

"LINEE GUIDA PER UNA RIFORMA DELLA SANITÀ IN CALABRIA"

Quando il 18 dicembre scorso, partendo dal Consiglio Regionale, abbiamo intrapreso, tutti noi, questo viaggio nella sanità calabrese (oltre 20 tappe) discutendo il " **Manuale per una Riforma della Sanità in Calabria**" di Rubens Curia, avevamo ben chiara l'inadeguatezza del Servizio Sanitario Regionale ad attuare, nella nostra Regione, **l'articolo 32 della Costituzione Italiana**, laddove, afferma che: "*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*".

I Calabresi, pur non conoscendo il verbale del 15 novembre 2018 del Tavolo tecnico Adduce, nè il più grave verbale presieduto dallo stesso del 4 aprile 2019, facendo spendere al Servizio sanitario calabrese, nel 2018, oltre 300 milioni di euro in mobilità passiva hanno bocciato, con alcune eccezioni, il sistema di cura nella nostra Regione.

Purtroppo, il diritto alla salute è sempre meno garantito: i ticket sono più elevati, talvolta, del prezzo delle prestazioni, le liste d'attesa sono interminabili, le famiglie sono lasciate in solitudine nella assistenza alle persone con disabilità, il 70% degli ultra 65enni calabresi deve attendere più di 48 ore prima di essere operato per una frattura della testa del femore, solo 10.529 ultra 65enni calabresi usufruiscono delle "Cure Domiciliari"(1,4%), contro i 181.283 veneti (7,2%), l'aspettativa di vita in buona salute in Calabria è pari a 52 anni contro i 69 anni della PA di Bolzano; a corollario di ciò gli operatori sanitari lavorano in strutture fatiscenti con tecnologie spesso obsolete dove la manutenzione è carente ed il livello organizzativo spesso molto basso. Crescente è inoltre il fenomeno della fuga fuori regione di operatori sanitari, spesso superati nelle graduatorie concorsuali, da appartenenti a lobby politiche o altro, nel totale disprezzo della meritocrazia o peggio reduci da realtà professionali disorganizzate e conflittuali.

Uno dei nostri obiettivi il 18 dicembre era di dare un contributo ad un dibattito per una **nuova cultura della tutela della salute** che garantisca eguaglianza nell'accesso ai servizi e nelle cure, dibattito teso a valorizzare il ruolo della sanità quale fattore di coesione sociale e di promozione del benessere, tenendo presente che la cultura della salute è trasversale a tutte le azioni politiche, perché la salute si promuove contrastando le povertà economiche e sociali, l'emarginazione, gli incidenti sul lavoro, la disoccupazione, il degrado delle periferie. In questa ottica è fondamentale dare vita a "Reti Sociali" che favoriscano il diritto al lavoro, alla casa, a una socialità significativa dove la "presa in carico" della persona deve avvenire con percorsi che mettono insieme professionalità e Servizi diversi.

Siamo troppo ambiziosi nel chiedere alla politica di approvare una Riforma del Servizio Sanitario Regionale? Credo di no, perché le grandi Riforme della Sanità nel Paese sono state precedute da movimenti culturali, prese di coscienza collettiva, istituzione di Comitati che hanno fatto da lievito a leggi come la 180/78 o la 833/78: questo vogliamo essere noi, con questo documento, in qualità di "Comunità Competente".

1. La Partecipazione

Per riannodare il "*rapporto di fiducia*" che si è interrotto tra i calabresi e il Servizio Sanitario Regionale è necessario attivare tutti gli strumenti di partecipazione che rendano trasparente il Settore a partire dal comma 4 dell'articolo 14 del Dlgs 502/92 che testualmente recita:

«Il Direttore Generale dell'Unità Sanitaria Locale e il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei Servizi quale strumento per verificare l'andamento dei Servizi in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità [...] per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni [...]»

E' evidente che le conferenze annuali ed i forum aperti, per specifiche problematiche, sulla falsariga dell'elaborazione dei Bilanci Sociali, agli stakeholder (pazienti, operatori sanitari, associazioni di cittadini, sindacati ecc.) contribuirebbero a una proficua analisi dell'offerta quali-quantitativa dei servizi socio-sanitari e a un loro miglioramento.

