

PREMESSA.....	2
La riconversione delle strutture sanitarie periferiche.....	5
Un cambiamento di paradigma organizzativo.....	6
I Progetti.....	8
Il Progetto di Riabilitazione ed il Presidio di Mormanno.....	10
GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL PROGETTO:.....	11
Il Presidio Ospedaliero di Mormanno.....	12
Il Progetto di Geriatria ed il Presidio di Lungro.....	14
GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO.....	16
Il Presidio Ospedaliero di Lungro.....	17
Il Progetto delle Dipendenze.....	18
GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO.....	20
Il Progetto di Farmacia.....	22
GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO.....	23
Il Presidio Ospedaliero di San Marco Argentano e il Dipartimento di Oncologia.....	26
CREAZIONE DI UNA RETE TELEONCOLOGICA.....	27
OBIETTIVI DI ONCORETE.....	31
POTENZIAMENTO DELL'ONCOLOGIA MEDICA.....	31
CREAZIONE DI UNA BREAST UNIT.....	32
CREAZIONE DI UN CENTRO DI RADIOTERAPIA.....	33
Sinergia pubblico-privato.....	37

PREMESSA.

L'evoluzione da una medicina il cui scenario era eminentemente costituito da patologie di tipo acuto verso quello attuale nel quale prevalgono, per circa l' 80%, patologie di tipo cronico, ha comportato modificazioni profonde nella pratica clinica quotidiana.

Elemento importante è il superamento dell'organizzazione attuale a "compartimenti stagni" a favore di un modello di gestione "articolato su più livelli", che, attraverso lo sviluppo della comunicazione tra i Servizi, integri le competenze e le risorse disponibili.

Numerose e varie sono tipologie assistenziali oggi disponibili: degenza ordinaria, day-hospital, assistenza domiciliare, day surgery, ospedalizzazione a domicilio, etc.

In tale contesto si corre il rischio della frammentazione del percorso assistenziale in tanti "pezzi di cura", disgiunti l'uno dall'altro, che non comunicano tra di loro.

In ogni Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera, pertanto, si rende sempre più necessario implementare una Programmazione di rete con l'obiettivo di

- RIDURRE la durata delle degenze ospedaliere con l'incremento delle dimissioni protette;
- EVITARE i ricoveri impropri o inopportuni, sia in Ospedale e sia in RSA;
- FAVORIRE il più possibile la permanenza a domicilio dei pazienti;
- PROMUOVERE una maggiore umanizzazione delle cure.

Gli interventi normativi sul Servizio Sanitario Nazionale, a partire da quello del 1992 basato sull'aziendalizzazione delle USL fino ad arrivare al federalismo o riforma ter, hanno messo l'accento sulla necessità di attivare forme più efficaci di assistenza sanitaria nel territorio con il duplice scopo di una migliore resa in termini di miglioramento della salute del cittadino ed una migliore efficienza in termini di utilizzo delle risorse a disposizione del paese.

Evitare i ricoveri inutili, prevenire prima di curare, combattere il consumo non appropriato di farmaci e di tecnologie sanitarie, sono obiettivi che vanno nella direzione dell'aumento in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza dell'intero "sistema salute".

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 così recita nel secondo e settimo dei dieci progetti per la strategia del cambiamento:

2° "Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili".

7° "Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari".

Il punto di vista dei progetti combinati è quello di considerare la storia medica del cittadino come l'insieme di cure ed assistenza (c.d. continuità assistenziale) erogato in luoghi differenti quali ospedale, ambulatorio, casa, centri specializzati ecc, ed all'interno di tempistiche che evolvono a seconda delle singole patologie.

La continuità assistenziale è intesa quale insieme dei meccanismi che permettono la gestione dei problemi di salute del cittadino in un continuo geografico-temporale.

In genere si parla di cure intermedie per identificare quei servizi che sono erogati sul territorio, che concretizzano, appunto, le forme di continuità assistenziale, dopo una dimissione dall'ospedale e/o per prevenire degenze ospedaliere non necessarie.

Parlare di territorio e di cure intermedie vuol dire forme di assistenza come, ad esempio, la RSA, Residenze Sanitaria Assistita, l'ADI, Assistenza Domiciliare Integrata, gli Ambulatori, le strutture di riabilitazione, l'Hospice, i Centri diurni di incontro ecc. tutte strutture che operano all'interno della più generale struttura sanitaria nazionale insieme al MMG, Medico di Medicina Generale, al Distretto sanitario, ecc.

I servizi erogati nel territorio dipendono fortemente dallo specifico contesto geografico ma sono generalmente definiti dalle tendenze demografiche del paese (invecchiamento e quindi cronicità e cure di lunga durata per gli anziani) e dai fenomeni epidemiologici che identificano le principali cause di morbilità: malattie cardiovascolari, tumori, malattie all'apparato respiratorio, ecc...

Qualche dettaglio per meglio definire il contesto:

L'interesse delle Aziende Sanitarie per i servizi territoriali cresce velocemente a partire dai primi anni '90 e ciò è dovuto alla crescita costante della domanda (a sua volta risultato dell'evoluzione demografica e sociale del paese: invecchiamento, maggiore "cultura sanitaria", progresso delle tecnologie mediche, ecc..) che comincia ad incidere pesantemente sull'equilibrio economico delle Aziende Sanitarie.

In particolare l'aumento medio della speranza di vita ha comportato una maggiore diffusione di patologie cronicodegenerative come l'ipertensione, il diabete, lo scompenso cardiaco.

Ciò ha modificato il quadro delle necessità sanitarie dei pazienti che si presentano al sistema come pazienti sostanzialmente cronici con momenti acuti.

Lo spostamento dell'attenzione verso il territorio porta ad aumentare l'importanza dei Medici di Medicina Generale (MMG) e ad avviare strutture come il Distretto, il Dipartimento territoriale, l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), la RSA(Residenza Sanitaria Assistita). In tale quadro si inserisce la necessità sia di procedere alla riconversione o diversa utilizzazione degli stabilimenti ospedalieri minori o periferici e sia di costituire momenti di sintesi e sinergia operativa quali i "Programmi" o "Progetti", elementi portanti dell'Atto Aziendale predisposto dalla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria di Castrovillari.

La Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria di Castrovillari ritiene illogico dover adottare l'Atto Aziendale in adesione ad un Piano Regionale della Salute che non è più adeguato a garantire e governare la Tutela della Salute dei cittadini calabresi e non trova più molte assonanze con il Piano Sanitario Nazionale e con le linee programmazione del Ministro Turco e del Governo Prodi.

La riconversione delle strutture sanitarie periferiche.

Tra i temi di rilevanza pubblica che hanno caratterizzato la discussione sulla sanità negli ultimi anni un posto di primo piano, in Calabria e non solo, va sicuramente riservato al problema dei piccoli ospedali.

Alcuni fatti di cronaca, accaduti anche nella nostra, come in altre, regioni, di sollevazioni popolari per la paventata chiusura di ospedali, hanno acceso i riflettori dei media sui due bracci di un problema, per altro ampiamente noto agli specialisti di economia sanitaria: da un lato il desiderio dell'utenza delle aree decentrate di poter disporre di strutture ospedaliere "in loco" e dall'altro la necessità per le amministrazioni sanitarie di operare una razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

Detto in parole molto più semplici e dirette si tratta del conflitto tra la domanda di servizi ospedalieri espressa dalle piccole comunità locali e la determinazione di chiudere i piccoli ospedali periferici perché troppo costosi.

Come comporre questo conflitto? Esistono risposte non manichee al problema dei piccoli ospedali periferici?

L'Azienda Sanitaria di Castrovillari ha inteso approcciarsi a tali problematiche con l'aspirazione di individuare soluzioni possibili, di disegnare qualche scenario realistico ed, infine, di segnalare una strada per approfondire scientificamente le intuizioni che sono state illustrate e sottoposte, nel tempo, ai vari interlocutori (istituzionali, sindacali, sociali) con un taglio volutamente aperto, di prima battuta, e, dunque, tutt'altro che conclusivo.

L'incipit è stata la considerazione che il problema del chiudere/non chiudere i piccoli ospedali è mal posto.

Il problema vero è quello di rendere economicamente sostenibili le strutture ospedaliere decentrate trovando una formula di natura organizzativa e produttiva che sia capace di trasformarle in "motori" non solo di salute, ma anche di ricchezza per le popolazioni locali. Detto così potrebbe sembrare ad alcuni un obiettivo non solo molto ambizioso ma addirittura impossibile e velleitario.

La reazione scettica, che è facile immaginare possa sorgere quando si propone di leggere le funzioni dei piccoli ospedali non solo in una chiave strettamente sanitaria, e, quindi, di sostenibilità economica del "prodotto" salute, ma anche in una logica di propulsione delle attività economiche locali, discende dal fatto che questa nuova visione impone un forte cambiamento di paradigma della questione dei piccoli ospedali.

Un cambiamento di paradigma organizzativo.

Prima di discutere delle alternative organizzative utili per affrontare il tema della riconversione produttiva dei piccoli ospedali periferici [che comunque deve essere effettuata tenendo conto delle normative vigenti (*)] è utile verificare se questo tipo di strutture è o meno efficiente, ossia occorre capire se vale concretamente la pena di indagare sul loro reale grado di sostenibilità-insostenibilità economica.

