

REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 106 del 07.05.2018

Registro proposte del Dipartimento Tutela della Salute

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 109 del 10/05/2018

OGGETTO: Approvazione della deliberazione del Direttore Generale dell'ASP di Crotone n. 124, del 19.3.2018, ad oggetto "Parziale rettifica della deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 recante "Rete assistenziale territoriale: approvazione piano di riorganizzazione assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera e conferma riorganizzazione servizio di Continuità Assistenziale (CA) e delle Postazioni di Emergenza Territoriale (PET)"

IL DIRIGENTE DEL SETTORE
Dott. ssa Francesca Arato

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

Pubblicato sul Bollettino Ufficiale

della Regione Calabria n. _____ del _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 109 del 10/05 /2018

OGGETTO: Approvazione della deliberazione del Direttore Generale dell'ASP di Crotone n. 124, del 19.3.2018, ad oggetto "Parziale rettifica della deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 recante "Rete assistenziale territoriale: approvazione piano di riorganizzazione assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera e conferma riorganizzazione servizio di Continuità Assistenziale (CA) e delle Postazioni di Emergenza Territoriale (PET)"

Il Commissario ad Acta

(per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'art.2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015).

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri - su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo delle riunioni del 26 luglio e del 23 novembre 2016 con particolare riferimento all'adozione del Programma Operativo 2016/2018;

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

[Handwritten signature]

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2015) e s.m. e i.;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies* comma 2-*quinquies*, del D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;

firm

16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

VISTA la nota n. 0008485-01/08/2017-GAB-A con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, ha rassegnato le sue dimissioni dall'incarico di *sub Commissario ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

CONSIDERATO CHE

- con deliberazione n. 357 del 12 ottobre 2016, il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, in attuazione di quanto stabilito con DCA n. 76/2015;
- con DCA n. 114, del 3.11.2016, è stata approvata la suddetta deliberazione dell'ASP di Crotone;
- con DCA n. 166, del 13.12.2017, è stato approvato il documento "Riorganizzazione della rete territoriale" a parziale modifica del precedente DCA n. 113, del 3.11.2016;
- con il medesimo atto, si stabiliva la revoca dei DCA di approvazione delle reti territoriali delle ASP, compreso quella del DCA n. 114/2016, con la previsione che le programmazioni aziendali dovessero essere adeguate ai contenuti del citato DCA n. 166/2017;
- con deliberazione n. 70 del 12.2.2018, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, in attuazione di quanto stabilito dal DCA n. 166/2017, ha provveduto ad approvare la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale;
- con nota del Commissario *ad acta* e del Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, del 14.3.2018, prot. n. 94004, sono state contestate le previsioni aziendali in merito alla "riabilitazione diurna autismo" e alla "riabilitazione ambulatoriale autismo", con l'invito a voler rimodulare il documento di riorganizzazione della rete territoriale in tali parti;

PRESO ATTO della deliberazione n. 124 del 19.3.2018 del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, ad oggetto "Parziale rettifica della deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 recante "Rete assistenziale territoriale: approvazione piano di riorganizzazione assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera e conferma riorganizzazione servizio di Continuità Assistenziale (CA) e delle Postazioni di Emergenza Territoriale (PET)", con la quale è stata parzialmente rettificata la precedente deliberazione n. 70, del 12.2.2018, secondo le osservazioni di cui alla nota del Commissario *ad acta* e del Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, sopra citata;

RITENUTO di dover

- approvare l'atto di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, di cui alla deliberazione del Direttore Generale dell'ASP n.124 del 19.3.2018, allegata al presente atto per farne parte integrante (allegato 1);
- raccomandare, per soddisfare la realizzazione di quanto programmato, l'utilizzo prioritario delle strutture pubbliche disponibili sul territorio aziendale, seguite dalle strutture già accreditate da riconvertire e infine dalle strutture già autorizzate;

VISTA l'istruttoria compiuta dai preposti uffici del Dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie" della Regione Calabria;

RITENUTA la propria competenza

DECRETA

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

DI APPROVARE la deliberazione n. 124 del 19.3.2018 del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, ad oggetto "Parziale rettifica della deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 recante "Rete assistenziale territoriale: approvazione piano di riorganizzazione assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera e conferma riorganizzazione servizio di Continuità Assistenziale (CA) e delle Postazioni di Emergenza Territoriale (PET)", allegata al presente atto per farne parte integrante (allegato 1);

me

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie" il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI INVIARE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell' Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011, n.11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

DI PRECISARE che avverso il presente provvedimento, entro 60 (sessanta) giorni dalla sua notificazione o effettiva conoscenza, è ammesso ricorso dinnanzi al TAR Calabria - Catanzaro ovvero, entro 120 (centoventi) giorni, è ammesso ricorso straordinario al Presidente della Repubblica.

Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura





AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



Delibera n. **124** DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Parziale rettifica della deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 recante "Rete assistenziale territoriale: Approvazione piano di riorganizzazione assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera e conferma riorganizzazione servizio di Continuità Assistenziale (CA) e delle Postazioni di Emergenza Territoriale (PET)".

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Programmazione sanitaria e pianificazione strategica
Data di presentazione della proposta ____ / ____ / 2018

In data **19 MAR. 2018** nei locali della sede legale dell'ASP in via Mario Nicoletta Crotone, il Direttore Generale, Dr. Sergio Arena, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

Su conforme proposta nonché sulla base della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dal Direttore della U.O.C. Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica.

PREMESSO

Che con deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 questa azienda, in attuazione di quanto stabilito con DCA n. 166 del 13 dicembre 2017, provvedeva ad approvare la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale per come stabilito nel documento allegato alla medesima deliberazione.

VISTA

La comunicazione Pec acquisita al protocollo generale ASP al n. 0013016 del 15.03.2018, con la quale è stata trasmessa del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e del Commissario ad acta per il piano di rientro della Regione Calabria la nota n. 94004 del 14.03.2018, recante "Riorganizzazione rete territoriale".

DATO ATTO

Che la citata nota n. 94004 del 14.03.2018 evidenzia la non condivisione della previsione di *"prestazioni di riabilitazione diurna autismo e di riabilitazione ambulatoriale autismo"* per come indicato nella tabella a pag. 22 del documento aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, evidenziando, peraltro, causa e motivazione della non condivisione della proposta aziendale.

Che la medesima nota n. 94004 del 14.03.2018 alla luce delle considerazioni esposte, invita questa azienda a voler rimodulare il documento di riorganizzazione della rete territoriale nella parte sopra specificata.

RITENUTO

Di dovere dare riscontro alla nota n. 94004 del 14.03.2018 procedendo alla parziale rettifica della deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 e del documento di riorganizzazione rete territoriale ad essa allegato.

VISTA

La proposta formulata del Direttore della U.O.C. Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica.

PROPONE

Per quanto espresso in premessa che qui si intende ripetuto e confermato di:

1. Prendere atto della nota n. 94004 del 14.03.2018 recante "Riorganizzazione rete territoriale" a firma del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e del Commissario ad acta per il piano di rientro della Regione Calabria.
2. Procedendo alla parziale rettifica della deliberazione n. 70 del 12 febbraio 2018 e del documento di riorganizzazione rete territoriale ad essa allegato ed in particolare alla semiresidenzialità autismo di cui alla tabella pag. 22 del documento.
3. Adottare ed approvare, a parziale rettifica della precedente, la riorganizzazione della rete territoriale dell'azienda relativa all'assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera per come rimodulata e definita nel documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.
4. Trasmettere copia del presente atto:
 - al Commissario ad acta per il piano di rientro dal deficit del settore sanitario della Regione Calabria.
 - al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute.

Il Direttore della U.O.C.
Programmazione sanitaria e pianificazione strategica
Dr. Giuseppe Fratto

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente ripetuta e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

Ritenuto di condividere il contenuto della proposta

DELIBERA

Di approvare la superiore proposta che qui si intende integralmente ripetuta e trascritta per come sopra formulata dal direttore della struttura proponente.

Il Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Fico

Il Direttore Sanitario
Dr. Agostino Talerico

Il Direttore Generale
Dr. Sergio Arena

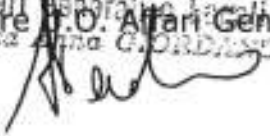
UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'ASP in data 19 MAR. 2018 con protocollo n. 038

Crotone li 19 MAR. 2018

Il Direttore Ufficio
Affari Generali Locali
II Direttore D.O. Affari Generali
Dott. Anna G. ORDINE





AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Direzione Generale

*Documento allegato alla deliberazione
del Direttore Generale n. 24 del 19 MAR. 2018*

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE

Crotone
Marzo 2018

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE

Premessa

Il presente piano di riorganizzazione della rete territoriale dell'ASP di Crotone è adottato in coerenza con i nuovi indirizzi regionali approvati con DCA n. 166/2017 in materia, a parziale modifica del DCA n. 113/2016 e a parziale rettifica della precedente riorganizzazione della rete territoriale dell'ASP di Crotone già adottata con deliberazione n. 357 del 12 ottobre 2016 approvate con DCA n. 114/2016.

Occorre, inoltre, evidenziare che in attuazione del citato DCA 114/2016 la gran parte delle strutture private interessate hanno già provveduto a presentare al competente dipartimento regionale tutela della salute le istanze di riconversione previste dal piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale già approvato con il DCA 114/2016, oggi revocato, e che allo stato sono in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie già adottate con specifici DCA.

Precisato che le autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitaria, già adottate con specifici D.C.A. mantengono la loro validità, il presente piano di riorganizzazione della rete territoriale è quindi relativo alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di seguito indicate con riferimento alla riorganizzazione delle strutture per intensità assistenziale, alla ricognizione dello stato attuale, alla definizione del nuovo fabbisogno e ai principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo della residenzialità con specifico riferimento alle seguenti tipologie di assistenza:

- Residenzialità e Semiresidenzialità Anziani
- Residenzialità Disabili
- Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera
- Residenzialità e Semiresidenzialità Dipendenze Patologiche
- Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS
- Residenzialità e Semiresidenzialità Salute Mentale
- Residenzialità e Semiresidenzialità Autismo
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Territoriale Residenziale e Semiresidenziale per Minori

In ordine alla classificazione delle strutture per intensità assistenziale (Mattone 12) e alla classificazione per tipologia di prestazioni si fa rinvio a quanto espressamente riportato nel documento allegato al DCA n. 166/2017. Per ciascuna delle tipologie di assistenza il presente documento di riorganizzazione prevede lo stato attuale dell'offerta azienda, il nuovo fabbisogno di residenzialità, semiresidenzialità e di riabilitazione estensiva territoriale nonché principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione.

