzativo all'attività dei Registri Tumori promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati, e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale, AIRTUM svolgerà le seguenti azioni:

- supporto ai RT per garantire un ampliamento della copertura territoriale ed il relativo accreditamento;
- realizzazione di attività di formazione e aggiornamento, attraverso corsi a livello frontale, corsi di base e avanzato Integrazione tra i vari Registri Tumori (RT) italiani;
- diffusione delle procedure per la raccolta e l'analisi dei dati, per garantire uniformità e qualità della registrazione;
- supporto per la produzione di materiale scientifico, informativo e divulgativo, sulla base dei report annuali dei dati regionali;
- supporto ai RT provinciali nel trasferimento dati al Registro Regionale da collaudare entro il 31/12/2018;
- supporto al coordinamento regionale dei RT per la predisposizione del regolamento privacy.

Evidence-Based Prevention (NIEBP)
Nell'ambito delle attività di supporto alla Regione nella pianificazione e valutazione di interventi di provata efficacia correlati al PRP e per la messa a disposizione dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori del settore, degli interventi di prevenzione efficaci, NIEBP svolgerà, previa sottoscrizione di apposita convenzione, le seguenti azioni:

- supporto al Piano Regionale della Prevenzione (PRP), con la messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP e utilizzo della matrice NIEBP;
- realizzazione di attività di ricerca per interventi e programmi innovativi che abbiano specificità regionale
- individuazione di "attori NIEBP" con formazione e disseminazione delle evidenze.

INDICATORI:
-Avvenuta approvazione del PRP rimodulato con indicazione delle azioni di supporto al Piano dei 3 network
-Avvenuta assegnazione alle AASSPP del 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale di Prevenzione
Gli ulteriori indicatori specifici per Network sono i seguenti:
Osservatorio Nazionale Screening

- avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening regionali del 2018
- avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per la Regione
- attuazione delle strategie per il recupero delle "No responders"
- avvenuta pubblicazione dei risultati

Associazione Italiana Registri Tumori

- percorso di accreditamento e valutazione qualità dei dati per i registri tumori.
- riunioni per implementazione Registro Regionale
- riunioni per redazione bozza regolamento privacy
- corsi di formazione e aggiornamento per operatori di registri tumori.
- aggiornamento della Banca Dati AIRTUM con analisi dei dati
- avvenuta produzione di materiale informativo e di materiale scientifico

Network per l'Evidence Based Prevention

- Sottoscrizione di convenzione per attività di supporto nella pianificazione e valutazione di interventi di provata efficacia nell'ambito del PRP con:
- individuazione di interventi e programmi innovativi connessi alla realtà regionale
- formazione degli "attori NIEBP" con disseminazione delle evidenze

RISULTATI ATTESI:
Garantire il pieno supporto alle attività di Prevenzione e di organizzazione del "sistema Prevenzione, attraverso la proficua collaborazione ed il supporto dei network specialistici per materia

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2018
ASP Cosenza	15.838,42
ASP Crotone	3.912,35
ASP Catanzaro	8.063,84
ASP Vibo Valentia	3.595,63
ASP Reggio Calabria	12.318,76
Totale	43.729,00
Criterio di distribuzione: Assegnazione delle risorse a quota capitaria su popolazione residente al 31.12.2017	

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OBIETTIVI DI PIANO 2018- Accordo Stato-Regioni del 01.08.2018 (Rep. Atti n.150/CSR)
LINEA PROGETTUALE: 5. La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale – territorio
TITOLO PROGETTO: ***Sperimentazione modelli integrati e tecnologici in sanità***

PREMESSA

L'attuale situazione demografica italiana registra l'aumento della popolazione nella fascia di età superiore ai 65 anni, strettamente correlato all'incremento di persone affette da multi cronicità, vale a dire da una quota sempre maggiore di popolazione affetta contemporaneamente da più di una patologia cronica. A livello globale le malattie croniche sono responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria di 700 miliardi di euro; nel 2020 rappresenteranno l'80% di tutte le patologie del mondo. Ne consegue la necessità di un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza.

In Italia la percentuale di persone di età superiore ai 65 anni sul totale della popolazione è pari al 21,2% ed il 51% della spesa per i ricoveri ospedalieri è attribuita a questa fascia di età (dati SDO Ministero della Salute); sempre nella stessa fascia si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale.

In questo contesto lo sviluppo di un sistema organizzativo sanitario che potenzi i servizi di telemedicina, unitamente ad interventi di tipo multidisciplinare, rappresenta una delle risposte ai nuovi bisogni di salute, in particolare per le persone fragili.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

In Italia la prima norma dedicata alla realizzazione di servizi di Telemedicina è rappresentata dall'Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" (Repertorio Atti n.: 16/CSR del 20/02/2014).

L'Intesa Stato-Regioni concernente il nuovo "Patto per la salute per gli anni 2014-2016" (Repertorio Atti n.: 82/CSR del 10/07/2014), nel disegnare la nuova organizzazione dei servizi sanitari territoriali, definendo strutture, ruoli e obiettivi delle UCCP e delle AFT (art. 5, commi 3 e 4), introduce il concetto che le eventuali sedi dislocate sul territorio delle UCCP devono essere collegate tra loro "attraverso una adeguata rete telematica". Inoltre, afferma che la UCCP "è integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale".

L'esigenza del ricorso all'innovazione tecnologica dei servizi sanitari, è sancita anche nell' Intesa 123/CSR del 07/07/2016 "Patto per la Sanità Digitale", che "costituisce il piano strategico unitario e condiviso per il conseguimento degli obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità".

Il Piano nazionale cronicità (Accordo Stato-Regioni del 16.9.2016 rep .atti n. 160/CSR) ha fissato come obiettivo fondamentale "quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini".

Con l'aumento della cronicità e della disabilità, inevitabilmente aumenta la domanda di servizi sanitari per i soggetti fragili; tali servizi devono contemplare un aumento dell'alta specializzazione ospedaliera, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria; nell'ottica di un percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare; con potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza".

