

CESMAV
Centro Studi Medicina Avanzata
Firenze

VALUTAZIONI

**SULLA RETE TEMPODIPENDENTE POLITRAUMA
DELLA REGIONE CALABRIA NEL 2016**

E

**SULLA POSSIBILITA' DI ALLOCAZIONE NEL
PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAMEZIA TERME DEL
CENTRO DI ALTA SPECIALITA' DELLA RETE
POLITRAUMA.**

Studio Tecnico su richiesta di

**Sindaco di Lamezia Terme,
Cittadinanzattiva Regione Calabria,
Comitato Salviamo la Sanità del Lametino
Poliambulatorio Lametino srl**

Dicembre 2016

INDICE

Introduzione	pag. 3
La Rete Tempo dipendente Politrauma nella Regione Calabria nel 2016 e la possibilità di allocazione nel presidio Ospedaliero di Lamezia Terme del Centro di Alta Specialità della rete politrauma	pag.6
La Struttura dell'Ospedale di Lamezia Terme	pag. 16
La Riorganizzazione della Rete Ospedaliera nei DCA 2015-2016	pag. 18
Bibliografia	pag .21

INTRODUZIONE

In data 5 luglio 2016 il Sindaco di Lamezia Terme, Cittadinanzattiva Regione Calabria, Comitato Salviamo la Sanità del Lametino e Poliambulatorio Lametino srl hanno richiesto a CESMAV la disponibilità per una valutazione di una possibile destinazione dell'Ospedale di Lamezia Terme quale Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma della Regione Calabria e per una valutazione delle scelte operate con i Decreti 2015-2016 dal Commissario ad acta del Piano di Rientro.

In data 18 agosto 2016, abbiamo comunicato l'accettazione della richiesta con l'obiettivo di portare un contributo nel processo di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera nella Regione Calabria, tutt'ora in corso, potendo anche disporre della documentazione regionale attraverso la richiesta della Amministrazione Comunale.

In data 2 ottobre 2016 abbiamo trasmesso richiesta di

- 1) documentazione delle motivazioni della esclusione dalla programmazione del decreto 18 del 2010 del Polo Traumatologico-Trauma Center nell'ospedale di Lamezia Terme;
- 2) documentazione delle motivazioni dell'utilizzo di dati, parziali ed incompleti, del 2012 che hanno poi escluso la presenza del punto centrale, Centro di Alta Specializzazione, della Rete Politrauma nel decreto n.9 del 2aprile 2015;
- 3) documentazione della commissione tecnica della Rete Politrauma;
- 4) documentazione della attività espletata nel periodo marzo 2015-marzo 2016 a seguito della istituzione della Rete Politrauma nella Regione Calabria secondo l'allegato n. 6 del DCA n. 9 del 2015.

Alla nostra richiesta non è stato dato seguito e, pur tuttavia, lo sviluppo delle ricerche in corso da parte del gruppo di lavoro insediato allo scopo ci ha convinti ad andare avanti ed a completare, anche in assenza di documentazione certamente importante ai fini della valutazione, per le motivazioni che esprimerò.

Lo studio che presentiamo affronta l'argomento essenziale dell'incarico e cioè l'assistenza al trauma grave sotto gli aspetti clinici ed epidemiologici, da un punto di vista scientifico.

L'assistenza al trauma grave in atto attuata nella Regione Calabria viene sottoposta a considerazioni sulla base delle esperienze nazionali ed internazionali e della numerosa letteratura scientifica.

Le conclusioni sono due.

La prima riguarda il livello attuale di assistenza al traumatizzato grave nella Regione , che è sicuramente migliorabile.

La seconda riguarda le motivazioni del livello attuale di assistenza al traumatizzato grave che derivano dall'aver considerato nella sede del Consiglio Regionale nel 2013 i trauma center "strutture superate" e da non aver considerato nel 2015 la casistica prevedibile in base alle evidenze della letteratura per l'attivazione del Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma.

Oggi le due condizioni si devono ritenere scientificamente superate.

E, perciò, la Rete Politrauma va completata come prevede il DM 70/15.

L'attuazione nella Regione Calabria di un Centro di Alta Specializzazione della Rete Politrauma, stante la conformazione allungata della Regione, la necessità di contenere i tempi di percorrenza per il trasporto del traumatizzato e la disponibilità/vicinanza delle numerose vie di collegamento, compreso lo svincolo autostradale e la sede aeroportuale, mette in assoluta evidenza l'Ospedale di Lamezia Terme.

L'Ospedale di Lamezia Terme dispone al momento dei reparti e funzioni previsti ad eccezione del reparto di neurochirurgia che risulta essere presente nella stessa area in doppio, nella

azienda ospedaliera di Catanzaro e nella azienda ospedaliera Policlinico Universitario di Catanzaro-Germaneto.

L'Ospedale di Lamezia Terme è inserito in un contesto di disponibilità di funzioni e Personale derivante dalla presenza, con un brevissimo tempo di percorrenza, dell'ospedale di Catanzaro e del Policlinico universitario di Catanzaro-Germaneto, ambedue classificati HUB regionali.

La vicinanza consente di poter disporre di tutte le specialità necessarie e non prevedibili nel presidio ospedaliero spoke di Lamezia Terme attraverso accordi interaziendali.

Le dotazioni tecnologiche previste sono soprattutto le strumentazioni di radiologia tradizionale e di TAC, disponibili e/o integrabili.

L'Ospedale di Lamezia Terme ha anche la disponibilità di completare il trattamento dei traumatizzati maggiori con la fase riabilitativa, che deve iniziare fin dai primi momenti del percorso assistenziale con una integrazione tra l'area dell'emergenza/urgenza e quella della riabilitazione, come previsto nelle linee guida.

Le evidenze dell'enorme mole di documentazione valutata vengono nella trattazione ("La Rete Tempo dipendente Politrauma nella Regione Calabria nel 2016 e la possibilità di allocazione nel presidio Ospedaliero di Lamezia Terme del Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma) presentate, nei limiti del possibile, suddivise, allo scopo di render più accessibili argomentazioni complesse, dando risalto ai riferimenti della letteratura scientifica nazionale ed internazionale.

Sono aggiunti due allegati.

L'Allegato A con alcune considerazioni sulla struttura riprese dalla documentazione derivante da un progetto di studio durato due anni (2003-2005) che aveva l'obiettivo del miglioramento della sicurezza sismica negli ospedali ed il mantenimento delle funzioni ospedaliere strategiche in situazioni di emergenza.

Ci pare importante sottolineare che le motivazioni della scelta dell'Ospedale di Lamezia Terme da parte del Ministero per farne, in quegli anni, un caso studio sono le stesse che ci appaiono indicative per la funzione di Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma della Regione.

Vengono infatti evidenziati i collegamenti, la vicinanza alle grandi vie di comunicazione e di trasporto, la possibilità di facile raggiungimento della struttura.

Nell'insieme, il complesso edilizio è adeguato per le funzioni di Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma per la disposizione delle componenti strutturali e per la disponibilità di un corpo della struttura dedicato alla riabilitazione, che sembra essere unica nei presidi ospedalieri pubblici della Regione.

L'Allegato B riguarda la richiesta sulla decretazione riguardante la riorganizzazione della rete ospedaliera da parte del Commissario ad Acta.

Le valutazioni sui decreti del Commissario ad Acta mettono in evidenza che la programmazione della riorganizzazione non può continuare ad avvenire senza il supporto tecnico che appare determinante per il doveroso contenimento dei costi ma anche per adottare decisioni utili.