Altri punti che, a nostro parere, incentivano la trasparenza della gestione dell'Azienda Sanitaria, sono:

- 1) la pubblicazione degli "obiettivi" inseriti nel contratto dei Direttori Generali ed a cascata del management aziendale;
- 2) il potenziamento della Stazione Unica Appaltante (SUA) L.R.26/2007, assegnando personale qualificato e strumenti informatici adeguati, obbligando, pertanto, le Aziende Sanitarie ad acquisti regionali. A tal proposito, riteniamo sbagliato che la Legge n° del abbia relegato nel nulla la SUA; pertanto, chiediamo al Commissario del Piano di Rientro di valorizzare la "Stazione" con un preciso "Piano di acquisti" sia con l'ANAC che con le Centrali di Committenza delle altre Regioni come previsto dalla legge su indicata;
- 3) la valorizzazione del ruolo dei Sindaci nella programmazione annuale e nella verifica degli Obiettivi dei manager;
- 4) l'istituzione delle Consulte di Dipartimento, come nel caso della Psichiatria (DPGR7 marzo 2013, n° 31), che prevede, tra l'altro, la presenza dei rappresentanti dei Servizi Sociali degli Enti Locali, delle Associazioni dei familiari e delle Associazioni degli utenti o del Piano Nazionale delle Demenze dove è esplicitamente prevista nei Tavoli Regionali e aziendali la presenza, tra gli altri della componente sociale;
- 5) l'approvazione, da parte della Regione, di protocolli per le Aziende Sanitarie atti a garantire canali che veicolino informazioni organizzative e sanitarie ai pazienti, innovino la comunicazione interna e attivino strumenti di promozione dei risultati raggiunti;
- 6) l'istituzione del Portale dei servizi sanitari della Calabria, ovvero, una mappa interattiva dell'offerta dei servizi sanitari che tenga conto della casistica trattata e delle risposte in termini di successo di cura. Il Portale deve rappresentare lo strumento principale per una corretta informazione sanitaria dei pazienti e dei medici di medicina generale e delle altre figure del Servizio Sanitario Regionale.

2. Osservatorio Epidemiologico Regionale

Una delle richieste improcrastinabili presente nel " Manuale" è l'istituzione **dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale** che consentirà una sorveglianza attiva dello stato di salute della popolazione; ciò, inoltre, produrrà una programmazione sanitaria aderente ai bisogni, una corretta pianificazione dei Servizi Sanitari e una puntuale e adeguata gestione dei flussi informativi.

La presenza dell'Osservatorio attiverà una Rete Epidemiologica i cui nodi sono le Unità Operative di Epidemiologia Aziendale che contribuiranno a una lettura del Territorio più particolareggiata, con la valutazione delle disuguaglianze sociali nella salute e nell'accesso ai Servizi.

L'Osservatorio curerà, tra l'altro, i seguenti dati:

- a) I Flussi informativi di Sanità Pubblica (Sistema Informativo Malattie Infettive- Registro cause di morte- Registro Tumori- Cedap etc.);
- b) I Registri di Patologia e Dispositivi Medici (Registri di Implantologia Protesica etc.);
- c) Sistemi di Sorveglianza Epidemiologica (Passi-Registro paralisi flaccide-Rosolia in gravidanza-Rosolia congenita- Legionellosi etc.);
- d) Monitoraggio della Prevenzione (Anagrafe vaccinale informatizzata- Strategie vaccinali- Piano della Prevenzione etc.);
- e) Epidemiologia Clinica e Valutativa.

3. Prevenzione

La prevenzione in Calabria, più che nelle altre regioni, dovrebbe rappresentare una vera e propria strategia primaria di approccio alla salute della popolazione: incrementare al massimo gli interventi di prevenzione primaria e secondaria determinerebbe una riduzione di casi di malattie, in una Regione in cui le attività di diagnosi e cura sono in sofferenza a causa delle carenze strutturali e di risorse umane, consentendo, al contempo, un consistente risparmio economico.

In atto si rileva, invece, tra le tante difficoltà, un'insufficiente attuazione dei programmi degli screening oncologici per tutta la popolazione target e, a fronte di un'ampia offerta vaccinale, una mancata implementazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata che è elemento determinante per attuare il definitivo salto di qualità nell'ambito delle vaccinazioni.

La nostra Regione ha raggiunto livelli di copertura vaccinale superiori alla media nazionale grazie alla passione ed allo spirito di abnegazione degli Operatori del Settore ma, in considerazione dell'aumento del 100% degli accessi vaccinali a seguito dei nuovi Piani vaccinali Regionali e Nazionali cui non è seguita l'implementazione delle risorse umane che, invece si sono ridotte per effetto dei pensionamenti, ci avviciniamo alla chiusura delle attività.