Con il presente piano, inoltre, si conferma la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale (CA) e delle postazioni di emergenza territoriali (PET) già adottato con la precedente deliberazione n. 357 del 12 ottobre 2016 ed approvata con il precedente DCA n. 114 del 3 novembre 2016.



RESIDENZIALITA' ANZIANI

Offerta attuale ASP

Le strutture residenziali per anziani nella nostra realtà sono costituite da sole strutture private accreditate per come indicato nella tabella che segue relativa all'offerta residenziale anziani.

Abitanti > 65 anni	Offerta strutture accreditate DPGR 1/2011	Offerta strutture pubbliche	Offerta totale attiva	X 1000 anziani	Offerta Programmata pubblica	Totale offerta	X 1000 anziani
30.658	383	0	383	12.5	0	383	12.5

Di seguito si rappresenta il dettaglio dell'offerta attivata e quella programmata suddivisa per intensità assistenziale

Abitanti > 65 anni	Offerta accreditata RSAM RI	Offerta accreditata RSAR2	Offerta accreditata CP R3	Offerta accreditata DPCR 1/2011	Offerta Pubblica attiva RSAM RI	Offerta Pubblica attiva RSA R2	Offerta Pubblica attiva CP R3	Offerta Pubblica attiva totale	Offerta Totale Attiva
30.658	0	150	233	383	0	0	0	0	383

Definizione del fabbisogno e appropriatezza ricoveri rivalutati

L'offerta attuale, valutata sulla base dei dati di attività rilevati nelle singole ASP, è pari a 7,0 posti letto per 1.000 abitanti anziani. Allo stato si rilevano criticità di completezza del modello ministeriale STS24; si è reso, pertanto, necessario calcolare tale indice (pari a 7,0 posti letto per 1.000 abitanti anziani) sulla base dei dati di attività verificati per singola ASP.

La dotazione programmata con DPGR n. 18/2010 garantirebbe ad oggi, a livello regionale, uno standard pari a 8,9 posti letto per 1.000 abitanti anziani. I parametri di programmazione adottati individuano un volume complessivo di posti letto inferiore rispetto a quello fissato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, quantificato nella "Griglia LEA", derivante da uno standard di posti letto residenziali/posti letto equivalenti semi residenziali pari a 10 per 1.000 abitanti over 65 anni.

Inoltre, allo stato attuale, non esistono riferimenti condivisi a livello nazionale per l'articolazione del parametro individuato per la classificazione delle prestazioni per intensità di cura (come indicato nel Mattone 12).



Sulla scorta di quanto precedentemente detto, il Dipartimento Sanità della Regione ha intrapreso un percorso che ha permesso, attraverso la rivalutazione dei pazienti e l'analisi dell'offerta attuale nei diversi setting assistenziali, di rivalutare il fabbisogno stimato con DPGR n. 18/2010 e di articolarlo per livello di intensità assistenziale.

Nel caso specifico della nostra ASP sulla base dello strumento di valutazione standardizzato utilizzato dal dipartimento sanità ha permesso di evidenziare che i dati relativi all'appropriatezza hanno fatto registrare che su 348 utenti rivalutati i ricoveri appropriati sono pari al 84%, mentre quelli inappropriati sono pari al 16%. Se si esclude l'ASP di Vibo Valentia che per carenza di offerta con soli 57 casi di ricovero rivalutati registra ricoveri appropriati al 100%, il dato registrato nella nostra ASP 84% ricoveri appropriati rappresenta la più elevata percentuale di appropriatezza dei ricoveri a fronte del 70% dell'ASP di Cosenza, il 67% dell'ASP di Catanzaro e il 58% dell'ASP di Reggio Calabria.

L'inappropriatezza rilevata è da intendersi come non aderenza dell'offerta assistenziale della struttura a livello di gravità della persona. Ad esempio: pazienti con necessità assistenziali "da RSA" (classificazione della prestazione R2) sono risultati ricoverati in CP (classificazione della prestazione R3) e viceversa.

Nuovo fabbisogno residenzialità anziani

Il nuovo fabbisogno indicato nel documento allegato al DCA n. 166/2017 ed in particolare al punto 3.4.2 nella Tabella 16 prevede un nuovo fabbisogno da programmare ai fini della soddisfazione della domanda appropriata per 1000 abitanti anziani. Pertanto nella nostra realtà il nuovo fabbisogno di p.l. per residenzialità anziani suddiviso per intensità assistenziale è ridefinito per come indicato nella tabella che segue.

Abitanti > 65 anni	Fabbisogno programmato	RSAM R1	RSA R2	CP R3	Totale fabbisogno programmato	Offerta attuale attiva e programmata totale	Differenza verso offerta attuale
30.658	310	32	176	102	310	383	- 73

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità anziani.

Nella nostra realtà si rende necessario in coerenza con le linee programmatiche di cui al documento allegato al DCA 166/2017 ridurre l'offerta di residenzialità anziani R3, attivare nuovi moduli di residenzialità anziani R2 e attivare nuovi moduli di R1 (RSAM) che allo stato non risultano tra l'offerta attiva e quindi inesistenti.

L'azienda nel formulare la presente proposta di riorganizzazione della residenzialità anziani ha tenuto conto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi e quindi l'intera domanda è garantita all'utenza solo da strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi;
- che la proposta unitariamente presentata dalle strutture accreditate tende al superamento delle criticità assistenziali, di esubero di personale e di contrazione dei budget attuali evidenziate a causa della drastica riduzione dell'offerta esistente;

che l'alto indice di appropriatezza registrato sui casi rivalutati (per come sopra evidenziato) denota una adeguata risposta al bisogno e alla domanda assistenziale;

- che la rilevante riduzione di p.l. R3 non compensata dell'incremento dei nuovi p.l. di RI è tale da non potere assicurare la domanda oggi esistente.

Nella elaborazione del piano di riorganizzazione, nel dare seguito a quanto previsto dal DCA 166/2017 in merito al riequilibrio dell'offerta sulla base dell'intensità assistenziale che prevede una significativa riduzione di posti letto di CP - R3, si è ritenuto opportuno, anche al fine di superare le criticità sopra evidenziate, di rimodulare l'offerta di posti letto in RSA R2 nel rispetto del fabbisogno programmato.

In sintesi occorre evidenziare che nell'area della residenzialità anziani dai 383 PL esistenti (150 PL di RSA anziani e 233 PL di Case Protette Anziani) si passerebbe ad un totale di 310 PL (176 PL di R2, 102 PL di R3 e 32 PL di R1) con un saldo negativo di ben 73 p.l. nell'intera area della residenzialità anziani.

Più specificamente occorre evidenziare che tutte le strutture R3 (CP anziani) oggi esistenti avrebbero complessivamente una riduzione del fabbisogno di posti letto pari a 131 PL, in sostanza un minore fabbisogno di p.l. del 56,23 % rispetto ai p.l. oggi esistenti.

Viceversa il fabbisogno di p.l. di RSA anziani è incrementato di 26 p.l. rispetto alla dotazione attuale mentre il fabbisogno di p.l. di RSAM è aumentato di 32 nuovi posti.

Ciò posto l'Azienda, preso atto che il DCA 166/2017 dispone che le autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, mantengono la loro validità, ha ritenuto di definire un piano di riorganizzazione della rete assistenziale residenzialità anziani per come specificato nella Tabella allegata al presente provvedimento (Tabella 1 - residenzialità anziani -) i cui criteri di determinazione dei nuovi fabbisogni assistenziali nonché i criteri di riconversione delle strutture sono qui di seguito sinteticamente riportati:

- I nuovi 32 posti letto di RSAM R1 previsti per la nostra azienda dalla programmazione regionale di cui al DCA 166/2017 sono stati assegnati proporzionalmente alle strutture già accreditate come RSA anziani riducendo di pari numero i p.l. di RSA anziani che a loro volta sono stati assegnati proporzionalmente alle strutture R3 maggiormente coinvolte nella riduzione del p.l.

- Per le stesse strutture R3 sono stati, inoltre, proporzionalmente incrementati i p.l. stante la rilevante riduzione (102 su 233) del p.l. attuali.

Dato atto che, ad eccezione della RSA S. Rita e della CP Villa del Rosario, tutte le strutture dell'area della residenzialità anziani operanti nella nostra ASP risultano in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, che mantengono la loro validità, e che sono qui di seguito riportate:

- RSA Villa San Giuseppe DCA n. 65 del 3.5.2017
- RSA Centro San Giuseppe DCA n. 66 del 3.5.2017
- CP Villa Emelinda DCA n. 69 del 4.5.2017
- CP Savelli Hospital DCA n. 135 del 19.10.2017
- CP Casa Giardino DCA n. 75 del 5.5.2017
- CP San Teodoro DCA n. 138 del 19.10.2017



Dato atto che le strutture dell'area della residenzialità anziani operanti nella nostra ASP non in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA sono quelle qui di seguito riportate:

- RSA S. Rita
- CP Villa del Rosario

Nella **Tabella 1 - Area Residenzialità Anziani** - allegata al presente piano per costituirne parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della rete territoriale relativamente alla residenzialità anziani distinta per struttura e posti letto.

Nella stessa tabella sono, inoltre, evidenziate in grigio le strutture di cui il DCA 166/2017 dispone che le autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, mantengono la loro validità.



SEMIRESIDENZIALITÀ ANZIANI

Offerta attuale ASP

Ad oggi non è presente nella nostra realtà alcuna offerta di prestazioni semiresidenziali dedicata all'assistenza per anziani non autosufficienti e/o per persone affette da demenze. Ai fini della definizione di un corretto fabbisogno in un'ottica di percorso assistenziale, emerge la necessità di programmare specifici moduli di semiresidenzialità rivolti agli anziani parzialmente non autosufficienti e non autosufficienti che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario che non possono essere soddisfatte interamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari, al fine di favorire il recupero dell'autonomia e il mantenimento nel proprio contesto abitativo, migliorare e sviluppare le capacità residue, nonché fornire un supporto ai nuclei familiari.