La decisione della organizzazione, esposta e non adottata, in merito alla presenza delle commissioni tecniche nel crono-programma allegato al decreto 9 del 2 aprile 2015, è auspicabile sia ripresa e completata per render disponibili conoscenze ed indirizzi scientifici e tecnici senza i quali si può incorrere in ritardi ed omissioni ed in spese non dovute mentre viene perseguita una durissima linea di contenimento delle risorse per le terapie e per gli accertamenti diagnostici.

Concludendo, posso ritenermi soddisfatto perché il lavoro portato a compimento dal gruppo tecnico insediato allo scopo da CESMAV ha dato risultati evidenti ed in grado di dar risposte chiare ai quesiti che ci erano stati posti.

La Rete Politrauma nella Regione Calabria deve essere completata con l'attivazione del punto centrale, Centro di Alta Specialità, e l'Ospedale di Lamezia Terme appare la sede più idonea.

La attivazione del Centro di Alta Specialità renderà disponibile una struttura ed una funzione che sicuramente apporterà rilevanti benefici in termini di riduzione della mortalità e della disabilità nei Pazienti gravemente traumatizzati, come, senza alcun dubbio, la letteratura scientifica e l'esperienza sul campo quotidianamente documenta.

Segnalare la necessità di questo tipo di organizzazione è il motivo che ci ha indotto ad andare avanti nell'elaborazione del lavoro anche in assenza della documentazione richiesta e che ci induce oggi a presentare in anticipo, rispetto alla prevista scadenza di marzo 2017, gli elaborati ai quali hanno partecipato eminenti studiosi italiani che voglio ringraziare.

In particolare, voglio ringraziare il Dr Osvaldo Chiara, notissimo esperto del settore, più volte citato anche nella trattazione che presentiamo per contributi scientifici di livello assoluto, in atto coordinatore della gestione multidisciplinare del trauma maggiore presso il dipartimento d'urgenza dell'ospedale Niguarda di Milano.

Il Dr Chiara ha accettato anche di supervisionare, in via amichevole, la trattazione “

La Rete Tempodipendente Politrauma nella Regione Calabria nel 2016 e la possibilità di allocazione nel presidio Ospedaliero di Lamezia Terme del Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma” e siamo particolarmente soddisfatti di poter presentare un nostro lavoro con così importante partecipazione e condivisione.

La Regione Calabria, con preveggenza ed in largo anticipo rispetto alle altre Regioni, aveva individuato fin dal 2004 la necessità di dotarsi di una sede regionale per l'assistenza specialistica al traumatizzato grave nell'Ospedale di Lamezia Terme.

Decisione confermata ed anche rafforzata nel 2007 dalla creazione del Polo Traumatologico Regionale e dall'assegnazione nel 2012 di 40 posti letto di riabilitazione.

Oggi non si rinvengono motivazioni perché quelle decisioni, tutte convergenti, della sede politica-amministrativa non si traducano nella attivazione del Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma, superando la non utile indicazione dell'allocazione fuori Regione, e senza necessità di ulteriori risorse, poiché quelle necessarie sono estraibili dagli eccessi tra i reparti esistenti nella stessa area, come l'opportuno utilizzo nella sede di Lamezia di uno dei due reparti di neurochirurgia già presenti nello stesso bacino d'utenza.

Stabilizzare il livello attuale di assistenza al trauma grave equivale a diniegare la possibilità di limitare mortalità e disabilità ponendosi contro studi, esperienze, attività.

Firenze li 27 dicembre '16

CESMAV Il Presidente
Prof. Dott. G.Gensini

La Rete Tempodipendente Politrauma nella Regione Calabria nel 2016 e la possibilità di allocazione nel presidio Ospedaliero di Lamezia Terme del Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma

(redatto con la supervisione del Dr.O.Chiara,Milano)

1.0 L'assistenza al Trauma Grave e l'importanza della qualità delle cure

Da diversi decenni è in corso un processo di sviluppo nella medicina legata ai traumi che ha raggiunto oggi notevoli risultati ma è ancora in corso.

La patologia traumatologica è importante perchè

- riguarda un numero molto elevato di casi:800.000 morti per trauma/anno in Europa (OMS 2005) ed in Italia circa 3700; morti a seguito di incidenti stradali e oltre 300.000 feriti, ai quali si devono aggiungere le vittime di infortuni domestici, sportivi e del tempo libero;

-è prima causa di morte in soggetti di età inferiore a 40 anni;

-la qualità delle cure può ridurre del 30% i morti per trauma.

A seguito di trauma grave nel 50% dei casi segue morte immediata; nel 30% dei casi la morte avviene nelle prime ore dall'evento; nel 20% dei casi la morte avviene entro le prime settimane.

Questa modalità è conosciuta come distribuzione tri modale della mortalità per trauma ed è importante perchè il 30% dei morti nelle ore immediate post evento viene ritenuto di "morti evitabili", che accadono quando non esistano strutture dipartimentali deputate al suo trattamento (1,2,3) e/o quando non vi siano da parte degli operatori sanitari le competenze specifiche per affrontare le problematiche del paziente traumatizzato (4-10).

Studi successivi dimostrarono una modalità diversa ,bimodale, dipendente anche dal tipo e dalla sede della lesione.(11,12)

Invece viene confermato che una percentuale elevata di feriti per trauma muore per cause evitabili legate alla qualità degli interventi.

Percentuale compresa nei diversi studi tra 9% e 40%.(13)

I primi 60 minuti, dal momento in cui si verifica l'evento traumatico. rappresentano l'intervallo in cui la qualità delle prime cure è in grado di influenzare in modo decisivo la prognosi del traumatizzato, perciò tutte le fasi pre ospedaliere devono essere ottimizzate.

Questi aspetti sono stati affrontati e risolti negli Stati Uniti, in Canada ed in diversi Paesi europei nel corso degli anni 80-90 con l'istituzione di sistemi integrati extra-intra ospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo imperniati su strutture ospedaliere specificamente dedicate nella cura del trauma, definite Centri Trauma o Trauma Centers, e sui Centri di Riabilitazione.

Anche in Italia viene posta la questione delle morti per trauma evitabili (13,14,15) e si conferma che la percentuale delle morti evitabili per trauma è significativamente più elevata quando non esistano strutture deputate al suo trattamento (16,17) ed è riducibile se gli operatori sanitari sono in grado di fornire un'assistenza adeguata (18,19,20).

E numerosi lavori, nello stesso periodo, concordano che il trattamento dei pazienti con trauma maggiore in strutture specializzate è associato ad una riduzione della mortalità oscillante dal 10 al 20% (21,22,23,24).

1.1

Nel luglio 2004 In Italia la Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità, su indicazione del Ministro della Salute, ha esaminato la problematica dell'assistenza al trauma maggiore, individuando le seguenti condizioni al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso:

1. La necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
2. La capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria;
3. L'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente);
4. La connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati alla riabilitazione.

1.2

Nel 2004, il Ministero della Sanità espone gli indirizzi del sistema integrato territorio-ospedale come migliore risposta alle necessità dei traumi (25), riprendendo aspetti che erano già stati definiti nel 2002 nelle "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni" (26)

1.3

Nel 2005 Il Ministero della Salute convoca una Commissione consultiva dei rappresentanti delle società scientifiche SIMEU, SIAARTI, SICUT, SIMFER, SINCH, SIRM per il miglioramento del sistema di emergenza-urgenza.

