

REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 107 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. 110 del 10 MAG. 2018

OGGETTO: Deliberazione del Direttore Generale dell'ASP di Vibo Valentia n. 36, del 18.1.2018, ad oggetto "DCA 166/2017 avente ad oggetto P.O.2016/2018- 2.1.7 parziale modifica DCA 113 del 3.11.2016: "Riorganizzazione della rete territoriale – Provvedimenti"

IL DIRIGENTE DEL SETTORE
Dott.ssa Francesca Piatto

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

Publicato sul Bollettino Ufficiale

della Regione Calabria n. _____ del _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 110 del 10/05 2018

OGGETTO: Deliberazione del Direttore Generale dell'ASP di Vibo Valentia n. 36, del 18.1.2018, ad oggetto "DCA 166/2017 avente ad oggetto P.O.2016/2018- 2.1.7 parziale modifica DCA 113 del 3.11.2016: "Riorganizzazione della rete territoriale – Provvedimenti"

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 modificazione 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;

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 seguitazioni 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;
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. 224/2017, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, in attuazione di quanto stabilito con DCA n. 76/2015 e dal successivo DCA 113, del 3.11.2016, ha provveduto ad approvare la riorganizzazione della rete territoriale
- con DCA n. 73/2017, è stata approvata la suddetta deliberazione dell'ASP di Vibo Valentia;
- 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, con la previsione che le programmazioni aziendali dovessero essere adeguate ai contenuti del citato DCA n. 166/2017;



- con deliberazione n. 36 del 18.1.2018, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, in attuazione di quanto stabilito dal DCA n. 166/2017, ha provveduto ad approvare la riorganizzazione della rete territoriale;
- sulla base di tale proposta si sono svolti, presso il "Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie", incontri con la Direzione Generale dell'A.S.P., nel corso dei quali sono state evidenziate alcune criticità derivanti dalla proposta aziendale, evidenziate anche con la nota del 30.3.2018, prot. n. 116608;

PRESO ATTO della nota del Direttore Generale dell'ASP di Vibo Valentia, prot. n. 0013240, del 27.4.2018, con la quale si richiama la programmazione regionale relativamente ai servizi per le persone affette da autismo e si adeguano a questa i servizi da realizzare;

RITENUTO di dover

- approvare l'atto di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, di cui alla deliberazione del Direttore Generale dell'ASP n.36 del 18.1.2018, avente ad oggetto "DCA 166/2017 avente ad oggetto P.O.2016/2018- 2.1.7 parziale modifica DCA 113 del 3.11.2016: "Riorganizzazione della rete territoriale – Provvedimenti", 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. 36 del 18.1.2018, del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, avente ad oggetto "DCA 166/2017 avente ad oggetto P.O.2016/2018- 2.1.7 parziale modifica DCA 113 del 3.11.2016: "Riorganizzazione della rete territoriale – Provvedimenti", allegata al presente atto per farne parte integrante (allegato 1)

DI PRENDERE ATTO della nota del Direttore Generale dell'ASP di Vibo Valentia, prot. n. 0013240, del 27.4.2018, con la quale si richiama la programmazione regionale relativamente ai servizi per le persone affette da autismo e si adeguano a questa i servizi da realizzare;

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;

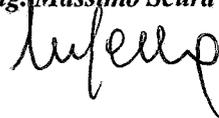
DI INVIARE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell' Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

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



DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. 3604 DEL 18/01/2018

Oggetto: DCA 166/2017 avente ad oggetto P.O. 2016/2018 - 2.1.7 Parziale modifica DCA 113 del 3.11.2016: "Riorganizzazione della rete territoriale". Provvedimenti

L'anno duemiladiciotto il giorno quattro del mese di GENNAIO il Direttore Generale, Dott.ssa Angela Caligiuri, nominato con deliberazione della Giunta Regionale n. 570 del 30.12.2015 e D.P.G.R. n. 4 del 12.01.2016, ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

U.O. Programmazione e Controllo

Il Responsabile Procedimento

Dott.ssa Emanuela Buraglia



Il Direttore

UO Programmazione e Controllo

Dott. Giuseppe Teti



Il Direttore Generale

Premesso

- che, con riferimento al DCA 76/2015 come modificato e integrato dal DCA 113/2016 di approvazione del documento di riassetto della rete dell'assistenza territoriale, l'Azienda ha predisposto una proposta riorganizzativa concretizzata in una previsione programmatica dettagliata in interventi operativi a medio e lungo termine;
- che il documento aziendale in parola, adottato con deliberazione n. 224/DG/2017, è stato formalmente approvato dalla Struttura Commissariale regionale con DCA n. 73/2017;

Atteso

- che la stessa Struttura Commissariale ha ravvisato la necessità di apportare alcune modifiche programmatiche all'assetto della rete territoriale regionale fino ad ora delineato, provvedendo a coinvolgere le Direzioni delle Aziende Sanitarie per una maggiore condivisione;
- che, di seguito, la Struttura medesima ha provveduto, con DCA 166 del 13.12.2017, ad approvare il documento regionale di riorganizzazione della rete territoriale a parziale modifica del DCA 113/2016;

Considerato

- che con il DCA 166/2017 la Regione Calabria, nel revocare i DCA aziendali di approvazione delle singole reti territoriali, invita le Aziende sanitarie ad elaborare un nuovo documento programmatico territoriale adeguato ai rivisti contenuti;
- che l'Azienda ha avviato una fase istruttoria di valutazione dell'assetto esistente, delle precedenti previsioni programmatiche, delle tempistiche operative negli ambiti di riferimento nonché delle attuali possibilità erogative di impatto territoriale;

Dato atto

- che l'Azienda, con riguardo agli indirizzi regionali ed alle proprie valutazioni istruttorie, ha elaborato uno specifico documento nei termini predetti;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale per quanto di competenza.

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa, qui da intendersi integralmente riportati e trascritti.