Per rispondere compiutamente a questa domanda occorre esporre un'approfondita analisi empirica che, in questa sede, non è però utile produrre e, pertanto, si riporteranno alcuni dati essenziali riferiti all'Azienda Sanitaria di Castrovillari ritenuti sufficienti per inquadrare la questione.

I servizi ospedalieri da mantenere attivi nei piccoli ospedali sono:

- quelli che richiedono un'assistenza dei pazienti su base periodica ad alta frequenza;
- tutti i servizi tipicamente connessi alle attività di day hospital;
- quelli legati ad esigenze di monitoraggio permanente dei pazienti, ovvero tutte le cure conseguenti ad interventi chirurgici, il follow-up farmacologico di pazienti cronici, e così via.

A queste attività di assistenza continuativa si affiancano le attività di pronto intervento che devono essere pienamente mantenute allo scopo di garantire un primo soccorso di alta qualità.

Per quanto riguarda, invece, i nuovi servizi, quelli che dovranno realizzare la finalità della salute come motore per il progresso economico locale, il modello è quello dei centri di eccellenza per il trattamento di patologie specifiche, in particolare di quelle che possono avvalersi di terapie che integrano le cure ospedaliere – anche in questo caso prevalentemente su base di day hospital – con i benefici che vengono dalla specifica localizzazione dell'unità di cura.

Si pensi, ad esempio, ad un'unità di cura di specifiche forme di allergia immersa in un ambiente altamente gratificante per il paziente come potrebbe essere una valle montana, oppure a un reparto per la cura di stati depressivi o di altre patologie di natura nervosa ubicato in una località lacustre.

La possibilità per l'ospedale periferico di specializzarsi in questo tipo di servizi, oltre a costituire un valore per sé, potrebbe diventare un attrattore di turismo e, quindi, innescare un processo virtuoso di crescita economica.

Il processo ora descritto è condizionato però, ed è subito bene dirlo, dalla implementazione di strumenti di comunicazione attualmente disponibili quale "collante" del sistema. Ci si riferisce all'applicazione della cosiddetta **telemedicina**, ossia alla realizzazione di una rete di interconnessioni via rete, in tempo reale, in grado di supportare i compiti di follow up svolti dagli ospedali locali.

In questa cornice l'Ospedale Centrale, nella fattispecie Castrovillari, andrebbe, quindi, ad integrare in modo funzionale gli ospedali periferici, che ne diverrebbero, idealmente, delle componenti virtuali, concettualmente assimilabili ai reparti dell'Ospedale stesso: **un Unico Grande Dipartimento virtuale.**

La riconversione dei presidi ospedalieri periferici aziendali trova un continuum nei Progetti Aziendali (Mormanno e Lungro) e nell'istituendo Dipartimento di Oncologia (San Marco Argentano).

(*)COORDINATE REGIONALI PER PROGETTI DI RICONVERSIONE (deliberazione di Giunta Regionale n° 925 del 24/10/2005)

- 1- Le Unità Operative di diagnosi e cura dovranno raggiungere un tasso di utilizzazione non inferiore al 75%. Qualora il tasso di utilizzazione sia inferiore, i p.l. dovranno essere ridotti fino a raggiungere la soglia minima (sono escluse le terapie intensive e la psichiatria).
- 2- Dovrà essere generalizzata l'aggregazione funzionale e organizzativa delle U.O. che, dopo la riduzione, raggiungano una dotazione di posti letto inferiore a quella del modulo prevista dal Piano sanitario regionale 2004-2006
- 3- Le UU.OO. afferenti all' Area Funzionale Omogenea (AFO) di chirurgia dovranno raggiungere un indice ottimale di interventi chirurgici pari all' 80-90% e in tal senso dovranno essere avviate le azioni più idonee per raggiungere a breve in indice non inferiore al 70%. Contestualmente dovrà essere ridotta la degenza media preoperatoria per gli interventi di elezione, migliorando l'efficienza interna ed aumentando il numero dei pz che vengono sottoposti ad accertamenti pre-ricovero (preospedalizzazione)

I Progetti.

La Direzione Generale ha individuato, in adesione al punto 5.3. - L'organizzazione dipartimentale ultimo capoverso dell'Atto indirizzo della Giunta Regionale, i Progetti affidando loro il compito di integrare le attività omogenee svolte da Unità Operative Complesse e/o Semplici Ospedaliere, territoriali ed aziendali per migliorare l'efficienza delle soluzioni organizzative, garantire l'unitarietà dei processi e qualificare l'offerta assistenziale e rispondere a specifiche esigenze organizzative aziendali ed assistenziali della popolazione.

Obiettivo dei Progetti è, pertanto, assicurare unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni "bersaglio", che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture organizzative o settori di attività diverse.

I percorsi assistenziali identificano piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a specifici problemi clinici o di diagnosi. In accordo con la filosofia del Continuous Quality Improvement, i profili di cura pongono l'attenzione sul miglioramento dei processi per aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza e del servizio offerti.

Sono, cioè, "strumenti di gestione clinica" usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche garantendo la continuità dell'intervento tra i due momenti: quello ospedaliero e quello domiciliare.

Nell'Atto Aziendale sono individuati Progetti finalizzati alla costruzione di Profili di cura per gli anziani, l'Azienda di Castrovillari è la più anziana della Calabria, e per pazienti affetti da patologie che presentano una significativa criticità rispetto all'appropriatezza degli interventi e al consumo di risorse disponibili.

Il modello organizzativo assistenziale che la Direzione Generale intende realizzare è rispondente alla necessità di sviluppare percorsi assistenziali integrati nell'azienda sanitaria garantendo, "soprattutto nella long term care:

- l'unitarietà della presa in carico dell'assistito;
- l'unitarietà del progetto assistenziale;
- l'unitarietà del percorso di fruizione da parte del paziente stesso.

Gli obiettivi finali del progetto si riferiscono ad una serie di vantaggi attesi sia per il paziente che per l'organizzazione sanitaria:

- l'aumento della qualità percepita dall'assistito;
- il consolidamento dell'organizzazione stessa;
- il contenimento e la razionalizzazione dei costi;
- la riduzione della ospedalizzazione;
- il governo della domanda;
- la possibilità di creare contesti organizzativi centrati sul paziente e sulla sua patologia, che consentano ai clinici la applicazione pratica di linee guida e di comportamenti evidence based.

I Progetti per i profili di cura Riabilitazione e Geriatria si legano alla riconversione degli stabilimenti ospedalieri di Mormanno e Lungro.

L'Atto, poi, individua un Progetto organizzativo, Farmacia, per ricondurre ad unità le iniziative idonee per intervenire sulla criticità più rilevante per il bilancio dell'Azienda.

Occorre al proposito rammentare che la spesa farmaceutica dell'Azienda rappresenta circa il 28% del Bilancio.

Il Progetto di Riabilitazione ed il Presidio di Mormanno.

Il Progetto di Riabilitazione costituisce la forma organizzativa su cui fondare la rete riabilitativa e i relativi collegamenti anche interaziendali.

Lo scopo principale del progetto è quello di organizzare tutte le attività di riabilitazione, sia ospedaliere che extraospedaliere, in un "modello a rete" che collega, coordinandole, le attività dei singoli servizi.

Si integra inoltre con i dipartimenti aziendali, gli altri progetti e con i distretti per intervenire, senza soluzione di continuità, nella facilitazione del percorso di cura del paziente.

Attraverso il progetto si potranno creare percorsi riabilitativi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficacia ed appropriatezza.

Il progetto di Riabilitazione è articolato in un'area ospedaliera, identificata prevalentemente nel Presidio Ospedaliero di Mormanno cui sarà affiancata una *Stroke Unit* destinata al ricovero delle persone colpite da ictus, e un'area territoriale.

La determinazione della Direzione Generale trova motivazione nelle considerazioni seguenti.

Le patologie neurologiche provocano un maggior grado di disabilità con la necessità di interventi riabilitativi sia di tipo medico e sia di tipo sociale.

Tra esse le malattie cerebro vascolari presentano la più alta incidenza compresa tra i 125 e 250 nuovi casi per anno per 100.000 abitanti: il 70% di essi colpisce soggetti di età >75 anni con una mortalità variabile dal 15% al 30% nei primi trenta giorni e del 10%-15% entro il primo anno dall'esordio.

Oltre la metà dei pazienti che sopravvive presenta un significativo grado di disabilità per le funzioni sensitivo-motorie e cognitive mentre il 30% presenta anche un severo disturbo disfasico.

Gli obiettivi generali della riabilitazione nell'ictus sono il raggiungimento della massima indipendenza funzionale possibile e la promozione del reinserimento familiare sociale e lavorativo.

Le patologie ortopediche, viceversa, provocano una disabilità transitoria che se non associata ad una comorbilità rilevante, necessitano di un intervento riabilitativo standardizzabile nei tempi e nelle modalità operative pur nella variabilità clinica costituita dalla chirurgia post-traumatica e la chirurgia protesica.

I fisiatristi specialisti ambulatoriali convenzionati si integrano nell'attività del Progetto come componenti organiche all'interno dei percorsi di cura.

Del Progetto farà parte anche un costituendo Centro Ausili.

GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL PROGETTO:

- Aumentare il numero degli anni vissuti senza disabilità;
- Emendare e limitare il grado di gravità della disabilità residua;
- Rallentare l'aumento delle disabilità nelle condizioni di cronicità.

Nell'ambito del Progetto si procederà alla strutturazione della **rete dei servizi di riabilitazione**.

La rete risulta costituita da nodi con specifico mandato quali:

- Livello territoriale riservato al disabile in fase post-acuta in continuità con il programma riabilitativo ospedaliero o con presa in carico diretta di casi di media-bassa disabilità con un setting di servizi ambulatoriali e domiciliari;
- Degenza riabilitativa articolata in riabilitazione intensiva ed estensiva.
- Intervento riabilitativo nel Presidio Ospedaliero con integrazione stretta con i poli di riabilitazione territoriale.

Modalità di funzionamento della rete.

Il funzionamento dei nodi della rete prevedono l'adozione di un progetto come modalità di lavoro tra discipline e professionalità contigue coinvolte tutte nella presa in carico del disabile.

Il paziente va inserito in un percorso riabilitativo personalizzato che preveda:

1. Appropriatelyzza dei tempi e dei modi degli interventi riabilitativi;
2. Comunicazione tra i vari punti della rete (schede di progetto, lettere di dimissioni);
3. Modelli di integrazione tra ospedale e territorio.

La rete dei servizi territoriali nell'Azienda:

Riabilitazione in fase acuta secondo il progetto riabilitativo di struttura: Unità Operative Ospedaliere e Presidio Ospedaliero di Mormanno;

Riabilitazione intensiva in regime di degenza Presidio Ospedaliero di Mormanno;

Riabilitazione estensiva in regime di degenza o residenziale Presidio Ospedaliero di Mormanno e Istituto Don Milani o Presidio Ospedaliero di Lungro;

Riabilitazione estensiva territoriale - Poli territoriali (Altomonte, Spezzano Mormanno,);

Riabilitazione Domiciliare e Riabilitazione Estensiva Ambulatoriale:MMG, Servizio Infermieristico, Assistente sociale, Fisiatra, Fisioterapista, Equipe riabilitativa territoriale e Centro Ausili;

Prestazioni integrative del progetto riabilitativo individuale : Terapia fisica, Assistenza Protesica.

Il Presidio Ospedaliero di Mormanno.

Per il Presidio Ospedaliero era già stata disegnata la mission riabilitativa che questa Direzione Generale si è impegnata a fortificare.

Per offrire una più adeguata assistenza è prevista creazione di una UOC di Lungodegenza riabilitativa.

Appena concluso l'accordo integrativo aziendale con i MMG saranno attivati i posti letto di comunità già previsti dal Piano della Salute 2004-2006.

Centro Ausili Aziendale.

Partendo dal presupposto che per un soggetto con disabilità e per gli operatori coinvolti in un progetto riabilitativo oggi la maggiore difficoltà nella scelta di un ausilio non è tanto dovuta alla mancanza dello stesso, quanto alla difficoltà di identificarlo, selezionarlo ed eventualmente personalizzarlo, ne consegue l'esigenza di insediare e sviluppare l'attività del "Centro Ausili Aziendale".

Il Centro Ausili ha come obiettivo:

- diventare una sede di informazione generale e specifica di consulenza, supporto di stimolo progettuale, di studio e di ricerca;
- svolgere un monitoraggio del percorso prescrittivo nell'Azienda;
- elaborare delle linee guida e protocolli per una prescrizione appropriata;
- creare una banca dati comune con altri Centri ausili;
- fungere da consulenza tecnica per i disabili, sia singolarmente, sia per le associazioni;
- creare un magazzino (Ausilioteca) in cui sia possibile l'utilizzo di prova dei vari tipi di ausili per evitare la fornitura di ausili non idonei e, successivamente, fornire l'addestramento all'uso degli stessi, così come conservare ausili per il riuso;
- fornire consulenza tecnica per il riciclo degli ausili restituiti e per la necessità dell'Azienda in eventuali gare per la fornitura diretta di alcuni tipi di ausili.

Il Centro Ausili rappresenta un riferimento per la valutazione degli ausili, da utilizzarsi per le situazioni più complesse, con personale con preparazione specifica, in grado di affiancare il team riabilitativo nella valutazione globale delle esigenze del singolo paziente.

Il Progetto di Geriatria ed il Presidio di Lungro.

Il Progetto di Geriatria è lo strumento organizzativo-funzionale, finalizzato a promuovere la salute e la qualità di vita degli anziani ammalati mediante lo sviluppo dei meccanismi di integrazione e la piena valorizzazione dei nodi della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari afferenti l'area geriatrica del territorio di riferimento aziendale.

In base alle proiezioni demografiche la percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne tenderà, nel triennio, ad un incremento costante da attribuire prevalentemente all'aumento degli ultraottantenni. L'incremento della popolazione molto anziana tenderà a causare un aumento del carico assistenziale e un trend in ascesa di ricoveri in residenze protette da contenere con politiche che garantiscano la domiciliarità e il mantenimento di non eterodipendenza per un più lungo arco di vita.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'incremento esponenziale della prevalenza degli anziani con patologie croniche o croniche riacutizzate o eventi acuti associati a compromissione dell'autosufficienza impongono ai sistemi sanitari di dotarsi di adeguate strategie.

Per affrontare e dare una risposta sistematica a tali problemi emergenti, le Aziende Sanitarie devono individuare un disegno complessivo che consenta di promuovere la continuità di cura nel tempo e l'approccio globale mediante strumenti di lavoro condivisi dalle diverse componenti, orientati specialmente a guidare le fasi di passaggio tra i livelli di base e specialistico, a favorire la comunicazione tra le diverse professionalità, a coordinare i servizi coinvolti nella gestione di ciascun assistito, al fine di evitare conflitti.

Si individuano due principali linee di intervento per garantire un approccio globale e unitario:

- per dare continuità al trattamento delle malattie croniche, che si sviluppano lungo la vita dell'assistito, vanno individuate e condivise precise ed efficienti modalità di comunicazione e di integrazione tra gli operatori che rimangano valide nell'arco degli anni, con riferimento tendenziale sulle Cure Primarie, elettivamente sul Medico di Medicina Generale;
- per dare continuità in occasione delle fasi acute attraverso la esplicitazione delle corrette modalità di comunicazione tra servizi che evitino divergenze o inutili duplicazioni dei percorsi sanitario-assistenziali intrapresi nei confronti della medesima persona.

In particolare risulta indispensabile, al fine di garantire un approccio rispettoso della globalità della persona, attivare in modo unitario e coordinato i diversi servizi rispondenti alle effettive esigenze del singolo, sia per l'ambito medico-clinico che assistenziale che psico-sociale.

In tal senso la Direzione Generale intende attivare con il Progetto di Geriatria un nuovo strumento organizzativo-funzionale per promuovere l'integrazione e la piena valorizzazione dei servizi esistenti e l'integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi afferenti l'area anziani.

L'assenza nel territorio dell'Azienda di posti letto per i ricoveri in RSA e Case Protette non consente di offrire una risposta differenziata per gravità e durata.

All'interno del Progetto Geriatria si inserisce in modo qualificante il modulo di Alzheimer e/ di demenze seniliche prevede il coinvolgimento del Dipartimento di Salute Mentale.

I dati epidemiologici e le proiezioni demografiche dimostrano ampiamente come le demenze siano una patologia in incremento in grado di determinare un drammatico aumento della disabilità fin dai prossimi anni.

La Direzione Generale ha recepito questa problematica e ha individuato linee di intervento volte a privilegiare la permanenza dei pazienti all'interno delle rispettive famiglie, attraverso l'attivazione ed il potenziamento di interventi sul territorio (MMG, ADI, ecc.) e in semiresidenzialità (centri diurni).

La complessità della patologia in esame e il suo carattere cronico-degenerativo impone, tuttavia, anche interventi di tipo residenziale e in acuzie. È stata individuata il Presidio di Lungro quale struttura di ricovero adatta per questa tipologia di utenza e in grado di rispondere in maniera appropriata alle necessità a volte impellenti e inderogabili dei pazienti e dei familiari. A questo proposito è nota l'inadeguatezza degli attuali ospedali e della maggior parte delle "case di cura" che sono rivolte ad altri tipi di pazienti e, viceversa, possono causare drammatici peggioramenti delle condizioni cliniche e dello stato di coscienza (confusione mentale, delirium, reazioni catastrofiche, aggressività auto ed eterodiretta).

Il progetto nasce da un'attenta analisi del panorama attuale della gestione delle demenze nella nostra Azienda e prevede interventi diversificati volti a rispondere alle esigenze di una complessa utenza in continuo cambiamento.

Il problema dei costi non può essere certamente dibattuto in questo contesto, tuttavia, possono essere fatte alcune considerazioni.

La facilità di comunicazione fra i diversi attori della "rete assistenziale" che si porrà in essere potrà risolvere con interventi estemporanei situazioni che altrimenti prenderebbero vie lunghe, costose e inadeguate (spesso una visita domiciliare puntuale può evitare ricoveri impropri). Il supporto alle famiglie, sanitario, sociale, culturale, ecc., va considerato un investimento e non un'ulteriore spesa in quanto i familiari sono in fin dei conti la prima risorsa nella gestione del paziente demente.