Viene previsto nel documento conclusivo l'attivazione di un Trauma System, specificatamente destinato al trattamento interdisciplinare del trauma. (27)

1.4

Nel luglio 2005 da parte del Consiglio Superiore di Sanità viene emesso un documento nel quale viene presentato il Sistema Integrato di Assistenza al Trauma (SIAT) basato sul riconoscimento nella sede del trauma dei pazienti più gravi e sul trasporto in ospedale, non sempre il più vicino al luogo dell'evento, con risorse e gruppi multidisciplinari di Sanitari specializzati in assistenza ai Traumi (28).

Tale documento segue alla pubblica richiesta dei Medici rappresentanti delle società scientifiche interessate che il 1.04.2004 avevano sollecitato espressamente l'attivazione dei Trauma Center perché "il 50% delle morti per trauma cranico in Italia sono evitabili", come disse Franco Servadei, rappresentante della società di neurochirurgia.

1.5

Nel 2008 il 7 aprile, vi fu la presentazione a Roma delle Linee Guida Nazionali di riferimento per il Sistema Trauma.

In Italia un SIAT è un'area territoriale geograficamente definita entro cui viene realizzato un sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi, costituito da

- una rete di ospedali

tra di loro funzionalmente connessi, detti Centri Trauma, differenziati, sulla base del numero e della tipologia di specialità a disposizione nelle 24 ore, nelle seguenti categorie:

- a. Centro Trauma di Alta Specializzazione (CTS),

dotato delle risorse necessarie a identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione mono o polidistrettuale.

Devono essere previste unità operative con guardia attiva sulle 24 ore di Medicina d'Urgenza, Chirurgia Generale e d'Urgenza, Anestesia-Rianimazione, Ortopedia, Neurochirurgia, Radiologia (con possibilità interventistica), Laboratorio, Centro trasfusionale. In consulenza (eventualmente anche attraverso accordi interaziendali) devono essere disponibili le specialità di Chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Cardiocirurgia, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica e Grandi ustionati, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia della mano e dei reimpianti;

b. Centro Trauma di Zona (CTZ),

presso cui sono disponibili tutte le risorse strutturali e organizzative necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni come nel CTS, tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità.

In Italia, molti ospedali con queste caratteristiche sono dotati di alcune specialità: ad esempio esistono ospedali in cui è presente la neurochirurgia, ma non la cardiocirurgia o la chirurgia toracica e viceversa. Tali ospedali nell'ambito del SIAT possono essere definiti CTZ specialistici e considerati nella ripartizione dei pazienti in funzione delle esigenze;

c. Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST),

identificato in aree geografiche strategiche, senza un immediato accesso in CTS o CTZ, in grado di garantire il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni determinanti instabilità prima di un eventuale trasferimento a una struttura di livello superiore.

Tutti i traumi dell'area che dimostrino sul territorio criteri indicativi di trauma maggiore dovrebbero essere trasportati ai CTS/CTZ, in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità, al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè di trasporto immediato al luogo di cura definitivo.

I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri pre ospedalieri di severità, o quelli con grave instabilità cardio-respiratoria non controllabile sul territorio, possono afferire all'ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso. (29)

È possibile, successivamente e sulla base delle singole esigenze, un trasferimento presso un Centro Trauma, secondo una modalità di centralizzazione secondaria.

Il CTS/CTZ prevede all'interno del DEA l'unità operativa trauma team (o trauma service), diretta dalla figura professionale locale di maggior competenza specifica, con funzioni di coordinamento delle varie competenze specialistiche che, pur mantenendo l'appartenenza alle singole unità operative, quando necessario convergono e vengono finalizzate alla gestione del traumatizzato secondo protocolli prestabiliti e condivisi.

-Una Rete delle Strutture di Riabilitazione.

Il paziente vittima di un trauma maggiore si giova non solo di una gestione multidisciplinare in Urgenza/Emergenza, ma anche di una tempestiva presa in carico da parte degli specialisti di riabilitazione, che deve iniziare già in fase acuta con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale, finalizzato al recupero del grado di funzione il più elevato possibile

(30,31,32,33)

1.6

Con la pubblicazione delle linee guida da parte dell'AGENAS si conclude in Italia un lungo periodo di presa d'atto della esperienza, in diverse sedi, di dati scientifici italiani, europei e mondiali per un adeguato trattamento del trauma grave, indispensabile per ridurre mortalità, invalidità e disabilità che, oltre ai danni fisici, comportano un rilevante impegno economico, sia per i costi diretti di tipo sanitario, per la cura in fase acuta e la riabilitazione, sia per i costi diretti di tipo non sanitario (costi

legali, assicurativi), ma anche per i costi non quantizzabili legati alla perdita o alla riduzione dello stato di salute, quindi, della capacità produttiva (34).

1.7

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni.

Poiché interessa prevalentemente le fasce di popolazione attiva, costituisce un enorme costo sociale.

Inoltre, in molti traumatizzati residuano condizioni invalidanti che aggravano ulteriormente le sequele negative sul piano sia umano sia economico per il paziente e i suoi familiari, con notevoli costi sociali

In Europa la spesa stimata per l'assistenza ai pazienti che decedono per causa traumatica ed a quelli che sopravvivono ammonta ad una cifra compresa tra i 90 e i 200 miliardi di euro (35)

In Italia la spesa stimata solo per l'assistenza sanitaria ammonta ad almeno 46,8 miliardi di euro.

La patologia traumatica costituisce, quindi, anche una questione di salute pubblica che richiede l'impegno di tutte le istituzioni per interventi di tipo preventivo e di miglioramento-adequamento dei percorsi di cura.

Di grande peso sociale ed economico sono gli esiti invalidanti che hanno un'incidenza elevata (circa 2 disabili ogni decesso per trauma maggiore) soprattutto nelle aree in cui non esiste ancora un'organizzazione che valorizza l'approccio clinico strutturato.

I pazienti disabili reduci da trattamenti intensivi sono curati nei reparti di riabilitazione per tempi molto lunghi con impiego vistoso di risorse e gravi conseguenze per la persona e per le famiglie.

Il Trauma è la causa principale di perdita di anni di lavoro nei giovani, la categoria potenzialmente più produttiva.

1.9

Per le motivazioni sanitarie, sociali ed economiche che precedono, non solo le Regioni che avevano sperimentato la nuova assistenza ai traumi, con in testa l'Emilia Romagna e la Toscana, ma anche le altre grandi Regioni come la Sicilia (36), la Campania (37), il Lazio (38), il Veneto (39), il Piemonte (40), la Lombardia (41) si dotano di sistemi integrati di assistenza al trauma.

E provvedono anche le Regioni con meno di due milioni di abitanti, che sarebbe il limite per l'attivazione di un sistema integrato di assistenza ai traumi, come la Liguria (42) e la Sardegna (43) e le Regioni più piccole: La Regione Basilicata (44), le Marche (45).

2.0

Nel Piano Sanitario Regionale della Regione Calabria 2004-2006 vengono istituiti i Centri di Alta Specialità, per le seguenti attività assistenziali:

- unità per grandi ustionati- "trauma center" e chirurgia d'urgenza
- unità spinale- centro di tossicologia clinica, munito di farmacia antidotica.

"Tali attività, che costituiranno il Polo Traumatologico Regionale, in riferimento al bacino d'utenza regionale, alla posizione baricentrica, ed alla articolazione delle vie di comunicazione, saranno collocate nella Azienda Sanitaria di Lamezia Terme, anche al fine di garantire il collegamento funzionale con il Centro protesi e riabilitativo INAIL". (46)

Nel Piano Sanitario Regionale 2007-2009 della stessa Regione Calabria viene istituito il Trauma center- polo traumatologico regionale di Lamezia Terme.