Pertanto, chiediamo che venga garantito il *turn-over* del personale dei **Dipartimenti di Prevenzione** e completato l'adeguamento dei **Centri Vaccinali**, già previsto dalla D.G.R. 58/2010.

4. Medicina Distrettuale "dalla desertificazione a un verde giardino"

Già nel "Manuale per una riforma della sanità in Calabria" si pone con forza l'attenzione sulla desertificazione della Medicina Territoriale che produce oltre il 60% annuo di accessi al Pronto Soccorso che potrebbero essere seguiti dai Medici di Medicina Generale e 30/1000 di ricoveri ospedalieri inappropriati all'anno. In questa ottica la "presa in carico" del paziente nelle **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, finanziate con fondi ministeriali finalizzati sin dal 2011! deve essere una priorità perché l'**UCCP** è il luogo dell'integrazione multiprofessionale del MMG, del Pediatra di Libera Scelta, dello Specialista Ambulatoriale, del Medico di continuità assistenziale che con i medici ospedalieri danno vita ai "**Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali**" (**PDTA**) affinché nessun paziente, soprattutto cronico con situazioni di comorbidità, fragilità e non autosufficienza, rimanga indietro.

Sappiamo che in Italia vi sono oltre 24 milioni di malati cronici con i multi-cronici che sono circa 12,5 milioni, che gli anziani non autosufficienti sono 2,8 milioni, sappiamo che la Calabria è la regione che ha la più alta percentuale (23,8%) di abitanti con almeno due patologie croniche, a queste persone dobbiamo dare subito attenzione con lo sviluppo di "**Reti Territoriali Assistenziali**" i cui nodi virtuosi sono le "**Strutture Territoriali Sanitarie Intermedie**" come le **UCCP** e le "**Case della Salute**". Altra occasione sprecata dalla Regione Calabria che, a distanza di 10 anni dai finanziamenti europei, che si sono assottigliati, non vedono la luce.

Le Case della Salute, di cui si è scritto dettagliatamente nel "Manuale", possono realizzare, con la presenza degli Assistenti Sociali, una gestione integrata del servizio socio-assistenziale erogato dai Comuni e socio-sanitario erogato dalle ASP a livello distrettuale. Case della Salute che, in base alle domande di salute, potranno essere a bassa, media e alta intensità di cura.

Particolare attenzione deve essere data alla "**assistenza pediatrica territoriale**", con la presenza dei pediatri nelle **UCCP** e l'istituzione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** pediatriche. L'**AFT** deve essere erogativa non solo funzionale, garantendo un equilibrio tra la facilità di accesso al servizio qualità e continuità delle cure e prossimità che dev'essere una caratteristica imprescindibile dell'assistenza territoriale. La piena applicazione del **DCA 166/2017** che riorganizza l'assistenza territoriale può contribuire a superare le difficoltà delle U.O. di Pediatria degli ospedali periferici che sono gravemente sottorganico.

Lo stesso ragionamento vale per le Neuropsichiatrie Infantili, che attualmente, sono completamente inadeguate in tutte le ASP, sia come numero e, tranne alcune eccezioni, lasciate, come qualità delle prestazioni erogate, al "*fai da te*".

5. La Salute della donna dei bambini e delle bambine

La salute della donna in tutte le sue fasi e nel periodo della gravidanza, del parto e del puerperio, è un tema prioritario per la salute di una parte cospicua della popolazione e richiede investimenti, progetti, energie e un forte impegno istituzionale. La gravidanza e i primi anni di vita del bambino sono un momento particolarmente delicato, che necessita di particolare attenzione. Abbiamo, già, strumenti legislativi quali il P.O.M.I., l'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e il DPGR n° 28 del 2012, bisognerebbe implementare quanto previsto nei sopraindicati documenti.

Richiesta che facciamo con forza è una vera implementazione dei **"Consultori Familiari"** che allo stato attuale, tranne alcune encomiabili eccezioni, sono dei gusci vuoti privi di personale, di attrezzature medicali e, molte volte operano in locali fatiscenti che impediscono di sviluppare le attività del **"Progetto obiettivo materno-infantile" (POMI)**, gli screening dei tumori femminili e, in integrazione con i Centri vaccinali, le vaccinazioni contro il Papilloma virus inoltre, chiediamo l'approvazione della proposta di **Legge Regionale n. 240/10**, già approvata dalla Commissione Sanità, che, tra l'altro prevede l'istituzione delle **"Case di maternità"** che darebbe la conduzione autonoma da parte delle ostetriche con risposte esaustive a territori dove il percorso nascita non è garantito.