- **di prender atto**, come statuito nel DCA 166 del 13.12.2017, della revoca del DCA 73/2017 di approvazione della "Rete assistenziale territoriale - Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia" di cui alla deliberazione n. 224/DG/2017;
- **di approvare**, per le motivazioni in narrativa esplicitate, il documento aziendale di riorganizzazione della rete territoriale - redatto secondo gli indirizzi del DCA 166/2017 - che è allegato al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;
- **di trasmettere** lo stesso al Dipartimento Tutela della Salute e alla Struttura Commissariale.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Amministrativo Aziendale
Avv. Elga Rizzo

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Angelo Michele Miceli

Il Direttore Generale
Dott.ssa Angela Caligiuri

Direzione Generale

DOCUMENTO PROGRAMMATICO
RETE TERRITORIALE
(ai sensi del DCA 166/2017)

I. Il territorio nella gestione strategica dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari

I.1 Premessa e Considerazioni culturali

Il peso crescente delle classi anziane, il processo di riqualificazione della funzione di assistenza ospedaliera verso la sola assistenza dei pazienti in fase acuta, unitamente allo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi delle cure, hanno imposto negli ultimi anni un radicale mutamento delle strategie sanitarie con un'attenzione particolare al rilancio e allo sviluppo della sanità territoriale.

I Patti della Salute ben s'inseriscono in questo mutamento, rilevando l'importanza di un approccio sociale alla salute che valorizzi gli interventi territoriali e domiciliari al pari di quelli ospedalieri. Tutto ciò a garanzia di un buon utilizzo della spesa sanitaria, di una riduzione dei ricoveri impropri, di una più adeguata personalizzazione dell'assistenza e, in definitiva, anche di un migliore funzionamento degli ospedali stessi destinati ad assumere, sempre più, il ruolo di strutture erogatrici di cure intensive in fase acuta e di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevata complessità.

L'obiettivo è quello di rafforzare la tutela dei soggetti deboli, incrementando le garanzie di assistenza per le persone con maggiore bisogno di questa tutela, quali anziani, minori, stranieri immigrati, persone affette da dipendenza, malati mentali, persone nella fase terminale della vita.

Gli anziani costituiscono fin d'ora, e costituiranno ancor di più in futuro, il target assistenziale prioritario nella domanda di cura. Infatti, all'incremento demografico di questa fascia di popolazione - anche nella provincia di Vibo Valentia - si aggiunge l'aumento della prevalenza di malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi, che richiedono assistenza continuativa e programmata erogabile nell'ambito territoriale.

Partendo da queste premesse, nasce la necessità di avviare nel territorio una profonda rielaborazione organizzativa dei servizi territoriali con lo sviluppo di una serie di attività in grado di migliorare l'offerta dell'assistenza erogata a livello territoriale.



1.2 Analisi del Contesto

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia si estende su una superficie di circa 1.139,47 km², il 7,6% del territorio dell'intera Regione, con 50 comuni (il 12,2% dei comuni calabresi) con variazioni altimetriche da 0 a circa 1.300 m. s.l.m. e 162.252 (M. 79.918 - F. 82.334) abitanti.

Il territorio ha caratteristiche prevalentemente montuose e collinari con quote mediamente comprese fra i 200 e i 600 m. di altitudine ma anche con picchi di 1200-1300 m. L'orografia del territorio di riferimento è contraddistinguibile in diversi contesti: urbano, litoraneo, collinare, montuoso.

L'area della ASP si estende, quindi, dal litorale alla zona collinare (che risulta essere la zona più estesa) sino alle zone montane con le conseguenti difficili condizioni dell'assetto viario che rendono complessi i trasporti e le comunicazioni.



1.3 Gli strumenti organizzativi dell'integrazione

Primo elemento attuativo del DCA n. 166/2017 è la istituzione della Direzione Allargata Aziendale (D.A.A.). La stessa è composta dal: Direttore Generale

(DG), Direttore Sanitario Aziendale (DSA), Direttore Amministrativo Aziendale (DAA), Direttore Dipartimento di Prevenzione, Direttore del Distretto, Staff della Direzione.

Tale organismo si riunisce periodicamente e verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali relativi: alla Prevenzione (ad es. screening oncologici, vaccinazioni, etc.), al Territorio e ai costi (es. relativi alle strutture accreditate).

2. L'integrazione Ospedale Territorio e ambito Sociosanitario

2.1 Ricognizione dello stato attuale

Di seguito si rappresenta l'attuale organizzazione dei distretti della provincia di Vibo Valentia.

Mici

Tabella: Ricognizione dell'organizzazione attuale dei distretti della ASP di Vibo Valentia

2013 Situazione attuale organizzazione Distretti			
Azienda	Denominazione distretto	N. comuni per Distretto	Popolazione
204	Vibo Valentia	16	82.162
	Serra San Bruno	19	32.620
	Tropea	15	47.470
		TOTALE	162.252

2.2 Modello Organizzativo

Al fine di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti, e al contempo perseguire obiettivi di efficienza ed efficacia, deve essere mantenuta una capillare organizzazione dei servizi ed interventi sul territorio, favorendo la prossimalità dei servizi ai bisogni della popolazione indipendentemente dalla dimensione distrettuale.

Il nuovo modello organizzativo distrettuale si basa su un *Distretto unico*, favorendo così la dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa.

Tab. Configurazione

Azienda	Popolazione	N. Distretto	N. Comuni
Vibo Valentia	162.252	DISTRETTO 1	50

2.3 Le funzioni sociosanitarie del distretto

Il Distretto contribuisce a migliorare lo stato di salute della comunità attraverso il governo e la gestione di una rete integrata di servizi socio sanitari assicurando competenza, disponibilità e prontezza di risposta nel più ampio rispetto della dignità della persona umana e dei suoi primari diritti di salute.

Le attività assistenziali del distretto scaturiscono dalla definizione dei bisogni di salute della comunità (diagnosi di comunità).

L'integrazione, nei suoi tre livelli (istituzionale/organizzativo/professionale) deve trovare adeguato fondamento già nella fase di analisi e valutazione dei bisogni di salute attraverso un processo complessivo e condiviso.

- b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni e rappresentano l'insieme di quelle attività del sistema sociale atte a supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) sono, inoltre, da considerare le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, rappresentate da tutte quelle prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni, per le quali si prevede un potenziamento dell'attività socio-assistenziale, sono quelle in particolare attribuite alla fase post-acuta e caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza.

I principali punti di assistenza di competenza sono:

-Punto Unico di Accesso;

-Assistenza domiciliare Integrata Anziani;

-Assistenza domiciliare disabili e anziani non autosufficienti;

2.5 L'integrazione con l'Ospedale

L'esigenza di sviluppare percorsi in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio e viceversa portano ad individuare alcune strategie imprescindibili:

- il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati dalla **implementazione di percorsi** per la presa in carico globale e coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*);
- il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei **sistemi informativi integrati**, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità informativa del processo assistenziale.
- Armonizzare i costi della spesa farmaceutica.