Definizione del fabbisogno

Al fine della definizione del fabbisogno, in assenza di dati epidemiologici certi, si è ritenuto opportuno fare riferimento ai parametri utilizzati da alcune Regioni italiane le quali prevedono, per ciascun livello di intensità di assistenza (SRI/SR2), un fabbisogno pari 0,7 posti per 1.000 abitanti >65. Occorre al riguardo evidenziare e precisare che nella nostra ASP allo stato non risultano presenti strutture pubbliche o private che erogano prestazioni di riabilitazione semiresidenziale per anziani, pertanto l'offerta attiva è oggi inesistente.

Di contro il fabbisogno e l'offerta programma prevista nel documento allegato al DCA 166/2017 al punto 3.5 è stabilito pari a 0.7 posti per 1.000 abitanti >65 anni.

Nella nostra ASP il fabbisogno programmato di offerta di semiresidenzialità anziani (SRI) e demenze (SR2) è definito per come indicato nella presente proposta e specificato tabella che segue.

Fabbisogno di semiresidenzialità anziani e demenza ASP Crotone

Abitanti > 65	Fabbisogno programmato anziani SRI	Fabbisogno programmato demenze SR2
30.658	21	21

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della semiresidenzialità anziani.

I moduli semiresidenziali, di nuova istituzione, sono previsti all'interno delle strutture residenziali per anziani R3 e/o realizzati in specifiche strutture semiresidenziali.

I 42 nuovi p.l. di semiresidenzialità anziani SRI 21 e demenze SR2 21, previsti per la nostra azienda dal DCA 166/2017, sono proporzionalmente stati assegnati alle strutture R3 anche in considerazione della possibilità di previsione di più moduli (residenziali e semiresidenziali) di diverso livello di intensità nella stessa struttura e tenuto conto dell'elevato numero di p.l. ridotti di R3. Per la struttura Villa del Rosario in accoglimento della specifica richiesta di cui alla nota Pec n. 70963 del 1.3.2017 del rappresentante legale della medesima struttura e del parere favorevole già espresso con nota n. 20455 del 6.3.2017 su specifica richiesta dalla struttura commissariale n. 71106 del 1.3.2017, l'azienda prende atto della rinuncia ai 6 p.l. di semiresidenzialità anziani da compensare con un incremento di 2 p.l. CPR3 e 4 posti equivalenti di assistenza domiciliare.

Dato atto che le strutture dell'area della semiresidenzialità anziani operanti nella nostra ASP in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, che mantengono la loro validità, sono quelle qui di seguito riportate:

- CP Villa Emelinda DCA n. 69 del 4.5.2017
- CP Savelli Hospital DCA n. 135 del 19.10.2017
- CP Casa Giardino DCA n. 75 del 5.5.2017
- CP San Teodoro DCA n. 138 del 19.10.2017

Dato atto, inoltre, che per le prestazioni di semiresidenzialità anziani di cui al DCA sopra indicati, la loro attivazione è subordinata alla definizione delle relative tariffe.

Nella **Tabella 1 - Area Semiresidenzialità Anziani e demenza** - allegata al presente piano per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della semiresidenzialità anziani/demenza distinta per struttura e posti letto.

Nella stessa tabella sono, inoltre, evidenziate in grigio le strutture di cui il DCA 166/2017 dispone che le autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, mantengono la loro validità.

RESIDENZIALITÀ DISABILI

Offerta Attuale ASP

Le strutture residenziali per disabili nella nostra realtà sono costituite da specifiche strutture di offerta attiva per come indicato nella tabella che segue. Occorre, tuttavia, precisare che rispetto all'articolazione delle strutture per come indicata nel modello ministeriale e regionale Mattone 12 l'attuale offerta attiva residenziale disabili è costituita solo da Residenze Sanitarie Assistenziali Disabili (RSA-D) e da Casa Protetta Disabili (CP-D) non risultando presente, allo stato, alcuna struttura SLA (RD1).

Abitanti	Offerta accreditata a DPGR	Offerta pubblica attiva	Totale Offerta attiva	X1000 abitanti	Offerta Programmata pubblica	Totale offerta	X1000 abitanti
171.666 (174.328)	213	0	213	1.2	0	213	1.24

Di seguito si rappresenta il dettaglio dell'offerta attivata e quella programmata di p.l. per residenzialità disabili suddivisa per intensità assistenziale riferito alla nostra ASP.



Abitanti	RECC RRE1 RRE2 (*)	RSA RD4	CP RDS	Offerta accreditata DPGR 1/2011	Offerta Pubblica attiva RSA RD4	Offerta Pubblica attiva CP RDS	Offerta Pubblica attiva totale	Offerta Totale
171.666 (174.328)	56	42	115	213	0	0	0	213

(*) La tabella contiene anche l'offerta attiva di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo (RECC - RRE1/RRE2) esclusivamente per il calcolo del tasso per 1.000 abitanti dell'offerta residenziale disabili, in coerenza con quanto previsto dalla griglia LEA

Definizione del fabbisogno

Il Documento allegato al DCA 166/2017 al punto 3.6 - Residenzialità Disabili - per l'assistenza territoriale ai disabili (congiuntamente per la riabilitazione estensiva a ciclo continuativo) identifica quale riferimento un indice di fabbisogno di p.l. residenziali pari a 0.55 per 1.000 abitanti. Inoltre, il dipartimento sanità della Regione ha proceduto ad una rivalutazione dei pazienti ricoverati nelle strutture ai fini di analizzare l'offerta attuale nei diversi setting assistenziali. Tale percorso ha consentito di rivalutare il fabbisogno complessivo già previsto dalla stessa regione con DPGR n. 18/2010.

La ricognizione effettuata ha consentito di rivalutare gli ospiti mediante l'uso dello strumento standardizzato di valutazione SVAMA, ciò in considerazione che la scheda più specifica per le persone disabili, ossia la SVaMDI è stata adottata solo successivamente con DCA n. 71 del 20 ottobre 2014. La ricognizione ha consentito di rilevare i reali bisogni assistenziali dell'utenza e conseguentemente l'appropriatezza dei ricoveri presso le strutture di cui trattasi.

A seguito dell'analisi dei dati relativi agli utenti rivalutati, l'appropriatezza dei ricoveri per profili assistenziali dei pazienti disabili per singola ASP evidenzia che nella nostra Azienda su 83 utenti rivalutati sono risultati ricoveri appropriati per il 53% e non appropriati per il 47%; mentre per la ASP di Cosenza su 142 utenti rivalutati sono risultati ricoveri appropriati per il 38% e non appropriati per il 62%; per TASP di Catanzaro su 117 utenti rivalutati sono risultati ricoveri appropriati per l'84% e non appropriati per il 16%; per l'ASP di Reggio Calabria su 8 utenti rivalutati, con un dato quindi poco significativo, sono risultati ricoveri appropriati per l'63% e non appropriati per il 37%; nell'ASP di Vibo Valentia non sono presenti strutture per disabili.

Al fine dell'analisi è da considerare che, allo stato attuale, specie per la nostra ASP, una parte dei posti letto per disabili è utilizzata per pazienti psichiatrici in quanto il Regolamento di attuazione della L.R. n. 24/2008 per l'autorizzazione e l'accreditamento prevede la possibilità di trattamento di pazienti psichiatrici in Casa Protetta per disabili "fino ad approvazione di Linee Guida Regionali in materia di salute Mentale", Linee Guida regionali che sono state approvate con DPGR n. 31/2013 ed allo stato, non essendo stata ancora avviata la

riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, tali pazienti risultano ancora in carico presso strutture per disabili fisici psichici e sensoriali.

Nuovo fabbisogno residenzialità disabili

Il nuovo fabbisogno indicato nel documento allegato al DCA n. 166/2017 al punto 3.6.2 Tabella 25 prevede un fabbisogno programmato ai fini della soddisfazione della domanda appropriata è pari a 0.64 p.l. per 1000 abitanti.

Pertanto nella nostra realtà il nuovo fabbisogno di p.l. per residenzialità disabili suddiviso per intensità assistenziale è definito per come indicato nella tabella che segue.

Abitanti	Fabbisogno programmato	X 1.000 abitanti	RECC RRE1 RRE2	SLA RDI	RSA RD4	CP RD5	Totale fabbisogno programmato	Offerta attuale attiva e programmata totale	Differenza verso offerta attuale
171.666 (174.328)	111	0.64	50	3	30	28	111	213	102

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità disabili

Tenuto conto che il numero di abitanti dell'ASP di Crotone riportato nelle tabelle di determinazione del nuovo fabbisogno di cui al punto 3.6 del DCA 166/2017 è significativamente inferiore a quello effettivo (171.666 contro 174.328) e tenuto conto delle criticità assistenziali, di personale e di budget che l'elevato numero di p.l. da ridurre (110 rispetto ai 213 esistenti), ha fatto ritenere necessario proporre un incremento di 2 p.l. per le CP RD5, di 10 p.l. per RSA RD4 e di 7 p.l. per SLA RDI che portano il fabbisogno complessivo dell'offerta attuale da 213 p.l. a 110 p.l. con una riduzione pari a 103 p.l. rispetto agli attuali.

Tra l'altro, si consideri che se lo standard previsto dal DCA 166/2017 fosse stato applicato alla attuale popolazione, 174.328 abitanti a fronte del 171.666 erroneamente considerati, si registrerebbe un maggiore fabbisogno programmato per 2662 abitanti in più.

Per la struttura Centro di riabilitazione ciclo continuativo San Giuseppe RECC per il quale è già approvata la riconversione con DCA, in accoglimento della specifica richiesta di cui alla nota Pec n. 70962 del 1.3.2017 del rappresentante legale della medesima struttura e del parere favorevole già espresso con nota n. 20455 del 6.3.2017 su specifica richiesta dalla struttura commissariale n. 71106 del 1.3.2017, l'azienda dato atto che trattasi dell'unica struttura di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo attiva nel comprensorio aziendale confermando il parere espresso propone una parziale rettifica mantenendo gli attuali 56 posti invece dei 50 programmati.

Dato atto che le strutture dell'area della residenzialità disabili operanti nella nostra ASP e in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, che mantengono la loro validità, sono quelle qui di seguito riportate:

- CP Disabili Spirito Santo DCA 64 del 3.5.2017
- RSADisabili Santino Covelli DCAn. 62 del 3.5.2017

- RECC Presidio di riabilitazione estensiva ciclo continuativo Centro San Giuseppe DCA 136 del 19.10.2017, SLA Presidio di riabilitazione estensiva Centro San Giuseppe DCA 136 del 19.10.