La loro collaborazione è indispensabile, economica ed efficace.

Infine, studi di farmacoeconomia dimostrano come il corretto utilizzo di una rete socio-assistenziale produca un risparmio di risorse oltre che ridurre la disabilità e migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO.

Obiettivo di salute:

Tutela della salute degli anziani mediante:

- la promozione dell'appropriatezza e della continuità di cura;
- la promozione dell'approccio globale e multidimensionale di tutti gli interventi sanitari, sociali, assistenziali.

Obiettivi organizzativi:

Promozione dello sviluppo, della qualificazione e dell'integrazione della rete dei servizi afferenti l'area anziani mediante:

- potenziamento delle risorse umane e delle risorse strumentali dell'Unità Operativa Complessa di Geriatria del Presidio di Lungro anche con l'attivazione del modulo di Alzheimer;
- ricognizione dei servizi sanitari – assistenziali - sociali presenti nell'Azienda;
- attivazione delle RSA dell'Azienda e loro uso appropriato;
- valorizzazione dell'uso appropriato e oculato dei servizi dell'area geriatrica territoriali, residenziali ed extraospedalieri e dei servizi riabilitativi all'interno di un net work che coinvolga necessariamente le cure primarie;
- promozione di meccanismi e strumenti di integrazione tra i nodi della rete dei servizi afferenti l'area anziani;
- definizione e perfezionamento di strumenti di valutazione multidimensionali condivisi e implementati da tutte le componenti.

Il Presidio Ospedaliero di Lungro.

Il Presidio Ospedaliero è stato, negli anni, sacrificato, mortificato e considerato il contenitore provvisorio per divisioni, reparti e servizi da spostare da altri Presidi.

La Direzione Aziendale si è posta il problema di dare un senso alla struttura una volta che sia finita la funzione "contenitore".

Il problema che ci si è posto è stato quello di rendere economicamente sostenibile tale struttura ospedaliera decentrata trovando una formula di natura organizzativa e produttiva capace di trasformarla in "motore" non solo di salute, ma anche di ricchezza per le popolazioni locali.

La Direzione Aziendale, sulla base dei dati epidemiologici, ha ipotizzato la riconversione del Presidio per la lungo degenza e la riabilitazione per pazienti affetti da patologia cronica e dismetabolica in conformità del Progetto di Geriatria.

Nel contesto del Progetto, invero, aumenta l'importanza dei Medici di Medicina Generale (MMG) e del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione, dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e della RSA (Residenza Sanitaria Assistita) così come altro punto importante è il rilievo che viene assegnato al ruolo dell'Ospedale e dell'Hospice.

il paziente, in alcune fasi di malattia specie quella avanzata, esige cure che non possono essere effettuate a domicilio, quando l'assistenza domiciliare risulta troppo gravosa per la famiglia, quando lo status socio-abitativo è inadeguato, la soluzione può essere quella del ricovero in struttura ospedaliera o in hospice.

La Direzione aziendale ha, quindi, posto in essere il Progetto di Geriatria che si propone di ricondurre ad unità il percorso organizzativo di coinvolgimento delle professionalità e delle strutture coinvolte.

La mission del Presidio di Lungro è, in re ipsa, quella di punto di riferimento con posti letto di Geriatria e Lungodegenza e, appena concluso l'accordo integrativo aziendale con i MMG, con posti letto di comunità.

Da molti anni è, inoltre, stato realizzato un hospice mai attivato che la Direzione Aziendale ritiene opportuno attivare e potenziare ed ampliare, considerato gli spazi disponibili, con la possibilità di personalizzare la stanza con oggetti provenienti dal domicilio del paziente, avvantaggiandosi contemporaneamente dei servizi e dei presidi propri di un ambito ospedaliero (letti speciali, materassi antidecubito, comode, bagni per disabili, ecc).

Il Progetto delle Dipendenze.

I disturbi da "dipendenza" sono sempre più diffusi, indifferenziati e trasversali a tutte le sostanze. Difficile, oramai, differenziare l'eroinomane dall'alcolista, da chi abusa di psicofarmaci, da chi ha problemi di dipendenza alimentare, di gioco d'azzardo compulsivo (gambling), di tabagismo, ecc. Le sostanze sono spesso vissute come "autoterapia" da chi, per problematiche diverse, non può accedere a un livello "buono" di mediazione tra ricerca del piacere e bisogno di dipendenza.

Il Progetto delle Dipendenze è finalizzato a razionalizzare e sviluppare l'erogazione in rete dei servizi, delle prestazioni e delle attività sanitarie e socio-sanitarie in favore dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti e da alcool (compresi i detenuti o internati) e/o delle famiglie, secondo criteri di equità, appropriatezza ed efficacia, nonché a permettere l'evoluzione dei servizi in relazione alle modificazioni dei bisogni.

Il Progetto delle Dipendenze è preposto al coordinamento tecnico-scientifico dei centri di responsabilità coinvolti nell'area della dipendenza, all'integrazione tra le proprie attività e le necessità assistenziali dei Distretti, all'integrazione inter-istituzionale tra le amministrazioni dello Stato ed al coinvolgimento del privato sociale attivo sul territorio.

La mission strategica del Progetto delle Dipendenze è quella di presidiare nel territorio dell'Azienda l'area dei disturbi correlati all'abuso ed alla dipendenza dalle sostanze psicoattive legali ed illegali ed agli altri comportamenti patologici d'abuso e dipendenza sine substantia.

Il presidio si esplica prioritariamente attraverso interventi diretti nei confronti dei soggetti affetti da manifestazioni patologiche di dipendenza e dei loro congiunti; diagnosi, cura e riabilitazione sui versanti biologico-somatico, pedagogico, psicologico, relazionale e sociale. Si attua, inoltre, attraverso interventi di prevenzione primaria sulla popolazione generale, su collettività selezionate e su popolazioni "bersaglio".

L'attività è volta, altresì, ad incrementare la cultura della prevenzione e della salute nei gruppi giovanili formali ed informali, le iniziative di inclusione sociale dei soggetti svantaggiati nelle comunità locali, la consapevolezza del proprio ruolo nei confronti del contrasto delle dipendenze nelle amministrazioni degli Enti Locali e dei loro enti strumentali.

Costituisce campo d'azione del Progetto delle Dipendenze anche la promozione dell'incremento della conoscenza e delle competenze sui temi della patologia delle

dipendenze di tutti gli attori dei normali percorsi di salute, dai cittadini agli operatori della sanità, di base e specialistici.

Il Progetto delle Dipendenze ha quali funzioni prioritarie l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse a disposizione attraverso la gestione integrata delle strutture, delle risorse umane e strumentali, l'omogeneizzazione dell'erogazione dei servizi su tutto il territorio aziendale e l'integrazione tra tutte le attività esistenti sul territorio dell'Azienda nel campo delle patologie delle dipendenze.

Partecipano altresì alle attività del Progetto delle Dipendenze i Dipartimenti e le Strutture aziendali la cui attività maggiormente interagisce e si integra con quella del Progetto:

- la Direzione dei Distretti Sanitari per quanto attiene le funzioni di tutela della salute dei cittadini utenti e per la continuità delle cure per quanto attiene il rapporto con l'assistenza sanitaria di base e l'assistenza domiciliare integrata;
- la Direzione del Presidio Unico Ospedaliero e dell'istituendo Dipartimento di Medicina per quanto attiene l'attività in regime di ricovero ospedaliero dei soggetti con patologia da dipendenza;
- il Progetto della Farmacia per la fornitura dei farmaci e dei presidi;
- il Dipartimento Emergenza e Accettazione per quanto concerne l'assistenza alle situazioni di intossicazione acuta e di sindrome astinenziale presso i Pronto Soccorso;
- il Dipartimento Tutela Materno-Infantile per quanto attiene la gestione della gravidanza in soggetti con patologia da dipendenza, la gestione delle problematiche dei minori congiunti di persone con patologia da dipendenza, la gestione di situazioni familiari multiproblematiche;
- il Dipartimento di Salute Mentale per quel che riguarda la gestione dei casi con cosiddetta "doppia patologia" tossicologica e mentale e la gestione delle situazioni familiari multiproblematiche con coesistenza nello stesso nucleo di soggetti con patologia da dipendenza e psichiatrica.

Collaborano ancora all'attività del Progetto delle Dipendenze gli Enti Locali ed i loro Enti strumentali consortili in ambito socio-assistenziale, gli Istituti scolastici, i Centri per l'impiego, le Forze pubbliche dell'ordine e tutte le Associazioni di volontariato con attività sul territorio aziendale esclusiva o parziale.

La Direzione Generale ha individuato fra le determinanti di salute, fattori strategici per le politiche di promozione della salute nel Progetto:

ESCLUSIONE SOCIALE in quanto i processi di esclusione sociale e l'estensione della deprivazione relativa in una società hanno un forte impatto negativo sulla salute;

SOSTANZE VOLUTTUARIE in quanto il loro uso è allo stesso tempo una risposta alle difficoltà di inserimento sociale e un importante fattore nell'ampliare le disuguaglianze nella salute".