2.6 L'integrazione con le risorse della Comunità

Andrà promossa la stipula ideale di un *Patto con la Comunità locale*, finalizzato a responsabilizzare tutti i soggetti alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In particolare è necessario:

- promuovere il *coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie*, dando valore all'esperienza dell'assistenza ricevuta (il tempo dedicato, la valutazione partecipata dei bisogni e della qualità dell'assistenza, la diffusione della Carta dei Servizi in cui siano esplicitati gli standard di qualità), promuovendo la capacità di migliorare la propria salute potenziando le azioni di educazione



all'autocura e il sostegno ai gruppi di auto aiuto, sviluppare approcci di condivisione delle decisioni sui trattamenti;

- coinvolgere le *Amministrazioni locali* nello sviluppo delle Cure primarie, favorendo in tempi brevi la costituzione degli UUCP e delle AFT, anche attraverso la messa a disposizione di strutture e l'attivazione congiunta di programmi in sinergia con le esistenti professionalità;

- coinvolgere le *associazioni di volontariato e le altre organizzazioni*, prevedendo una funzione di interfaccia specifica, quale punto di riferimento per il volontariato, con lo scopo di: favorire la reciproca conoscenza, sostenere percorsi formativi integrati, diffondere le buone pratiche e le opportunità socio-educative, implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza.

3. Il modello di Distretto

Il nuovo quadro programmatico pone come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua *dimensione organizzativa* ed alla sua *dimensione clinico-assistenziale*, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato sui percorsi assistenziali.

Sono così a delinearsi due livelli di responsabilità:

- l'uno di tipo organizzativo-gestionale inerente alla utilizzazione delle risorse a disposizione (umane e strutturali);

- l'altro di tipo clinico-assistenziale inerente la definizione, applicazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Più in dettaglio la caratteristica della trasversalità risponde all'obiettivo di garantire uniformità ed equità nei livelli di erogazione dei servizi e delle prestazioni su tutto l'ambito di riferimento dell'Azienda.

4. Modello di governo della rete territoriale

4.1 Modello di presa in carico

Strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati per tipologia di assistenza.

Il modello assistenziale attualmente garantito è articolato per intensità e complessità dell'assistenza. Tale modello è in linea con il "Kaiser Permanent's risk stratification model" ovvero la presa in carico della persona che presenta bisogni complessi avviene attraverso il Punto Unico di Accesso, segue una fase di valutazione multidimensionale attraverso lo strumento della scheda standardizzata regionale SVAMa per gli anziani, SVAMDI/ICF per i disabili. Alla fase di valutazione segue la definizione di un Piano assistenziale Personalizzato - PAI con personalizzazione del processo di cura e con l'erogazione di cure in base al livello d'intensità assistenziale "care management e case

management" (intensità di cura coerente con i bisogni esitati alla valutazione multidimensionale). Alla presa in carico della persona con bisogni complessi in maniera olistica segue una fase di rivalutazione in itinere e finale riabilitativa.

Il modello assume la connotazione di circolarità e di continuità (interna al sistema) in quanto la definizione della durata del PAI presuppone una fase di *rivalutazione* e, quindi, di prosecuzione, rimodulata dalla dinamicità della valutazione (a garanzia della dinamicità dei bisogni), eventualmente attraverso il passaggio da un setting di cura ad un altro.

4.2 Punto Unico di Accesso (PUA)

Ricognizione stato attuale

Con appositi atti deliberativi (nel distretto sanitario di Vibo Valentia **Delibera 307/CS del 12/04/2011**) sono stati istituiti i **Punti Unici di Accesso**.

Allo stato attuale il servizio recepisce il disagio dell'utente con bisogni complessi. Rappresenta una vera e propria rete integrata costituita da front office correlati al back office di livello distrettuale, cui compete la governance del sistema di accesso. Allo stato il PUA opera in integrazione con il Comune capofila di Vibo Valentia e, alla necessità, con altri comuni dell'area comunale. La presa in carico integrata sarà maggiormente strutturata con un apposito potenziamento organico.

Fig.: Modello organizzativo PUA FRONT-OFFICE - Delibera 307/CS del 12/04/2011



M...

Fig.: Modello organizzativo PUA BACK-OFFICE/UVM- Delibera 307/CS del 12/04/2011

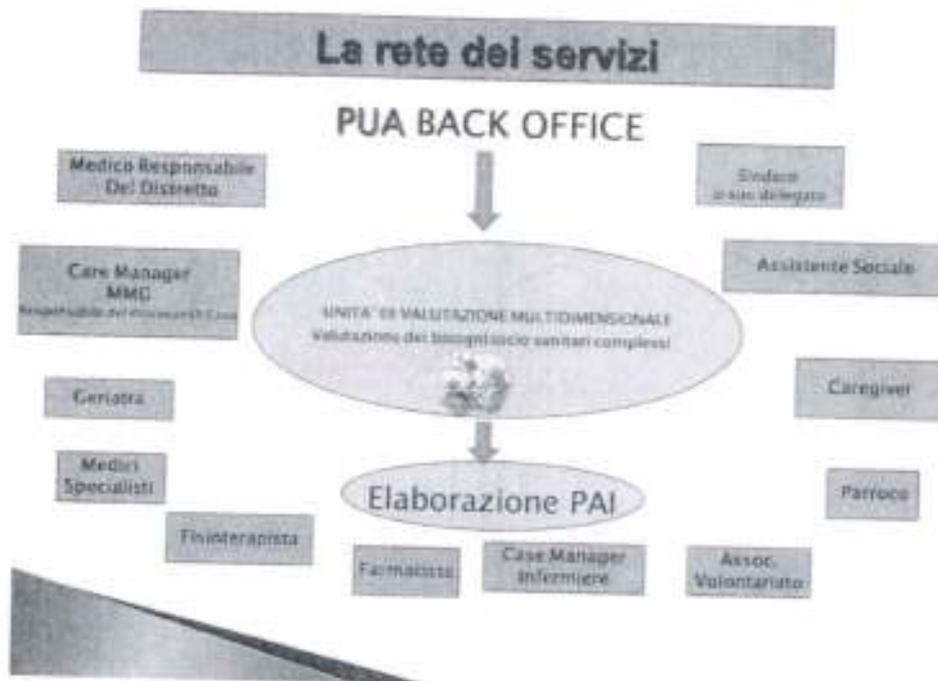


Fig.: Modello Tipo di PAI (Piano Assistenza Individualizzato)