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative e, più in generale, dell'ICT, per garantire la realizzazione di una modalità operativa a

rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità. In particolare, nelle nuove forme d'aggregazione dei medici di medicina generale, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività di tali forme organizzative, anche ai fini della gestione della cronicità.

CONTESTO

Il confronto dei vari indicatori di salute conferma, nella fascia tra 65 e 80 anni della popolazione anziana italiana, il notevole peggioramento dello stato di salute, con prevalenze che raddoppiano nel caso della presenza di patologie croniche. Nel contesto nazionale e nello specifico dell'Italia Meridionale, la Regione Calabria (dati ISTAT 01/2017) registra oltre 410.000 residenti con età uguale e superiore ai 65 anni. Nel Mezzogiorno si stima una prevalenza della multicronicità pari al 56,4% e una presenza di anziani con almeno una malattia cronica grave del 49,4%, oltre che con gravi limitazioni motorie (27,7%) o sensoriali (16,5%). I pazienti con multicronicità, nel 2016, hanno generato il 56,2% dei contatti con il MMG a livello nazionale, con stime più elevate nelle regioni del Meridione ed, in Calabria, il 62,3%.

Nella Regione Calabria, negli scorsi anni sono stati sperimentati specifici progetti, mirati all'assistenza integrata di pazienti cronici e alla gestione informatizzata degli stessi.

In particolare i progetti riguardanti il "*Modello per la gestione e l'assistenza integrata di pazienti cronici in stato vegetativo e stato di minima coscienza nella regione Calabria*", denominati "OBERON" e "OBERON 2", hanno riguardato la gestione e l'assistenza integrata di pazienti cronici in SV e SMC. Le attività di sperimentazione delle procedure e i protocolli messi a punto in Lungodegenza Specializzata SUAP e per l'assistenza domiciliare, hanno fornito una serie di risultati che hanno richiesto una sperimentazione più estesa in termini di durata.

In particolare, è stata portata avanti la sperimentazione del servizio di assistenza domiciliare, ottimizzando le procedure, i protocolli, la modulistica e le tecnologie a supporto del servizio di assistenza domiciliare, per il loro successivo utilizzo nella fase di messa a regime.

Il progetto ATI (Assistenza Territoriale Integrata) nasce dalla necessità di realizzare una rete di organizzazioni territoriali in grado di fare sistema efficiente con raccordo sinergico tra i vari gruppi e le varie figure professionali che vi operano, MMG, PLS, MCA, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, addetti all'assistenza, operanti in sedi diverse e con una unica modalità organizzativa, collegati funzionalmente tramite idonea rete informatica.

Lo strumento fondamentale per la gestione del modello di ATI è rappresentato dall'uso della tecnologia informatica; il software di sistema ad hoc allestito (CCEG), consente la gestione della Scheda Sanitaria Informatica che raccoglie la registrazione automatica delle attività quotidiane, la gestione degli afflussi e delle prenotazioni, dei contatti telefonici e atipici, dei collegamenti in telemedicina e degli allerta automatici; ogni operatore ha a disposizione hardware fissi e mobili funzionalmente collegati ad un server centrale, che consente l'arricchimento del sistema, la gestione dei flussi, la pianificazione degli interventi, il monitoraggio delle attività, la creazione di una banca dati.

Il personale coinvolto nell'ATI si avvale di tecnologie informatiche per la gestione della Scheda Sanitaria Informatica con un software di gestione ad hoc concepito che consente la registrazione automatica delle attività quotidiane per la gestione degli afflussi e delle prenotazioni, dei contatti atipici, dei collegamenti in telemedicina e di allerta automatici dei pazienti Fragili, di hardware fissi e mobili funzionalmente collegati ad un server centrale.

L'accesso al sistema informatico che gestisce il laboratorio analisi tramite credenziali d'accesso ci consente di effettuare il servizio di prenotazione e l'acquisizione dei risultati che avvengono per via telematica.

La collaborazione in ambito ASP alle campagne di screening dei tumori femminili e del carcinoma del colon retto, consente la gestione telematica delle prenotazioni e lo scarico automatico dei risultati direttamente sul server.

La collaborazione con il dipartimento di nutrizione e metabolismo del Policlinico Universitario Mater Domini di Catanzaro nello svolgimento del progetto "Diabete Calabria", consistente nella condivisione telematica dei dati clinici dei pazienti diabetici arruolati e nella cogestione dei medesimi in teleconferenza, consente la cogestione del PDTA. Nasce pertanto una rete di S.A.P. (Sedi di Assistenza Primaria) che realizzano l'ATI operanti in contesti diversi ma in grado di dare risposte univoche alle istanze di salute dei cittadini.

Il modello organizzativo sperimentato con l'ATI si identifica nella gestione delle Unità Complesse di Cure primarie (UCCP).

La sperimentazione di telemedicina attuata nell'ASP di Catanzaro ha riguardato pazienti in ADI e in Case della Salute, in sistemi e servizi in grado di collegare i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici e gli operatori sanitari in genere, nell'assistenza alla diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione dei

pazienti stessi. Tale organizzazione, grazie a kit tecnologici per pazienti e operatori, collegati ad una centrale di controllo per il monitoraggio continuo, permette a un medico (spesso un medico di medicina generale in collaborazione con uno specialista) di interpretare a distanza i dati necessari al Telemonitoraggio di un paziente, e, in quel caso, alla presa in carico del paziente stesso.
Si realizza contemporaneamente un ruolo attivo del medico (presa in carico del paziente) e un ruolo attivo del paziente (autocura), prevalentemente pazienti affetti da patologie croniche. La Telesalute comprende il Telemonitoraggio, ma lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali dedicate) e una postazione di monitoraggio non avviene solo per l'interpretazione dei dati, ma anche per supportare i programmi di gestione della terapia e per migliorare la informazione e formazione (knowledge and behaviour) del paziente.