“Nel panorama delle attività di eccellenza si colloca l’istituendo Trauma-center - polo traumatologico regionale presso l’ospedale di Lamezia Terme allo scopo di elevare la qualità e la sicurezza dell’offerta sanitaria, in considerazione della particolare incidenza delle patologie traumatologiche e dell’esigenza di contenere il ricorso alle cure fuori Regione.

Il trauma center assicura le prestazioni avanzate e la diagnostica di terzo livello in modo unitario ed integrato, mediante tutte le funzioni collegate all’emergenza-urgenza traumatologica, tossicologica e di unità spinale. Al trauma center è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata, in base alle prestazioni effettuate”. (47)

Per gli adeguamenti della struttura ritenuti necessari, la stessa Regione aveva in precedenza finalizzato per l’ASL n. 6 Lamezia Terme la somma di euro 13.850.000 per “trauma Center” e di euro 2.500.000 per implementazione delle tecnologie” (48)

Queste somme, inspiegabilmente, non sono state spese.

Nel 2010 il decreto 18, del 22. Ottobre, non riprende le indicazioni dei precedenti piani sanitari regionali, anche qui, inspiegabilmente.

La rete ospedaliera per l’emergenza è descritta nell’allegato n.2.

Non vi è traccia delle precedenti indicazioni per l’assistenza al trauma grave.(49)

2.1 L’ASSISTENZA AL TRAUMA GRAVE IN CALABRIA Nel 2015

Nel 2015 viene istituita nella Regione Calabria, con il DCA n. 9, la Rete Politrauma che prevede tre Centri Trauma di Zona negli Hub delle aziende ospedaliere di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria ai quali fanno riferimento, per ambito provinciale, i Presidi di pronto Soccorso per Traumi indicati negli ospedali spoke.

Il modello istituito non prevede il Centro di Alta Specializzazione, che viene indicato, genericamente, “fuori Regione”.

La motivazione addotta è la mancanza della prevista casistica di 400-500 pazienti/anno, ricavata dalle SDO dei 354 pazienti ricoverati per traumatismi che hanno necessitato di ricovero in terapia intensiva per l’anno 2012. (50)

2.2

Considerazioni (a)

Questo singolare modello non è stato mai applicato nelle Regioni Italiane, anche le più piccole, che, per dimostrare la possibilità della casistica, utilizzano i dati epidemiologici sull’incidenza dei traumi gravi ospedalizzati che sono 350-400 per milione di abitanti /anno (dato rilevato dalle SDO della più popolosa regione italiana) (51).

A questi vanno aggiunti i decessi pre-ospedalieri che rappresentavano nell’ultimo studio italiano disponibile del 2002 (52) il 46% di tutti i morti per trauma (circa 27 per 100000 abitanti per anno). La numerosità totale dei decessi per evento traumatico e la percentuale pre ospedaliera sono sicuramente diminuite nei registri europei, attestandosi a circa 18 morti per 100.000 abitanti\anno, con una quota fuori dall’Ospedale del 15-20% (dati DGU, registro traumi della Germania e TARN, registro traumi Inghilterra).

Quindi, nel caso della Regione Calabria, con due milioni di abitanti, si devono attendere tra i 900 ed i 1000 casi/anno.

I dati degli studi epidemiologici italiani confermano:

(Friuli-Venezia Giulia – 627 casi/anno/1.200.000 abitanti, Emilia-Romagna 2000-2500 casi/anno/3.900.000 ab.), e, sulla base di essi, si può ragionevolmente pensare che nella Regione Calabria si verificano non meno 800/900 casi di trauma grave /anno.(53)

Ma è lo stesso allegato n. 6 che riporta che “ dati epidemiologici riferiti alla realtà nazionale stimano il numero di traumatizzati gravi che giunge vivo in ospedale in circa 300 casi/milione/anno pari quindi a circa 600 casi/anno in Calabria”.

E più oltre, sempre lo stesso allegato,: “Il trauma cranico è fra le più importanti patologie traumatiche e rappresenta ancora oggi la principale causa di morte nella popolazione di età al di sotto dei 45 anni. Ogni anno 250 pazienti ogni 100.000 abitanti vengono ricoverati in Italia per trauma cranico. La mortalità è di circa 17 casi per 100.000 abitanti per anno. L'Italia si trova in piena "media" europea considerando l'incidenza media in Europa di 232 casi per 100.000 abitanti/anno e una mortalità di 15 casi per 100.000 abitanti”.

Sembra una contraddizione evidente, non spiegabile.

Considerazioni (b)

In merito alla problematica della non attuazione del Centro di Alta Specialità della Rete Politrauma v'è stata anche una interrogazione al ministro della sanità sul perché ,contro tutte le evidenze, si fosse adottato il numero dei ricoverati in rianimazione della SDO traumatismi ed avvelenamenti dell'anno 2012.

L'interrogazione, presentata il 29 settembre 2015, non ha avuto risposta.(54)

Considerazioni (c)

Nel DCA n. 9/15 il cronoprogramma allegato prevede la nomina di una commissione tecnica che avrebbe dovuto elaborare un documento da sottoporre all'approvazione.

La commissione non è stata nemmeno convocata.

Non sono stati approvati,prima dell'emissione del decreto, entro il 31 dicembre 2014,il teleconsulto e non sono stati approvati i protocolli di trasferimento urgente nemmeno dopo il 2 aprile 2015,data di emissione del DCA n.9.

Entro il 30 giugno 2015 avrebbe dovuto essere individuato il centro fuori Regione per le funzioni di Centro di Alta Specialità.

Il Centro fuori Regione non risulta individuato alla data odierna.

Si deve, perciò , ritenere che il modello attivato ha incontrato nell'applicazione difficoltà e che sono mancati e mancano i benefici attesi in termini di mortalità e disabilità.

L'applicazione deve aver incontrato anche difficoltà aggiuntive nel caso del Centro Traumi di Zona dell'Azienda Ospedaliera di Catanzaro, indicato riferimento per tutta l'area centrale della Regione, per la mancanza della piazzola elicotteristica in quel presidio ospedaliero.

In più,sembra permanere il vecchio modello di assistenza ai traumi, un modello verticale di passaggi e di interventi che si susseguono secondo una predisposizione prefissata che partono dal più semplice e, se non basta, vanno al complesso.

E' il modello che porta il traumatizzato nel presidio ospedaliero più vicino per le prime cure per poi trasferirlo invece di prevedere che la gravità del trauma possa/debba prevedere il diretto trasferimento non nell'ospedale più vicino, non nel Presidio di pronto Soccorso per Traumi e non nel presidio traumi di zona più vicino, ma direttamente nel Centro di Alta Specializzazione, che, essendo allocato fuori Regione, sarebbe difficile possa essere in grado di soddisfare le necessità di tempestività richieste, ma non è stato nemmeno identificato.

La incompletezza della Rete Politrauma pone la Regione Calabria fuori della realtà delle altre Regioni.

Tutte le Regioni, dopo il 2006, hanno prestato attenzione ad organizzare una nuova assistenza al trauma grave sul modello elaborato dal documento del Consiglio Superiore di Sanità nel 2004, poi recepito nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, e sulla base delle positive esperienze delle Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Lazio ed, ancora oggi, elaborano e rivedono le proprie Reti di Assistenza ai Traumi gravi.