PAI - PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO
secondo le indicazioni del DPCM 14/02/2011

ESISTE PRODOTTO NELLA	ALCUNE	MENTI ACUTE	DEMENTIA CRONICA	INIZIO MEDIA ACUTUM	SPICCATO
MMG	CARE MANAGER responsabile del percorso di cura	Valore di riferimento per la programmazione e la gestione delle cure di continuità dell'assistenza.	Fa parte della rete di lavoro.	si	Seleziona la rete operativa del PAI, coordina e supporta il caregiver familiare per l'attuazione del piano d'assistenza ed organizza la rete di cura della figura, coinvolgendo specialisti specializzati. Supporta la valutazione pre-paia per la redazione dello PAI.
CPE infermiere	CARE MANAGER	Funzione di riferimento culturale, clinico e tecnico-clinico, amministrativo, legale, geriatrico, psichiatrico, sociale, all'utente. Gestisce i rapporti con i familiari, gli operatori sanitari, i servizi di pronto soccorso, i servizi di PAI (P.A., P.C., P.T.C.) - coordina e gestisce il percorso infermieristico per un migliore rapporto di cura.	Se vuole lo affianca.	si	Collabora con il MMG, si occupa dell'assistenza di tipo infermieristico, di valutazione del paziente, di monitoraggio, gestione dell'assistenza, di cura e della comunicazione con il medico, il socio, il volontario, il caregiver familiare, il servizio di pronto soccorso, il servizio di PAI (P.A., P.C., P.T.C.) - coordina e gestisce il percorso infermieristico per un migliore rapporto di cura.
Assistente Sociale	CARE MANAGER	Funzione di riferimento sociale.	Se vuole lo affianca.	si	Seleziona la rete operativa del PAI, coordina e supporta il caregiver familiare per l'attuazione del piano d'assistenza ed organizza la rete di cura della figura, coinvolgendo specialisti specializzati. Supporta la valutazione pre-paia per la redazione dello PAI.

Stato attuale PUA presenti nell'ASP di VV:

- Un PUA Vibo Valentia

M. M.

- Un PUA Tropea
- Un PUA nel CdS di Soriano Calabro
- Un PUA Serra San Bruno

Con delibere n. 307/CS del 12.4.2011 e n. 1250/CS del 5.9.2012 sono stati istituiti i percorsi organizzativi PUA.

Nell'attività di back office del PUA sono coinvolte le seguenti figure professionali : il responsabile medico, l'infermiere professionale, l'assistente sociale. Allo stato nella sede del PUA di Vibo Valentia sono presenti tutte le figure previste; per le altre sedi è in corso di valutazione il potenziamento delle figure allo stato necessarie.

E' in fase di implementazione l'integrazione con i Pua Front Office presenti negli enti locali tramite appositi protocolli operativi.

4.3 UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale): modello organizzativo

Strettamente correlata all'attività di accesso è quella di valutazione multidimensionale, garantita da una Unità di valutazione multiprofessionale, allo stato composta dal medico di distretto, il MMG/PLS dell'assistito, l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione, l'assistente sociale e il geriatra. Il team si arricchisce, in ragione della natura del bisogno valutato, delle altre figure specialistiche necessarie (psichiatra, neuropsichiatra infantile, fisiatra, psicologo, etc..).

L'attuale modello organizzativo dell'UVM è quello previsto dalle linee guida regionali n. 12 del 31/01/2011. Le funzioni dell'UVM sono: Valutazione multidimensionale dei bisogni; Identificazione l'ambito e gli interventi più appropriati al caso; Elabora il PAI (piano assistenza individualizzato); Verifica periodicamente i risultati ottenuti, se necessario rimodula il PAI.

Con delibera n. 1416 del 08.10.2013 è stata istituita la UVM per la riabilitazione compresa la psichiatria.

4.4 Dimissione Protetta

Ai fini della continuità tra il livello territoriale e livello ospedaliero di assistenza, attraverso la dimissione ospedaliera, alla medesima logica di accesso - valutazione multidimensionale - definizione PAI, si ritiene necessario definire specifiche procedure per la dimissione protetta, così come indicato nel DCA 166/2017.

Il processo di *dimissione protetta* diventerà parte integrante del sistema con l'attivazione di un front office ospedaliero finalizzato a garantire l'accesso al sistema dei pazienti ricoverati e da dimettere, interconnettendo così l'ospedale al back office distrettuale.



In particolare, la proceduralizzazione della dimissione protetta è attivata attraverso la definizione di un percorso flessibile, da adattare in ragione delle singole realtà operative, comunque ricollegabile al complessivo impianto processuale.

a) Fase dell'accesso. La direzione sanitaria di presidio - che funge da momento di raccordo tra la fase strettamente ospedaliera e la fase di competenza distrettuale (monitorando il buon fine delle pratiche in carico) - accoglie le richieste di accesso alle procedure di dimissioni che pervengono dai reparti entro un termine stabilito dalla data presunta di dimissione e le inoltra al PUA del distretto competente per territorio. Il reparto attiva la segnalazione compilando la scheda sanitaria SVAMA/SVAMDI.

b) Fase della valutazione multidimensionale/definizione Pai. La valutazione avviene nel reparto di degenza integrando le professionalità dello stesso reparto (medico - infermiere e/o Assistente Sociale) con quelle dell'UVM distrettuale (medico - infermiere - Assistente Sociale) al fine di definire (grazie al completamento della SVAMA) il PAI.

4.5 Assistenza Domiciliare

Ricognizione stato attuale

L'attuale modello organizzativo delle cure domiciliari/ADI è quello previsto dalle "Linee Guida Regionali sul Sistema Di Cure Domiciliari e L'Accesso ai Servizi Territoriali" emesse con decreto n. 12 del 31/01/2011 e recepite dalla nostra azienda con Delibera 1099/CS del 19/07/2012 "Approvazione regolamento per la riorganizzazione delle cure domiciliari" dell'ASP di Vibo Valentia. Allo stato sono erogate le cure in base al livello d'intensità assistenziale attraverso un modello circolare, flessibile e di continuità a garanzia della dinamicità dei bisogni presenti nella persona malata.

