

Deputato Francesco Sapia
Commissione Affari sociali
0039.389.549.27.39
emilianomorrone@legalmail.it

Gen. Saverio COTTICELLI e Dott.ssa Maria CROCCO
Commissario e sub-commissario *ad acta* Piano di rientro Sanità Calabria
commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

e.p.c.

Ing. Flavio STASI
Sindaco di Corigliano-Rossano
sindaco.coriglianorossano@asmepec.it

Oggetto: *proposta organizzativa dell'Ospedale Spoke Corigliano–Rossano, in revisione del Dca nr.64/2016, finalizzata alla costituzione dell'Ospedale di Secondo Livello della Sibaritide (Ospedale Hub).*

Preg.mi destinatari,

cito innanzitutto i riferimenti normativi che sono :

- Dca n.64/2016, recante il riordino della rete ospedaliera, dell'emergenza- urgenza, delle reti tempo dipendenti;
- Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, predisposto con la Deliberazione del Direttore Generale, n.1619 del 17/08/2018 ed approvato con il Dca n,117 del 13/09/2017;
- Articolo 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n.311, il quale dispone l'adozione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo, di esito e quantitativi delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, finalizzati alla fruizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, previa intesa in seno alla Conferenza Permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, di cui all'articolo 3 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281;
- Articolo 15, comma 13, lettera "c", del Decreto-Legge 6 luglio 2012, n.95, convertito,

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012, n.135, il quale prevede che, entro il 31 dicembre 2012, previa Intesa in seno alla Conferenza Permanente Stato-Regioni, vengano adottati, a cura delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, sulla base degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, relativi all'assistenza ospedaliera, tenendo conto della mobilità interregionale, provvedimenti di riduzione degli standard dei posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati, effettivamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ad un livello non superiore al 3,7 x mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto x mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, assumendo, quale riferimento, un tasso di ospedalizzazione pari al 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni;

- Decreto del Ministero della Salute del 02 aprile 2015, n.70, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, e successive modificazioni ed integrazioni, recante la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- Articolo 27 del Decreto Legislativo 06 maggio 2011, n.68, recante disposizioni in ordine alla determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale dell'assistenza ospedaliera;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, recante l'adozione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, in sostituzione del Dpcm del 29 novembre 2001.

PREMESSA

Com'è noto, con il Decreto del Commissario Ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dal Debito dei Disavanzi Sanitari del Ssr della Calabria, n.117 del 13 settembre 2017, è stato approvato l'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, predisposto con la Deliberazione del Direttore Generale, n.1619 del 17 agosto 2017.

L'approvazione del suddetto atto programmatico scaturisce dalla necessità di dare concreta attuazione al Decreto del Commissario ad Acta, n.64/2016, intervenuto a modificazione del Dca n.30/2016, con il quale è stato approvato il riordino della Rete Ospedaliera, della Rete dell'Emergenza/Urgenza, della Rete della Sindrome Coronaria Acuta, della Rete Stroke, della Rete del Politrauma, della Rete dell'emergenza neonatale, della Rete del Trasporto Sanitario Secondario.

Deputato Francesco Sapia
Commissione Affari sociali
0039.389.549.27.39
emilianomorrone@legalmail.it

La rideterminazione, in Calabria, della rete di assistenza ospedaliera trova il proprio presupposto nelle disposizioni legislative del Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari del Servizio Sanitario Regionale, di cui all'articolo 1, comma 180, della Legge n.311/2004 , all'articolo 2, comma 80 e successivi, della Legge n.191/2009, nonché nelle disposizioni per la nomina dei Commissari ad Acta, previste dall'articolo 120, comma 2, della Costituzione, dall'articolo 8, comma 1, della Legge n.131/2003, dall'articolo 4, commi 1 e 2, del Decreto- Legge N°159/2007, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.222/2007, dall'articolo 3 del Decreto-Legge n.35/2019, convertito con modificazioni, dalla legge n.60/2019.