OBIETTIVI

- Implementare e rafforzare nel territorio regionale percorsi e modelli di assistenza integrata dei pazienti cronici e per la gestione di tale assistenza con tecnologie sanitarie innovative;
- Mettere a regime il servizio di assistenza domiciliare per pazienti cronici in SV e SMC, attraverso l'integrazione tra Istituto S. Anna e le ADI delle 5 province calabresi, con il conseguente riconoscimento di una apposita tariffa;
- Consolidare la sperimentazione ATI in altri territori regionali, quale modello organizzativo per le UCCP;
- Consolidare e prolungare la sperimentazione della Telemedicina con monitoraggio domiciliare paziente-operatore;
- Definire percorsi di integrazione tra le UU.OO. di Ospedali e Territorio;
- Migliorare la qualità di vita dei Pazienti Fragili e la gestione di pazienti affetti da patologie croniche.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è annuale.

AZIONI

- Adozione atto regionale che istituzionalizzi il modello di assistenza integrata di pazienti cronici in stato vegetativo e stato di minima coscienza trattati a domicilio;
- Adozione di modelli ATI nei territori delle ASP regionali, quale modello organizzativo e gestionale delle UCCP;
- Prosecuzione sperimentazione di modelli di monitoraggio domiciliare a cura del paziente e modelli sul territorio a cura dei professionisti sanitari dell'ASP di Catanzaro;
- Incontri operativi per estensione sperimentazione in altre AASSPP.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

- Atti regionali adottati
- Pazienti in SV e SMC presi in carico
- Atti adottati presso le AASSPP utilizzo modello ATI
- Atti adottati presso le AASSPP per estensione sperimentazione telemedicina
- Riunioni per condivisone best practices

RISULTATI ATTESI

- Riduzione accessi al PS;
- Riduzione dei ricoveri impropri;
- Miglioramento della qualità di vita dei Pazienti Fragili;
- Miglioramento della gestione di pazienti affetti da patologie croniche;
- Riduzione delle liste d'attesa nell'erogazione dei servizi;
- Integrazione tra le U.O. territoriali ed ospedaliere;
- Riduzione della spesa sanitaria pro capite della popolazione target.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI:

Tutte le azioni messe in campo, garantiranno in tutti i territori regionali lo sviluppo di percorsi e modelli di presa in carico di pazienti cronici in forma integrata e con l'utilizzo di strumenti informatici innovativi.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2018
ASP Cosenza	1.955.852,32
ASP Crotone	483.127,55
ASP Catanzaro	995.787,37
ASP Vibo Valentia	444.016,14
ASP Reggio Calabria	1.521.216,63
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	650.000,00
AO Annunziata Cosenza	650.000,00
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	650.000,00
AO Mater Domini Catanzaro	650.000,00
Totale	8.000.000,00
Criterio di distribuzione: Assegnazione delle risorse a quota capitaria popolazione per le ASP e in parte uguale per le AO	

Allegato 3)

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OGGETTO: Relazione attività svolte dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere - Obiettivi di PSN anno 2017 in attuazione degli obiettivi di cui al Programma Operativo 2016-2018

L'Accordo Stato/Regioni e Province Autonome del 26 ottobre 2017 (repertorio atti n. 181/CSR) stabilisce che debba essere garantita, **per l'anno 2017,** una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite negli anni precedenti.
Nell'allegato A), del su citato Accordo, vengono individuate le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni e Province Autonome, delle risorse vincolate ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, così come di seguito elencate:
1. *Attività di assistenza primaria*
2. *Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali*
3. *Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica*
4. *Piano Nazionale Prevenzione*
5. *Gestione della cronicità*
6. *Reti oncologiche.*

L'Intesa del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni, ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale **per l'anno 2017,** quantificandole, per la Regione Calabria, in complessivi **€ 45.031.633,00**;
Con l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. n.82/CSR), concernente il nuovo patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente Patto, stabiliva, tra l'altro, che: *"Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA".*
Le risorse assegnate alle Regioni sono trasferite alle stesse nella misura del 70%, subordinando tale erogazione alla presentazione di specifici progetti per ciascuna linea stabilita. Solo a seguito dell'approvazione degli stessi, da parte della Conferenza tra Stato/ Regioni e Province Autonome, potrà essere erogato il saldo pari al 30%.
Le risorse pervenute sono state assegnate alle aziende sanitarie ed ospedaliere in coerenza con i vincoli definiti dall'Accordo Stato/Regioni del 26 ottobre 2017 (repertorio atti n. 181/CSR), nonché dell'assetto organizzativo del SSR determinato dal Programma Operativo (P.O.) 2016-2018, approvato con DCA n. 119 del 4 novembre 2016.

La presente relazione illustra complessivamente le attività svolte nel 2017 dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria, in continuità con le attività avviate negli anni precedenti, utilizzando le risorse assegnate con gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il 2017, in coerenza con gli obiettivi del programma operativo 2016/2018, (DCA n. 119 del 4 novembre 2016).

Linea progettuale 1. Attività di assistenza primaria - Riequilibrio Ospedale – Territorio: consolidamento della rete dell'assistenza primaria.

Progetto"Riequilibrio Ospedale - Territorio: consolidamento della rete dell'assistenza primaria"

Le azioni avviate con il presente progetto si identificano in:

- accelerare il percorso di attivazione delle Unità Complesse di Cure primarie e lo sviluppo del Distretto attraverso una piena integrazione con la Medicina Generale;
- velocizzare il passaggio dal modello del MMG "single point" al modello "Unità di Cure Primarie";
- assumere, da parte del Distretto, la responsabilità della presa in carico del paziente cronico e complesso;
- sollecitare il processo di riorganizzazione ospedale/territorio con lo sviluppo delle cure primarie che deve rispondere alle esigenze degli assistiti.

Con DCA n. 130 del 16/12/2015, parzialmente rettificato da pari atto n. 14 del 28/01/2016, sono state emanate le "Linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria - modifiche ed integrazioni al D.P.G.R. n. 97/2013" al fine di fornire alle Aziende criteri condivisi per l'adozione dei singoli atti aziendali, nell'ambito dei quali potrà esplicarsi l'autonomia organizzativa di ciascuna Azienda.

Il predetto documento, in conformità alla vigente normativa nazionale e regionale in materia, recepisce integralmente le osservazioni formulate dal tavolo interministeriale nel parere n. 133-P_2014.

