

Allegato 1

Riorganizzazione della Rete territoriale

LEGENDA	5
1 Il territorio nella gestione strategica dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari	8
1.1.1 Premessa	8
1.1.2 Considerazioni culturali.....	8
1.1.3 I costi	9
1.1.4 Gli strumenti organizzativi dell'integrazione.....	9
2 L'integrazione Ospedale Territorio e ambito Socio-sanitario: la riorganizzazione socio-sanitaria del territorio a favore della continuità delle cure e della messa a regime della rete ospedaliera	11
2.1 Il ruolo del Distretto	13
2.1.1 Ricognizione dello stato attuale.....	13
2.1.2 Configurazione dei distretti.....	13
2.1.3 Le funzioni socio-sanitarie del distretto.....	16
2.2 Cure primarie.....	19
2.2.1 Ricognizione stato attuale dell'assistenza primaria	19
2.2.2 Casa della Salute	20
2.2.3 Implementazione della rete delle cure primarie	22
2.2.4 Strumenti per l'integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale	22
CURAP "116117"	22
2.2.5 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) 24	
2.2.6 Azioni di monitoraggio delle AFT e UCCP	29
3 Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale	29
3.1 Modello di governo della rete territoriale.....	29
3.1.1 Strumenti di Governo della rete territoriale	29
3.1.2 Modello di presa in carico ex art 21 DPCM LEA 12 gennaio 2017 - Percorsi assistenziali integrati	30
3.2 Prestazioni specialistiche.....	34
3.3 Classificazione delle strutture per intensità assistenziale	36
3.3.1 Offerta Regionale di assistenza territoriale extra ospedaliera	36
3.4 Residenzialità per anziani non autosufficienti	39
3.4.1 Ricognizione dello stato attuale.....	39
3.4.2 Aggiornamento fabbisogno residenzialità per persone non autosufficienti.....	40
3.4.3 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità per persone non autosufficienti	41
3.5 Semiresidenzialità per persone non autosufficienti	42
3.5.1 Ricognizione dello stato attuale.....	42

3.5.2	Definizione del fabbisogno	42
3.5.3	Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della semiresidenzialità per persone non autosufficienti	43
3.6	Residenzialità Disabili	44
3.6.1	Ricognizione dello stato attuale	44
3.6.2	Definizione del fabbisogno.....	45
3.6.3	Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità disabili	47
3.7	Riabilitazione estensiva extraospedaliera	47
3.7.1	Ricognizione dello stato attuale	47
3.7.2	Definizione del fabbisogno	48
3.7.3	Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della riabilitazione estensiva extraospedaliera 50	
3.8	Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche	50
3.8.1	Ricognizione dello stato attuale	50
3.8.2	Definizione del fabbisogno.....	51
3.8.3	Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità e semiresidenzialità per le dipendenze patologiche	53
3.9	Residenzialità per persone affette da HIV/ AIDS	53
3.9.1	Premessa	53
3.10	Residenzialità Salute Mentale.....	54
3.10.1	Ricognizione dello stato attuale	54
3.10.2	Definizione del fabbisogno.....	55
3.10.3	Principi – indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità Salute Mentale	57
3.11	Semiresidenzialità Salute Mentale.....	57
3.11.1	Ricognizione dello stato attuale	57
3.11.2	Definizione del fabbisogno.....	58
3.11.3	Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della semiresidenzialità Salute Mentale	58
3.12	Residenzialità Autismo	58
3.13	Semiresidenzialità Autismo	60
3.13.1	Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità e semiresidenzialità Autismo 60	
3.14	Strutture residenziali per i disturbi del comportamento alimentare.....	61
3.15	Strutture semiresidenziali per DCA.....	62
3.15.2	Cure Domiciliari	63
3.15.3	Ricognizione dello stato attuale	63
3.15.4	Definizione del fabbisogno.....	63
3.15.5	Processo assistenziale e classificazione dell'Assistenza Domiciliare	64
3.15.6	Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della Cure Domiciliari	65
3.15.7	Assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo (SV) o di minima coscienza	

(SMC)	66
3.16 Assistenza territoriale residenziale per minori.....	66
3.16.1 Ricognizione dello stato attuale	66
3.16.2 Definizione del fabbisogno.....	67
3.17 Residenzialità in Hospice	68
3.17.1 Ricognizione dello stato attuale	68
3.17.2 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità per persone in fase terminale	69
3.18 Il percorso regionale per il superamento degli OPG – stato attuale.....	69
3.19 Valutazione dell’impatto economico	71
Scheda PAT	73
Offerta pubblica e privata accreditata di prestazioni di assistenza territoriale.....	90

LEGENDA

Di seguito si riporta, in ordine alfabetico, la legenda degli acronimi e delle abbreviazioni utilizzate nel testo del documento.

LEGENDA ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AA.SS.	Aziende Sanitarie
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
AD	Assistenza Domiciliare
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AIR	Accordo Integrativo Regionale
ASP	Azienda Sanitaria Provinciale
CAPT	Centri Assistenza Primari Territoriali
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro
CdS	Case della Salute
CP-A	Casa Protetta Anziani
CP-D	Casa Protetta Disabili
CUP	Centro Unico di Prenotazione
CURAP	Centrale di Continuità delle Cure Primarie
DA	Direttore Amministrativo
DAA	Direzione Aziendale Allargata
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DCA	Decreto del Commissario ad ACTA
DG	Direttore Generale
DGR	Delibera di Giunta Regionale
DL	Decreto Legislativo
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPGR	Decreto del Presidente della Giunta Regionale
DS	Direttore Sanitario
DSM	Dipartimento di Salute Mentale