Per quanto concerne le disposizioni relative al riordino della rete ospedaliera, occorre richiamare, in particolare, l'articolo 15, comma 13, lettera "c", del Decreto-Legge 06 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 07 agosto 2012, n.135, il quale prevede che, previa intesa in seno alla Conferenza Permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, vengano adottati, entro il 31 Dicembre 2012, provvedimenti di riduzione degli standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, fissati con Regolamento previsto dall'articolo 1, comma 169, della Legge n.311/2004.

A tal fine, l'articolo 1, comma 2, del Decreto del Ministero della Salute del 02 aprile 2015, n.70, stabilisce che le Regioni, entro tre mesi dall'entrata in vigore dello stesso Decreto, adottino un provvedimento generale di programmazione della riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del Patto per la salute 2014/2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui allo stesso Decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, come sostituito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Lo stesso articolo 1 del Dm n.70/2015, al comma 3, prevede, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto, il riferimento alla popolazione residente, in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro livello di assistenza ospedaliera, ai fini della determinazione del fabbisogno standard regionale, che, secondo gli indicatori della programmazione sanitaria regionale, assegna un livello percentuale di finanziamento della spesa sanitaria, pari, per la macroarea assistenziale ospedaliera, al 44% del livello di finanziamento complessivo, ai sensi dell'articolo 27 del Decreto Legislativo 06 maggio 2011, n.68.



Camera dei Deputati

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

Le Regioni, nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera, nel rispetto della dotazione dei posti letto previsti dalla Legge n.135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari al 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento, riferito ai ricoveri diurni.

In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attività o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni operanti a livello nazionale in materia di COMPILAZIONE DI DISTINTE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (Sdo), nel passaggio da un'attività/regime di ricovero ad un altro.

Per quanto concerne la classificazione delle strutture ospedaliere, effettivamente a carico dei Servizi Sanitari Regionali, la programmazione sanitaria regionale provvede, in base al Dm n.70/2015, alla definizione della rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, effettivamente in carico al Ssn, le relative funzioni **ENTRO IL LIMITE di 3 posti letto per per mille abitanti, articolati secondo il parametro della complessità e dell'intensità di cura.**

La classificazione, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 02 aprile 2015, n.70, è la seguente:

- 1) **Presidi Ospedalieri di Base**, con un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto, in deroga dallo stesso Dm, i quali sono dotati di sede di Pronto Soccorso, con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: **MEDICINA INTERNA, CHIRURGIA GENERALE, ORTOPEDIA, ANESTESIA E SERVIZI DI SUPPORTO IN RETE DI GUARDIA ATTIVA E/O REGIME DI PRONTA DISPONIBILITA' SOSTITUTIVA DI RADIOLOGIA, LABORATORIO, EMOTECA, POSTI LETTO DI OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA;**
- 2) **Presidi Ospedalieri di Primo Livello**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione di Primo Livello (Dea), dotati delle seguenti specialità: **MEDICINA INTERNA, CHIRURGIA GENERALE, ANESTESIA E RIANIMAZIONE, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, OSTETRICIA E GINECOLOGIA, (se prevista per numero di parti/anno), PEDIATRIA, CARDIOLOGIA CON UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA CORONARICA (Utic), NEUROLOGIA, PSICHIATRIA, ONCOLOGIA, OCULISTICA, OTORINOLARINGOIATRIA, UROLOGIA, con servizio medico di guardia attiva e/o reperibilità, oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere previsti o disponibili in rete h24 I SERVIZI DI RADIOLOGIA ALMENO CON TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (Tac) ED ECOGRAFIA, LABORATORIO, SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE.** Per le



Camera dei Deputati

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

patologie complesse , quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i centri di secondo livello. Devono essere, altresì, dotati di posti letto di Osservazione breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva a carattere multidisciplinare;