A seguito dell'adozione delle suddette linee guida sono stati approvati gli atti aziendali delle seguenti aziende:

- Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria- DCA n. 82 del 25/07/2016;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone - DCA n. 83 del 25/07/2016;
- Azienda Ospedaliera "Annunziata - Mariano Santo - Santa Barbara" di Cosenza - DCA n. 84 del 25/07/2016;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - DCA n. 86 del 8/08/2016;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia - DCA n. 90 del 10/08/2016;
- Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro - DCA n. 91 del 10/08/2016;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria - DCA n. 57 del 29/03/2017
- Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza - DCA n. 117 del 13/09/2017.

Gli atti aziendali delle Aziende sanitarie provinciali sono in corso di revisione a seguito dell'adozione del DCA n.166 del 13/12/2017 con il quale si è proceduto alla riorganizzazione della Rete Territoriale, a parziale modifica del DCA 113/2016, e dell'esigenza di procedere all'adeguamento della rete ospedaliera funzionale alla riapertura del P.O. di Praia a Mare giusta sentenza del CdS.

L'approvazione di tale atto è stata concertata con le direzioni delle Aziende Sanitarie ed esperti del settore, sulla base delle necessità emergenti nei diversi territori.

Il processo di riorganizzazione ospedale/territorio è stato avviato con i MMG ripartendo dal precedente Accordo Integrativo Regionale (AIR) con i MMG, risalente al 2006.

Si è proceduto alla definizione dell'Accordo Integrativo Regionale con i MMG ed i PLS coerente con quanta delineato nel DCA n.113/2016.

Lo stesso, su richiesta dei ministeri affiancanti, è stato inviato in preventiva approvazione in data 24/03/2017.

In data 2/11/2017 veniva adottato il DCA n. 144 avente per oggetto "Accordo Integrativo Regionale (A.I.R) ponte anno 2017 per la medicina generale – approvazione" si è conclusa una lunga trattativa iniziata 18 mesi addietro con i sindacati dei MMG regionali e provinciali

In sintesi l'accordo intende restituire alla medicina di base quel ruolo naturale che la vede, in qualunque percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale, protagonista dall'inizio alla fine del PDTA stesso.

A tal fine vengono istituite su tutto il territorio regionale Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) composte di soli MMG e della continuità assistenziale che operano sulle 12 ore/g e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) composte di MMG, della continuità assistenziale che operano sulle 24 ore/gg ai quali si aggiungono specialisti ambulatoriali per 12 ore/gg.
Considerate la situazione orografica e viaria calabrese, gli ambiti di applicazione sono stati ridotti a 30.000 e 60.000 abitanti.
Tutti i circa 1.630 MMG possono partecipare alle aggregazioni, mentre in precedenza quasi 600 medici operavano singolarmente solamente nei propri studi professionali.
La sua sostenibilità economica è garantita dall'aver legato la corresponsione degli emolumenti in buona percentuale al raggiungimento di obiettivi quali:

- Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e quindi il risparmio sulla spesa farmaceutica e ambulatoriale.
- La riduzione degli accessi al pronto soccorso.
- La riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete, ipertensione, bpco e disturbi cognitivi.

I miglioramenti qualitativi, oltre a quello principale che nasce dalla costituzione delle AFT e UCCP e quindi alla facilità di accesso per i cittadini, sono individuabili:

- Nell'incremento del l'estensione e dell'adesione degli screening oncologici.
- Nell'incremento del tasso di vaccinazione.

I passi successivi al decreto saranno il coinvolgimento delle aziende con le quali verrà definito il sistema di rilevazione e misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi.
Infatti, nell'accordo sono individuate le responsabilità, sottolineate negli obiettivi, dei DDGG delle ASP, e i compiti dei responsabili dei distretti nella predisposizione degli strumenti e dei percorsi per rendere efficace e operativo l'accordo.
Tavolo e Comitato, nella riunione del 21/11/2017, hanno ulteriormente osservato in particolare la necessità di:

- modificare la parte inerente alle UCCP, posto che le stesse – ai sensi dell'articolo 5 del Patto per la Salute 2014-2016, nonché del decreto legge n. 158/2012 - dovranno assistere l'intera popolazione del territorio di riferimento e non solo gli assistiti dei medici che la compongono come previsto nel documento in esame;
- corredare la bozza di accordo con una dettagliata relazione tecnica in ordine agli impatti finanziari, integrando il DCA 144/17.
- Adottare un atto di indirizzo per le ASP finalizzato alla attivazione di AFT e UCCP;
- Monitorare la realizzazione delle AFT e UCCP.

Quanto all'atto di indirizzo finalizzato alla attivazione delle AFT e UCCP si ritiene opportuno formularlo con le Aziende in incontri collegiali e non con un atto unilaterale del Commissario nel 2018.