Nella **Tabella 1 - Area Residenzialità Disabili** - allegata al presente piano per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della residenzialità disabili distinta per struttura e posti letto.

Nella stessa tabella sono, inoltre, evidenziate in grigio le strutture di cui il DCA 166/2017 dispone che le autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, mantengono la loro validità. Nel caso specifico della residenzialità disabili tutte le strutture interessate risultano già riconvertite.

RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

Offerta attuale ASP

Le strutture di Riabilitazione estensiva extraospedaliera operanti allo stato nella nostra ASP sono così articolate:

- Riabilitazione estensiva Ambulatoriale individuale
- Riabilitazione estensiva Ambulatoriale piccolo gruppo
- Riabilitazione estensiva Domiciliare
- Riabilitazione estensiva a ciclo diurno

La Riabilitazione a ciclo continuativo (RECC) ai fini del calcolo del fabbisogno di residenzialità disabili, è stata inserita nelle tabelle che precedono e di cui al punto 3.6.1 relativo all'offerta attuale di residenzialità disabili.

La tabella che segue riporta l'offerta attuale di Riabilitazione estensiva extraospedaliera nella nostra ASP articolata per tipologia di assistenza.

Abitanti	Riabilitazione Ciclo diurno	Prestazioni Abitanti/ anno	Riabilitazione ambulatoriale	Prestazioni Abitanti/ anno	Riabilitazione Domiciliare	Prestazioni Abitanti/ anno	Totale of- ferta at- tuale	Prestazioni Abitanti/ anno
171.666	-	-	61.480	0.36	34.800	0.20	96.280	0.56

Nota: Il calcolo delle prestazioni/abitanti/anno è stato effettuato sulla base del numero prestazioni/die accreditate per 290 giorni.

Il numero di prestazioni abitanti/anno di 0.56 risulta il più alto della regione che vede la ASP di Reggio Calabria allo 0.48, la ASP di Cosenza allo 0.43, la ASP di Catanzaro allo 0.26 e la ASP di Vibo Valentia allo 0.16.

Definizione del fabbisogno

La dotazione di offerta attuale, valutata sulla base dei dati di attività rilevati nelle singole ASP, è pari a 0,40 prestazioni/abitante/anno.

Al fini della valutazione del fabbisogno appropriato di prestazioni, è stata effettuata una rivalutazione dell'utenza presente nelle strutture.

In particolare, le Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie hanno rivalutato gli ospiti mediante l'utilizzo di una scheda appositamente definita. Sono state altresì rilevate le liste di attesa per singola ASP.

I pazienti rivalutati sono stati 3.722 di cui:

- ASP di Cosenza: n. 1.093
- ASP di Crotone: n. 599
- ASP di Catanzaro: n. 280
- ASP di Reggio Calabria: n. 1.104
- ASP di Vibo Valentia: n. 173

Dall'analisi dei dati emerge un'offerta disomogenea, caratterizzata da un alto indice di inappropriata. In particolare, per la nostra azienda emergono le seguenti principali criticità:

- un'offerta indifferenziata rispetto a quelli che sono i bisogni specifici dell'utenza. In particolare emerge una mancanza di diversificazione dell'offerta riabilitativa per le diverse fasce di età;
- assenza di indicatori di appropriatezza organizzativa nella fase di presa in carico, che permettano la valutazione ex ante del setting riabilitativo appropriato;
- frequente assenza di appropriatezza dell'obiettivo principale all'interno dei piani di trattamento (ad esempio dai dati emergono spesso obiettivi di "mantenimento" associati a quelli di "miglioramento");
- frequente assenza di multidisciplinarietà degli interventi, assimilabili pertanto a trattamenti specialistici. Particolarmente alto, da questo punto di vista, è l'indice di inappropriata delle prestazioni domiciliari.

Tali criticità sono in parte imputabili alla mancata definizione di linee guida regionali per la presa in carico multidisciplinare riabilitativa (la Regione allo stato ha solo recepito le indicazioni nazionali, con DPGRn.163 del 18/09/2012) ma anche alla scarsa omogeneità negli strumenti e processi di governo da parte delle UVM aziendali.

Il Dipartimento ha già istituito uno specifico gruppo di lavoro, impegnato nella definizione della rete dell'assistenza riabilitativa, al fine di adeguare la realtà regionale agli indirizzi nazionali e definire il modello regionale di presa in carico, così come previsto nel P.O. - Programmi 13 "Reti assistenziali per intensità di cura" e 14.8.3 "Strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili".

Considerate le criticità emerse dall'analisi dell'appropriatezza, ai fini della definizione del fabbisogno si è reso necessario utilizzare i dati esclusivamente per una macrolettura dei risultati. Il fabbisogno è stato, pertanto, determinato utilizzando i parametri di cui alla griglia LEA e quelli definiti dal DPGR 18/2010, corretti per tipologia di utenza.

Nuovo fabbisogno riabilitazione estensiva extraospedaliera

Con specifico riferimento alla nostra realtà, il fabbisogno delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera da soddisfare sia pari a 0,42 prestazioni/ab/anno, ripartito secondo le indicazioni regionali di cui al documento allegato al DCA 76/2015, punto 3.7 e qui di seguito riportate:

- 0,071 per ceto diurno; - 0,28 per prestazioni ambulatoriali; - 0,074 per prestazioni domiciliari.



Nelle tabelle che seguono è indicato il fabbisogno totale e suddiviso per tipologia di prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera definito per la nostra ASR

Fabbisogno Totale - Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Abitanti	Fabbisogno totale (0.42)	Totale offerta attuale prestazioni/anno	Prestazioni abitanti/anno	Delta vs fabbisogno
171.666	72.958	86.320	0.56	-13.362

Si evidenzia che le previsioni relative alla Riabilitazione Estensiva a Ciclo Continuo (RECC) sono inserite nel precedente paragrafo 3.6 "Residenzialità disabili".

Fabbisogno riabilitazione estensiva ciclo diurno

Abitanti	Fabbisogno totale (0.071)	Offerta attuale riabilitazione ciclo diurno prestazioni/anno	Prestazioni abitanti/anno	Delta vs fabbisogno
171.666	12.188	-	-	12.188

Fabbisogno riabilitazione estensiva ambulatoriale

Abitanti	Fabbisogno totale (0.28)	Offerta attuale riabilitazione ambulatoriale prestazioni/anno	Prestazioni abitanti/anno	Delta vs fabbisogno
171.666	48.066	55.120	0.32	- 7.054



Fabbisogno riabilitazione estensiva domiciliare

Abitanti	Fabbisogno totale (0.074)	Offerta attuale riabilitazione domiciliare prestazioni/anno	Prestazioni abitanti/anno	Delta vs fabbisogno
171.666	12.703	31.200	0.18	- 18.497

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera

Così come espressamente indicato nel Decreto n. 18 del 22/10/2010 per quel che riguarda le prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale, domiciliare e diurna, il nuovo fabbisogno definito dal DCA 76/2015 prevede una diminuzione del numero delle prestazioni infatti, si passa dalle 61.480 prestazioni ambulatoriali attuali alle 48.066 previste e dalle 34.800 prestazioni domiciliari attuali alle 12.703 previste; mentre si registra l'attivazione di prestazioni di riabilitazione estensiva diurna con un fabbisogno di 12.188 prestazioni, che sono state attribuite alle strutture che perdono i volumi prestazionali ambulatoriali e domiciliari. E' inoltre stata proposta la riconversione delle prestazioni eccedenti i volumi programmati in altrettante prestazioni equivalenti di assistenza domiciliare.

Dato atto che le strutture dell'area della riabilitazione estensiva territoriale extraospedaliera operanti nella nostra ASP e non in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA sono quelle qui di seguito riportate:

- ANMIC Riabilitazione
- Life
- San Giuseppe
- Starbene
- Turano

Nel caso specifico della riabilitazione estensiva territoriale tutte le strutture interessate dovranno essere riconvertite entro la nuova data del 30.06.2018 stabilita dal DCA 166/2017.

Nella **Tabella 2** allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera distinta per struttura e posti letto.

RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ DIPENDENZE PATOLOGICHE

Offerta attuale ASP

La tabella che segue riporta i posti letto attuali nella nostra ASP articolati per tipologia di assistenza.

Ai fini dell'analisi, sono stati inoltre considerati i dati relativi ai posti letto e le prestazioni contrattualizzate dall'ASP.

Offerta attuale Residenzialità Dipendenze

Abitanti	Offerta Accreditata DPGR 1/2011	PL Contrattualizzati	Offerta pubblica attiva
171.666 (174.328)	50	40	0

Offerta attuale Semiresidenzialità Dipendenze

Abitanti	Offerta Accreditata DPGR 1/2011	PL Contrattualizzati	Offerta pubblica attiva
171.666 (174.328)	10	10	0

Definizione del fabbisogno

Per quanto riguarda l'attività di valutazione della domanda i dati sono stati forniti dai Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Gli utenti che accedono alle strutture hanno età diversa, compresa tra i 18 ed i 60 anni, con picchi percentuali maggiori nella linea mediana. Il più delle volte hanno una scolarità bassa e gravi problematiche di carattere familiare e sociale. La quasi totalità abusa di più sostanze (poliassuntori). Altrettanto frequente il fenomeno dell'alcool dipendenza.

Nella fase di raccolta dei dati si è ritenuto inoltre opportuno fornire una griglia di rilevazione ai servizi territoriali, finalizzata a far emergere specifiche richieste di assistenza residenziale e semiresidenziale, eventualmente non soddisfatte, per le diverse tipologie di utenza, quali:

- Madre - bambino o coppie
- Comorbidità psichiatrica
- Alcolodipendenti

E' inoltre da tenere in considerazione la problematica relativa alla ludopatia, che non inserita nella griglia di rilevazione perché all'epoca della rilevazione non era ancora ufficialmente in carico ai servizi.

Tuttavia il gioco patologico d'azzardo rappresenta sempre più una dipendenza in forte espansione nella nostra Regione e nella nostra ASR L'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza della ludopatia operata con DL 13 settembre 2012, n. 158 impone la definizione di una modalità di risposta adeguata da prevedere nell'ambito dei servizi per l'assistenza alle persone con dipendenza patologica. In tal senso saranno attivati specifici percorsi assistenziali nell'ambito dei Servizi e dei Centri diurni programmati nel presente documento.