La logica processuale è sinteticamente riassumibile nelle seguenti fasi:

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

All'interno dell'assistenza domiciliare si iscrive anche l'assistenza domiciliare per i pazienti terminali, per i quali è in fase di attivazione il percorso finalizzato alla creazione di una compiuta rete dedicata alla terminalità, come previsto dalla Legge 38 del 2010. Allo stato è garantita l'attività assistenziale con un medico anestesista referente della terapia del dolore/psicologo /assistente sociale/infermiere con adeguate competenze tecniche professionali.

Definizione del Fabbisogno ADI Anziani

Tenendo conto dei dati ISTAT per la Regione Calabria relativi alla nostra ASP per i pazienti assistiti in ADI si riporta la sotto indicata tabella ricognitiva.

Casi trattati in AD – anno 2013

ASP	Abitanti over 65 anni	Casi trattati	Over 65 ani	% su totale over 65 anni	Scostamento dal target (4%)	Fabbisogno ADI anziani (n. casi)
Vibo V.	31.928	2.007	1.476	4.62%	0.62%	
Vibo V.	31.928					1.277 (Standard x 1.000 ab over 65 anni)

La tabella precedente mostra come si individua, come parametro standard, una percentuale di anziani over 65 da trattare in ADI $\gg 4\%$, con un fabbisogno di ADI per anziani pari a 1.277 casi (parametro da aggiornare al 1 gennaio di ogni anno).

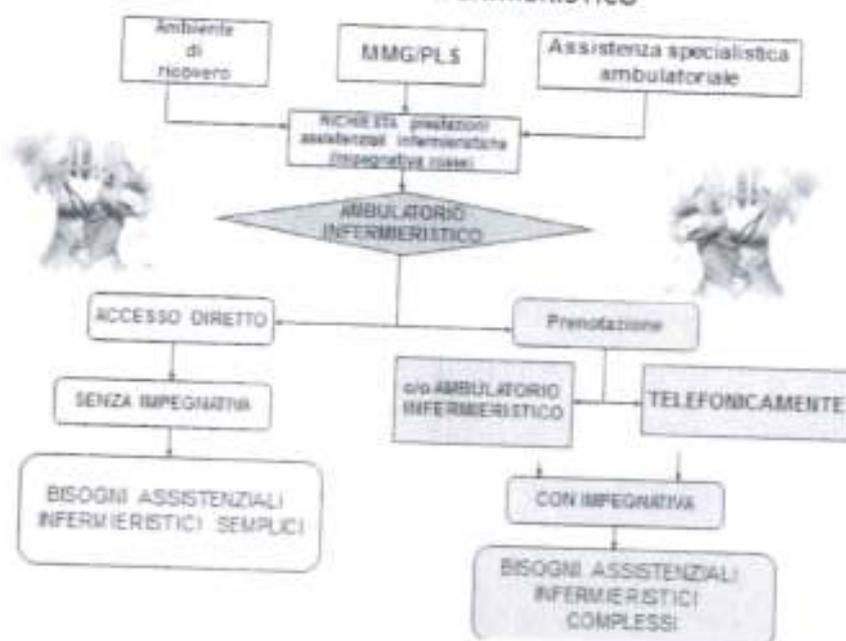
5. Modello organizzativo Ambulatorio Infermieristico (delibere n. 785 del 30/04/2010, n. 1122/CS del 21/09/2011 e n. 1210/CS del 22/08/2012).

L'ambulatorio infermieristico, già istituito nella ASP di Vibo sin dal 2010 ed operante nel Poliambulatorio specialistico di Vibo Valentia, troverà una ulteriore capillarizzazione sul territorio con possibile allocazione nelle UUCP e nelle AFT.

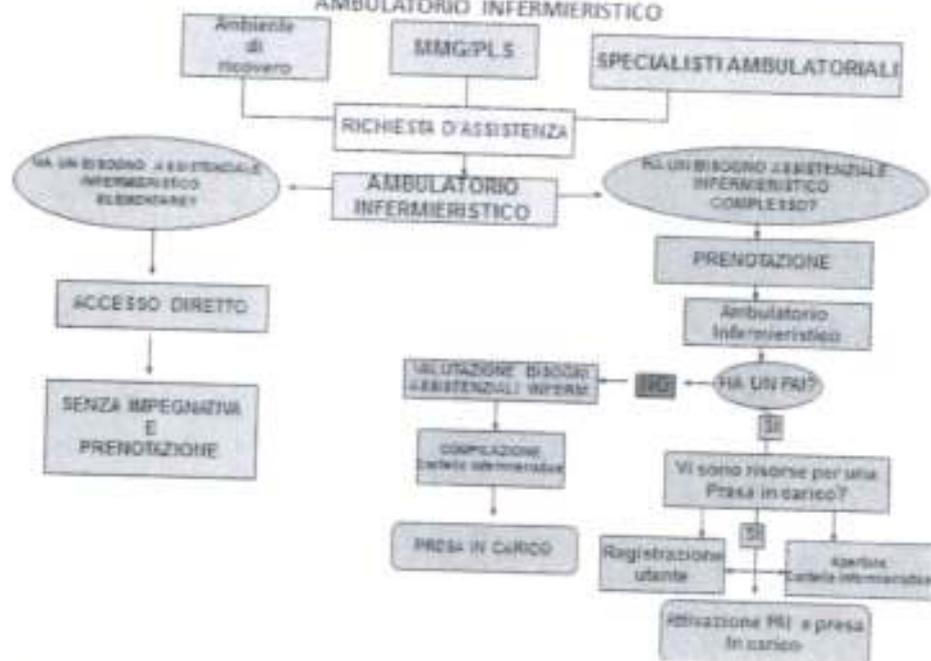
La schema riporta il modello organizzativo dell'ambulatorio specialistico.



PERCORSO ACCESSO AMBULATORIO INFERMIERISTICO



PERCORSO ORGANIZZATIVO AMBULATORIO INFERMIERISTICO



6. Strumenti a supporto

6.1 Lo Staff Operativo per la qualità Territoriale

La Centrale Operativa del Territorio (CURAP), da istituirsi sulla base delle indicazioni regionali, interconnessa con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le strutture territoriali, rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi in maniera standardizzata. Basandosi su evidenze scientifiche e riducendo al minimo la variabilità degli

interventi attraverso la realizzazione di Chek list assolve, infine, il ruolo di sorveglianza sulla presa in carico dei percorsi proposti e sulla loro corretta applicazione.