Linea progettuale 2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

Progetto Umanizzazione delle cure nella Regione Calabria

La buona comunicazione in ambito sanitario costituisce uno strumento diretto e decisivo per ridurre la distanza con il malato, dare fiducia alla cittadinanza, migliorare la qualità delle relazioni a tutti i livelli, risolvere ogni possibile fonte di dissidio specie se generata da equivoci, fraintendimenti o pregiudizi.
L'umanizzazione delle cure è attività implicita dell'operatore sanitario e quindi deve esserne diffusa l'applicazione a tutti i livelli assistenziali; non può essere legata ad un modello o ai singoli, ma deve costituire una modalità clinica-organizzativa di conduzione dell'assistenza del paziente.
Il programma operativo 2016-2018, nel punto 3.4 "Gestione del Rischio Clinico" prevede che una delle azioni necessarie, per raggiungere l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari e diminuire l'eventuale contenzioso, è la predisposizione di un piano di comunicazione interprofessionale, medico-paziente e con i rappresentanti dei cittadini.
E' necessario e fondamentale implementare e diffondere buone pratiche cliniche e organizzative, relative alla buona comunicazione ed umanizzazione delle cure.
Queste non devono essere solo un obiettivo formale, ma quell'agire attraverso il quale si riconosce la centralità della persona, la personalizzazione dell'assistenza e la qualità del servizio.
La riorganizzazione dei servizi ha l'obiettivo di "umanizzare" le diverse modalità di accoglienza e di ospitalità del paziente e del suo bisogno. Ma per rispondere adeguatamente ai bisogni è fondamentale, innanzitutto, la definizione di regole che determinano anche funzioni organizzative ed esplicitano i ruoli. Uno strumento fondamentale è rappresentato dalla definizione dei Percorsi Terapeutici Diagnostico-Assistenziali (PDTA), previsti sia al punto *2.1.1 "Riorganizzazione delle Reti Assistenziali per intensità di cure"* che al punto 2.1.4 *"Altre reti assistenziali"* del PO 2016/2018 e che prevedono l'integrazione ospedale-territorio.
Con Decreto del D.G. n. 4282 del 24.4.2017 è stato istituito il team di esperti per la definizione della procedura operativa e per l'analisi degli "eventi sentinella".
Per le finalità sopra espresse , il team ha redatto il documento "Linee di indirizzo per la buona comunicazione e l'umanizzazione delle cure", approvato con DCA n. 104 del 18 luglio 2017 ad integrazione del DCA n. 70 del 29 .6.2015 che ha approvato il regolamento regionale per la gestione del rischio clinico. Analogamente a quanto previsto nella gestione del rischio Clinico, la corretta gestione dell'umanizzazione, così come la sicurezza può essere operata con la presenza dei referenti delle varie aree operative assistenziali. I referenti svolgono un ruolo di facilitatori per favorire la sensibilizzazione all'umanizzazione, la buona comunicazione interprofessionale così come il rapporto medico-paziente nonché la sicurezza clinica. Ogni percorso o procedura o direttiva sanitaria deve possedere i requisiti e gli indicatori di sicurezza clinica e di umanizzazione che il Rischio clinico deve verificare ed applicare, perciò i referenti del rischio clinico lo sono anche per la buona comunicazione e l'umanizzazione delle cure. La programmazione regionale ha previsto piani formativi per i processi di umanizzazione e gestione del rischio clinico. Ogni azienda, attraverso i propri risk manager elabora un piano aziendale di buona comunicazione ed umanizzazione delle cure .
Il settore competente ha avviato un monitoraggio nell'area clinico–assistenziale, al fine di realizzare una mappatura dei rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori, per favorire il cambiamento di sistema e garantire la sicurezza dei pazienti.
In particolare dall'analisi e dei dati raccolti nel'area chirurgica , è emersa la necessità di spingere le varie Aziende Sanitarie a promuovere un controllo di sistema e dei flussi informativi. Ciò anche attraverso la rivisitazione di ulteriori indicatori nonché l'attivazione di sistemi di allerting, in modo tale da evidenziare e fronteggiare possibili criticità nel settore chirurgico, monitorando il suo andamento. L'esame delle criticità ha consentito di considerare l'adozione di strumenti di analisi simili al SASM (Scottish Audit of Surgical Mortality) e l'eventuale costituzione di un gruppo tecnico, specifico per la branca chirurgica, per una corretta validazione della procedura.

Linea progettuale 3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.

Progetto : Riorganizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore

Il coordinamento regionale di cure palliative e di terapia del dolore, unitamente ai sottogruppi delle due discipline, nel corso del 2017, ha monitorato, contestualizzando quanto già esistente nelle varie Province calabresi, l'applicazione della Legge 38/2010, al fine di omogeneizzare le reti locali di cure palliative e di terapia del dolore.

Con DCA n.77 del 06 Luglio 2015 è stata approvata la Rete regionale di cure palliative ed Hospice, e la programmazione dei pl hospice

Con D.C.A. n. 106 dell'11 ottobre 2016, sono stati riprogrammati i pl degli Hospice e si è stabilito di:

- delineare la rete territoriale di Servizi residenziali di Cure Palliative e approvare gli studi di fattibilità degli Hospice di Rogliano, Tropea e Siderno;
- prevedere le risorse finalizzate alla realizzazione di nuove strutture e alla valorizzazione di strutture private già presenti sul territorio, con l'attivazione di 84 posti letto diffusi in tutto il territorio regionale ;
- definire la copertura finanziaria della nuova rete Hospice.

La Regione Calabria nel corso del 2016/2017 ha attivato altri 30 posti letto Hospice nei Comuni di Catanzaro, Sant'Andrea Apostolo dello Jonio e Montalto Uffugo portando a 50 i posti letto Hospice in Calabria.

In tutti gli Hospice calabresi, ad eccezione di quello di Cassano allo Jonio, sono stati previsti ed attivati 4 trattamenti domiciliari per ogni posto letto Hospice.

Con DCA n. 56 del 29.3 2017 sono stati programmati altri 10 posti letto Hospice nell'ambito territoriale dell'ASP di Crotone.

In atto la Commissione per gli accreditamenti competente ha avviato le procedure per l'autorizzazione e il successivo accreditamento della Struttura residenziale.

Con DCA n. 31 del 15 febbraio 2017 si è provveduto alla definizione delle tariffe provvisorie relative all'assistenza domiciliare di cure palliative, si sta lavorando alla determinazione di quelle definitive.

Per ridurre le liste d'attesa dell'assistenza di cure palliative nei setting residenziale e domiciliare, é stata emanata una Circolare in cui sono esemplificati i percorsi di presa in carico dei pazienti, in particolar modo le dimissioni protette e le fasi di valutazione e autorizzazione da parte delle Unità di Valutazione Multidisciplinare.

Per quanto riguarda la rete di terapia del dolore, il Centro Hub di Cosenza ha coordinato tutte le attività organizzative e formative dei vari nodi compreso la sub - articolazione della rete per le Cefalee (DCA n. 9 del 14 gennaio 2016).

La rete di terapia del dolore calabrese ha completato la sperimentazione dei PDTA sul dolore oncologico e non, redatto dal Centro Hub di Cosenza, dapprima sperimentato solo in Provincia di Cosenza e, successivamente, in altre Province.

Tutte le Aziende stanno provvedendo ad attivare gli ultimi ambulatori territoriali di terapia del dolore.