Le donne calabresi chiedono strutture più rispettose per il percorso nascita e di essere protagoniste rispetto alla gestione del proprio parto, il tutto in un contesto di evoluzione della società dove le donne sono sempre più istruite. Il modello storico del paternalismo direttivo deve lasciare il posto al modello della partecipazione e dell'*empowerment* ben rappresentato dal P.O.M.I. Le donne sono oggi, giustamente, più esigenti!

Inoltre, riteniamo importante attuare nelle Aziende Sanitarie Provinciali e nelle Aziende Ospedaliere **i percorsi assistenziali previsti dal DPCM 24/11/2017 "Linee guida nazionali in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza."**

6. Gli Ospedali e l'Organizzazione a Rete

I rilevanti cambiamenti sociali, epidemiologici e tecnologici che stanno interessando la sanità con estrema velocità, comportano una nuova organizzazione della Rete Ospedaliera; infatti il progressivo innalzamento dell'aspettativa di vita e l'incremento delle patologie croniche che devono essere curate dalla Medicina Distrettuale, impegna i Presidi Ospedalieri a prendersi cura, quasi esclusivamente, delle patologie acute.

I progressi della tecnologia in campo sanitario, sempre in continua espansione, consentono di curare in modo più efficace, ma la difficoltà da parte della Regione di reperire risorse economiche per garantire l'efficienza del Servizio Sanitario Regionale tende a concentrare le tecnologie più costose presso alcuni ospedali. Nel contempo è necessario garantire presso i presidi ospedalieri *spoke* alcune tecnologie e determinati tipi di interventi.

6.1 L'Organizzazione a Rete

L'organizzazione "a rete" può essere una giusta risposta a una riorganizzazione della rete ospedaliera. Infatti, questo tipo di strutturazione concepisce la rete ospedaliera come un insieme di nodi collegati tra loro e prevede un coordinamento tecnico-scientifico tra gli ospedali che ne fanno parte valorizzando i Dipartimenti Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO). In questa rete sarà garantita la qualificazione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni che potranno svolgere una funzione mono-specialistica, per esempio, nell'Area della Riabilitazione o nell'Area Oncologica per i trattamenti chemioterapici o in altre Aree, tenuto conto dei bisogni di salute del Territorio.

6.2 Il modello del Pendolo

Al fine di garantire una uniformità nella qualità delle prestazioni sanitarie erogate e della formazione e aggiornamento del personale sanitario, in special modo nei Dipartimenti chirurgici, in relazione alla disponibilità delle tecnologie necessarie per gli interventi, è fondamentale applicare il "Modello del Pendolo" che prevede lo spostamento dell'equipe medica o di singoli sanitari tra i diversi nodi della rete. L'organizzazione "a pendolo" sovverte l'idea per cui è il paziente che deve spostarsi per ricevere le cure più appropriate: con questo modello organizzativo sono le *equipes* sanitarie che si recano presso i vari ospedali per erogare particolari trattamenti sanitari.

A tal proposito, desideriamo ricordare che, come scrive la Treccani, *"La Calabria è quasi esclusivamente montuosa con zone pianeggianti marginali e limitate [...] di notevole importanza è il patrimonio boschivo che supera largamente quello delle altre Regioni del Sud [...] 404 sono i Comuni con molte frazioni sparse"*. Pertanto, la nostra proposta di **Reti funzionali diffuse** potrà garantire un accesso equo alle cure, fermo restando l'attuazione del **D.M. 2 aprile 2015 n° 70** che prevede che le Reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, con specifico riferimento alle Reti per l'infarto, per l'ictus, per la traumatologia e i punti nascita siano articolate fra loro.

Un forte richiamo va fatto alla mancata applicazione, nella nostra Regione, del D.M. 70/2015 per quanto attiene alla "Offerta Ospedaliera di posti letto" di cui la Rete Ospedaliera è carente; infatti a fronte di una offerta attuale di posti letto per acuti pari al 2,42 per 1000 residenti, il D.M. 70/15 prevede il 2,78, mentre per i post-acuti sono previsti lo 0,65 di posti letto contro gli attuali 0,50 per 1000 residenti.