3) Presidi Ospedalieri di Secondo Livello, con un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con strutture dotate del Dea di Secondo Livello, istituzionalmente riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, a taluni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Ircss) ed a Presidi di grandi dimensioni delle Aziende Sanitarie Locali. Tali strutture sono comprensive di tutte le strutture previste per gli Ospedali di Primo Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste negli Ospedali di Primo Livello, quali ad esempio Cardiologia con Emodinamica Interventistica h24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, e Rianimazione Cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo- Facciale, Chirurgia Plastica, Endoscopia Digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia Interventistica, Radiologia Interventistica, Rianimazione Pediatrica e Neonatale, Medicina Nucleare, con Servizio di Radiologia h24, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Sulla scorta delle disposizioni legislative sopra enunciate, la Regione Calabria, con Decreto Commissariale n.30/2016, successivamente sostituito con Decreto Commissariale n.64/2016, ha approvato il riordino della Rete Ospedaliera, della Rete dell'Emergenza /Urgenza, della Rete della Sindrome Coronarica Acuta, dello Stroke, del Politrauma, dell'Emergenza Neonatale, del Trasporto Sanitario Secondario, secondo le indicazioni di cui alla Legge N°135/2012 ed al Decreto del Ministero della Salute del 02 aprile 2015, n°70, prevedendo, nella rete ospedaliera dell'Asp di Cosenza, **la costituzione di n.03 Ospedali Spoke: 1) Spoke Corigliano/Rossano; 2) Spoke Castrovillari; 3) Spoke Cetraro/Paola.**

L'Ospedale Spoke, nella nuova disciplina giuridica dettata dal Decreto del Ministero della Salute del 02 aprile 2015, n.70, altro non è che la riformulazione aggiornata del Presidio Unico Ospedaliero (Puo), di cui all'articolo 4, comma 9, del Decreto Legislativo n.502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, con autonoma contabilità economica all'interno del bilancio aziendale e svolgimento, in capo al Direttore Medico di Presidio, delle funzioni igienico-organizzative, nonché delle altre funzioni previste da specifici ordinamenti legislativi.

Ne discende che le prestazioni assistenziali, ferme restando le rilevazioni epidemiologiche e statistiche di morbilità e di vulnerabilità sanitaria, devono essere erogate con criteri di UNIFORMITA', in rapporto alla complessità ed all'intensità delle cure, senza penalizzazioni per i cittadini. Per contro, una funzione "predominante" di uno



Camera dei Deputati

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

Stabilimento Ospedaliero sull'altro, nell'ambito dello Spoke, costituisce un vero e proprio "vulnus" assistenziale, penalizzante in termini di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ancorchè in antitesi con il principio di unicità delle cure, con spinta inevitabile verso le strutture sanitarie private accreditate.

ORGANIZZAZIONE OSPEDALE SPOKE ROSSANO/CORIGLIANO RISULTANTE DAL DCA N.64/2016 E DAL DCA N.117/2017

In atto, l'Ospedale Spoke Corigliano/Rossano risulta articolato in due Stabilimenti Ospedalieri:

1 Stabilimento Ospedaliero di Corigliano, ricomprensente le seguenti articolazioni assistenziali:

- A) Uoc di Pronto Soccorso con Osservazione Breve Intensiva (OBI)
- B) Uos di Chirurgia in elezione;
- C) Uoc di Ostetricia e Ginecologia;
- D) Uoc di Medicina Generale;
- E) Uoc di Pediatria;
- F) Uoc di Psichiatria;

Servizi di supporto:

- G) Uo di Farmacia Ospedaliera;
- H) Uo di Laboratorio Analisi;
- I) Sale Operatorie;

2) Stabilimento Ospedaliero di Rossano:

- A) Uo di Oculistica- senza posti letto;
- B) Uoc di Ortopedia e Traumatologia;
- C) Uo di Oncologia- senza posti letto;
- D) Uo di Cardiologia;;
- E) Uo di Nefrologia e Dialisi;
- F) Uo di Pronto Soccorso con Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- G) Uoc di Anestesia e Rianimazione;
- H) Uo di Orl- senza posti letto;

SERVIZI DI SUPPORTO

- J) Uoc di Radiologia;
- K) Uo di Medicina Trasmfusionale;
- L) Uo di Farmacia Ospedaliera;
- M) Sale Operatorie;
- N) Uo di Anatomia Patologica;
- O) Uo di Laboratorio Analisi

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

All'esito dell'approvazione dell'Atto Aziendale dell'Asp di Cosenza, con il Dca n.117/2017, si riscontra, allo stato, il mancato adeguamento dello Spoke Corigliano/Rossano ai dettami dello stesso Decreto Commissariale. Le maggiori criticità emergono soprattutto per quanto concerne l'Area Medica, l'Area Chirurgica, le prestazioni radiologiche, il supporto Anestesiologico-Rianimatorio.

La strutturazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza, della sindrome coronarica acuta, dello stroke, del politrauma, dell'emergenza Neonatale, del Trasporto Sanitario Secondario è basata, per quanto sopra precisato, sulla parametrizzazione di tipo aziendalistico ed imprenditoriale e non tiene conto, in solido, del principio fondamentale della complessità e dell'intensità delle cure, da garantirsi, in ogni caso, alla totalità dei cittadini.

La logica matematica e ragionieristica, applicata alla tutela della Salute, ha determinato sostanzialmente la progressiva cancellazione del principio universalistico della tutela della salute, sancito dagli articoli 3 e 32 della Costituzione, ripreso dalla Legge n.833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e confermato dalla Sentenza della Corte Costituzionale n.275/2016.

L'applicazione pedissequa dei parametri econometrici ha determinato, per effetto, unitamente al criterio di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, basato sul parametro capitaro pesato (art.1, comma 34, della Legge n.662/96), non già sui costi e fabbisogni standard, di cui all'articolo 27 del Decreto Legislativo n.68/2011, una progressiva ed inevitabile contrazione dell'offerta prestazionale sanitaria pubblica e dei Livelli Essenziali di Assistenza, determinando, soprattutto per una grande fascia di utenza, stimata statisticamente in oltre dieci milioni di cittadini, la rinuncia alle cure essenziali, in ragione dell'allungamento dei tempi di attesa e della impossibilità del ricorso alle strutture sanitarie private.

Tale configurato quadro normativo-istituzionale si è riverberato in misura maggiormente negativa nelle regioni sottoposte al Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari ed al Commissariamento, ai sensi, rispettivamente, dell'articolo 1, comma 180, della Legge n.311/2004, e successive modificazioni ed integrazioni, e dell'articolo 120, comma 2, della Costituzione, nella novella recata dalla Legge Costituzionale n.3/2001, e relative Leggi di attuazione.

In tale contesto, l'articolazione della Rete Ospedaliera nella Regione Calabria, determinata dal Decreto del Commissario Ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari Regionali, n.64/2016, intervenuto a modificazione ed integrazione del Decreto Commissariale n.30/2016, ha penalizzato, in termini assistenziali la Fascia Jonica Cosentina e la Sibaritide, già deprivata dell'assistenza ospedaliera con la riconversione del



Camera dei Deputati

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

Po di Cariati e la mancata riattivazione del Po di Trebisacce, **tenuto conto, altresì, che la neo costituita realtà comunale di Corigliano/Rossano costituisce, per estensione e densità abitativa, la terza Città Calabrese.**

Il rapporto parametrico/assistenziale, in termini di assistenza ospedaliera, nonostante la realtà dell'Ospedale Spoke Corigliano/Rossano, si rivela assolutamente insufficiente a garantire una congrua e soddisfacente offerta prestazionale, tenuto conto, nel contesto, della notevole estensione territoriale del bacino di utenza e della lontananza dell'Ospedale Hub di riferimento (L'Annunziata di Cosenza), chiamato a soddisfare l'utenza dell'area Metropolitana di Cosenza e del suo hinterland, della fascia Presilana e Silana, del Tirreno Cosentino, dell'Esaro- Pollino, della Sibaritide, dello Jonio Cosentino.

Tali carenze di ordine strutturale sono aggravate da una rete viaria incongrua, dalla carenza di mezzi di trasporto medicalizzati, da un sistema di Elisoccorso non abilitato al volo notturno, contingenze che impediscono l'attuazione della "GOLDEN HOUR", necessaria al raggiungimento, in emergenza – urgenza, degli Ospedali Hub e Spoke di Riferimento.