Nuovo fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità dipendenze

Relativamente all'analisi effettuata ed alla necessità di differenziare l'offerta esistente, si ritiene di poter confermare il parametro previsto dal DPGRI8/2010 pari a 0,25 x 1000 abitanti per la residenzialità dipendenze e pari a 0,06 x 1000 abitanti per la semiresidenzialità dipendenze. Gli standard di fabbisogno sopra indicati, definito nel documento allegato al DCA 166/2017 punto 3.8.2 applicati alla nostra realtà aziendale determinano il fabbisogno specificato nelle tabelle che seguono.

Fabbisogno Residenzialità Dipendenze

Standard	Abitanti	P.L. programmati	P.L. attuali	Delta vs fabbisogno
Standard per 1.000 abitanti = 0.25	171.666 (174.328)	43	50	- 7

Fabbisogno Semiresidenzialità Dipendenze

Standard	Abitanti	P.L. programmati	P.L. attuali	Delta vs fabbisogno
Standard per 1.000 abitanti = 0.06	171.666	10	10	-

In relazione al fabbisogno sopra evidenziato tenuto conto dell'effettiva domanda allo stato soddisfatta dalle strutture private accreditate si propone di confermare l'attuale dotazione di posti letto residenziali per come indicato nella tabella 1 allegata.

Nella **Tabella 1** allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione della residenzialità e semiresidenzialità per dipendenze patologiche distinta per strutture e posti letto.



RESIDENZIALITÀ PER PERSONE AFFETTE DA HIV/AIDS

Offerta attuale ASP

Ad oggi i dati epidemiologici relativi alla Calabria non risultano particolarmente attendibili per una reale stima del fabbisogno. Tale difficoltà è legata a due fattori in particolare: da un lato la grande presenza di "sommerso", lo stigma che ancora la malattia porta con sé e le remore a sottoporsi ai test HIV, dall'altro l'assenza di offerta di servizi territoriali.

Ad oggi pertanto non sono disponibili posti letto residenziali e/o semi residenziali accreditati in tutta la Regione.

Nella nostra ASP storicamente è presente presso la U.O. di malattie infettive del P.O. di Crotone un servizio di cure ambulatoriali e domiciliari rivolto a pazienti affetti da HIV/AIDS.

Gli ultimi dati disponibili sono quelli forniti dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare i dati, relativi al 2013, evidenziano come stabile il numero delle nuove diagnosi HIV, così come stabile è il numero di casi di AIDS. Elemento rilevante è la diminuzione di decessi in persone con AIDS, dovuta evidentemente alle terapie antiretrovirali. Al contempo lo stesso COA ribadisce come la maggior parte delle persone con AIDS non ha effettuato terapie antiretrovirali, evidenziando come, una maggiore offerta di cura, potrebbe consentire una ulteriore importante diminuzione dei decessi.

Nuovo fabbisogno di residenzialità

In termini assoluti, il COA segnala dal 2009 al 2013 in Calabria 170 nuove diagnosi di infezione di HIV, pari allo 0,8% dei nuovi casi in Italia, per una incidenza di quasi 2 nuovi casi su 100.000 abitanti.

In termini prospettici si rende necessario prevedere su scala regionale una struttura residenziale per n.15 pl, accompagnata e supportata dall'attività domiciliare, volta in particolare all'assunzione della terapia antiretrovirale ed alle cure specifiche delle patologie correlate, con particolare riferimento all'accompagnamento per le esigenze quotidiane.

In tal senso si ritiene opportuno, attendere che nei prossimi mesi, il dipartimento adotti idonee linee guida che definiscano requisiti e modalità operative di gestione dei servizi; nell'attesa l'azienda continuerà ad assicurare le prestazioni attraverso le proprie strutture ospedaliere (SOSD di malattie infettive) e territoriali (ADI).

RESIDENZIALITÀ SALUTE MENTALE

Offerta attuale ASP

L'assistenza residenziale psichiatrica viene attualmente erogata nella realtà della nostra ASP allo stato la struttura di offerta di residenzialità salute mentale è rappresentata per come indicato nella tabella che segue dove sono riportati i posti letto pubblici e privati accreditati nelle diverse tipologie, presenti nell'ASP.

Totale Offerta Residenzialità Psichiatrica

Popolazione di età > / = 18 anni	PL accreditati	PL pubblici attivati	Totale offerta attuale	Standard per 10.000 abitanti
138.534	10	-	10	0.7

Si precisa che il dettaglio dell'offerta attivata nella nostra ASP suddivisa per intensità assistenziale evidenzia la presenza di una sola struttura accreditata per PL ad elevata intensità assistenziale e che non risulta alcuna offerta pubblica per residenzialità salute mentale.

Definizione del fabbisogno

La dotazione di offerta attuale, valutata sulla base dei dati di attività rilevati nelle singole ASP, è pari a 2,3 posti letto per 10.000 abitanti di età > 18 anni. La dotazione attualmente programmata con DPGR 18/2010 prevede ad oggi, a livello regionale, uno standard pari 2.0 posti letto per 10.000 abitanti con età > 18 anni.

Sulla scorta di quanto precedentemente previsto dalle linee Guida di cui al DPGR n. 31 del 7/03/2013, la Regione ha intrapreso un percorso che ha permesso, attraverso la rivalutazione dei pazienti e l'analisi dell'offerta attuale nei diversi setting assistenziali, di rivedere il fabbisogno stimato con DPGR n. 18/2010 e di articolarlo per livello di intensità assistenziale.

Ai fini della valutazione della domanda di prestazioni, è stata effettuata una rivalutazione dell'utenza presente nelle strutture. In particolare, le Unità di Valutazione Multidimensionale, integrate con personale del Dipartimento di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie hanno effettuato la valutazione del profilo psicopatologico e dei bisogni assistenziali di tutti i soggetti inseriti in strutture residenziali. La ricognizione ha consentito di rilevare i reali bisogni assistenziali dell'utenza e conseguentemente l'appropriatezza dei ricoveri.

Complessivamente le UVM hanno valutato n. 595 pazienti degenti nelle strutture residenziali psichiatriche private accreditate e nelle strutture residenziali pubbliche. Più precisamente sono stati valutati:

- ASP di Cosenza - utenti rivalutati 152: ricoveri appropriati pari al 89%; inappropriati pari al 11%;
- ASP di Crotone - utenti rivalutati 10: ricoveri appropriati pari al 100 %;
- ASP di Catanzaro - utenti rivalutati 151 : ricoveri appropriati pari al 85%; inappropriati pari al 15%;
- ASP di Vibo Valentia - utenti rivalutati 8: ricoveri appropriati pari al 100%;
- ASP di Reggio Calabria - pazienti rivalutati 274: ricoveri appropriati pari al 68%; inappropriati pari al 32%;



Sono stati, inoltre, valutati n. 133 utenti psichiatrici degenti nelle Case Protette per disabili (poiché la legge regionale 24/2008 prevede la possibilità di trattamento di pazienti psichiatrici in casa protetta per disabili fino all'approvazione di linee guida regionali in materia di salute mentale) presenti nell'ASP di Cosenza e di Crotone.

Più precisamente, sono stati valutati nell'ASP di Cosenza n. 57 utenti psichiatrici e nell'ASP di Crotone n. 76 utenti psichiatrici. L'analisi ha, altresì, riguardato la verifica dell'offerta attuale per tipologia di assistenza/livelli di intensità assistenziale.

La tabella che segue riporta il dettaglio delle percentuali sul totale dell'offerta di posti letto per intensità assistenziale (SRP1;SRP2;SRP3) con riferimento alla nostra ASP.

Popolazione di età >= 18 anni	Offerta attiva elevata intensità assistenziale SPR1	Offerta attiva elevata integrazione SPR2	Offerta attiva gruppo appar- tati. SPR3	Offerta Totale
138.534	10	-	-	10

Analizzando il dato nelle singole Aziende ed in particolare l'offerta residenziale attuale della nostra ASP non appare adeguata ai bisogni riabilitativi emersi e non è ben differenziata la distribuzione dei posti tra i diversi livelli di intensità di cura. In particolare, nella nostra ASP si registra una significativa carenza dell'offerta attuale rispetto al fabbisogno programmato.

Nuovo fabbisogno residenzialità psichiatrica

Alla luce dei dati rilevati il fabbisogno di posti letto da attivare ogni 10.000 abitanti (popolazione di età >= 18 anni della regione e quindi anche della nostra ASP è di 3,64. La tabella che segue riporta il fabbisogno programmato di residenzialità psichiatrica della nostra ASP.

Residenzialità psichiatrica - Fabbisogno programmato

Popolazione di età >= 18 anni	Totale PL accreditati	Totale PL pubblici	Totale offerta attuale	X 10.000 abit. di età >= 18 anni	Fabbisogno programmato 3.64 x 10.000 abit.	Delta vs fabbisogno
138.534	10	-	10	0.7	50	40



Fabbisogno articolato per intensità assistenziale

Popolazione di età >= 18 anni	Fabbisogno programmato	Offerta attuale	Delta vs fabbisogno
138.534	50	10	40

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità psichiatrica

Nella nostra realtà si rende necessario in coerenza con le linee programmatiche del DCA 166/2017 incrementare l'offerta di residenzialità psichiatrica di cui, allo stato, risultano tra l'offerta attiva una offerta di 10 p.l. a fronte di quella programmata pari a 50 p.l.. L'azienda nel formulare la presente proposta di riorganizzazione della residenzialità psichiatrica ha tenuto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi e quindi l'intera domanda è garantita all'utenza solo da strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi;
 - della proposta unitariamente presentata dalle strutture accreditate che hanno evidenziato che l'incremento dell'offerta programmata solo parzialmente consente di superare le criticità assistenziali, di esubero di personale e di contrazione dei budget attuali derivanti dalla riduzione dei p.l. della residenzialità per disabili che a tutt'oggi, in assenza di una offerta adeguata di p.l. di residenzialità psichiatrica, sono costrette a trattare anche i casi di assistenza psichiatrica;
 - di un fabbisogno definito dal competente DSM dell'ASP è risultato pari a pari a 80 p.l. a fronte degli attuali 10 p.l. e degli ulteriori 40 programmati dal DCA 166/2017;
 - del fatto che un numero significativo di pazienti sono allo stato inseriti in maniera inappropriata nelle attuali case protette per disabili fisici psichici e sensoriali, peraltro significativamente ridotte dalla programmazione del DCA 166/2017, mentre sarebbero più appropriatamente da trattare in strutture psichiatriche SPR1;
 - del numero significativo di ricoveri disposti dall'autorità giudiziaria oggi trattati nelle attuali strutture per disabili peraltro ridotte di 102 p.l. per quanto sopra specificato è stato quindi ritenuto necessario un incremento del fabbisogno di p.l. di residenzialità salute mentale già previsto dal DCA 133/2016 che presenta, peraltro, un volume complessivo di posti letto inferiore rispetto a quello fissato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, quantificato nella "Griglia LEA", nonché al fabbisogno indicato dal competente DSM dell'azienda.
- Dato atto che le strutture dell'area della residenzialità della residenzialità salute mentale operanti nella nostra ASP e in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, che mantengono la loro validità, sono quelle qui di seguito riportate:
- SPR1 Carusa DCA. 63 del 3.5.2017
 - SPR1 Spirito Santo DCA n. 64 del 3.5.2017

Nella **Tabella 1 - Area Residenzialità Salute Mentale** - allegata al presente piano per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della residenzialità salute mentale disabili distinta per struttura e posti letto.