Questo allineamento al D.M. 70/15 consentirebbe di implementare, come più volte richiesto dai Ministeri affiancanti alla nostra Regione, le seguenti Reti:

- a) rete della Lungodegenza;
- b) rete Oncologica;
- c) rete Tempo-Dipendente;

d) una riflessione a parte merita la rete della Riabilitazione che è bene non accorpate con la “Lungodegenza”, perché il rischio è di trascinare l’intervento riabilitativo verso una visione immobilistica e assistenziale di bassa intensità. La “Riabilitazione” deve essere orientata al raggiungimento di obiettivi specifici quali: l’autonomia, l’autosufficienza e la partecipazione alla vita sociale. In quest’ottica è fondamentale una forte integrazione tra la fase della degenza ospedaliera e il proseguimento del percorso riabilitativo sul territorio nell’ambito di una *Rete virtuosa*.

Un ragionamento a parte merita la **Banca del Cordone Ombelicale della Regione Calabria**, denominata “**Calabria Cord Blood Bank**”, istituita con la Delibera Regione Calabria n° 339 del Maggio 2004 e che ha avviato ufficialmente l’attività di raccolta, validazione, manipolazione, conservazione e rilascio di cellule staminali cordonali dal gennaio 2006. La Calabria CBB fa parte della rete nazionale ITCBN (*Italian Cord Blood Network*) istituita ai sensi del D. Lgs 18/11/2009 e costituita da 18 Banche di cordone ombelicale attive sul territorio nazionale e autorizzate dal Ministero.

In Italia, la donazione del sangue cordonale è consentita a scopo solidaristico (da donatore volontario non familiare) e dedicato (familiare) secondo D.M. 18/11/2009, non comporta alcun onere economico per la famiglia e rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Le cellule cordonali donate dalle mamme e raccolte subito dopo il parto, con una procedura semplice ed indolore sia per la mamma sia per il neonato, vengono conservate presso le banche pubbliche riconosciute dal Centro Nazionale Sangue (CNS) e Centro Nazionale Trapianti (CNT) del Ministero della Salute.

La criticità maggiore per mantenere l’attività della Calabria CBB è rappresentata dalla **notevole carenza di risorse umane**, poiché solo grazie a personale esperto ed adeguatamente formato è possibile aderire a protocolli di ricerca e studi alternativi nazionali quali: 1) la Trasfusione di eritrociti da sangue cordonale nei neonati prematuri e 2) la produzione di siero collirio da sangue cordonale, protocolli già in uso in altri centri che operano secondo procedure standardizzate ed aderenti alle normative nazionali ed internazionali.

Tornando alla Medicina Distrettuale, come affermavamo in precedenza, è necessaria una profonda “innovazione organizzativa” che garantisca il “*Transitional Care*”, ovvero, le cure di transizione dall’ospedale al territorio.

Ciò sarà possibile se si realizzeranno le seguenti condizioni, che dovranno garantire:

- 1) accessibilità alle cure
- 2) continuità delle cure
- 3) integrazione delle cure
- 4) presa in carico della persona

attraverso la realizzazione di modelli assistenziali basati su “*percorsi*”, cioè modelli flessibili in grado di rispondere ai nuovi bisogni quali la fragilità degli anziani, i disturbi del

comportamento alimentare nei giovani, la tutela della salute mentale in età evolutiva (il 20% degli adolescenti e dei preadolescenti soffrono di disturbi psichici), le nuove dipendenze, in special modo le ludopatie.

Pertanto, l'incremento nella quantità e qualità di quelle che definiamo "Strutture Intermedie Assistenziali Territoriali" dovrà comportare l'aumento dei posti letto territoriali non solo nelle Case della Salute, ma negli Hospice, nelle Strutture Residenziali Psichiatriche di tipo 1 e 2, il ripensamento, alla luce dei nuovi LEA, di cui al DPCM 12 gennaio 2017, delle Strutture Socio-Riabilitative per interventi di "mantenimento e supporto sociale", l'attuazione di una rete capillare di Strutture Protette, di Centri Diurni, di Residenze Socio-Assistenziali di cui la Calabria ha fortemente bisogno. Nel campo delle cronicità, e in particolare dei disturbi mentali, un'ampia letteratura ha ormai dimostrato le conseguenze invalidanti dei ricoveri prolungati e la loro inefficacia terapeutica. Si punta a migliorare il contesto ambientale e le relazioni interpersonali, valorizzando aspetti come la formazione, il lavoro, la casa, per restituire capacità contrattuali alla persona e sollecitare la sua partecipazione diretta al processo di recupero. Al contrario, il sistema attuale si è rivelato inefficace sul piano della terapia e della riabilitazione dei pazienti. È noto l'isolamento delle RSA psichiatriche rispetto ai centri abitati e la concentrazione dei posti letto, spesso risultante dalla somma di moduli di tipologia diversa di ex case di cura riconvertite, laddove è prevista anche dalla Regione Calabria una collocazione in contesti urbani e l'organizzazione in unità di piccole dimensioni. I pazienti restano ricoverati in queste strutture per lunghissimi periodi, a volte per anni, anche quelli che potrebbero essere collocati in situazioni abitative, perché autosufficienti e clinicamente stabili. È il sistema definito "porte girevoli". La mancanza di soluzioni alternative è segnalata dallo stesso Tavolo interministeriale di monitoraggio della sanità calabrese, soprattutto in provincia di Cosenza e Catanzaro.