Questi fattori rappresentano certamente elementi di forte caratterizzazione per la progettazione nell'area delle dipendenze, e le azioni che la Direzione Generale deve poter implementare sono caratterizzate da un'attenzione del tutto particolare ai fenomeni di esclusione sociale che si realizzano per effetto dell'uso/uso problematico di droghe legali e illegali.

Maggiore attenzione deve essere prestata alle problematiche rappresentate dall'uso di sostanze voluttuarie, troppo spesso considerate meno dannose delle droghe illegali, e per questo meno meritevoli di attenzione.

FUMO DI TABACCO in quanto importante fattore di rischio individuale.

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO.

- Aumentare il numero di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto;
- Potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche- riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide al fine della tutela della salute delle persone con uso/uso problematico/dipendenza da sostanze stupefacenti;
- Ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti;
- Garantire pari opportunità di trattamento e continuità terapeutica a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali e da sostanze illegali.

LE AZIONI PREVISTE:

- Alcolologia: istituzione del servizio aziendale collocato all'interno dei Distretti e con attività di carattere sanitario e socio assistenziale;
- Tabacco: progetto aziendale per la costruzione di percorsi per la cessazione dell'abitudine al fumo, in collaborazione con i MMG;
- Pronta accoglienza: progetto da attivare dal tavolo di coprogettazione Legge 328;

- Percorsi assistenziali per la presa in carico di persone con comorbidità psichiatrica: protocollo operativo con DSM per la definizione dei percorsi diagnostico terapeutici degli utenti con doppia diagnosi;
- Territorializzazione assistenza tossicodipendenti: Progetto delle Dipendenze / SERT / MMG (protocollo d'intesa);
- Servizio di prossimità e accompagnamento: tavolo di coprogettazione Legge 328. Associazioni di volontariato predispongono l'accompagnamento di utenti non in grado di provvedere autonomamente presso le sedi di valutazione inserimento e/o verifica;
- Inserimento lavorativo: (Legge 328 tavolo di coprogettazione), Servizio di Accompagnamento al Lavoro nell'ambito delle azioni integrate volte al reinserimento Legge 328.

Il Progetto di Farmacia.

Il Progetto di Farmacia si occupa del complesso di attività volte alla programmazione e gestione dei farmaci, presidi medico-chirurgici e materiale sanitario, nonché del coordinamento e del controllo dell'attività delle farmacie aperte al pubblico presenti sul territorio dell'Azienda, in modo da assicurare regolarità e continuità nel servizio di assistenza farmaceutica alla popolazione.

Il Progetto di Farmacia consiste nel complesso di attività che presiedono lo svolgimento delle funzioni farmaceutiche di base, cliniche e di vigilanza; assicura l'unitarietà della programmazione, della organizzazione e della valutazione dei processi inerenti la appropriatezza dell'uso del farmaco e del restante materiale sanitario in rapporto all'evoluzione normativa, organizzativa, assistenziale, tecnologica ed all'introduzione dei sistemi di qualità, coerentemente con le risorse disponibili.

Il Progetto ha come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle politiche di assistenza farmaceutica, volta a massimizzare l'efficacia e la qualità del servizio di farmaceutica territoriale in convenzione e di farmaceutica ospedaliera e viene visto come momento di coinvolgimento dei tre momenti sanitari: Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, prevenzione e diagnosi precoce, miglioramenti terapeutici e assistenziali ospedalieri, assistenza domiciliare e Hospice.

Il Progetto di Farmacia si propone, pertanto, di rappresentare la modalità organizzativa più idonea per garantire un risultato efficiente riguardo l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi farmaceutici con l'impegno di tutte le competenze professionali e delle risorse disponibili reperibili nelle istituzioni che ne fanno parte.

Il Progetto di Farmacia è la struttura di riferimento per quanto riguarda le modalità di prescrizione, di erogazione, di concedibilità e di utilizzo dei medicinali. Garantisce ai cittadini un omogeneo accesso all'assistenza farmaceutica, assicurando ai Medici (di famiglia, pediatri ed ospedalieri) e ai Farmacisti delle farmacie del territorio un supporto informativo e di vigilanza al fine di promuovere atteggiamenti uniformi in materia.

Il Progetto ha funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento degli interventi delle attività di assistenza farmaceutica dell'Azienda. Tali attività sono svolte dalle Strutture Complesse di Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale.

Il Progetto verifica e valuta i livelli di conseguimento degli obiettivi definiti, la congruità delle risorse impiegate e dei costi sostenuti rispetto alle attività erogate.

La Direzione Generale, attraverso il Progetto, intende promuovere l'uso appropriato dei farmaci sia a livello territoriale che ospedaliero, ponendosi i seguenti **OBIETTIVI**

STRATEGICI:

- Garantire un'assistenza farmaceutica sicura, efficace e appropriata;
- Ridurre i danni alla salute derivanti da errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci, reazioni avverse e trattamenti inappropriati;
- Promuovere l'appropriatezza della prescrizione, distribuzione e consumi anche tramite accordi con diversi attori;
- Contenere la spesa farmaceutica convenzionata all'interno del budget previsto;
- Implementare adeguatamente le conoscenze dei cittadini rispetto a costi e benefici dei farmaci, con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errori e di eventi avversi (anziani)
- Contrastare gli interessi extraorganizzativi.

LE AZIONI STRATEGICHE:

- Definire specifici programmi aziendali sulla base delle analisi di utilizzazione dei farmaci;
- Adottare il Prontuario Terapeutico d'Azienda;
- Ricondurre la prescrizione a livello di medico di base;
- Adottare da parte di dipartimenti e distretti i linee guida per l'uso appropriato di farmaci ad alto consumo e/o costo, predisponendo piani assistenziali e profili di cura;
- Applicare i modelli organizzativi, funzionali e distributivi previsti dalla Legge 405/01
- Rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari, definendo programmi autonomi di formazione e aggiornamento anche in accordo con la facoltà di Farmacia e Medicina;
- Regolamentare l'attività informativa nei presidi aziendali;
- Promuovere accordi con produttori, distributori, e prescrittori verificando la possibilità di affidare alle farmacie aziendali la distribuzione di farmaci ad alto costo;
- Implementare i sistemi di monitoraggio delle prescrizioni sia a livello territoriale e sia a livello ospedaliero;

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO.

- ***Implementare adeguatamente le conoscenze dei cittadini rispetto ai costi/rischi/benefici dell'assunzione di farmaci e in particolare nelle fasce di popolazione a rischio, in cui si verificano incidenti od eventi avversi;***
- ***Garantire un'assistenza farmaceutica sicura, efficace e appropriata;***
- ***Razionalizzare la Spesa Farmaceutica ospedaliera e territoriale all'interno degli obiettivi Regionali, privilegiando la distribuzione diretta e in particolare il completamento del ciclo terapeutico, avviato in regime di degenza nonché l'Assistenza Domiciliare Integrata.***
- ***Implementazione dei sistemi informatici, quale base essenziale della verifica di tutti gli obiettivi in tempo reale.***

LE AZIONI DI PROGETTO:

- Definire specifici programmi aziendali su interventi informativi ed educativi rivolti ai cittadini, privilegiando accordi con scuole, attività produttive e associazioni, sulla sicurezza, l'abitudine all'uso dei medicinali e sull'acquisizione di una mentalità critica nell'assunzione dei farmaci per contrastare le spinte consumistiche;
- Implementazione, aggiornamento e maggior coinvolgimento sulle linee guida Aziendali; attivazione a livello aziendale delle determinazioni sull'appropriatezza prescrittiva;
- Controllo dal punto di vista tecnico e contabile delle prescrizioni farmaceutiche;
- Monitoraggio e proposta di eventuali correttivi della spesa farmaceutica convenzionata;
- Informazione all'utenza in merito all'erogabilità dei farmaci;
- Informazione e aggiornamento in merito alle modalità prescrittive e all'erogabilità dei farmaci;
- Ricondurre la prescrizione al livello del MMG nel rispetto della continuità assistenziale, regolare l'attività informativa così come previsto dall'AIR, valutare l'appropriatezza e incentivare i modelli distributivi previsti dalla legge 405/2001 con particolare riguardo al completamento del ciclo terapeutico e la distribuzione a pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata;
- Erogare diretta mente prodotti farmaceutici ad assistiti aventi diritto per situazioni o patologie disciplinate da specifiche disposizioni normative;
- Attivare il sistema informativo tendente all'ottimizzazione dei sistemi di monitoraggio dell'assistenza farmaceutica per ottenere una maggiore conoscenza dei profili

prescrittivi legati ai singoli medici ed ai singoli assistiti; predisponendo una reportistica idonea all'invio alle U.O. Ospedaliere e Territoriali sui consumi di farmaci e dispositivi.

Il Presidio Ospedaliero di San Marco Argentano e il Dipartimento di Oncologia.

Nel corso degli ultimi dieci anni il Presidio ha subito una significativa "operazione chirurgica" che lo ha portato, praticamente, alla paralisi.

Per tale Presidio alla Direzione Generale si è posto il problema, ampiamente noto agli specialisti di economia sanitaria, dicotomico: da un lato il desiderio dell'utenza delle aree decentrate di poter disporre di strutture ospedaliere "in loco" e dall'altro la necessità per le amministrazioni sanitarie di operare una razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

Detto in parole molto più semplici e dirette si tratta del conflitto tra la domanda di servizi ospedalieri espressa dalle piccole comunità locali e la volontà di chiudere i piccoli ospedali periferici perché troppo costosi.