Nella stessa tabella sono, inoltre, evidenziate in grigio le strutture di cui il DCA 166/2017 dispone che le autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, mantengono la loro validità.

Nel caso specifico della residenzialità salute mentale tutte le strutture interessate risultano già riconvertite.

Offerta attuale

SEMIRESIDENZIALITÀ SALUTE MENTALE

Per come riportato nella tabella che segue, nella nostra ASP sono presenti attualmente n.2 Centri Diurni psichiatrici allocati presso gli attuali Centri di Salute Mentale di Crobone e di Ciro Marina.

Non sono presenti allo stato Centro Diurno privati accreditati.

I dati di attività, riportati in tabella, sono stati rilevati dal progetto obiettivo "Trattamenti terapeutico riabilitativi integrati" nel corso del 2° semestre 2013.

Offerta attuale - Centri diurni psichiatrici

Bacino di utenza Popolazione di età >/= 18 anni	Numero centri diurni pubblici attivi	Pazienti trattati	Numero centri diurni privati accreditati	Pazienti trattati	Tasso per 10.000 abitanti
138.534	2	30	-	-	2.2

Nuovo fabbisogno - Centri diurni psichiatrici

Dai dati disponibili (ossia dal numero di pazienti trattati nell'anno di rilevazione - 2013 - e dalla frequenza media dei trattamenti riabilitativi), si è definito a livello regionale un fabbisogno di 15 posti semiresidenziali ogni 100.000 abitanti.

La tabella seguente riporta il numero di centri diurni programmati per la nostra ASP.

Fabbisogno Centri Diurni Psichiatrici

Bacino di utenza Popolazione di età >/= 18 anni	Numero centri diurni pubblici attivi	Numero centri diurni previsti dalla riorganizzazione
138.534	2	2



RESIDENZIALITÀ AUTISMO

Offerta attuale

L'offerta attuale di Residenzialità Autismo nella nostra azienda allo stato vede una totale assenza di posti letto residenziali per tale tipologia di assistenza territoriale.

Nuovo Fabbisogno

Nel documento allegato al DCA 166/2017 al punto 3.12 è previsto un fabbisogno complessivo di 10 p.l. per l'intera area centro (Crotone, Catanzaro e Vibo V.),

Ritenuto che l'eventuale spaccettamento del modulo di 10 p.l. previsti dal DCA 166/2017, per l'intera area centro, non può essere attuato in quanto in contrasto con gli indirizzi e i criteri contenuti nello stesso DCA 166/2017, si propone di concentrare l'intero modulo di 10 p.l. nella ASP di Catanzaro in coerenza con il criterio di favorire la collocazione baricentrica delle strutture di offerta nei centri a maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili.

SEMIRESIDENZIALITÀ AUTISMO

Offerta attuale e nuovo fabbisogno programmato

Attualmente, per come indicato nel DCA 166/2017 punto 3.13, è presente nella nostra Regione, un centro semiresidenziale accreditato per 28 prestazioni/die di cui n. 10 di riabilitazione diurna e 18/die di riabilitazione ambulatoriale, destinato a minori ed adulti affetti da autismo.

Considerato che sul territorio nazionale non esistono precise stime epidemiologiche dei disturbi dello spettro autistico le conoscenze sui bisogni delle persone con Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) in termini di fabbisogni prestazionali quantitativi, sono stati determinati, per come indicato dal citato DCA, in ragione dei bisogni espressi dalle singole ASP e si è ritenuto opportuno, quindi, implementare l'offerta, rispetto a quanto previsto nel DCA n 113/20016, passando da 60 posti equamente suddivisi nelle tre aree Nord Centro e Sud a 80 posti così distribuiti:

- ASP Cosenza n.20 posti
- ASP Crotone n. 10 posti
- ASP Catanzaro n. 20 posti
- ASP Vibo Valentia n. 10 posti
- ASP Reggio Calabria n.20 posti.

Nello stesso punto 3.13 del DCA 166/2017 si stabilisce, inoltre, che il numero di prestazioni, con successivo provvedimento potrà essere adeguato ai bisogni emergenti espressi dalle rilevazioni dei dati epidemiologici trasmessi da ciascuna ASP.

In ordine a quanto sopra ed in particolare al fabbisogno programmato di n. 10 posti di residenzialità autismo per la nostra azienda si ritiene opportuno e necessario evidenziare (per come ufficialmente comunicato dal direttore della UOC di neuropsichiatria infantile dell'azienda, che le percentuali effettive di incidenza dei DSA che sono state calcolate per la nostra azienda corrispondono allo 0.2% (2.2/1.000 e 22/10.000)

che l'incidenza dei disturbi dello spettro autistico (DSA) nella nostra azienda risulta sostanzialmente sovrapponibili a quella di altre regioni di riferimento (Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Lazio, Piemonte e Lombardia) in base ai report ufficiali e studi pubblicati.

In sintesi, nella realtà della nostra ASP il fabbisogno prestazionale per i disturbi dello spettro autistico per la fascia di età 0-19 è da riferirsi sulla base dei dati reali attuali a 341 soggetti.

Nuovo Fabbisogno

Sulla base di quanto sopra sinteticamente espresso si ritiene che i posti di semiresidenzialità autismo previsti nel DCA 166/2017 risultano assolutamente insufficienti a garantire le prestazioni necessarie ed appropriate ai nostri 341 soggetti con diagnosi accertata di DSA.

Pertanto, fermo restando i 10 posti di semiresidenzialità autismo previsti dal DCA 166/2017, che l'azienda intende attivare a gestione pubblica stante le specifiche competenze mediche specialistiche già presenti presso la U.O.C. di neuropsichiatria infantile dell'ASP, si evidenzia la necessità di un incremento di ulteriori 10 posti di semiresidenzialità autismo sempre a gestione pubblica al fine di poter garantire il fabbisogno assistenziale sopra indicato.

Fabbisogno semiresidenzialità autismo

Numero attuale offerta attiva pubblica e private autismo	Numero posti semiresidenzialità autismo a gestione pubblica
0	20



ASSISTENZA DOMICILIARE

Offerta attuale

L'Assistenza Domiciliare (AD) rappresenta uno dei sub livelli assistenziali territoriali (distrettuali) che a tutt'oggi appaiono tra i più critici nel contesto regionale. Ci si ritrova, infatti, di fronte ad uno scenario caratterizzato da una erogazione dell'AD non omogenea nei differenti sottoambiti territoriali con differenze di carattere organizzativo e gestionale, nonostante la Regione abbia da tempo approvato le Linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali (DPGR n. 012 del 31 gennaio 2011).

Il ritardo di realizzazione dei complessivi processi riorganizzativi della rete territoriale ed il relativo blocco del turnover hanno determinato una parziale applicazione DPGR 12/2011 dovuta principalmente alla carenza di personale dedicato (soprattutto afferente al ruolo infermieristico e del comparto in genere). Con lo sblocco delle assunzioni e i conseguenti DCA di autorizzazione solo nell'ultimo periodo si è provveduto ad adottare specifiche azioni di sviluppo dell'assistenza domiciliare migliorandone l'efficienza e l'efficacia sotto il profilo della qualità dell'assistenza.

Il ruolo assistenziale dell'AD è quindi ritenuto strategico e prioritario nell'ambito dei processi di rimodulazione organizzativa del SSR calabrese anche in ragione della necessità di accompagnare il difficile percorso di traslazione del baricentro assistenziale dall'ospedale al territorio. Alla luce dei dati ISTAT nella Regione Calabria il target di pazienti assistiti in AD dovrebbe essere di 13.698, con specifica ripartizione nei differenti sotto ambiti provinciali. L'esame dei modelli FLS.21 relativi all'anno 2013 consente di delineare lo scenario operativo di seguito riportato.

Casi trattati in AD - anno 2015

Abitanti over 65	Casi trattati	Over 65	% sul totale over 65	Scostamento dal target (4%)
30.658	1.682	1.376	4.49	0.49

Definizione del fabbisogno

Applicando al contesto regionale i vincoli derivanti dal monitoraggio del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (Griglia LEA), si individua, come parametro standard, una percentuale di anziani over 65 da trattare in ADI $>=4\%$ (con scostamento minimo individuato pari a 3,5%). Applicando tale parametro alla popolazione allo gennaio 2013, si ottiene quale valore target da raggiungere

Fabbisogno ADI Anziani

Fabbisogno ADI Anziani	Abitanti over 65 anni	Fabbisogno (numero casi)
Standard x 1.000 abitanti over 65 anni 4%	30.658	1.226

N.B. Tale parametro deve essere ricalcolato sulla base della popolazione al 1° gennaio di ogni anno.



Processo assistenziale e classificazione dell'Assistenza Domiciliare

Ai fini del processo assistenziale e della corretta classificazione dell'assistenza domiciliare si rimanda a quanto stabilito con DPGR n.12/2011 che dellinea il complessivo processo assistenziale ed al tempo stesso opera la classificazione dell'AD in ragione di due evidenze:

- continuità del processo di cura
- intensità assistenziale valutata in ragione del CIA (coefficiente di intensità assistenziale) al fine di distinguere l'assistenza di natura prestazionale (per es. l'esecuzione di prelievi ematici programmati) da quella più propriamente di domiciliarizzazione dell'assistenza e caratterizzata da un approccio multi professionale così per come esitato dalla valutazione multi dimensionale.