Un'alternativa praticabile, e in linea con quanto finora proposto, è costituito dal progetto terapeutico riabilitativo individuale. Il PTRI, sostenuto dal budget di salute, è una modalità di erogazione di prestazioni socio-sanitarie di assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare. Riguarda principalmente i pazienti dei servizi di salute mentale e i loro familiari, ma anche soggetti non auto sufficienti, con diverse disabilità e fragilità (anziani, minori, tossico dipendenti, portatori di handicap e altri); coinvolge vari operatori sanitari, sociali, del terzo settore, delle associazioni e del volontariato. Combatte i determinanti sociali che incidono fortemente sulla salute dei cittadini: più si è in condizioni di fragilità sociale (solitudine, povertà, ecc.), più si è a rischio di malattia. Il termine budget di salute non indica solo un investimento economico, ma rappresenta "l'insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie ad avviare un processo per ridare a una persona relazioni sociali accettabili. Al processo partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità", inclusi i servizi sociali e sanitari.

Ricordiamo, inoltre, che siamo inadempienti nel LEA attinente al numero di posti letto equivalenti per l'assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1000 anziani che in Calabria sono pari a 3,41, contro lo standard nazionale che è superiore a 10 p.l., senza tener conto della regione Friuli-Venezia Giulia dove i posti letto equivalenti sono 26,02 per 1000 anziani residenti!

Una particolare attenzione merita l'**istituzione e l'organizzazione della Rete Regionale Territoriale per le Demenze (RRD) in Calabria**. Infatti, le demenze rappresentano un problema di sanità pubblica sempre più rilevante poiché sono correlate ad un alto grado di disabilità, hanno un considerevole impatto socio-sanitario e coinvolgono quindi la società tutta.

La Regione Calabria ha in questo momento una numerosità di abitanti pari a 1.956.687. Il tasso di prevalenza medio di demenza (7%) dei soggetti sopra i 65 anni ci dà attualmente circa 28.000 casi attesi.

L'approvazione del Piano Nazionale per le Demenze (PND - 2014) e il suo recepimento a livello regionale, attraverso il DCA 258 del 7 dicembre 2018, costituiscono un importante passaggio per lo sviluppo di una assistenza integrata, adeguata e confacente ai bisogni delle persone affette da demenza e dei loro familiari.

Gli obiettivi del PND tendono ad omogeneizzare gli interventi sul territorio e sottolineano come principali, gli interventi e le misure di politica sanitaria e sociosanitaria: la creazione di una rete specifica per le demenze e la realizzazione della gestione integrata; l'implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure; aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita

La Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria con la nota 302141 del 10/9/2018 ha costituito un Tavolo Tecnico finalizzato alla costruzione della Rete Regionale per le Demenze (RRD).

La prevenzione per le demenze, fino a qualche tempo fa considerata impossibile, ha oggi grande evidenza scientifica ed è legata inevitabilmente alla prevenzione delle patologie croniche, al contrasto ai fattori di rischio (cardio-cerebrovascolari e metabolico) e alla corretta implementazione di stili di vita salutari. E' stato stimato che la riduzione dei sette fattori di rischio (obesità, diabete, ipertensione, inattività fisica, depressione, fumo, basso livello scolare) potrebbe ridurre dal 10 al 25% la numerosità delle demenze.

Per sviluppare questa azione è indispensabile inserire nei programmi (o piani) di prevenzione sia regionali che aziendali un'attenzione alla problematica degli anziani sopra i 65 anni, mettendo in opera, tra l'altro, stili di vita salutari (cammino, stimolazioni cognitive attraverso attività socializzanti).