Nel 2012, la realtà italiana di assistenza al trauma grave veniva così descritta da Autori, essi stessi Operatori sul campo, precursori e promulgatori per una assistenza diversa :

“Fino agli inizi degli anni 90, in Italia il trauma era considerato “una epidemia mortale e negletta”. Non esistevano percorsi formativi realmente efficaci per migliorare le competenze degli operatori. Mancava quasi ovunque una organizzazione dei soccorsi che consentisse l’arrivo “del paziente giusto, nel posto giusto, in tempi accettabili e nelle migliori condizioni possibili”...

La somma di tante carenze si traduceva per troppi gravi traumatizzati in un outcome negativo, tanto che quasi la metà di essi moriva o riportava esiti invalidanti gravissimi.

Gran parte di tali decessi era potenzialmente evitabile, come hanno dimostrato numerosi studi.

Oggi l’obiettivo di modificare lo scenario della cura del trauma in Italia è stato raggiunto”(55)

Non si può dire per la Regione Calabria che, fino al 2010, aveva provveduto a programmare, identificando una problematica di assistenza al trauma grave e concentrando l’assistenza nell’Ospedale di Lamezia Terme.

Dal 2010 cambia nella Regione Calabria la concezione dell’assistenza al trauma grave come chiarisce la vicepresidente della Giunta Regionale ad una interrogazione presentata dal Consigliere Regionale Scalzo sulla istituzione del Trauma Center a Lamezia Terme.

La vicepresidente della Giunta Regionale, Antonella Stasi, interrogata sui motivi della non attivazione del trauma center previsto nei precedenti piani sanitari regionali, risponde:”

” Per quanto riguarda il discorso Trauma center mi vorrei soffermare un po’.

Questa attività, in questo momento, non può essere un punto di riferimento poiché è superata da una organizzazione sanitaria nuova a livello sia nazionale sia europeo.

Infatti, è noto che in tutta Europa non solo non si costruiscono più tali strutture ma quelle esistenti sono in fase di dismissione e riconversione; questo per effetto di nuove necessità ma anche per un sistema sanitario diverso gestito per funzione e quindi per Hub e Spoke.

La maggior parte delle funzioni del Trauma center sono già contenute in ospedali Hub della nostra regione basti pensare che casi meritevoli di trattamento di Trauma center in questo momento vengono già curati per circa il 70 per cento in ospedali della Regione Calabria.

E proprio queste funzioni ottimali sono già contenute negli Hub.

Sarebbe decisamente miope ed anacronistico investire per un risultato così iniquo.

Possiamo dire che il Trauma center, in questo momento, risulta come un modello funzionale assolutamente superato.(56)

2.3

Dopo le linee guida dell’AGENAS del 2007, la necessità di costituire sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo, detti SIAT, viene approvata nella conferenza Stato-Regioni 5 agosto 2014 “definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”(57).

Il DM 70 del 2015 impone alle regioni, a partire dal 1 gennaio 2017, l’organizzazione delle reti di patologie tempo-dipendenti, tra cui quella traumatologica, recuperando in gran parte le indicazioni del documento del Consiglio Superiore di Sanità del 2005:

“Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l’assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in:

- **Presidi di pronto soccorso per traumi (PST),**
- **Centri traumi di zona (CTZ),**
- **Centri traumi di alta specializzazione (CTS).**

Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata “hub and spoke”, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri ad alta specialita’ (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke). I CTS sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni.”

“**PST:** Si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria”.

“**CTZ:** Si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie
- Chirurgia generale
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina d’urgenza
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell’ambito del SIAT
- Laboratorio d’urgenza e Centro trasfusionale
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d’urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato”

“**CTS:** Ha un bacino di utenza ottimale di **2.000.000-4.000.000 di abitanti** e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno **400-500 casi/anno** e una **quota di traumi gravi superiore al 60%** dell’intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di **DEA di II livello** con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
- Sale operatorie h.24
- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery
- Medicina d'Urgenza
- Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.”

Si considera pertanto necessario, ogni due-quattro milioni di abitanti, un CTS con tutte le specialità e un numero di CTZ dotati solo di alcune specialità, tenendo anche conto delle caratteristiche del territorio e delle problematiche stagionali.

I 900-1000 casi/anno prevedibili nella Regione Calabria comportano una ospedalizzazione nel Centro di Alta Specialità di almeno 400-500 casi che sono oltre la media dei casi previsti.

Inoltre il numero totale dei casi previsti consente un adeguato volume di pazienti per ogni centro. Infatti, 250-300 traumi maggiori all'anno sono considerati il minimo per mantenere un adeguato addestramento dei team, come anche sottolineato dal DM 70.

Riguardo la presenza del reparto di neurochirurgia Le linee guida precisano che “poiché i traumi con lesioni endocraniche sono circa 380/anno per milione di abitanti di cui 110 subiscono un intervento chirurgico, nell'ambito di un SIAT di due milioni si possono considerare sufficienti due centri specialistici di neurochirurgia (il CTS e un CTZ)”.

2.4

I Decreti del Commissario ad Acta descrivono la programmazione della sanità regionale distinguendo una Area Nord, una Area Centro ed una Area Sud ove, nei capoluogo di provincia e della Regione, sono allocate le tre Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

L'allocazione nella Regione Calabria del Centro di Alta Specialità di una Rete Politrauma Regionale risulta praticamente obbligata dalla conformazione della Regione, allungata per 317 km da nord a sud.

La scelta non può che ricadere nell'area della sanità regionale definita come area centro, con eguale distanza chilometrica e di tempi di percorrenza dai due estremi

Quest'area comprende l'Azienda Ospedaliera di Catanzaro, l'Azienda Universitaria di Catanzaro-Germaneto ed il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme.

Le strutture che distano 32 km, con un tempo di percorrenza di 30 minuti, ricadono praticamente nello stesso bacino d'utenza, anche se hanno gestioni diverse.

Dovendo allocare il Centro di Alta Specialità nell'area centro e dovendo tener presente le caratteristiche indicate in (55) di localizzazione geografica, di viabilità, di vicinanza a strade ad alta percorrenza, e di dislocazione di elisuperfici operative 24 ore su 24, appare evidente che l'indicazione ricade sul presidio di Lamezia Terme.

Che erano le motivazioni di base per l'allocazione nel presidio ospedaliero di Lamezia Terme del Trauma Center nei piani sanitari regionali ricordati.

La localizzazione geografica rende il presidio ospedaliero di Lamezia Terme raggiungibile nel minor tempo da tutti gli ospedali della Regione, come si può vedere anche in una tabella pubblicata nell'allegato Ictus dello stesso decreto n.9 del 2 aprile 2015.

Per quanto viene richiesto per la dotazione organica/strumentale,

l'Ospedale di Lamezia Terme è attualmente uno spoke con tutte le specialità necessarie previste.

In associazione alle specialità previste possono essere disponibili H 24, direttamente o tramite accordi interaziendali con l'Azienda Ospedaliera di Catanzaro o con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Catanzaro-Germaneto stante la distanza percorribile in meno di 30', tutte le specialità previste nelle linee guida.

Per i motivi esposti, è necessario che l'Ospedale di Lamezia Terme abbia disponibile in sede un reparto di neurochirurgia, che nella stessa area è presente in sovrannumero sia nella Azienda Ospedaliera che nella Azienda Ospedaliera Universitaria di Catanzaro.

Per quanto riguarda la Riabilitazione,

nell'Ospedale di Lamezia Terme risultano assegnati 40 posti letto di riabilitazione per una decisione regionale che appare proprio finalizzata all'utilizzo dell'Ospedale di Lamezia Terme come struttura unica centrale per il trattamento dei traumi gravi.