La Direzione Generale ha affrontato il problema nella proiezione di rendere economicamente sostenibile la struttura ospedaliera trovando una formula di natura organizzativa e produttiva capace di trasformarla in "motore" non solo di salute, ma anche di ricchezza per le popolazioni locali.

La Direzione Generale, nella proiezione di realizzare la finalità della salute come motore per il progresso economico locale, ha assunto il modello dei centri di eccellenza per il trattamento di patologie specifiche, in particolare di quelle che possono avvalersi di terapie che integrano le cure ospedaliere – anche in questo caso prevalentemente su base di day hospital – con i benefici che vengono dalla specifica localizzazione dell'unità di cura.

La localizzazione del Presidio in posizione baricentrica rispetto ad un'area con circa 350.000 abitanti e servita da una, attuale e programmata, efficiente rete viaria ha determinato la Direzione Generale per la messa in cantiere di una forma innovativa, efficace ed efficiente, di riconversione del Presidio Ospedaliero di San Marco Argentano, in Ospedale di Riferimento per i pazienti oncologici, non esclusivo, per le attività di oncologia che vengono svolte in tale sede e in altre sedi dell'Azienda di Castrovillari con la previsione di allocazione della seconda radioterapia della provincia di Cosenza.

Il Presidio Ospedaliero sarà, altresì, il punto di riferimento del Dipartimento di Oncologia che ha quale obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti/quadri clinici, volta a massimizzare l'efficacia e la qualità del prodotto delle politiche medesime e viene ravvisato come mezzo ottimale per

il coinvolgimento dei tre livelli sanitari: prevenzione e diagnosi precoce, miglioramenti terapeutici e assistenziali, Assistenza Domiciliare ed Hospice.

Il Dipartimento di Oncologia si propone, pertanto, di rappresentare la modalità organizzativa più idonea per garantire un risultato efficiente riguardo all'obiettivo di diagnosi, cura, riabilitazione dei tumori con l'impegno di tutte le competenze professionali e delle risorse disponibili reperibili nelle istituzioni che ne fanno parte.

Nelle funzioni del Dipartimento di Oncologia si prevede, pertanto, l'integrazione con il governo dell'Azienda per le attività oncologiche, di cure palliative e di tutte le attività che favoriscono l'ospedalizzazione domiciliare, lo sviluppo della ricerca clinica e l'aggiornamento del personale sanitario.

Le attività aziendali nella fattispecie sono estremamente articolate.

CREAZIONE DI UNA RETE TELEONCOLOGICA.

La necessità di trovare una giusta collocazione assistenziale per i pazienti oncologici non più suscettibili di trattamento chemioterapico, propone in maniera impellente il problema del lavoro di rete, che possa vedere coinvolti tutti gli attori sociali interessati al "prendersi cura" del soggetto malato, supportando in tal modo i familiari.

Il sistema per la cura e l'assistenza ai pazienti oncologici si basa sul principio guida della presa in carico globale e continua della persona malata, salvaguardando la centralità del paziente in ogni fase del suo percorso assistenziale post-degenza, grazie a una nuova struttura operativa, l'Unità di Coordinamento, che mira ad inserire il paziente stesso in una struttura reticolare senza soluzioni di continuità ricercando le sinergie tra le risorse disponibili.

La realizzata attivazione nell'Azienda delle specialità oncologiche più significative, la partecipazione e la collaborazione attiva di tutte le realtà operative orientate all'oncologia (ADI, RSA, etc.) così come il ruolo fondamentale svolto dai medici di famiglia nell'ambito della Rete, contribuiscono ad alimentare un virtuoso processo di integrazione fra ospedale e territorio, avvicinando sempre più i servizi alla persona malata e al suo contesto.

La rete oncologica garantisce al paziente oncologico l'accoglienza nel migliore sistema di cura disponibile, mettendo al servizio del paziente le strutture e i trattamenti più idonei a rispondere alle sue specifiche esigenze, personalizzandone il più possibile il percorso assistenziale, nell'ambito di un continuum volto a tutelarne la qualità di vita.

Peraltro, l'appartenenza a una "rete integrata" comporta, per ciascun operatore sanitario, un cambio di prospettiva radicale: dal considerare la propria attività in modo indipendente da quanto succede intorno, a prendere coscienza e consapevolezza d'essere parte di un piano strategico locale inserito, comunque, in un contesto nazionale e internazionale.

Appartenere a un sistema a rete significa, dunque, rimuovere l'abitudine molto diffusa di dare la priorità all'ottimizzazione della propria posizione, all'interno di una catena di attività, in modo indipendente dagli altri. Questa attitudine deve progressivamente essere sostituita da una visione di tipo *sistemica*, più estesa e globale, cioè quella a rete.

Per realizzare un sistema a rete occorre avere una visione condivisa ed accettata sui ruoli delle singole strutture, e stabilire missioni coerenti fra loro e non in potenziale contrasto, attivando una rete di collegamenti informatici autonoma e nel frattempo coordinata, in ciascuna struttura.

Gli strumenti e le tecniche di intervento prevedono, pertanto:

- l'attuazione di un progetto per fasi di intervento;
- l'analisi delle "mappe di rete";
- l'informatizzazione della net-oncology;
- la circolazione delle informazioni all'interno delle reti;
- il colloquio con i pazienti ed i familiari;
- la verifica continua del lavoro.

Le strategie di intervento prevedono:

- incontri con gli attori istituzionali e non, per un'azione comune;
- stesura di "una Carta" che fissi gli accordi di programma tra le parti interessate;
- realizzazione di un protocollo d'intesa tra paziente e/o familiare e parti istituzionali.

La rete oncologica dell'Azienda può costituire un modello operativo estensibile ad altre realtà oncosanitarie della Regione.

Questo esempio, che appare futuribile, fa comprendere la portata del progetto, che può cambiare in modo drastico il rapporto fra il paziente di riferimento e la Struttura Sanitaria pubblica.

Le criticità che s'intendono superare sono quelle di dare la migliore assistenza specialistica possibile ai pazienti direttamente presso le strutture sanitarie regionali ed inserire le strutture regionali in una rete di ricerca.

In questo contesto il medico di medicina generale gioca un ruolo determinante nella scelta dell'erogatore di prestazioni, che può destinare ad una struttura regionale o extra

regionale. Le incoerenze che si determinano possono essere superate solo attraverso una visione comune e condivisa e con un sistema a rete distribuita nell'ambito del quale ognuno gioca il proprio ruolo e le proprie competenze dettate dalle strategie di medio lungo periodo.

Razionalizzare le strutture significa assegnare ruoli precisi e definire modelli organizzativi e comportamentali che ottimizzano tutte le risorse messe in campo.

La Rete Oncologica aziendale fa riferimento ai Decreti Legislativi 502/1992 e 517/1993, al DPCM 19/5/1995 ed al Decreto Legislativo 230/1995, coinvolge operativamente diversi soggetti di cui un elenco non esaustivo è:

1. l'U.O.C. di Oncologia Medica;
2. i Presidi Ospedalieri;
3. i Servizi Sociali;
4. i Distretti Sanitari;
5. la Regione Calabria – Assessorato Tutela della Salute;
6. le Strutture di riabilitazione;
7. le RSA;
8. i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta;
9. le Associazioni di volontariato riunite nel Forum dell'Azienda.

Tali Attori opereranno in sintonia grazie all'Unità di Coordinamento di oncoRete, la cui sede è ubicata presso l'U.O.C. di Oncologia Medica. Tale organo ha funzione di indirizzo, perequazione territoriale dell'attività oncologica e integrazione fra i diversi attori della Rete e i soggetti ad essa esterni. Numerosi gli ambiti di intervento dell'Unità di Coordinamento di oncoRete che vanno dalla ricerca alle tecnologie ed alle infrastrutture, dalla verifica dell'applicazione delle linee guida concordate, alla formazione e aggiornamento professionale, dall'informazione e comunicazione al sistema informativo-informatico, dalla programmazione al controllo di qualità.

ACCOGLIENZA E SERVIZI.

L'Unità di Coordinamento di oncoRete è la nuova struttura operativa, che, collocata nell'ambito dell'U.O.C. di Oncologia Medica, rappresenta il punto di riferimento assistenziale per il paziente, accogliendoli, indirizzandoli alla tipologia assistenziale definita dall'U.O.C. che lo ha segnalato, così che ne assicura la presa in carico globale, tenendo traccia di ogni singolo percorso diagnostico-terapeutico.

Essa infatti:

- informa circa le modalità di accesso ai servizi e le prenotazioni, le professionalità disponibili, i centri specializzati, gli orari ecc.;
- garantisce i percorsi assistenziali interdisciplinari, gestendone anche l'iter amministrativo;
- verifica la continuità assistenziale, controllando che vi sia sempre un soggetto che abbia in carico il paziente;
- aggiorna e conserva la documentazione informatica, tra cui un database sulle strutture dell'oncoRETE, sulle patologie trattate, etc;
- mantiene costanti rapporti con gli altri Centri della Rete;
- assicura l'adeguata comunicazione con il paziente e i suoi familiari, nel pieno rispetto del codice deontologico.