Le Aziende Sanitarie e Ospedaliere hanno provveduto a organizzare corsi formativi nelle discipline.

Permangono ancora criticità, emerse anche durante gli audit, per la carenza di personale specialista nelle discipline previste dalla Legge 38/2010.

Linea progettuale 4. Piano Nazionale Prevenzione

Piano Regionale della Prevenzione

Le attività previste nel PRP per il 2017 si identificano nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- dare attuazione ai 10 macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali del PNP, attraverso la messa in atto delle attività annuali, previste nei progetti, interventi, azioni del PRP;
- perseguire il raggiungimento dei valori fissati per gli indicatori sentinella dei singoli progetti, interventi, azioni del PRP;
- realizzare le azioni di monitoraggio, di rendicontazione dello stato di avanzamento, di rimodulazione, alimentando l'apposita piattaforma CNESPS;
- definire la rimodulazione e la pianificazione per gli anni 2018/2019 del PRP, tenendo conto delle interlocuzioni con il Ministero della Salute;
- prevedere le azioni di supporto al PNP attraverso network con ONS, NIEBP, AIRTUM.

Nel gennaio 2017, a seguito della riunione del Gruppo Regionale di Coordinamento del PRP, si è proceduto ad interloquire con le Aziende Sanitarie Provinciali, per definire l'attività di rendicontazione dei valori fissati per gli indicatori sentinella dei singoli progetti, interventi, azioni. Ciò ai fini della valutazione sullo stato di attuazione delle attività annuali previste nel DCA 49/2016 per il perseguimento degli obiettivi centrali del PNP.
È stata predisposta e condivisa in sede di gruppo di coordinamento regionale, una griglia degli indicatori sentinella del PRP in formato excel, per uniformare le attività di rendicontazione e per il monitoraggio dello stato di avanzamento dei singoli progetti, interventi, azioni.
Si sono tenuti, sia presso il Dipartimento, che presso le Aziende Sanitarie incontri con i responsabili dei Servizi/Uffici dei Dipartimenti aziendali, coinvolti nelle attività del PRP, ed i referenti regionali dei programmi del PRP, finalizzati al supporto dell'attività di rendicontazione e monitoraggio, nonché per fornire gli indirizzi operativi circa lo svolgimento delle azioni a livello territoriale.
In questo contesto si sono raccolte anche le segnalazioni di criticità per taluni progetti/interventi/azioni o per indicatori sentinella ritenuti non più adeguati al contesto locale.
A seguito della fase di verifica eseguita sulle rendicontazioni trasmesse dalle singole Aziende, anche presso le sedi delle stesse, si è proceduto ad alimentare, con la tempistica richiamata nell'Intesa del 21.12.2017(Rep. Atti n. 247/CSR), la piattaforma web ministeriale (all'uopo istituita presso il CNESPS dell'ISS) ai fini della rendicontazione delle attività del PRP svolte per l'anno 2017 (indicatori al 31/12/2017).
A tale scopo sono stati individuati i referenti regionali incaricati dell'accesso in piattaforma e della relativa validazione dei dati.
Contestualmente sono stati inseriti in piattaforma web gli elementi rimodulati del PRP e la pianificazione per l'anno 2019 dello stesso, per come stabilito nell'Intesa del 21.12.2017, Rep. Atti n. 247/CSR .
Con DCA n. 127 dell'11 giugno 2018 è stata approvata la proroga e la rimodulazione del PRP.
La rimodulazione ha interessato essenzialmente il Programma 1. *Guadagnare salute in Calabria: la salute in tutte le politiche*, nel quale sono stati accorpati alcuni progetti, le cui azioni ed interventi previsti, risultavano inclusi nelle attività connesse agli stili di vita e al benessere psicofisico sui temi del programma nazionale *Guadagnare Salute* per i target di riferimento.
Il Programma 8. *Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di prevenzione* alla luce dell'approvazione del DDG n°10176 del 17 agosto 2016 "Costituzione gruppo regionale di coordinamento", è stato rivisitato assegnando alle Aziende Sanitarie i compiti della governance, secondo l'organizzazione fornita dallo stesso PRP.
L'impianto generale dei restanti programmi è rimasto invariato, sebbene si siano rivisti taluni indicatori sentinella e, nei pochi casi in cui il risultato non fosse stato raggiunto, si è rimodulato il valore atteso nel biennio 2018-2019.

Con nota prot. 162868 del 10/05/2018, inviata a mezzo pec, sono stati trasmessi al Ministero della Salute i file di rendicontazione, validati dal Ministero con nota prot. DGPRE-MDS-P 14346 del 15/05/2018.
Con nota prot. 185408 del 28/05/2018 inviata a mezzo pec, è stato dato seguito all'interlocuzione con il Ministero stesso, culminata nella certificazione per l'anno 2017, *"in quanto l'86% del totale degli indicatori sentinella del PRP presenta uno scostamento tra valore osservato e valore atteso minore o uguale al 20%"* formalizzata con nota prot. DGPRE-MDS-P 25213 del 22/08/2018.
Nella rimodulazione del Piano è stata ribadita la necessità di rafforzare ulteriormente le azioni ***di "supporto al Piano Nazionale della Prevenzione".***
Oltre ad una forte collaborazione con AIRTUM per l'implementazione e accreditamento dei registri tumori di Cosenza-Crotone e Reggio Calabria, che si sono aggiunti a quello di Catanzaro già precedentemente accreditato, si sta lavorando per l'accreditamento del registro tumori di Vibo Valentia.
E' stata predisposta la bozza di Regolamento sulla privacy per i registri tumori, aggiornato alle ultime disposizioni normative, in corso di approvazione.
E' stata realizzata la XXI Riunione Scientifica Annuale AIRTUM, da parte del Registro Tumori dell'ASP di Catanzaro svoltasi a Catanzaro nel mese di Aprile 2017.
Anche per l'anno 2017, tutte le Aziende Sanitarie Provinciali hanno provveduto ad impegnare il 5 per mille delle risorse assegnate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 (obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN), finalizzato alle azioni di supporto al PRP.
Per diffondere le attività di sviluppo metodologico e di messa a punto di strumenti (ad es. linee guida) finalizzati ad introdurre, all'interno dei servizi e della comunità degli operatori sanitari, una cultura e una pratica basata sull'evidenza, tenendo conto degli aspetti peculiari della Regione Calabria, è in corso di revisione la bozza di accordo di collaborazione fra ARS Toscana, individuata dal Ministero della Salute quale ente centrale di coordinamento del Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEPB), e le regioni.