Questi posti letto rendono, anche per questo aspetto, l'Ospedale di Lamezia Terme la sede privilegiata per l'allocazione del punto centrale della Rete Politrauma.

La struttura dell'Ospedale di Lamezia Terme (Allegato A)

L'Ospedale di Lamezia Terme dal novembre 2003 al 30 luglio 2005 è stato scelto come un caso scuola in una ricerca del Ministero della Salute, in collaborazione con il Dipartimento della Protezione Civile.

Il progetto a favore delle amministrazioni regionali aveva l'obiettivo del miglioramento della sicurezza sismica negli ospedali ed il mantenimento delle funzioni ospedaliere strategiche in situazioni di emergenza.

Nell'elaborazione del progetto è stato impegnato per oltre due anni un team con competenze specialistiche mediche ed ingegneristiche e si è concluso con il deposito presso il Ministero della Salute di un elaborato in tre volumi nei quali vengono descritte le strutture, i criteri generali per la sicurezza sismica degli Ospedali, gli aspetti metodologici per la valutazione degli Ospedali esistenti, esempi di simulazione di interventi a seguito di terremoti con epicentro in Reggio Calabria, Lamezia Terme, Locri, Cosenza.

Lo studio ha riguardato l'Ospedale di Lamezia Terme del quale viene riportata l'analisi della struttura rispetto alla necessità di interventi estesi nello sviluppo del progetto per la pianificazione dell'emergenza.

Gli esiti della ricerca sono stati presentati nel corso di un convegno pubblico a Lamezia Terme, Teatro Grandinetti, il 30 marzo 2006 e gli atti sono disponibili presso il Ministero della Salute (58)

Non è compito del presente studio la valutazione degli esiti del progetto che, certamente, appare essere un importante documento che attesta anche che l'Ospedale di Lamezia Terme potrebbe svolgere un ruolo importante nell'intervento sanitario in caso di grandi disastri per la struttura, sostanzialmente ritenuta adeguata, per i collegamenti, per la vicinanza alle vie di comunicazione, per la facile raggiungibilità, per i grandi spazi esterni.

Il complesso strutturale viene descritto come segue:

Il complesso è costituito da quattro corpi di fabbrica:

- Corpo degenze a sei livelli
- Piastra servizi a due livelli
- Uffici amministrativi
- Riabilitazione funzionale.

Le piante del corpo degenze descrivono l'allocazione di reparti e servizi come segue:

Al piano terra:

Accettazione e pronto soccorso, rianimazione, tic, radiologia e la direzione sanitaria, servizi, uffici, ambulatori.

Al primo piano:

Il complesso delle camere operatorie, le sale prattili laboratorio analisi, il servizio trasfusionale, dialisi.

Al secondo piano:

Reparti chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare.

Al terzo piano:

Reparti di pediatria, terapia intensiva neonatale, neonatologia, ginecologia ed ostetricia

Al quarto piano:

Reparti di chirurgia otorino chirurgia oculistica, chirurgia plastica, grandi ustionati, chirurgia urologia.

I posti letto sono n.366
Le camere operatorie attive n. 8

Altri dati della struttura riportati:

- Superficie del sedime mq. 130.000;
- Superficie coperta mq. 50.300 circa
- Volume edificato mc. 144.000 circa
- Superficie per parcheggio mq. 19.000 (posti macchina 650)
- Viabilità interna ben dimensionata e di grande respiro a servizio di tutti i fabbricati.
- L'impianto elettrico degli edifici è alimentato dalle due cabine denominate:
 - Cabina di trasformazione MT/BT per gli edifici Riabilitazione e Uffici
 - Centrale elettrica per gli edifici Piastra e degenze

Circa la dotazione impiantistica il Presidio Ospedaliero dispone di tre gruppi elettrogeni alimentati a gasolio, due dislocati al piano seminterrato dell'edificio "Piastra" e uno al piano seminterrato dell'edificio "Riabilitazione".

I primi sono in grado di erogare una potenza complessiva di 1025KW, mentre il secondo di 250KW, che complessivamente raggiungono il 55% dell'energia necessaria al normale funzionamento.

Il Presidio Ospedaliero dispone di due locali batterie dislocati ai piani seminterrati degli edifici "Piastra" e "Riabilitazione".

Gli elevatori monta lettighe dispongono di alimentazione di riserva fornita da gruppo Elettrogeno di emergenza."

Ai fini del nostro impegno, il complesso, che è strutturalmente immodificato, risponde alle necessità di un Centro di Alta Specialità per le caratteristiche strutturali di:

- arrivo ambulanze/eliambulanze direttamente collegato all'area di accettazione per un accesso facilitato in termini di spazio-temporali ai mezzi di soccorso su ruota ma anche efficacemente collegata alla piazzola di atterraggio dell'elisoccorso.(55)
- dotazioni adeguate di radiologia tradizionale e TAC in vicinanza pressi dell'area accettazione che può agevolare l'iter diagnostico.
- due camere operatorie multifunzionali organizzate per chirurgia d'urgenza, chirurgia ortopedica, chirurgia specialistica facilmente accessibili.
- laboratorio e servizio trasfusionale nelle immediate vicinanze.
- dotazione di un corpo dedicato alla riabilitazione funzionale al quale sono state assegnati 40 posti di riabilitazione funzionale. (59)

La Riorganizzazione della Rete Ospedaliera nei DCA 2015-2016 (ALLEGATO B)

Allo stato attuale la riorganizzazione della rete ospedaliera nella Regione è incompleta. La Regione nella programmazione della riorganizzazione sanitaria da parte delle strutture dei commissari ad acta viene divisa nelle macro aree (59)

Nord con 722.934 abitanti,

Centro con 706.378 abitanti,

Sud con 562.191 abitanti.

Il modello ospedaliero adottato è quello HUB&SPOKE con gli HUB per tutte le specialità allocati nelle Città di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

I posti letto assegnati sono

Nella macro area Nord : 1.234 pubblici e 339 privati,

Nella macro area Centro: 1543 pubblici e 320 privati,

Nella macro area Sud: 941 pubblici e 337 privati.

Emerge la prevalenza della macro area Centro, più evidente se si limita la valutazione alla dotazione degli HUB.

All'HUB di Cosenza vengono assegnati 689 posti letto e 40 strutture complesse.

All'HUB di Catanzaro, nelle due sedi di Ospedale Pugliese-Ciaccio e Policlinico Materdomini, vengono assegnati 848 posti letto e 75 strutture complesse.

All'HUB di Reggio Calabria vengono assegnati 608 posti letto e 40 strutture complesse.

L'eccesso di strutture complesse nella macro area centro è da attribuire alla presenza degli stessi reparti nelle due sedi ospedaliere.

Il concetto della assegnazione delle specialità sulla base dell'incidenza delle patologie risponde alle indicazioni precise delle norme (60) in base ad un ormai universalmente accettato concetto di economia e di professionalità.

Questo concetto è oggi in assoluta evidenza per farmaci, per accertamenti e dovrebbe essere alla base della programmazione ospedaliera che è basata, appunto, sui bacini d'utenza.

Il bacino d'utenza più ampio comprende le patologie con una minore incidenza ed il bacino d'utenza più limitato comprende le patologie con una incidenza maggiore.

L'osservanza della programmazione per bacini d'utenza consente il migliore utilizzo delle risorse disponibili sempre più limitate.