In tale logica può assumere contezza, in attesa della realizzazione dell'Ospedale Unico della Sibaritide, **la proposta di realizzazione dell'Ospedale di Secondo Livello della Sibaritide (Ospedale Hub)**, in sostituzione dell'attuale Ospedale Spoke Corigliano /Rossano, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 02 Aprile 2015, n.70, **derogando** opportunamente, per le motivazioni sopra indicate, dal rigido parametro previsto dal predetto Decreto Ministeriale (bacino di utenza tra 600.000 ed 1.200.000 abitanti), **considerato che, oltre alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, a taluni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Ircs), anche i i Presidi Ospedalieri di grandi dimensioni delle Aziende Sanitarie Locali possono assurgere alle funzioni di Ospedali di Secondo Livello, sedi del Dea di Il Livello.**

In via contestuale, in sede di revisione del Dca n.64/2016, è auspicabile, mediante la riattivazione del Po di Cariati, la costituzione dell'Ospedale Unico dello Jonio Cosentino Cariati–Trebisacce, con funzione di Ospedale di Base (tra 80.000 e 150.000 abitanti), dotato di Pronto Soccorso con Osservazione Breve Intensiva, delle discipline medico- chirurgiche di base e delle attività di supporto.

La proposta di Ospedale Unico dello Jonio Cosentino "CARIATI-TREBISACCE" va sicuramente nel senso del superamento delle funzioni di Ospedale di Zona Disagiata, attribuibili, secondo i dettami del Dm n.70/2015, a ciascuna delle due strutture ospedaliere, sicuramente insufficienti a soddisfare le esigenze sanitarie dei relativi bacini di utenza.



Camera dei Deputati

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

La dislocazione, in ciascun stabilimento ospedaliero, delle discipline mediche e chirurgiche e di post acuzie, secondo il principio di intensità e complessità delle cure, previa rilevazione epidemiologico-statistica dei fabbisogni assistenziali, costituirebbe una risposta prestazionale conferente, anche in funzione di “filtro” rispetto all’Ospedale Hub di riferimento.

La costituzione dell’Ospedale di Secondo Livello della Sibaritide potrebbe costituire, altresì, polo sanitario attrattivo sia per l’Area Jonica della Basilicata che per l’Area Jonica Crotonese.

All’obiezione secondo la quale **manca**, ai fini della costituzione dell’Ospedale di Secondo Livello della Sibaritide, il requisito minimo del bacino di utenza (600.000-1.200.000 abitanti), previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 02 aprile 2015, n.70, **si può tranquillamente obiettare che, per oggettive evidenze di natura orogeografica, statistico-epidemiologica, logistica, l’Ospedale Hub di Cosenza si è rivelato insufficiente a soddisfare le esigenze diagnostico-terapeutiche COMPLESSE del proprio bacino di utenza provinciale, diversamente costretto alla migrazione sanitaria infra ed extra regionale, oppure a ricorrere alle strutture ospedaliere private accreditate.**

Oltretutto, anche alla luce della recente evenienza pandemica da COVID-19, si può tranquillamente asserire che si sono rivelate tragicamente inconferenti le impostazioni econometriche del modello di assistenza ospedaliera, che hanno palesato, in tutta evidenza, la propria fragilità.

La suddetta esperienza emergenziale deve essere da veicolo per un ripensamento, in termini di aumento dell’offerta prestazionale sanitaria, con particolare riferimento alla rete ospedaliera, prescindendo da logiche puramente restrittive e ragionieristiche.

Risulta evidente, peraltro, che, parallelamente, all’auspicata revisione del Dca n.64/2016, si rende indispensabile una rimodulazione del trasporto sanitario emergenziale, mediante il rinnovo del parco ambulanze, ma, soprattutto, una nuova implementazione del sistema di Elisoccorso, prevedendo, previa opportuna intesa con i Comuni Calabresi, patrocinata dall’Anci Regionale, la Protezione Civile Regionale, la Regione Calabria, la Struttura Commissariale per il Piano di Rientro, una rimodulazione del Servizio, mediante costruzione di piste di atterraggio e decollo con l’abilitazione degli elicotteri all’atterraggio ed al decollo anche in periodo notturno, al fine di superare le oggettive criticità in atto che compromettono gli standard assistenziali nel settore dell’emergenza-urgenza e consentire, in tal modo, praticamente attuabile il criterio della **“GOLDEN HOUR”**, **inteso quale parametro ottimale per raggiungere gli ospedali Spoke ed HUB ubicati nel**



Camera dei Deputati

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

territorio regionale.