Linea progettuale 5. Gestione della cronicità

Progetto: Riorganizzazione del lavoro in rete per la gestione della cronicità, dell'assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e non autosufficienza

Nel Programma Operativo 2016-2018, approvato con DCA n. 119 del 4.11.2016, al fine di migliorare la gestione delle cronicità, al punto 2.1.3 reti tempo dipendenti, sono state definite le azioni da intraprendere.
Con il DCA n. 113 del 3.11.2016, avente oggetto: "P.O. 2013-2015 Programma 14.8 - Riequilibrio Ospedale Territorio- Approvazione documento di riorganizzazione della Rete Territoriale ", è stato aggiornato e in parte sostituito quanto approvato con il DCA n. 76/15.
La riorganizzazione della rete territoriale prevede il riequilibrio dell'assistenza territoriale attraverso il ridisegno della rete di offerta, l'integrazione tra ospedale e territorio e la nuova organizzazione territoriale dei distretti e delle UCCP e AFT.
La Regione ha definito l'assetto organizzativo delle cure primarie, in accordo con quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016, definendo le rappresentanze dei MMG e i PLS, la riorganizzazione della medicina di base che si è concretizzata con l'approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R) *ponte* anno 2017, DCA n. 144 del 2.11.2017.
Alcune Aziende Sanitarie Provinciali hanno provveduto a definire i documenti specifici relativi all'articolazione delle cure primarie, nell'ambito della riorganizzazione della Rete di Assistenza Territoriale, con DCA n.114 del 03/11/2016 è stata approvata la Rete assistenziale Territoriale - Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, con DCA 118 del 4/11/2016 quella della Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro e con DCA n. 73 del 5.5.2017 quella dell'Azienda Sanitatia Provincial edi Vibo Valentia.
Con DCA n.166 del 13.12.2017, è stata approvata una parziale modifica del DCA 113 del 3.11.2016 della programmazione relativa alla rete di assistenza territoriale.
Obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Regionale è la gestione sul territorio delle patologie croniche, con particolare riferimento a quelle gravi e invalidanti al fine di evitare ricoveri inappropriati (intesi come ricoveri ospedalieri che non sono in grado di modificare in senso positivo il decorso clinico, anche quando effettuati per pazienti "gravi").
A tal fine è prioritaria la diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come contestualizzazione di linee guida relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenuto conto delle risorse ivi disponibili.
I PDTA sono strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivisi tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Distretto, sia negli Ospedali), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.
L'obiettivo principale è l'accompagnamento del paziente nel suo percorso di cura e di vita, attraverso i diversi setting con interventi preventivi e di gestione delle complicanze, di sostegno materiale, ma anche psicologico e sociale.
I primi PDTA definiti riguardano le seguenti patologie: BPCO (DCA n. 11 del 2 aprile 2015), ictus ischemico (DCA n. 12 del 02/04/2015) e Diabete (DCA n. 13 del 2 aprile 2015).
Successivamente con DCA n. 75 del 06/07/2015 è stato approvato il PDTA per la Sindrome Coronarica Acuta (SCA).
Con DCA n. 9 del 14/01/2016 Rete delle cefalee - percorso diagnostico-terapeutico per il soggetto con cefalea-
Con il DCA n. 30 del 3 marzo 2016 sono state approvate, tra l'altro, le reti: SCA Sindrome coronarica acuta, Stroke, Politrauma e trasporto neonatale.
Con DCA n. 82 del 16.5.2017 si è proceduto all'approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Politrauma.
Con DCA n. 119 del 14.9.17 è stata approvata la rete reumatologica integrata ospedale-territorio Hub/Spoke.
Con DCA n.140 del 19/10/2017 - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Sclerosi Multipla. P. O. 2016-2018 Punto 2.1.4.8 "PDTA Sclerosi Multipla".

Con DCA n.172 del 19/12/2017 -Approvazione Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) sul Piede Diabetico.
Con DCA n. 11 del 25.1.2018 è stata approvata la Rete Assistenziale Diabetologica Integrata Territorio-Ospedale e Documenti di consenso della Regione Calabria sulla erogazione dei' presidi, prescrlzione e gestione della terapia con microinfusori edaltre tecnoiogie, di indirizzo per Lagestione del diabete gestazionale e di indirizzo per la gestione della gravidanza in donne con diabete pre – gestazionale tipo 1 e tipo2.
I PDTA in corso di elaborazione riguardano: percorso cardiologico per patologie croniche (lo scompenso), la rete riabilitazione e lungodegenza.
Con DCA n. 124 del 11 Ottobre 2017, avente OGGETTO: "Approvazione Schema Accordo Regione Calabria - Federfarma Calabria per l'attuazione della Farmacia dei Servizi" è stato approvato uno schema di accordo che valorizza l'attività delle farmacie di comunità in ambito regionale. In particolare sono definiti una serie di servizi a forte valenze socio-sanitaria che possono essere erogati tramite le farmacie, con particolare riferimento al coinvolgimento delle farmacie stesse nell'assistenza domiciliare, alla prenotazione di visite specialistiche ed esami tramite CUP, all'effettuazione di test diagnostici di prima istanza, alle campagne di prevenzione anche tramite screening di massa volti a individuare i soggetti a rischio di insorgenza di patologie di forte impatto sociale e a supportare i MMG nella presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche quali ad esempio Diabete e BPCO.
Nella Regione Calabria, negli scorsi anni sono stati sperimentati specifici progetti, mirati all'assistenza integrata di pazienti cronici e alla gestione informatizzata degli stessi.
Nello specifico il progetto "Modello per la gestione e l'assistenza integrata di pazienti cronici in stato vegetativo e stato di minima coscienza nella regione Calabria", denominato "OBERON"e"OBERON 2", è stata portata avanti una sperimentazione in Lungodegenza Specializzata SUAP e per l'assistenza domiciliare, mettendo a punto le procedure, i protocolli, la modulistica e le tecnologie a supporto del servizio di assistenza domiciliare, per il loro successivo utilizzo nella fase di messa a regime dello stesso.
Con il progetto ATI (Assistenza Territoriale Integrata), con l'ausilio di una rete informatica si è sperimentata una modalità organizzativa a livello territoriale con la creazione di un sistema efficiente di raccordo sinergico tra i vari gruppi e le varie figure professionali che operano in sedi diverse.
Lo strumento fondamentale per la gestione del modello di ATI è rappresentato dall'uso della tecnologia informatica, il software di sistema ad hoc allestito, consente la gestione della Scheda Sanitaria Informatica che raccoglie la registrazione automatica delle attività quotidiane, la gestione degli afflussi e delle prenotazioni, dei contatti telefonici e atipici, dei collegamenti in telemedicina e degli allerta automatici dei pazienti Fragili, ogni operatore ha a disposizione hardware fissi e mobili fùnzionalmente collegati ad un server centrale, che consente l'arricchimento del sistema, la gestione dei flussi, la pianificazione degli interventi, il monitoraggio delle attività, la creazione di una banca dati.
La sperimentazione di telemedicina attuata nell'ASP di Catanzaro ha riguardato pazienti in ADI e in Case della Salute, in sistemi e servizi in grado di collegare i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici e gli operatori sanitari in genere, nell'assistenza alla diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione dei pazienti stessi. Tale organizzazione, grazie a kit tecnologici per pazienti e operatori, collegati ad una centrale di controllo per il monitoraggio continuo, permette a un medico (spesso un medico di medicina generale in collaborazione con uno specialista) di interpretare a distanza i dati necessari al Telemonitoraggio di un paziente, e, in quel caso, alla presa in carico del paziente stesso.