La logica processuale è sinteticamente quindi riassumibile nelle seguenti fasi:

- a) richiesta di assistenza
- b) valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali (con l'utilizzo della scheda SVAMA);
- c) definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- d) erogazione delle prestazioni definite nel PAI per la durata stabilita;
- e) rivalutazione al termine del PAI.

La tabella seguente riporta i differenti profili assistenziali, così come definiti nel DPGR n. 12/2011.

Profilo di cura	Intensità assistenziale (CIA)	Operatività del servizio
CD Prestazionali	-	5/7 gg
CD Integrate I livello	Fino a 0.30	5/7 gg
CD Integrate II livello	Fino a 0.50	6/7 gg
CD Integrate III livello	>0.50	7/7 gg
Cure Palliative malati terminali	>0.80	7/7 gg

Per le prestazioni domiciliari il processo si concretizza secondo le seguenti fasi:

- la richiesta di assistenza viene esibita c/o il Servizio Aziendale preposto (PUA);
- la valutazione multidimensionale viene eseguita dall'Unità di Valutazione aziendale;
- il PAI viene definito, in esito alla valutazione, dalla medesima unità di valutazione;
- l'erogazione delle prestazioni del PAI avviene a cura del soggetto affidatario del servizio;
- le rivalutazioni seguono la stessa logica della valutazione iniziale.



ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER MINORI

Offerta attuale

Ad oggi, non sono presenti nella realtà calabrese e nella nostra ASP posti letto in strutture socio-sanitarie residenziali dedicati all'assistenza per minori.

La Regione con DGR n. 259 del 1/06/2011 ha recepito l'Accordo sancito in Conferenza Unificata Rep. n.82/CU del 6/11/2009 relativo alle linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e con successivo DDG n. 10291 del 11/07/2012 ha costituito uno specifico gruppo di lavoro composto dai referenti del Dipartimento Tutela della Salute integrato da componenti designati dal Centro per la Giustizia per la Calabria, dal Dipartimento Regionale Lavoro e Politiche Sociali e da rappresentanti del volontariato. Successivamente, con DPGR n. 91 del 19/06/2013 sono state approvate le linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed approvati i requisiti di autorizzazione/accreditamento per la "struttura terapeutica riabilitativa per minori anche sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria".

I minori che necessitano di assistenza a ciclo diurno o ambulatoriale, allo stato nella nostra ASP, vengono presi in carico dai Servizi di neuro-psichiatria infantile (NPI).

La tabella che segue riporta i percorsi assistenziali (PA) attivati presso il Servizio di NPI presente nella nostra Azienda.

ASP Crotone	Numero Strutture NPI	Percorsi Assistenziali (PA) attivati
Distretto Crotone	1 Centro NPI	PA dei disturbi dello sviluppo e dell'apprendimento. PA delle diagnosi e cura delle patologie neurologiche e psichiatriche acute di elevata complessità. PA per patologie sindromiche (disturbi autisti e pluriminorazioni). PA per le convulsività e scompenso psicopatologico.

Definizione del fabbisogno

Relativamente al fabbisogno sono in corso di verifica i dati di attività in termini di volumi e di prestazioni erogate nell'ambito dei diversi percorsi assistenziali attivati.

Pertanto con successivo atto sarà definito il fabbisogno di cui ai percorsi assistenziali per minori i cui processi organizzativi saranno definiti al livello regionale al fine di uniformare gli approcci e i metodi su tutto il territorio.



TABELLE DI SINTESI ALLEGATE

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA E CORRELATA PROPOSTA DI RICONVERSIONE DELLE STRUTTURE ESISTENTI

Nel precisare che allo stato non sono presenti nell'ASP di Crotone strutture pubbliche che erogano prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera, nella **Tabella 1** che segue, allegata per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto, è riportato il piano complessivo di riorganizzazione della rete territoriale dell'azienda, distinto per tipologia assistenziale, posti letto e strutture erogatrici.

Si da atto che il presente piano è adottato in coerenza con indirizzi, criteri e vincoli contenuti nel DCA n. 166/2017 e che tutte le strutture residenziali e semiresidenziali interessate operanti nel comprensorio dell'azienda, ad eccezione della RSA S. Rita e della CP Villa del Rosario, sono in possesso delle autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività socio-sanitarie, adottate con DCA, che mantengono la loro validità.

Nella **Tabella 2** che segue, allegata per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto, è riportato il piano complessivo di riorganizzazione delle prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva extraospedaliera dell'Azienda distinto per tipologia prestazionale, prestazioni e strutture erogatrici.



RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA) E DELLE POSTAZIONI DI EMERGENZA TERRITORIALI (PET)

SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA)

Fra gli obiettivi perseguiti nell'intervento di riordino della rete territoriale vi è la definizione di un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione tra i servizi della Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica (di seguito C.A.) e del sistema di Emergenza/Urgenza, attraverso la centralizzazione delle chiamate sul numero unico "116.117", così per come definito dagli specifici indirizzi di programmazione sanitaria adottati dalla struttura commissariale regionale ed in particolare dal DCA n. 76/2015 punto 2.3.3. e dal successivo DCA n. 30/2016 per come ridefinito con DCA n. 64/2016.

Tali interventi programmati a livello regionale sono coerenti con il quadro normativo di riferimento delineato a livello nazionale, in adempimento alle indicazioni europee e rappresentato dai seguenti atti d'indirizzo:

- Accordo Stato-Regioni/Province Autonome del 7.2.2013 recante "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" che prevede e fornisce indicazioni utili a favorire l'adozione, a livello regionale, di "sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinti l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale".
- Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014 contenente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, laddove all'art. 5, comma 12, viene espressamente prevista l'attivazione del "numero a valenza sociale 116.117 dedicato al Servizio di Guardia Medica non urgente", mandando ad apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute la definizione delle modalità e dei tempi per la sua realizzazione ed attivazione sul tutto il territorio nazionale. A seguito di tale Accordo "le Regioni, in quanto Enti utilizzatori del numero, provvederanno ad effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo".
- Decreto n.70/2015, Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che al punto 9.2.5 prevede la necessità, nell'ambito degli interventi di razionalizzazione:
 - che le dotazioni tecnologiche delle centrali operative 118 siano messe a disposizione della C.A., "con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza";
 - che le Regioni procedano ad una più corretta distribuzione delle postazioni di C.A., con adeguati dimensionamenti in rapporto all'attività attesa ed alla distribuzione territoriale.

La centralizzazione delle chiamate di C.A.

Con l'attivazione del numero unico europeo 116117 destinato al servizio di cure mediche non urgenti, ad avvenuta definizione del sopra citato modello di riferimento, le chiamate di C.A. confluiranno, su tutto il territorio regionale, sulle Centrali Operative (di seguito: CO.) collegate alla piattaforma tecnologica 118.

Il numero unico 116117 si affiancherà pertanto al 118, utilizzando la medesima piattaforma tecnologica, per chiamare la C.A. territoriale. In concreto, in linea con quanto previsto dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 36/CSR), nonché nei provvedimenti regionali di cui al DCA 14/2015 e 76/2015, si prevede che la nostra ASP sia dotata di una Centrale di Continuità delle Cure Primarie (CURAP) accessibile h24/365 gg all'anno, attraverso la quale raggiungere:

- i medici delle Cure Primarie operanti nei presidi territoriali multi professionali (UCCP) durante il giorno;
- i medici di postazione territoriale di Continuità Assistenziale negli altri orari;
- la Centrale Unica di Prenotazione per le prestazioni ambulatoriali (il CUP);
- il Punto Unico di Accesso alla rete integrata dei servizi (PUA) per i bisogni più complessi.

Nelle more dell'istituzione del numero 116117 a livello regionale, si propone che la struttura commissariale sperimenti nella nostra ASP un numero verde che contenga al suo interno il numero 116117 (esempio: numero verde. 800 116 117) per come di seguito indicato.

La proposta di sperimentazione regionale sul territorio dell'ASP di Crotone

Nelle more dell'implementazione del numero unico 116.117 sul quale confluiranno, a regime, tutte le chiamate dirette al servizio di C.A. sul territorio regionale, si propone di avviare una prima fase sperimentale sul territorio della provincia di Crotone coincidente peraltro con il territorio del distretto unico della nostra azienda.

L'obiettivo della sperimentazione, perseguito attraverso l'integrazione del servizio di C.A. con il sistema 118, è quello di intercettare preventivamente la domanda a bassa intensità assistenziale indirizzandola, ove possibile, ai servizi distrettuali e alla medicina di territorio.

Nell'attesa della definitiva strutturazione della C.A. e dell'attivazione del numero unico 116117 il modello sperimentale proposto prevede l'utilizzo di un numero verde provvisorio (800 116 117) operativo per le chiamate di C.A. sul territorio dell'ASP con estensione del servizio nell'arco della giornata, come di seguito indicato:

- a. in orario notturno e nei giorni prefestivi e festivi, rientranti nella competenza del servizio di C.A., il numero provvisorio continua ad essere operativo per le chiamate dirette a tale servizio;
- b. negli orari diurni (in fase sperimentale: h 8,00-20,00), non rientranti nella competenza del servizio di C.A., è possibile rivolgersi al numero provvisorio per ottenere informazioni e ogni riferimento utile riguardo all'accesso ed al collegamento con la rete dei servizi garantiti dall'ASP sulle seguenti aree di attività territoriale:
 - rete dei servizi distrettuali
 - rete dell'assistenza primaria
 - cure domiciliari
 - servizi specialistici ambulatoriali
 - servizi e procedure CUP
 - farmacie aperte al pubblico

Rispetto alle chiamate indicate al punto a., rientranti nell'ordinario servizio di competenza della C.A., il servizio provvisorio provvede alla gestione clinica della richiesta e pertanto la CO. che riceve le chiamate procede al loro smistamento sulle singole postazioni territoriali di C.A.

Rispetto alle chiamate indicate al punto b., il numero unico costituisce il riferimento per la richiesta di informazioni riguardo alle suddette attività e per il collegamento con i relativi soggetti erogatori.

Pertanto, negli orari diurni, il numero unico non è destinato alla gestione clinica della chiamata bensì a rappresentare un servizio e uno strumento a supporto del distretto e della rete delle cure primarie, sia come punto informativo sulle attività sanitarie territoriali, sia come ambito di filtro e di distribuzione delle chiamate e/o del loro collegamento con la rete territoriale dei servizi/strutture dell'ASP.