In tale logica, pertanto, trova legittimazione la proposta di dar vita all'Ospedale di Secondo Livello della Sibaritide (attuale Spoke Corigliano–Rossano), in grado di soddisfare, in ambito provinciale, un bacino di utenza, stimato in circa 300.000 abitanti, se si comprendono, oltre ai Comuni notoriamente afferenti alla fascia di utenza, anche alcuni comuni geograficamente ricompresi nel territorio del Pollino, senza escludere, peraltro, la potenziale attrazione assistenziale per alcuni Comuni del Materano e del Crotonese.

A superamento dell'ormai inveterata e deleteria concezione campanilistica della sanità regionale calabrese, che ha esplicitato, in negativo, i propri riflessi in termini di assistenziali, è auspicabile la realizzazione di tale polo ospedaliero, di secondo livello, avendo saldo il criterio guida della intensità e della complessità delle cure, con diversificazione delle articolazioni assistenziali.

PROPOSTA

L'ospedale di Secondo Livello della Sibaritide deve essere dotato di tutte le strutture previste per l'Ospedale di Primo Livello, nonché delle strutture che attengono alle discipline più complesse, non ricomprese nell'Ospedale di Primo Livello, quali, **a titolo indicativo:**

- A) Cardiologia con emodinamica interventistica;
- B) Cardiochirurgia e Rianimazione Cardiochirurgica;
- X) Neurochirurgia;
- Δ) Chirurgia Vascolare;
- E) Chirurgia Toracica;
- Φ) Chirurgia Maxillo – facciale;
- Γ) Endoscopia Digestiva ad Elevata Complessità;
- H) Broncoscopia Interventistica;
- I) Radiologia Interventistica;
- ϑ) Rianimazione Pediatrica e Neonatale;
- K) Medicina Nucleare;
- Λ) Chirurgia Oncologica;
- M) Medicina Nucleare;
- N) Radiologia con Risonanza Magnetica H24
- O) Radiologia con TAC ed Ecografia H24;
- Π) Laboratorio Analisi;
- Θ) Uoc di Anatomia ed Istologia Patologica;



Camera dei Deputati

Deputato Francesco Sapia

Commissione Affari sociali

0039.389.549.27.39

emilianomorrone@legalmail.it

P) Servizio Immunotrasfusionale;

Σ) Altre discipline di alta specialità eventualmente implementabili;

Con particolare riferimento all'attività cardiocirurgia, risulta evidente come nel vastissimo territorio della Provincia di Cosenza non sia presente una UOC di Cardiocirurgia, a fronte delle Cardiologie Emodinamiche Interventistiche presenti nelle realtà ospedaliere provinciali, pubbliche e private accreditate, con la conseguenza che le urgenze cardiocirurgiche devono essere dirottate, in via prevalente, presso le Cardiocirurgie, rispettivamente, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater" Domini di Catanzaro e del S.Anna Hospital di Catanzaro, oltretutto in assenza di Elitrasporto abilitato al volo notturno.

Resta inteso, peraltro, che la strutturazione dell'Ospedale di Secondo Livello della Sibaritide dovrà comportare un grande sforzo in termini di adeguamenti strutturali, tecnologici, organizzativi, di processo, di esito e di dotazione organica.

L'organizzazione strutturale e funzionali delle discipline dovrà essere basata sul modello dipartimentale, secondo le indicazioni previste dall'Atto Aziendale.

La presente proposta, ben lungi dal volere assumere una valenza "precettiva", ha l'intento di rappresentare una base di confronto tra tutti i soggetti istituzionali interessati alla realizzazione della idea progettuale.

In base alle suddette osservazioni La invito a revocare la nota protocollo in oggetto.

In attesa di cortese riscontro, porgo distinti saluti.

Roma, 21 aprile, 2020

Francesco Sapia

Deputato, M5s