L'obiettivo principale è quello di **rendere possibile la presa in carico globale e continuativa del paziente con demenza e della sua famiglia attraverso una rete di servizi sanitari integrati con la rete sociale** al fine di garantire le stesse opportunità di diagnosi, terapia, sostegno e cura per tutti i pazienti su tutta la regione. Il nodo principale della rete è costituito dal **Centro per il Deterioramento Cognitivo e le Demenze** (evoluzione delle precedenti Unità di Valutazione Alzheimer). Le UVA, nate con finalità riconducibili al solo monitoraggio dei trattamenti farmacologici, necessitano di una riorganizzazione, riqualificazione e rideterminazione, nel senso della numerosità, della multidisciplinarietà e specificità del personale.

Il medico di medicina generale riveste un ruolo chiave in tutte le fasi della malattia dementigena, dalla prevenzione, alla diagnosi, alla condivisione dell'approccio terapeutico e al monitoraggio del paziente, inoltre, è tenuto a formulare il sospetto diagnostico e ha un ruolo strategico prescrivendo sulla base dei sintomi manifestati dal paziente la procedura diagnostica appropriata ed attivando l'invio allo specialista per la definizione del percorso diagnostico e terapeutico.

Come già scritto nel documento, in tutta la Regione dovranno organizzarsi nuove forme aggregative: le **AFT o Aggregazioni Funzionali Territoriali**, e le **UCCP o Unità Complesse di Cure Primarie**, quest'ultime strutturate come un sistema integrato di servizi, parte fondamentale ed essenziale del Distretto. Nell'ottica di una medicina di iniziativa, è prevista l'attivazione del PDTA dei disturbi cognitivi che dovranno prendere in considerazione le Linee Guida redatte dal Tavolo Regionale Permanente per le Demenze dopo la costituzione della Rete Regionale delle Demenze.

Il Tavolo Regionale Permanente programmerà annualmente gli indirizzi della formazione specifica alla quale dovranno partecipare tutte le figure presenti nei CDCD e tutte le figure coinvolte nei vari percorsi assistenziali.

Altro grave problema in Calabria è da molti anni, nonostante le richieste delle Associazioni dei familiari delle persone affette da Dipendenze patologiche, una forte carenza di Comunità terapeutiche per soggetti con **Doppia Diagnosi**.

Altamente problematica è, infatti, la cura di tali pazienti che richiede tempi decisamente più lunghi in Comunità a Doppia Diagnosi, dal momento che in Calabria le risorse attualmente disponibili e il Piano di Rientro impedirebbero i ricoveri fuori regione, ricoveri dalla cui tempistica dipende la guarigione dei pazienti e la qualità della vita dei loro familiari e della stessa società che li accoglie. Altrettanto importante il problema della "assistenza post-riabilitazione" per la quale è necessario attivare percorsi di formazione di figure professionali *ad hoc*, in quanto dal buon esito di un serio programma post-riabilitativo spesso dipende la guarigione delle persone affette da dipendenze patologiche.

Tra i vari ritardi nella edilizia sanitaria desideriamo segnalare il mancato completamento del REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) di Girifalco che sta comportando l'emigrazione sanitaria di questi particolari pazienti fuori regione dopo il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari grazie alle leggi 9/2012 e 81/2014, nonostante la Regione Calabria sia stata tra le prime a attuare queste importanti leggi di giustizia sociale con l'accreditamento del REMS di Santa Sofia di Epiro che è dotata di 20 posti letto.

Nel *Transitional-care* merita una particolare attenzione l'assistenza da stazione remota dei pazienti in stato minimo vegetativo che, in Calabria, grazie al Progetto Oberon, sono una realtà che deve essere ulteriormente diffusa, consentendo l'assistenza domiciliare a persone ricoverate presso la Clinica Sant'Anna di Crotone o altri presidi ospedalieri.

7. Piano Pluriennale di Investimenti- Piano Straordinario di Assunzioni

Nel corso di questi ultimi 10 anni di vigenza del "Piano di rientro" in Calabria si è assistito a un incremento del divario tecnologico e dell'adeguamento della Rete Ospedaliera ai moderni standard alberghieri, di sicurezza, di funzionalità ed efficienza.