Le figure professionali mettono in atto una strategia di intervento che si basa su alcuni principi e obiettivi:

- solidarietà, mutuo aiuto, cooperazione;
- dimensione ed esistenza collettiva dei problemi sociali;
- consapevolezza delle risorse dei parenti;
- attenzione alla volontà/responsabilità del paziente;
- considerare il paziente come parte di una rete.

Tali figure professionali sono:

- L'Assistente Sociale dell'U.O.C. di Oncologia Medica, definibile come Network Oncology Manager, che è un operatore centrale di rete in grado di unire le risorse familiari, parentali, amicali, istituzionali e del privato sociale in una sinergia di obiettivi finalizzata sia alla valorizzazione delle competenze dei singoli attori sociali presenti sul territorio, sia ad un più consapevole coinvolgimento degli operatori addetti alla cura in ambito ospedaliero, sia ancora ad una maggiore responsabilizzazione da parte delle figure parentali, al fine di soddisfare i bisogni socio-assistenziali del paziente oncologico in fase di cura, ma soprattutto in fase avanzata di malattia;
- Psicologo con attività all'interno dell'Ufficio di Coordinamento, orientata allo sviluppo delle risorse umane coinvolte e al coordinamento della presa in carico;
- Sociologo, cui è delegata l'azione formativa a vari livelli di tutti gli operatori che a vario titolo concorrono al raggiungimento degli scopi della rete;
- Amministrativi/Informatici.

OBIETTIVI DI ONCORETE.

La rete non è un semplice network informativo o di tele accesso, non è un'alleanza tattica, quanto piuttosto un'alleanza strategica fra attori sanitari che mantengono la loro indipendenza e non è un progetto avveniristico, in quanto esso può cominciare immediatamente con ciò che già esiste, pur preparandosi a tutte le evoluzioni in atto e future.

Approccio innovativo all'accesso.

Normalmente l'assistito identifica la struttura di ricovero post-degenza oncologica affidandosi alla propria esperienza o alle informazioni ricevute direttamente o indirettamente, che spesso sono insufficienti, su una determinata struttura assistenziale e ospedaliera (c.d. "passaparola"). Frequentemente si affida ad un medico di fiducia per la costruzione di tali servizi.

Il sistema sanitario se organizzato con le logiche delle aziende a rete, offre un modo nuovo di definizione delle proposte sanitarie, sfruttando una base di informazioni messa a sua disposizione attraverso nuove tecnologie dell'informazione, della comunicazione e della multimedialità.

L'oncoRETE fornisce a tutti gli operatori interessati uno strumento per semplificare l'accesso ai flussi sanitari in una determinata area geografica e gratuitamente.

Impiego delle tecnologie (informatiche e sanitarie).

L'oncoRETE utilizza in modo creativo le più avanzate tecnologie informatiche:

- hardware
- software
- sistemi esperti
- basi dati - Datawarehouse

quale supporto fondamentale sia per l'erogazione del servizio, sia per la valutazione delle prestazioni erogate dalle strutture, come pure per la ricerca scientifica.

Economicità di gestione.

La rete oncologica consente di ottimizzare l'impiego delle risorse assistenziali, tecniche, tecnologiche, dei beni strumentali e del personale eliminando gli sprechi derivanti dall'attuale frammentazione delle strutture e nello stesso tempo migliora il livello di servizio erogato.

POTENZIAMENTO DELL'ONCOLOGIA MEDICA.

Innanzitutto va rimarcato che il Servizio di Day Hospital di Oncologia Medica deve essere potenziato, non essendo sufficiente la attuale unica collocazione all'interno dell'Ospedale di Castrovillari di un Day-Hospital. In particolare tale U.O.C., per poter essere resa aderente a quella che è la sua attività, deve essere potenziata affidandole, previa assegnazione di un congruo numero di oncologi medici, infermieri e di psicologi, almeno 8 posti letto e in ciò ossequiando anche il dettato del PSR 2004-2006

L'Oncologia Medica ha come fine quello di assicurare al paziente, nel rispetto della qualità di vita, le migliori cure possibili, utilizzando le più aggiornate procedure terapeutiche e diagnostiche attualmente disponibili. I pazienti devono essere oggetto, in primo luogo di cura ed assistenza.

L'Oncologia Medica oltre a garantire al paziente un elevato standard qualitativo di diagnosi e trattamento delle patologie neoplastiche, ha sviluppato una vasta area di ricerca sia clinica che biologica per rendere possibile lo sviluppo di trattamenti innovativi. I pazienti che giungono in ricovero possono essere inseriti in protocolli di ricerca clinica ("trial"), dopo una esauriente spiegazione della finalità dello studio e a volte l'effettuazione di indagini numerose e sofisticate.

Quando l'inserimento in uno studio non risulta possibile vengono comunque fornite le migliori cure disponibili.

L'attività dell'Oncologia Medica ha avuto nel tempo un costante incremento. La collaborazione tra le funzioni di ricerca, di diagnosi e di cura è essenziale per il progresso nella lotta ai tumori che si basa anche sulla continua analisi delle informazioni acquisite. A tale scopo è altrettanto importante il rapporto diretto e costante che l'Oncologia Medica instaura con i principali gruppi di ricerca italiani.

CREAZIONE DI UNA BREAST UNIT.

I posti letto di Chirurgia Generale possono, parzialmente, essere trasformati in posti letto di senologia chirurgia con la costituzione di una "**Breast Unit**" (Equipe multidisciplinare per la diagnosi e la terapia della patologia senologica) ossia di una soluzione organizzativa di tipo dipartimentale nella quale si possano affiancare tutti i momenti diagnostici e terapeutici connessi alla gestione di una paziente con carcinoma della mammella.

Premesso che la donna affetta da tumore è da considerarsi, oggi, tra le più bisognose di un approccio assistenziale integrato e multidisciplinare, che tenga conto dell'individualità della paziente e la consideri non solo «oggetto-fruitor» di cure, ma soggetto attivo nel

proprio percorso, va sottolineato che la senologia si avvale oggi delle tradizionali tecniche diagnostiche quali la mammografia e l'ecografia della mammella, affiancate all'ecobiopsia della mammella e alla core biopsy per arrivare a metodiche di ultima generazione quali il mammotone.

Avviare percorsi personalizzati all'interno di strutture di in cui la paziente sia seguita da un team di professionisti di varie discipline mediche e da raccordare con i programmi di screening avviati su scala regionale rappresenta l'obiettivo della *Breast Unit*. Ogni metodica è presidiata da specialisti con competenza specifica.

Il chirurgo senologo che opera presso la *Breast Unit* potrà contare anche sulla diagnosi istologica in estemporaneo (intra-operatoria) per una più efficace pianificazione del suo intervento.

CREAZIONE DI UN CENTRO DI RADIOTERAPIA.

I tumori rappresentano ben il 30% circa delle cause di mortalità in Italia, nonostante si tratti di un tasso in diminuzione. Per molte patologie neoplastiche, la possibilità di guarire è funzione del grado di accessibilità a terapie adeguate ma, purtroppo, il numero e la tipologia delle apparecchiature terapeutiche in Italia non sembra essere sufficiente né la loro distribuzione è uniforme sul territorio nazionale.

Al contempo, i dati di produttività relativi alle realtà italiane mostrano una situazione ben al di sotto degli standard individuati come ottimali a livello internazionale.

Superando alcune impostazioni cliniche e terapeutiche adottate in passato, negli ultimi tempi si è assistito ad un rilancio del settore radioterapico all'interno di protocolli terapeutici anche molto precoci, ossia nello stadio iniziale della malattia e addirittura nella terapia neo-adiuvante per rendere la lesione neoplastica aggredibile chirurgicamente.

Il forte impulso della radioterapia oncologica è stato in parte dovuto allo sviluppo della tecnologia, che ha consentito di ottenere un elevato livello di qualità delle tecniche impiegate. Diverse sono le apparecchiature di cui si avvale la Radioterapia oggi per la cura dei tumori: acceleratore lineare, apparecchio per cobaltoterapia, apparecchio per brachiterapia, apparecchio per cesioterapia, unità di Roentgenterapia, apparecchio per ipertermia oncologica, simulatore, sistema per l'elaborazione dei piani di trattamento.

In base alla dotazione tecnologica del Centro di Radioterapia, è possibile effettuare diversi tipi di trattamenti radioterapici.

Classificazione dei centri di radioterapia.

Nel *Rapporto ISTISAN 96/39* del 1996, il *Gruppo di Studio dell'Istituto Superiore di Sanità per l'Assicurazione di Qualità (QA) in Radioterapia* ha individuato quattro diversi livelli di complessità delle prestazioni radioterapiche che un centro può essere in grado di fornire. Dalla *Categoria A*, cui corrispondono i trattamenti più semplici, si arriva alla *Categoria D*, comprendente le tecniche speciali (brachiterapia, radioterapia stereotassica, radioterapia intraoperatoria IORT) che richiedono attrezzature dedicate, esperienza specifica degli operatori e interventi di natura multidisciplinare.