Risorse umane

Nelle more della definizione del modello regionale di riferimento, le risorse umane da dedicare alle funzioni previste per la Centrale Operativa, saranno appropriatamente individuate e formate.

7 LA PROGRAMMAZIONE

7.1. La conoscenza dei bisogni di salute della popolazione è momento fondamentale del processo di programmazione della rete dei servizi socio-sanitari locali.

Data la crescente complessità, comorbilità ed eterogeneità dei bisogni di salute, si evidenzia la necessità di introdurre strumenti di misurazione del case-mix della popolazione che permettano una mappatura accurata della morbilità ma anche una più equa misurazione del carico assistenziale e delle risorse necessarie per rispondere ai diversi bisogni. Questi strumenti permettono di valutare, prima di tutto, la diversa distribuzione delle malattie, come le risorse (assistenziali ed economiche) sono utilizzate in rapporto al carico misurato di malattia ed inoltre consentono la stratificazione dei bisogni assistenziali in categorie considerate omogenee in termini di utilizzo atteso di risorse assistenziali. Dette valutazioni potrebbero concorrere ad una più equa distribuzione delle risorse a livello distrettuale e a livello di cure primarie.

Inoltre, progressivamente andranno introdotti strumenti gestionali che permettano di superare gli attuali criteri di articolazione delle risorse, basati principalmente sulla quantità di prestazioni (numero di assistiti o numero di ore), con sistemi di misurazione e definizione del case-mix, al fine di valorizzare la qualità dell'assistenza.

L'implementazione del sistema di governance implica la necessità di accrescimento delle competenze del sistema.

7.2 Gli strumenti di programmazione

Perseguendo obiettivi di adeguatezza ai bisogni ed alle esigenze del territorio, nonché di uniformità di erogazione dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta, il *sistema locale di offerta socio-sanitaria* sarà identificato attraverso tre strumenti:

- **Piano Attuativo Locale (PAL):** piano pluriennale che si uniforma esplicitamente al Piano Socio Sanitario Regionale e agli altri atti della programmazione regionale con durata e scadenza pari a

quella prevista nei piani della programmazione regionale; è proposto dal Direttore Generale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, è approvato dalla Regione.

• **Piano di Zona:** strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria e si configura come "piano regolatore dei servizi alla persona". Elaborato a livello di Azienda Sanitaria Provinciale, è promosso dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dalla Conferenza stessa.

• **Programma delle Attività Territoriali (PAT):** strumento operativo di programmazione annuale del Distretto, basato sulla intersettorialità degli interventi e finalizzato alla realizzazione di obiettivi e di indirizzi contenuti nel PAL. Esso contiene la localizzazione dei vari servizi ed interventi sanitari, sociali aziendali e delegati, nonché la determinazione delle risorse per gli interventi erogati, in integrazione con i Comuni ricompresi nel territorio dell'Azienda. È proposto dal Direttore del Distretto sulla base delle risorse assegnate e delle indicazioni della Direzione aziendale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, viene approvato dal Direttore Generale d'intesa con la Conferenza stessa limitatamente alle attività socio-sanitarie.

8. Il Sistema Informativo Territoriale

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni di continuità informativa, gestionale e relazionale, si rende necessario il potenziamento degli strumenti di scambio informativo evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.

In quest'ambito diventa indispensabile l'implementazione di un *sistema informativo integrato*:

- tra sociale e sanitario, che metta cioè in rete le informazioni derivanti dai vari ambiti aziendali (pronto soccorso, ospedale, farmaceutica, specialistica, ecc.), sistematizzando anche la parte della domiciliarietà, delle cure palliative e della residenzialità extraospedaliera;
- tra Azienda e i software propri della medicina e pediatria di famiglia, per la classificazione delle patologie e dei bisogni di salute a supporto sia della programmazione aziendale che del monitoraggio dei percorsi assistenziali e degli esiti dell'assistenza erogata.

L'obiettivo finale è la realizzazione del *Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico* ovvero quell'insieme di servizi applicativi che consentono l'inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, agli operatori abilitati o agli assistiti stessi, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale individuale. Il concetto e l'utilizzo del Fascicolo sono da intendersi estesi ai diversi ambiti: ospedaliero, territoriale, sociale e di prevenzione e promozione della salute. Lo strumento dovrà, pertanto, essere unico e indipendente dall'area dei servizi da cui provengono le informazioni.

È stata avviata la fase prodromica finalizzata al pieno avvio della procedura relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico.

È attivato il progetto regionale di informatizzazione territoriale, che segue nel suo impianto un modulo di accesso ai servizi (PUA), un modulo dedicato alla valutazione multidimensionale ed uno relativo ai servizi di erogazione. Si prevede un ampliamento dello stesso strumento informativo, agli ospedali.

Il sistema informativo si ispira alla logica di processo delineato con il DPGR n.12/2011, estendendola ai differenti tasselli assistenziali afferenti a tale livello di assistenza.

Il sistema, strutturato in differenti moduli a governance distrettuale e tutti interconnessi, trova il suo "esordio" logico nel modulo Punto Unico di Accesso (PUA) che consente, nella sua componente front office, la formalizzazione della richiesta di assistenza.

L'informazione, una volta gestita a livello di front office, è pronta per essere lavorata nella componente back office del medesimo modulo PUA. Si tenga presente che i front office, disseminati sul territorio distrettuale tanto da costituire una vera e propria rete (territorializzazione dell'accesso al sistema curante), fanno comunque riferimento ad un back office di livello distrettuale.

Strettamente interconnesso al modulo PUA è il modulo UVM (unità di valutazione, anch'essa di livello distrettuale) che gestisce la fase di valutazione multidimensionale.

A valle del nucleo centrale PUA - UVM sono presenti i moduli di gestione dei diversi servizi che garantiscono i differenti sub livelli assistenziali:

- *modulo ADI* (da cui si genera il flusso SIAD): attivato
- *modulo ADP* (assistenza domiciliare programmata): allo stato non attivato in quanto in attesa di disposizioni regionali
- *modulo Residenzialità* (da cui si genera il flusso FAR): attivato
- *modulo Salute Mentale* (da cui si genera il flusso SISM): allo stato non attivato in quanto in attesa di disposizioni regionali
- *modulo Consultori*: in fase di attivazione
- *modulo Neuropsichiatria Infantile*: allo stato non attivato in quanto in attesa di disposizioni regionali
- *modulo Cure Palliative*: allo stato non attivato in quanto in attesa di disposizioni regionali.
- *modulo NAD*: allo stato non attivato in quanto in attesa di disposizioni regionali

9. CASA DELLA SALUTE

La Casa della Salute (CdS), allocata a Soriano C., è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata all'unità di cure primarie che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti. È la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento delle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP).