La riorganizzazione del Servizio di C.A.

Contestualmente all'avvio della fase sperimentale come descritta al punto che precede, occorre in ogni caso procedere alla riorganizzazione dei servizi di C.A. al fine di pervenire ad una più corretta distribuzione degli stessi sul territorio aziendale per come, peraltro già stabilito nei provvedimenti regionali del Commissario ad acta al riguardo già adottati e sopra richiamati. Partendo dall'attuale articolazione territoriale della C.A., e tenendo conto del nuovo assetto distrettuale e della rete delle cure primarie come delineato nel nuovo atto aziendale recentemente adottato dall'ASP, occorre perseguire le seguenti strategie di riordino del servizio di C.A.:

- definire una redistribuzione sul territorio delle postazioni, recuperando le ridondanze, al fine di agevolare l'integrazione professionale e la condivisione dei dati clinici inerenti alle attività dei singoli medici dell'assistenza primaria (h 12) e della continuità assistenziale (h 24);
- prevedere, nel rispetto dell'autonomia organizzativo-funzionale dei rispettivi servizi aziendali, una progressiva centralizzazione delle attività di continuità assistenziale come descritta al precedente punto, con particolare riferimento all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nell'arco delle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso ospedaliero;
- prevedere la fruizione da parte della C.A. dei dati clinici condivisi relativi alla scheda sanitaria informatizzata del paziente attraverso la dotazione di sistemi informatici, con particolare attenzione ai pazienti già in carico al MMG;
- valutare l'inserimento della presenza infermieristica nella CO., a supporto delle attività mediche, con particolare riferimento a quelle inerenti all'area delle cronicità.

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate per l'integrazione tra le reti e le connessioni fra sistema dell'emergenza e sistema delle cure primarie CURAP e numero unico 116117.

Altri elementi di razionalizzazione previsti sono quelli relativi ad una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, riorganizzando il servizio secondo le previsioni delle postazioni di continuità assistenziale previste dalla programmazione regionale di cui al DPGR n. 94/2012, al DCA 76/2015 e al DCA 30/2016 per come modificato dal DCA 64/2016 che a fronte delle attuali 31 postazioni attive nella nostra ASP prevede un ridimensionamento per come specificato nella tabella che segue, in coerenza con gli indirizzi, i criteri e i vincoli al riguardo definiti dalla DPGR 94/2012, dal DCA 76/2015 e dal DCA 30/2016 per come modificato dal DCA 64/2016.

Postazioni di continuità assistenziale Attuali e dopo Riorganizzazione

Abitanti	Numero Comuni	N. Postazioni Attuali	N. Postazioni Programmate 1° STEP	N. Postazioni Programmate 11° STEP
174.605	27	31	29	27



COMUNE	ABITANTI	N° Postazioni Attuali	Prestazioni CA dopo riordino 1° STEP 31.03.2018	Postazioni CA dopo riordino 1° STEP 31.06.2018
Belvedere Spinello	2.319	1		Entro la data del 30.06.2018 saranno sopresse altre tre postazioni di continuità assistenziale come da programmazione regionale. Ciò in considerazione che l'attuale stato della viabilità interna, già difficile in condizioni normali a causa delle particolarità orografiche del territorio, presenta ad oggi numerose interruzioni a causa delle quali il raggiungimento dei Comuni specie nelle zone della presila crotonese risulta difficoltoso e i tempi di percorrenza talvolta raddoppiati.
Crotone	61.131	3		
Caccuri	1.653	1		
Castellano	1.051	1		
Cerenzia	1.166	1		
Cutro	10.533	1		
Isola Capo Rizzuto	17.552	2		
Rocca di Neto	5.696	1		
San Mauro	2.180	1		
Savelli	1.287	1		
Scandale	3.250	1		
Carfizzi	671	1		
San Nicola dell'Alto	846	1		
Casabona	2.746	1		
Ciro	2.996	1		
Ciro Marina	14.973	1		
Crucoli	3.165	1		
Melissa	3.640	1		
Pallagorio	1.242	1		
Strangoli	6.596	1		
Umbriatico	883	1		
Verzino	1.884	1		
Cotronei	5.459	1		
Mesoraca	6.574	1		
Petilia Policastro	9.230	2		
Roccabernarda	3.430	1		
Santa Severina	2.175	1		
TOTALE	174.328	31	30	27

POSTAZIONI DI EMERGENZA TERRITORIALE (PET)

Premesso che il DPGR n. 94/2012 ha aggiornato la formula per la definizione dei mezzi medicalizzati con i nuovi parametri previsti dal Monitor 27 già applicati nelle altre regioni.

Che il correttivo, che da 60 kmq passa a 45 kmq, ha determinato un lieve incremento delle postazioni, considerato sulla base delle peculiarità della Regione Calabria rispetto alla orografia del territorio ed alla scarsa percorribilità viaria, ci si uniforma quindi all'obiettivo di rafforzare la rete territoriale di soccorso come condizione essenziale - ancorché transitoria - per garantire i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera in un contesto che vede il Territorio ancora non completamente implementato.

Tenuto conto di quanto sopra richiamato nonché di quanto al riguardo contenuto nella relazione tecnica del dirigente responsabile della Centrale Operativa del 118 di Crotone, che ad ogni buon fine si allega alla presente, la riorganizzazione delle PET per la nostra ASP prevede un numero di PET dopo riorganizzazione per come indicato nella tabella che segue, in coerenza con gli indirizzi, i criteri e i vincoli al riguardo definiti dalla DPGR 94/2012, dal DCA 76/2015 e dal DCA 30/2016 per come modificato dal DCA 64/2016

Postazioni di Emergenza Territoriale Attuali e dopo Riorganizzazione

Numero PET Attuali	Sede operativa	Numero PET dopo riorganizzazione	Sede operativa
5	1.Mesoraca (M.S.A.) 2.Ciro Marina (M.S.A.) 3.Crotone 1 (M.S.A.) 4.Crotone 2 (M.S.A.) 5.Isola Capo Rizzuto (M.S.B.) - oggi in convenzione -	6	1.Mesoraca (M.S.A.) 2.Ciro Marina (M.S.A.) 3.Crotone 1 (M.S.A.) 4.Crotone 2 (M.S.A.) 5.Isola Capo Rizzuto (M.S.A.) 6.Rocca di Neto (MSB) in convenzione - Prestazioni ambulanza P.O. di Crotone (*)

(*) Prestazioni di ambulanza con il solo autista governate dalla Direzione Medica del P.O. di Crotone ed utilizzate esclusivamente per trasporto ordinario a parziale supporto dell'attività analoga in capo al 118 in un regime di autonomia da questo, che necessita di essere riorganizzato e regolamentato (DPGR n. 94/2012)

Il piano di riorganizzazione delle PET per come sinteticamente riportato nella tabella che precede, indica il numero delle postazioni PET attuali e quelle dopo la riorganizzazione; al riguardo occorre precisare che l'attuale PET localizzata nel Comune di Isola Capo Rizzuto (MSbase) oggi gestita

in convenzione, con il presente provvedimento di riorganizzazione è programmata a gestione diretta ASP con ambulanza medicalizzata con medico e infermiere a bordo (M.S.A.).

La sesta PET programmata (oggi non presente) sarà localizzata nel Comune di Rocca di Neto e sarà a gestione in convenzione (M.S.B.) con autista e soccorritore a bordo; la stessa PET consentirà di ricondurre gli attuali tempi allarme Target entro lo standard per tutti i Comuni ricadenti in nell'area della SS 107 e della presila Crotonese (31.905 abitanti) colmando così e le criticità oggi registrate per i comuni di tale area. Per il dettaglio dei tempi allarme-target si rinvia all'allegata relazione tecnica del dirigente medico responsabile della Centrale Operativa del 118 di Crotonese.

Azioni di riorganizzazione

Le azioni di riorganizzazione prioritarie da attuare e i tempi sono definiti per come qui di seguito specificato:

- Prevedere, per l'attuale PET localizzata nel Comune di Isola Capo Rizzuto, oggi gestita in convenzione, la programmazione a gestione diretta ASP con ambulanza medicalizzata con medico e infermiere a bordo (M.S.A.), con un fabbisogno di personale pari a 6 medici e 6 infermieri oltre che la dotazione di una ambulanza, entro il 31.03.2018.
- Attivare la sesta PET (MSA), utile a coprire le criticità dell'area 107 e della Pre-Sila Crotonese, localizzando la stessa nel Comune di Rocca di Neto, che verrà gestita in convenzione con autista e soccorritore a bordo, per come sopra evidenziato, entro il 31.12.2018.
- Completare la dotazione organica del personale delle attuali PET con il fabbisogno di sei unità Infermieristiche di cui 5 in Centrale Operativa e una unità per la PET di Ciro Marina.
- Attuare l'attività di assessment dei mezzi di soccorso (con indicazione dell'anno di immatricolazione e dotazioni tecnologiche), entro il 31/12/2018.
- Avvio attività di adeguamento elettromedicali e rinnovo parco ambulanze e carrello maxi-emergenza, entro il 31/12/2018.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE - DCA n. 166/2017
 RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RIABILITATIVA ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA TERRITORIALE

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RIABILITATIVA ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA				DENOMINAZIONE STRUTTURE												Riconversione e in posti equivalenti di assistenza domiciliare			
				ANMIC Riabilitazione			Life			San Giuseppe			Starbene				Turano		
				prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza	prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza	prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza	prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza		prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza
DESCRIZIONE	Prestazioni erogate con offerta attiva attuale	FABBISOGNO PROGRAMMATO DCA 166/2017	DIFFERENZA	80	63	-17	24	19	-5	36	28	-8	36	28	-8	36	28	-8	
	Ambulatoriale	55.120	-7.054	60	22	-38	48	18	-30	0	0	0	0	0	0	0	4	-8	
	Domiciliare	31.200	-18.497	0	25	25	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	5	5	
Ciclo Diurno	0	12.188	12.188	140	110	-30	72	57	-15	36	28	-8	36	28	-8	48	37	-11	
TOTALE				86.320	96.157	9.837													

N.B. STRUTTURE SENZA AUTORIZZAZIONE ALLA RICONVERSIONE DI ATTIVITA': ADOSSA CON DCA DA RICONVERTIRE ENTRO IL 30.06.2018