Oltre ai requisiti previsti dal Decreto Ministeriale del Gennaio 1997, un requisito tecnologico minimo per identificare un Centro di Radioterapia è il possesso di almeno un'Unità di Alta Energia, ovvero di un Acceleratore Lineare. È necessario almeno un acceleratore lineare per poter effettuare prestazioni di *Categoria C*. Tuttavia, sembra ragionevole auspicare che tutti i centri funzionino con non meno di due unità, una delle quali sia possibilmente un acceleratore lineare con possibilità di produrre fasci di elettroni. La sola presenza di un'Unità di Roentgenterapia non è sufficiente per identificare un Centro di Radioterapia; né la coesistenza di tali unità, anche in numero superiore ad uno, modifica la qualifica di centro minimo.

Peraltro, un centro con dotazione minima non può trattare più di 500 pazienti ogni anno e potrà effettuare solo prestazioni di *Categoria A*. Sarà inoltre necessario avere un accordo di collaborazione con un altro centro, preferibilmente con dotazioni superiori al minimo, situato a distanza ragionevolmente breve. Ad esempio, nel caso in cui un centro non sia dotato di un sistema per l'elaborazione dei piani di trattamento, è opportuno un collegamento con una struttura che abbia in dotazione tale apparecchiatura, in modo tale da selezionare pazienti e tipo di trattamento.

I Centri di Radioterapia che forniscono prestazioni di *Categoria D*, invece, saranno dotati di apparecchiature specifiche e la loro distribuzione sul territorio dovrebbe essere programmata a livello nazionale, anche tenendo in debito conto le caratteristiche degli altri centri e la facilità di accesso.

Sappiamo che nelle regioni meridionali disponiamo, in questo momento, di poco più della metà delle unità di radioterapia delle quali avremmo bisogno per servire adeguatamente quel bacino di utenza, e sappiamo anche che ogni anno tra il 40 e il 50% di chi ha necessità di una prestazione di radioterapia si sposta verso le regioni del centro-nord, intasando le liste di attesa delle strutture di destinazione.

Ancora oggi il nostro Paese, in conseguenza di quanto appena detto, esporta ogni anno l'8% dei pazienti che fanno radioterapia in paesi limitrofi come la Francia.

Non si può non ricordare, a tal proposito, che quasi la metà delle risorse messe a disposizione dal piano di potenziamento delle strutture di radioterapia (art. 28, comma 12 della Legge n. 488/1999) restano, tutt'oggi, non spese.

Una azione per il recupero di questi finanziamenti e la loro utilizzazione immediata sarà messa in cantiere quanto prima per ovvie ed evidenti ragioni e ***nella Finanziaria del 2007 sono stati stanziati 3 miliardi di euro per incrementare il fondo del programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria con la priorità dell'incremento delle unità di radiodiagnostica e di radioterapia nel Sud Italia.***

Dai dati del Libro Bianco AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) 2^a edizione 2004, si evince l'attuale situazione italiana, distinta per le regioni del Nord, centro e Sud + Isole, per quanto riguarda la dotazione di radioterapia nelle Istituzioni oncologiche ospedaliere e restanti e risulta subito evidente la grande disparità tra il numero dei centri esistenti al Centro Nord e quelli al Sud e nelle Isole.

Secondo i censimenti dell'AIRO del 1995, ben quattro regioni italiane erano, fino al 1995, prive di Centri di Radioterapia. Tale carenza può avere un'importanza limitata per la Valle d'Aosta, sia per l'esiguo numero di abitanti ivi residenti, sia per la prossimità e la facile accessibilità ai numerosi centri delle regioni vicine.

La situazione sembrava assai più grave per Basilicata, Calabria e Molise, per le quali non esisteva possibilità di compensazione.

È necessario sottolineare che, dal 1995 ad oggi, la realtà italiana è cambiata e la grave situazione registrata al Sud è stata parzialmente sanata con l'apertura di quattro nuovi centri (Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria e Rionero in Vulture). Ma la situazione non è del tutto migliorata anche alla luce del fatto che più che il numero e la distribuzione sul territorio nazionale dei Centri di Radioterapia, un indice di fondamentale importanza strategica è il numero di abitanti per singolo centro, in quanto fornisce un'idea del bacino di utenza di ogni struttura e del dimensionamento della struttura dell'offerta rispetto alla domanda potenziale.

Va considerato che il numero di abitanti per centro radioterapico nelle regioni settentrionali scende a valori inferiori dello standard ottimale individuato di 500.000 abitanti per centro individuato a livello internazionale, mentre è praticamente doppio nelle regioni meridionali, raggiungendo i 996.000 abitanti per centro nel 1995 e migliorando poi

lievemente nel 1999 grazie all'inaugurazione dei quattro nuovi centri di cui si è detto in precedenza.

Anche il numero di pazienti trattati per centro è praticamente doppio al Nord rispetto al valore registrato per le regioni meridionali, indice questo di una maggiore efficienza e di una maggiore dotazione in tecnologie.

Si evince dunque che, per adeguare la radioterapia calabrese al valore standard di 500.000 abitanti per centro, la dotazione di strutture dovrebbe essere praticamente portata a 4 in Calabria, con un'apertura nel nord della Calabria.

L'apertura dei quattro nuovi centri inaugurati nel 1999, dunque, non si può ritenere sufficiente a soddisfare la domanda di prestazioni; ciò induce fenomeni di migrazione sanitaria spingendo i pazienti dalle regioni meridionali verso quelle settentrionali. Oltre a valutare l'adeguatezza rispetto alle esigenze considerando il numero di abitanti ed il numero di pazienti attesi, è possibile anche individuare l'efficienza delle strutture esistenti analizzando la percentuale di casi trattati.

In particolare, il sottodimensionamento del numero di Centri di Radioterapia al Sud appare ancora evidente se si confrontano i dati relativi al numero di pazienti oncologici con indicazione per la radioterapia attesi ed al numero di pazienti effettivamente trattati negli ultimi anni.

Va istituita, chiaramente, un'U.O.C. di Fisica Sanitaria.

La fisica sanitaria, o fisica medica, è, infatti, una scienza interdisciplinare che si occupa degli effetti provocati dalle radiazioni sul tessuto biologico.

I membri dello staff dell'Unità di Fisica Sanitaria svolgono attività di supporto scientifico e tecnico nell'uso clinico e sperimentale delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (Fisica delle radiazioni), con la definizione dei piani di trattamento, e occupandosi anche del monitoraggio delle radiazioni e della radioprotezione di pazienti e lavoratori (Fisica ambientale).

Le aree di ricerca di maggior interesse includono l'uso del collimatore dinamico multilamellare nella radioterapia, la fusione di immagini TAC, RM e SPET e le applicazioni dell'ottica biomedica

Tanto considerato e premesso che per la realizzazione di una Struttura di radioterapia un indice di fondamentale importanza strategica è il numero di abitanti per singolo centro, in quanto fornisce un'idea del bacino di utenza di ogni struttura e del dimensionamento della struttura dell'offerta rispetto alla domanda potenziale, e considerato che per l'Associazione

Italiana di radioterapia oncologica (AIRO) indica una struttura di radioterapia per ogni 500.000 abitanti, è facile pervenire al convincimento che nella provincia di Cosenza che supera i 750.000 abitanti, possa rispondere a criteri di efficacia e di efficienza la istituzione di una seconda U.O.C. di Radioterapia, oltre a quella esistente a Cosenza.

È, pertanto, sulla scorta di tali considerazioni che la Direzione Generale ha ipotizzato la realizzazione di una Radioterapia nel Presidio Ospedaliero di San Marco Argentano, ovviamente secondo una tipologia assistenziale ambulatoriale, in maniera che le pressanti richieste di trattamenti radianti che partono dalla parte nord della Provincia e dirette all'U.O. di Cosenza, dove spessissimo si è costretti a rimandare i trattamenti di molti mesi, possano trovare qui una risposta immediata e qualificata.

Sinergia pubblico-privato.

La Direzione Generale è consapevole che si tratta di un progetto ambizioso che deve essere condiviso e supportato da tutti i soggetti direttamente e indirettamente coinvolti, parti sociali, enti, istituzioni e personale sanitario.

Alcuni positivi riscontri sono, invero, arrivati.

Lo sforzo compiuto è stato quello di ricercare una scelta che coniugasse le esigenze di carattere economico con le aspettative del territorio.

In questa prospettiva si è anche immaginato di ricercare forme di integrazione e collaborazione con partners privati, di provata esperienze nel settore sanitario.

L'idea di base è quella di un coinvolgimento di un soggetto privato per la gestione dei servizi strumentali e della diagnostica, già sperimentata in varie e importanti realtà nazionale.

Ciò consentirebbe di ridurre i tempi di realizzazione intercettando nel contempo flussi finanziari alternativi a quelli statali.

Naturalmente ribadendo il principio di questa Direzione Generale che il Servizio Sanitario deve rimanere pubblico e con particolare tensione all'efficienza, efficacia, appropriatezza e qualità.

In tale contesto, però, sembra utile indagare sul contributo che forme di intermediazione finanziaria tradizionale e innovativa possono offrire in tema di gestione delle risorse in sanità pubblica.

Va da sé che la scelta avverrebbe attraverso un bando di selezione pubblica per la ricerca di partners privati apportatori di specifico Know-how gestionale e produttivo nel settore di interesse oltre che di capitali privati.