Linea progettuale 6. Reti oncologiche

Progetto : Implementazione della rete oncologica regionale integrata con la Rete Calabrese dei Tumori Rari (ReCaTuR)

Il Dipartimento Salute-Settore 11, nella formulazione del programma operativo 2016-2018, ha previsto nel programma 2.1.1 "Riorganizzazione Reti assistenziali" (Rete Oncologica), l'individuazione dei presidi secondo il modello Hub e Spoke e secondo la logica dell'intensità delle cure (DCA 64/2016). Tra le azioni previste vi è l'aggiornamento della Rete Oncologica, già approvata con DCA n. 10 del 2015, al fine di una rigorosa organizzazione Hub, Spoke e OG con regole di organizzazione chiare, definite in collaborazione con i clinici.
E' stato aggiornato il Gruppo tecnico precedentemente istituito (DPGR-CA n. 40 del 21 Marzo 2014) con Decreto del Dirigente Generale in via di approvazione per la definizione della "Rete Oncologica Integrata - Ospedale Territorio (Hub Spokee e OG)", per la stesura dei relativi PDTA nonché per la definizione della rete onco-ematologica quale parte integrante della rete oncologica stessa comprensiva di rete per i tumori rari.
Tale aggiornamento della nuova Rete Oncologica, ha il fine di migliorare l'organizzazione e la qualità dei servizi su tutto il territorio regionale, secondo i principi della "clinical governance", per favorire l'espressione dell' eccellenza clinica. In particolare è prevista :

- L'attivazione formale ed immediata di n. 2 Breast Unit tenuto conto che dette strutture sono già attive negli Hub di riferimento dell' Area Centro (Senologia A.O. "Pugliese-Ciaccio"di CZ) e dell'Area Nord (Senologia A.O. "Annunziata" CS") mentre nell'Area Sud (Senologia A.O. "Grande Ospedale Metropolitano Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria) si sta procedendo al monitoraggio del numero degli interventi al fine di poter attivare anche in tale sede una terza breast unit. Si precisa che quella dell'A.O. di Catanzaro è in fase di accreditamento EUSOMA, essendo stata già richiesta la visita finale per la verifica .
- La riorganizzazione della Rete Calabrese dei Tumori Rari (ReCaTuR) che si configura in un professional on line network, con piattaforma web, strutturato e permanente, collaborativo tra le strutture oncologiche del territorio regionale, e si inserisce nella Rete Tumori Rari Nazionale, la quale mira ad abbattere ogni possibile barriera culturale, logistica e organizzativa tali da impedire al paziente portatore di tumore raro il diritto a ricevere cure di alta qualità nell'ambito della propria Regione.
- La realizzazione di un nuovo Laboratorio Specialistico Molecolare Regionale con tecnologia di nuova generazione per l'identificazione di "biomarcatori genetici" che siano predittivi della risposta terapeutica in modo da individuare già alla diagnosi, nella popolazione di soggetti malati, i pazienti effettivamente eleggibili per un dato trattamento terapeutico.

Il DCA prevede, tra l'altro, la costituzione di un coordinamento regionale della rete oncologica che avrà anche il compito di elaborare raccomandazioni basate sull'evidenza.
Sono stati approntati i PDTA del tumore della mammella , del Polmone , del colon retto, della prostata e del rene che saranno decretati contestualmente alla nuova rete oncologica.
Con il DCA saranno inoltre formalizzati i PDTA operativi per le neoplasie più frequenti per le quali sono stati costituiti specifici gruppi di lavoro.
In merito ai farmaci innovativi in ambito oncologico, in collaborazione con il settore che si occupa della Farmaceutica, si è avviato un percorso formale teso al recupero finanziario dei fondi previsti.
Lo stesso documento prevede la creazione di un meccanismo di presa in carico sistematica, attraverso i centri di accoglienza presso i quali saranno accolti i pazienti con sospetta patologia neoplastica per i quali è prevista l'esenzione Ticket temporanea, limitatamente alla fase diagnostica per tutti i casi a"forte"sospetto neoplastico . Sono altresì stati definiti i nodi della rete che comprendono i quatto HUB , 6 ospedali Spoke, 2 ospedali Generali, tutti in collaborazione con MMG ed i PLS.