Le attività che allo stato - in attesa di un potenziamento organico-funzionale alla luce anche delle normative di riferimento - vengono erogate sono:

- attività di dialisi
- guardia medica
- ambulatorio infermieristico
- ambulatori specialistici
- ambulatorio di medicina generale e pediatri di libera scelta (che possono avere all'interno della casa ambulatori propri, spazi per attività collegiali, disponibilità di tecnologie diagnostiche)
- sportello di informazione
- radiologia
- SSM
- attività di consultorio familiare
- attività di servizio sociale
- punto soccorso mobile 118
- PPI
- attività di prelievo analisi
- attività inerente al Sert
- prevenzione (con attività di sanità pubblica)
- riabilitazione
- farmacia

Presso la Casa della Salute di Soriano Calabro è presente una RSA R2 (pp.IL. 20).



10 Articolazione del fabbisogno di assistenza territoriale di cui al DCA 166/2017

Programmazione aziendale

In riferimento alla normativa in materia ed ai recenti indirizzi regionali, diviene prioritario per l'Azienda - nello spirito principe di garantire assistenza ai diversi target di utenza con modalità il più possibili efficaci, efficienti e prossimali - attenzionare, in termini di azione programmatica, il complesso integrato di interventi, procedure e attività (sanitarie e sociosanitarie) erogabili a soggetti non autosufficienti (anche in condizione di cronicità), non assistibili a domicilio.

Come si legge negli indirizzi regionali, le aree di maggiore criticità, e pertanto necessitanti di mirati interventi di riorganizzazione/riqualificazione/implementazione, sono le prestazioni residenziali (e semiresidenziali) per anziani, disabili, dipendenze patologiche, autismo e DCA.

Dalla valutazione regionale dell'offerta attuale e dal relativo fabbisogno programmato nel DCA 166/2017, le scelte programmatiche aziendali sono state effettuate tenuto conto della dotazione strutturale e organizzativa esistente pubblica e privata. Contestualmente alla fase di attivazione si renderà necessario un potenziamento dotazionale in termini di risorse economiche, umane e tecnologiche, adeguato alla nuova offerta prestazionale.

In particolare, allo stato attuale i posti letto residenziali attivi sono limitati e settoriali, in parte supportati da un'offerta privata accreditata. L'attuale offerta destinata risulta carente rispetto al fabbisogno espresso dall'atto programmatico regionale e, pertanto, soggetta ad ampliamento.

In relazione a quanto sopra espresso, allo stato è possibile prevedere l'attivazione del fabbisogno programmato con prospettiva di medio/lungo termine, per step per la durata almeno di un triennio, in considerazione delle dotazioni strutturali e le connesse possibilità erogative.

Risulta evidente che l'effettiva attivazione dei posti letto per le diverse tipologie di prestazioni di assistenza territoriale - previste nel presente documento di programmazione - sarà condizionato all'assegnazione, da parte della Regione, di un adeguato budget finanziario tale da consentire la stipula dei contratti ex art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/1992 e s.m.i. che permetterebbero l'attivazione del fabbisogno nel breve periodo.

Articolazione fabbisogno Residenzialità per anziani

RSA M (R1): strutture che erogano prestazioni in nuclei specializzati (unità di cure residenziali intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali.

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 20 pl

Tabella: Offerta attuale attivata RSA M – R1

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	0
Tot. offerta attuale attivata RSA M – R1		0
Tot. offerta da attivare		20

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato RSA M – R1

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		20	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte del Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



RSA (R2): prestazioni erogate in nuclei specializzati (unità di cure residenziali estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria. Gli obiettivi assistenziali sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri.

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 168 pl

Tabella: Offerta attuale attivata RSA – R2

	Struttura	PL pubblici	PL Privati
Casa della Salute di Soriano		20	
Madonna delle Grazie			32
Totale offerta attuale attivata RSA – R2			52
Totale offerta da attivare			116

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato RSA – R2

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
Soriano	20		1/2 anni
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		96	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.

CP (R3): prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (unità di cure residenziali di mantenimento).

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 92 pl

Tabella: Offerta attuale attivata CP (R3)

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	
Villa delle Rose		29
Totale offerta attuale attivata CP (R3)		29
Totale offerta da attivare		63

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato CP (R3)

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		63	1/2 anni

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.

Mici

Semiresidenzialità per anziani - SR 1: prestazioni semiresidenziali – trattamenti di mantenimento per anziani erogate nei centri diurni

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 22 pl

Tabella: Offerta attuale attivata SR 1

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	0
Totale offerta attuale attivata SR 1		0
Totale offerta da attivare		22

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato SR 1

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
Struttura di Filadelfia	12		1/2 anni
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		10	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.

M. M. M.

Semiresidenzialità per anziani - SR 2 (SRD): prestazioni semiresidenziali demenze – prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 22 pl

Tabella: Offerta attuale attivata SR 2 (SRD)

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	0
Totale offerta attuale attivata SR 2 (SRD)		0
Totale offerta da attivare		22

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato SR 2 (SRD)

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
Struttura Pizzo	12		1 anno
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		10	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.