La classe dirigente calabrese, nonostante il Programma di Edilizia Sanitaria e di Innovazione Tecnologica finanziato con l'articolo 20 della legge n°67/1988, dalla legge n° 135/1990, dalla legge n° 450/1997, dalla legge n°448/1998, dalla legge n°39/1999, dall' Accordo di Programma integrativo del 2007 (quattro nuovi ospedali), dalla legge n°9/2012, dai Fondi Europei e dai finanziamenti erogati dall'INAIL, ha sprecato una grande occasione per ridurre il gap con le regioni del Nord, esponendo i calabresi, ultimamente, a una gogna mediatica che una politica competente avrebbe potuto risparmiarci.

La stesura definitiva della Legge n. 60 del 25 giugno 2019 “**Misure Emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria**” vincola 82.164.205, 00 di euro, risorse previste dall'articolo 20 della legge n°67 del 1988, di cui 44.454.205,00 di euro per la sostituzione di tecnologie obsolete e 37.710.000,00 di euro per il potenziamento delle attrezzature medicali. Il finanziamento è esiguo sia per i presidi ospedalieri che per le strutture territoriali che questo Piano di acquisti non prevede.

Da tempo, chiediamo un "**Piano Pluriennale di Investimenti**" per l'ammodernamento tecnologico e l'accelerazione della costruzione dei nuovi ospedali già finanziati che pastoie burocratiche o il fallimento della impresa aggiudicatrice hanno bloccato (Ospedale della Piana) su cui il Ministero dello Sviluppo Economico dovrebbe, da tempo, assumere le opportune iniziative. Nella Legge n. del è previsto che il Commissario per il Piano di rientro predisponga un “Piano Triennale Straordinario per l’edilizia sanitaria e per l’adeguamento tecnologico”, riteniamo positivo quanto previsto, ma ci preoccupa che non sia stata stabilita una data entro la quale il “Piano” dovrà essere approvato e operativo. Chiediamo, a tal proposito, al Generale Cotticelli un “Crono-programma” chiaro, affinché ai calabresi sia risparmiata l’ennesima delusione già subita a proposito dei “Fondi finalizzati per i nuovi ospedali” o per le “Case della Salute” o per gli “Hospice” o per “Attrezzature medicali” e altro di cui l’elenco è lungo.

La Calabria, su questi finanziamenti, ha subito con la connivenza di alcuni calabresi “esperti lombardi, emiliani, romani e di altre realtà regionali” senza che un mattone fosse posato!

Inoltre, è fondamentale attuare un "**Piano Straordinario di Assunzioni**", per rispettare gli standard delle dotazioni organiche previste dalla vigente normativa, per favorire il trasferimento delle conoscenze dagli operatori più anziani ai più giovani, per ridurre l'età media di medici e infermieri, per rispettare le direttive europee sui turni di lavoro, per valorizzare le risorse umane con il superamento del precariato e per adempiere ai LEA, infatti il ritardo, per esempio, superiore alle 48 ore con cui sono operati il 70% degli ultra 65enni per frattura della testa del femore è dovuto, tra l'altro, alla carenza di anestesisti e ortopedici.

8. La Sanità Digitale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con le "Linee guida sulla salute digitale" e il Ministero della Salute con vari documenti hanno posto con forza l'attenzione sulla "sanità digitale" al fine di migliorare notevolmente le prestazioni sanitarie e ridurre i costi del Servizio Sanitario, purtroppo, anche su questa problematica, la sanità calabrese si è dimostrata carente. Pertanto, richiamiamo l'attenzione della Struttura Commissariale e del Dipartimento Tutela della Salute perché, finalmente, venga attuato il Fascicolo Sanitario Elettronico, la Dematerializzazione della ricetta sanitaria e la Digitalizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) come primo passo verso un futuro digitale della tutela della salute che migliorerà la vita del paziente e renderà più efficiente il Servizio Sanitario.

In conclusione, auspichiamo, nell'interesse della Comunità calabrese, che la sanità non sia un campo di battaglia tra le forze politiche per conquistare un potere che fino ad oggi ha prodotto danni economici, sociali e lutti ai calabresi; la tutela della salute è responsabilità di tutti, pertanto, chiediamo al Governo Nazionale e Regionale e alle forze politiche presenti in Consiglio Regionale di metter da parte ogni interesse di fazione e, coinvolgendo le forze sociali, approvino, prima delle elezioni regionali una **RIFORMA della SANITA'**, secondo il modello organizzativo (ASO e AST) descritto nel "Manuale per una riforma della sanità in Calabria", riforma che manca alla nostra regione da 15 anni, attuiamo, finalmente, in Calabria l'articolo 32 della nostra Costituzione!