Se nello stesso bacino d'utenza si programmano reparti in sovrannumero è evidente che non si ottiene lo scopo di mantenere l'esperienza e la formazione, si disperdono risorse e si perde tempo prezioso verso una riorganizzazione funzionale ai bacini d'utenza.

Le determinazioni del Commissario ad Acta valutate non sembrano tener conto della prioritaria necessità di riorganizzare eliminando gli eccessi, che sono noti ed evidenziati

anche dal precedente Commissario ad Acta che già nel 2011 emise due decreti (61)(62) che facevano espresso riferimento alla necessità di ridurre nella città di Catanzaro le strutture per

- a) non avere duplicazioni di unità operative
- b) ottimizzare l'utilizzazione dei posti letto.

Non abbiamo potuto rinvenire motivazioni per non aver ottemperato alle indicazioni poste dal precedente Commissario ad Acta con i due decreti, che persistono ad essere finanziate nel periodo 2011-2014, ed anche dal 2015 in poi, con l'insediamento di un nuovo Commissario ad Acta.

E' possibile che in tanta disattenzione abbia avuto un determinante ruolo la evidente mancanza nella Regione Calabria di una commissione tecnico-scientifica alla quale affidate il compito di aumentare le conoscenze per ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

La mancanza di certezze nella programmazione sanitaria appare come la causa anche dei numerosi decreti del commissario ad acta dopo il 2015.

Vengono emessi, infatti, dal 2 aprile 2015 al 5 luglio 2016 tre decreti del commissario ad acta ed una rettifica (59,63,64,65) ad un decreto emesso sette giorni prima. Tutti i decreti, sostanzialmente, non presentano determinanti novità.

Risulta inspiegabile perché nella programmazione delle reti assistenziali del 2015 non sia stato dato seguito alla programmazione per la costituzione delle commissioni tecniche che avrebbero dovuto essere istituite un anno prima.

Questa programmazione si sarebbe dovuta svolgere attraverso la (59, allegato cronoprogramma):

"Costituzione per ogni rete di un gruppo tecnico comprendente alcuni clinici, Direttori Sanitari e il referente regionale, ove non già esistenti" entro il 28 febbraio 2014 con adozione del decreto regionale di Approvazione del provvedimento regionale che costituisce il gruppo tecnico.

Il gruppo tecnico nominato avrebbe dovuto procedere all'approvazione del

"Documento costitutivo" delle reti: Reti Tempo dipendenti, Rete Trasfusionale, Rete Oncologica, Rete Nefrodialitica, Rete Trapianti, Malattie Rare e Riabilitazione Lungodegenza" entro 31 ottobre 2014

ed avrebbe dovuto seguire la

"Realizzazione da parte delle singole Aziende sanitarie di quanto previsto nel documento costitutivo delle reti" entro il 31 gennaio 2015

ed anche

L' Aggiornamento, su proposta di ogni gruppo tecnico, del documento di ciascuna rete, includendo lo standard per ogni indicatore" entro il 15 settembre 2015.

Questa importante procedura che avrebbe portato alla nomina di commissioni tecniche, alla elaborazione dei documenti base ed al loro aggiornamento, non è stata attuata, rivelandosi una grave carenza negli esiti per una decretazione ripetuta ed anche "rettificata" a sette giorni dall'emissione.

La stessa struttura commissariale evidenzia, con giusta rilevanza, l'utilizzo delle indicazioni di una commissione tecnica come un valore aggiunto importante, mancante in tutto il resto dei decreti.(59, allegato n. 4)

La mancanza di una componente tecnica viene evidenziata, oltre che per la persistenza di reparti doppi nella stessa area, per numerose decisioni, tra le quali appaiono significative:

-la decisione di non attivare il Centro di Alta Specializzazione delle Rete Politrauma per la inesistente mancanza di un numero minimo di casi;(59,allegato n. 6)

-la decisione di allocare l'HUB della rete Ictus, nella macro area centro, nel presidio ospedaliero di Catanzaro che nella stessa Regione non è stato ancora abilitato al trattamento trombolitico; (59,allegato n. 5)

-la decisione di inattivare il servizio trasfusionale dell'ospedale spoke di Polistena per aggregarlo a quello di un pari ospedale spoke di Locri; (59)

-la decisione di mantenere nell'ospedale spoke di Crotona la Terapia Intensiva Neonatale presente solo nei tre HUB.(64)

Trattasi di decisioni che sommano la criticità della funzione ad un eccesso di spesa, che è molto evidente nella assegnazione dei fondi alla macro area centro, che risultano essere superiori del venti per cento della media regionale.

Da qualche anno i Medici vengono chiamati alla ricetta di risparmiare evitando trattamenti, che dobbiamo considerare superflui, anche attraverso la valutazione critica degli interventi da praticare in considerazione delle caratteristiche individuali, dell'età e delle specificità del quadro clinico globale.

Le società scientifiche delle diverse aree cliniche collaborano individuando percorsi preventivi o terapeutici con l'obiettivo di riduzione della spesa sanitaria ed i Medici affrontano con sempre maggiore sensibilità la questione del contenimento della spesa la cui sostenibilità richiede un impegno di tutti gli attori del sistema sanitario nazionale e regionale. L'auspicio è che la Regione Calabria si doti di un apposito organismo regionale tecnico che sia da supporto alle decisioni programmatiche evitando sprechi ed ottimizzando le risorse impegnate.

Bibliografia

1. Meislin H: the modal distribution of time to death is a function of patient demographics and regional resources. *J.Trauma*:1997; 43:433-39
2. Sauaia A, Moore F, Moore EE et al. Epidemiology of trauma deaths. *J Trauma* 1995; 38: 185-193
3. Peng R, Chang C, Gilmore D, Bongard F. Epidemiology of immediate and early trauma deaths at an urban level I trauma center. *Am Surg* 1998; 64: 950-954.
4. Kreis DJ, Plasencia G, Augenstein D et al. Preventable trauma deaths: Dade County, Florida. *J Trauma* 1986; 26: 649-653.
5. Cayten CG, Stahe WN, Agarwal N, Murphy JG. Analysis of preventable deaths by injury among 13,500 trauma admissions. *Ann Surg* 1991, 214: 510-521.
6. Yates DW, Woodford M, Hollis S. Preliminary analysis of the care of injured patients in 33 British Hospitals: first report of the United Kingdom major trauma outcome study. *BMJ* 1992; 305: 737-740.
7. Gorman DF, Teanby DN, Sinha MP, Wotherspoon J, Boot DA, Molokhia A. Preventable death among major trauma patients in Mersey region, north ways and the Isle of Man. *Injury* 1996: 189-192.
8. Shackford SR, Hollingsworth-Fridlund P, McArdle M, Eastman AB. Assuring quality in a Trauma System. The medical audit Committee: Composition, Cost and Results. *J Trauma* 1987; 27: 866-873.
9. Shackford SR, Hollingsworth-Fridlung P, Cooper GF et al. The effect of regionalization upon the quality of trauma care as assessed by concurrent audit before and after institution of a trauma system: a preliminary report. *J Trauma* 1986; 26: 812-820.
10. Cales RH. Trauma mortality in Orange County: the effect of implementation of a regional trauma system. *Ann Emerg Med* 1984; 13: 1-10.
11. Esposito T.J., Sanddal N.D., Dean M.J. Analysis of trauma deaths and inappropriate care in Montana. *J.Trauma* 1999, 47-243-253
12. Draaisma J.M., de Haan A.F., Goris R.J. Preventable trauma deaths in the Netherlands-a prospective multicenter study. *J.Trauma* 1989;29 1552-1557
13. Mario Mellacina-Incontro Interregionale SIMEU-La Gestione del Trauma Grave-2009)
14. Stocchetti N. Trauma care in Italy: evidence of in-hospital preventable deaths. *J.Trauma* 1994;36:401
15. Chiara o.: Trauma deaths in an Italian urban area: an audit of pre-hospital and in-hospital Trauma care. *Injury*, 33:253, 2002
16. Cales RH: Trauma mortality in Orange County: the effect of implementation of a trauma system. *Ann. Emerg. Med.* 1984; 13:1-10
17. Shackford SR: The effect of regionalization upon the quality of trauma care as assessed by concurrent audit prior and after institution of a trauma system. A preliminary report. *J Trauma* 1985;25:715-22
18. Sanpalijs JS: Preventable trauma death evaluation of the appropriateness of the on-site Trauma care provided by Ungenge Sante'Physicians. *J Trauma* 1995; 39:1029-35
19. Cayten CG: Analysis of preventable death by mechanism of injury among 13,500 trauma admissions. *Ann.Surg.*1991; 214:510-20
20. Papadopoulos IN: Preventable pre-hospital trauma death in a Hellenic urban health region: an audit of pre-hospital trauma care. *J.Trauma* 1996; 41:864-69
21. MacKenzie E.J., Rivara F.P., Jurkovich G.J. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N.Engl.J.Med.*2006, 354-366