Programmazione Residenzialità per disabili - RECC

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 110 pl

RECC (RR 1, RR 2)

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 50 pl

Tabella: Offerta attuale attivata RECC (RR 1, RR 2)

Struttura	PL	
	pubblici	Privati
	0	0
Totale offerta attuale attivata RECC (RR 1, RR 2)	0	
Totale offerta da attivare	50	

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato RECC (RR 1, RR 2)

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di
			attivazione*
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		50	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



RSA (RD 4)

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 30 pl

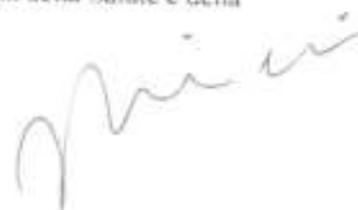
Tabella: Offerta attuale attivata RSA (RD 4)

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	0
Totale offerta attuale attivata RSA (RD 4)		0
Totale offerta da attivare		30

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato RSA (RD 4)

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		30	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte del Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



CP (RD 5)

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 28 pl

Tabella: Offerta attuale attivata CP (RD 5)

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	0
Totale offerta attuale attivata CP (RD 5)		0
Totale offerta da attivare		28

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato CP (RD 5)

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		28	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



Residenzialità per dipendenze patologiche

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 41 pl

Tabella: Offerta attuale attivata Residenzialità per dipendenze patologiche

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	
C.A. Maranathà		43
Totale offerta attuale attivata Residenzialità per dipendenze patologiche		43
Totale offerta da attivare		-

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato Residenzialità per dipendenze patologiche

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		0	

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



Semiresidenzialità per dipendenze patologiche

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 10 pl

Tabella: Offerta attuale attivata Semiresidenzialità per dipendenze patologiche

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	0
Totale offerta attuale attivata Semiresidenzialità per dipendenze patologiche		0
Totale offerta da attivare		10

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato Semiresidenzialità per dipendenze patologiche

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		10	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



AUTISMO - Residenzialità

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 10 pl *AREA CENTRO*

Tabella: Offerta attuale attivata AUTISMO - Residenzialità

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	0
Totale offerta attuale attivata AUTISMO - Residenzialità		0
Totale offerta da attivare		10

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato AUTISMO - Residenzialità

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
Struttura territoriale Nicotera (da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)	10	0	2 anni

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



AUTISMO - Semiresidenzialità

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 10 pl

Tabella: Offerta attuale attivata AUTISMO - Semiresidenzialità

Struttura	PL pubblici	PL Privati
Totale offerta attuale attivata AUTISMO - Semiresidenzialità		
Totale offerta da attivare		10

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato AUTISMO - Semiresidenzialità

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
Struttura territoriale Nicotera	10		1 anno
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		0	

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte del Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



Residenzialità Salute Mentale

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 49 pl

Tabella: Offerta attuale attivata Residenzialità Salute Mentale

Struttura	PL pubblici	PL Privati
	0	
Villa Arcobaleno		8
Totale offerta attuale attivata Residenzialità Salute Mentale		8
Totale offerta da attivare		41

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato Residenzialità Salute Mentale

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione *
Struttura territoriale Ricadi (da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)	10 (di cui 4 SRP1; 6 SRP2)		1 anno
		31	2 anni

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.

Relativamente ai Centri Diurni:

- 1 centro diurno a Mileto (attivo)
- 1 centro diurno a Pizzo (da attivare)



Prestazioni riabilitazione estensiva extraospedaliera

Prestazioni riabilitazione estensiva a ciclo diurno

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 11.520 pr.

Tabella: Offerta attuale attivata Prestazioni riabilitazione estensiva a ciclo diurno

Struttura	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privati
Pubblico	0	
Privato Accreditato		0
Totale offerta attuale attivata Prestazioni riabilitazione estensiva a ciclo diurno		0
Totale offerta da attivare		11.520

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato Prestazioni riabilitazione estensiva a ciclo diurno

Struttura	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		11.520	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



Prestazioni riabilitazione estensiva ambulatoriale e di piccolo gruppo

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017 : 45.431

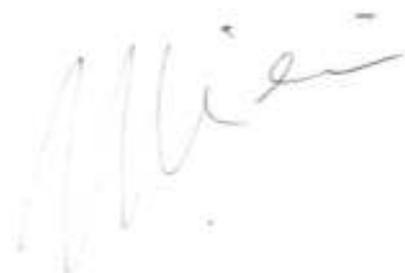
Tabella: Offerta attuale attivata Prestazioni riabilitazione estensiva ambulatoriale e di piccolo gruppo

Struttura	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privati
Pubblico	29100	
Casa della Carità		16380
Totale offerta attuale attivata Prestazioni riabilitazione estensiva ambulatoriale e di piccolo gruppo		45380
Totale offerta da attivare		-

Si ritiene necessario mantenere l'offerta attuale in eccesso rispetto al fabbisogno programmato con DCA 166/2017, al fine di garantire le prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale allo stato complessivamente carenti sul territorio.

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato Prestazioni riabilitazione estensiva ambulatoriale e di piccolo gruppo

Struttura	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		0	



Prestazioni riabilitazione estensiva domiciliare

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: 12007 pr

Tabella: Offerta attuale attivata Prestazioni riabilitazione estensiva domiciliare

Struttura	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privati
	11038	0
Totale offerta attuale attivata Prestazioni riabilitazione estensiva domiciliare		11038
Totale offerta da attivare		969 pr

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato Prestazioni riabilitazione estensiva domiciliare

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		969	1 anno

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



Prestazioni ADI Anziani over 65

Fabbisogno programmato dal DCA 166/2017: n. casi 1277

Tabella: Offerta attuale attivata Prestazioni riabilitazione estensiva domiciliare

Struttura	Prestazioni da Pubblico n. CASI	Prestazioni da Privati n. CASI
	1476	0
Totale offerta attuale attivata ADI		1476
Totale offerta da attivare		

Tabella: Piano di implementazione del fabbisogno programmato Prestazioni riabilitazione estensiva domiciliare

Struttura	PL pubblici	PL Privati	Tempi di attivazione*
	0		
(da sottoporre a procedura di autorizzazione e accreditamento)		0	

*dalla data di approvazione del piano attuativo da parte dal Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale.



Dipartimento interaziendale coordinamento CO 118 area centro

Saranno avviate iniziative di competenza relativamente a:

- progetto funzionale per la centrale operativa unica area centro
- progetto apertura centrali CURAP
- omogeneizzazione del percorso delle reti su tutta l'area centro
- omogeneizzazione dei percorsi formativi delle risorse area

Attivazione della CURAP "116.117"

L'attivazione della CURAP (attivo h 24 / 365 gg all'anno) sarà resa operativa successivamente alla definizione a livello regionale del modello di Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Primaria (a cura del Dipartimento Regionale della Salute e dal Gruppo di Lavoro di coordinamento regionale) e della predisposizione di uno specifico protocollo a valenza regionale omogeneo che disciplini i rapporti tra 118 e l'Assistenza Primaria dove saranno indicati i rispettivi ambiti di attività e le relative interazioni ed integrazioni, nel rispetto delle rispettive autonomie.