22. Celso B., Tepas J., Langland-Orban B., A systematic review and meta analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma system. *J.Trauma* 2006; 60:371-378
23. Utter G.H., Maier R.V., Ficara F.P. Inclusive trauma systems: to they improve triage or outcome in the severely injured? *J.Trauma* 2006; 60:529-535
24. Lansink K., Leenen L., Do designated trauma systems improve outcome? *Curr. Opin Crit. Care* 2007; 13 686-690
25. Chiara O. Sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore: definizione e valutazione di un modello organizzativo. Consiglio Superiore di Sanità. Ministero della Salute. Roma, luglio 2004
26. G.U. n. 146 del 24 giugno 2002: Accordo Stato-Regioni 4 aprile 2002
27. Ministero della salute-Commissione Consultiva per il miglioramento del sistema Emergenza-Urgenza. Roma 14 giugno 2005
28. Ministero della salute. Consiglio Superiore di Sanità. Sistema Integrato per l'assistenza al trauma maggiore. Luglio 2005
29. Moore EE. Trauma systems, trauma centers and trauma surgeons. Opportunity in managed competition. *J Trauma* 1995; 39: 1-11.
30. Jurkovich GJ, Mock C. Systematic review of trauma system effectiveness based on registry comparisons. *J Trauma* 1999; 47: S46-S55.
31. Mann NC, Cahn RM, Mullins RJ et al. Survival among geriatric patients during construction of a statewide trauma system. *J Trauma* 2001; 50: 1111-16.
32. Clancy TV, Gary MJ, Covington DL et al. A statewide analysis of level I and level II trauma centers for patients with major injuries. *J Trauma* 2001; 51: 346-351.
33. Mullins RJ, Mann NC. Population-based research assessing the effectiveness of trauma systems. *J Trauma* 1999; 47: S59-S66.
34. "Quanto ci costa il Trauma?" in *Salute e Sicurezza stradale: l'Onda lunga del trauma.* a cura di Franco Taggi e Pietro Marturano. Roma 2007, 565-570. C.A.F.I. editore
35. Fact Sheet EURO/12/05 (www.euro.who.int/mediacentre)
36. Regione Sicilia: La gestione del Politraumatizzato. Piano Sanitario Regionale 2011-2013.
37. Regione Campania-Piano ospedaliero 2016-2018, La Rete per il Trauma.
38. Regione Lazio -Individuazione, organizzazione e funzionamento di reti assistenziali nella Regione Lazio, Rete Trauma Grave e neuro trauma. DCA n.U00247/2014.
39. Regione Veneto -La Rete per il Trauma nella Regione Veneto. Alleg.al DPR n.1239 del 1 agosto 2016.
40. Regione Piemonte-Definizione dei percorsi clinico-organizzativi del paziente politraumatizzato. DGR n. 16/2664 del 3 ottobre 2011.
41. Regione Lombardia. Determinazioni in merito all'organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore. Decreto n.8531 del 1.octobre.2012
42. Regione Liguria -Sistema Integrato di Assistenza al Trauma. Piano sanitario regionale 2009-2011.
43. Regione Sardegna -Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regione Sardegna-2015-
44. Regione Basilicata - Direttiva attuativa vincolante ai sensi del PSR 2012-2015 per la rete assistenziale. La presa in carico dei traumi maggiori. N. 72.AB-2014 del 17.01.2014
45. Regione Marche-Il Sistema Integrato di assistenza al trauma grave nella Regione Marche. Novembre 2006
46. Regione Calabria-Piano sanitario regionale 2004-2006
47. Regione Calabria -Piano Regionale per la salute-2007-2009
48. Regione Calabria. DGR n.669 del 5 ottobre 2006 Attuazione art.20 legge n.67/88-riordino della rete territoriale delle aziende sanitarie e ospedaliere.

49. Regione Calabria-Decreti Commissario Acta 2010-Decreto n. 18 del 22.10.2010, alleg. n. 2.
50. Regione Calabria-Decreti Commissario Acta 2015-Decreto n. 9 del 2 aprile 2015, alleg. n. 6.
51. Chiara O, A population based study of hospitalized seriously injured in a region of Northern Italy. *World J Em Surg* 2013; 8: 32
52. Chiara O: Epidemiology of fatal trauma in Italy in 2002 using population-based registries. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2010; 2: 157
53. Di Bartolomeo S., Sanson G., Michelutto V., Epidemiology of major injury in the population of Friuli Venezia Giulia. *Injury* 2004;35-391-400
54. Senato della Repubblica. Interrogazione sen. Lo Moro settembre 2015. www.senatoripd.it
55. O.Chiara,G.Gordini,G.Nardi,G.Sanson Trauma Care.La Cura definitiva del trauma maggiore. Elsevier 2012
56. Regione Calabria. Consiglio Regionale, seduta n. 34 del 30.03.2012, interrogazione n. 224, consigliere Scalzo: "Spoke di Lamezia Terme, programmazione ospedaliera per l'intera provincia di Catanzaro e l'istituzione del trauma center a Lamezia terme"
57. Intesa Stato Regioni 5 agosto 2014. www.salute.gov.it
58. Miglioramento della Funzionalità del Sistema Ospedale in caso di Emergenza Sismica. Ministero della Salute (ricerca iniziata nel novembre 2003 e conclusasi in data 30 luglio 2005)
- 59). Regione Calabria DCA n. 9 del 2 aprile 2015 Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera,della rete dell'emergenza-urgenza,delle reti tempodipendenti.
- 60).Decreto Ministero 70/ 02.04.2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
- 61) Decreto n. 106 del 20.10.2011 –Riordino Rete Ospedaliera ex DPGR 18/2010
- 62) Decreto n. 136 del 28.11.2011- Riordino rete Ospedaliera ex DPGR 18/2010.Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio;Azienda Ospedaliero-Universitaria Materdomini.
- 63) Regione Calabria DCA n. 30 del 03/03/2016 Riorganizzazione delle reti assistenziali
- 64) Rettifica al DCA n. 30 previa emendazione degli errori materiali contenuti negli allegati pubblicati in data 03/03/2016
- 65) Regione Calabria DCA n. 64 .Riorganizzazione delle reti assistenziali.Modifica ed integrazione DCA n. 30