LEGENDA ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	
FAR	Modello Flusso Informativo NSIS che rileva i dati e le attività di Assistenza residenziale e semiresidenziale
FESR	Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
FLS21	Modello Flusso Informativo NSIS che rileva le attività di assistenza sanitaria di base relative alla guardia medica, alla farmaceutica convenzionata e all'assistenza domiciliare integrata.
GdL	Gruppo di Lavoro
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health: classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e della salute
ISTAT	Istituto Nazionale di statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LFE	Licenza Finale d'Esperimento
LG	Linee Guida
MCA	Medico di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)
MMG	Medico di Medicina Generale
NPI	Neuropsichiatria Infantile
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPG	Ospedali Psichiatrici Giudiziari
PA	Percorsi Assistenziali
PAI	Piano Assistenziale Integrato
PAT	Programma delle Attività Territoriali distrettuali, previsto dal D. L.vo 502/92
PDTA	Percorsi Diagnostici Terapeuti Assistenziali
PdZ	Piano di Zona (di cui alla Legge 328/2000)
PL	Posti Letto
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PO	Programma Operativo
POR	Programma Operativo Regionale
PPI	Punto di Primo Intervento
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
PUA	Punto Unico di Accesso
RECC	Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo
REMS	Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza

LEGENDA ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	
RIA 11	Modello flusso informativo NSIS che rileva i dati e le attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare degli istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78(RIA 11)
RSA - A	Residenza Sanitaria Assistita Disabili
RSA -D	Residenza Sanitaria Assistita Anziani
RSA -M	Residenza Sanitaria Assistita Medicalizzata
SAI	Specialisti Ambulatoriali Interni
SerT	Servizi per le Tossicodipendenze
SI	Sistema Informativo
SIAD	Modello Flusso Informativo NSIS che effettua il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
SIND	Modello Flusso Informativo NSIS che rileva le caratteristiche e la tipologia di dipendenza, la sostanza d'abuso e le prestazioni erogate ai pazienti presi in carico dai SERT e dalle strutture residenziali dedicate ai tossicodipendenti (comunità).
SISM	Modello Flusso Informativo NSIS che rileva le caratteristiche dei pazienti con problemi psichiatrici presi in carico, la diagnosi e la tipologia di prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate.
SLA	Sclerosi Laterale Amiotrofica
SM	Sclerosi Multipla
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STS 24	Modello Flusso Informativo NSIS che rileva i dati e le attività di Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale
SVaMA	Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano
SVaMDI	Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UO	Unità Operativa
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
VM	Valutazione Multidimensionale

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

1.1.1 Premessa

Il presente documento intende rivedere l'organizzazione dell'assistenza territoriale, sanitaria e socio sanitaria, nella regione Calabria, attuarne una revisione, senza azzerare il lavoro di programmazione portato avanti negli ultimi anni (a partire dall'adozione di diversi DCA: 76/2016, 113/2016, 166/2017).

Il documento è correttamente inserito nel vigente quadro normativo nazionale, con particolare riferimento al DPCM LEA del 12.1.2017

Una moderna organizzazione sanitaria deve assegnare al territorio ed ai servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, un ruolo preminente nella efficiente gestione della domanda di salute dei pazienti cronici e con multicronicità, riservando alle interazioni con le strutture ospedaliere, *spoke* ed *hub*, la gestione delle acuzie, dei livelli complessi internistici e chirurgici

Non a caso per raggiungere i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è prevista la seguente ripartizione della spesa:

44% per l'attività ospedaliera;

51% per l'attività distrettuale;

5% per la prevenzione.

1.1.2 Considerazioni culturali

La diffusione delle malattie croniche e di quelle neurodegenerative impone un approccio culturale diverso da quello della nostra tradizione, che ha sempre privilegiato l'assistenza familiare.

Cambiamenti di contesto e sociali hanno portato alla necessità di strutturare i servizi sanitari e socio assistenziali in maniera articolata prevedendo un minore impegno familiare ed un maggiore apporto della sanità.

Ciò in quanto, mentre una persona affetta da acuzie rimane in ospedale per un tempo limitato, i pazienti con multi cronicità necessitano di assistenza continua (h 24 per 365 giorni), con conseguente enorme carico assistenziale per i familiari (caregiver) che divengono, essi stessi, *cittadini fragili* con elevato rischio di sviluppare patologie croniche – degenerative.

Anche per questi motivi occorre puntare sullo sviluppo della sanità territoriale, comunque strettamente correlata con il livello ospedaliero di assistenza e fortemente integrata con le azioni socio tutelari delegate (ex Legge 328/2000) ai comuni.

1.1.3 I costi

Investire sulla sanità territoriale significa ridurre la spesa ospedaliera inappropriata e migliorare, attraverso un sempre maggiore ricorso alla domiciliarità e all'innovazione tecnologica, la compliance dei cittadini di fronte alle condizioni di patologia cronico degenerativa.

Analogamente, se non addirittura in maggiore misura, se si "investe" in prevenzione si riduce la spesa sanitaria tout-court, ospedaliera e territoriale.

Ovviamente ogni Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) deve sapere governare l'intero processo Prevenzione, Territorio - Ospedale- Territorio con grande avvedutezza, onde evitare il proliferare di costi da un lato, senza analogo o, ancor meglio maggiore, riduzione dall'altro.

A tal fine, come peraltro per i percorsi assistenziali, il management aziendale deve dotarsi di adeguati strumenti organizzativi. In particolare appare necessario ricomporre i complessivi processi assistenziali, garantendo continuità tra livello territoriale e livello ospedaliero.

1.1.4 Gli strumenti organizzativi dell'integrazione

Viene istituita la Direzione Allargata Aziendale (D.A.A.). La stessa è composta da:

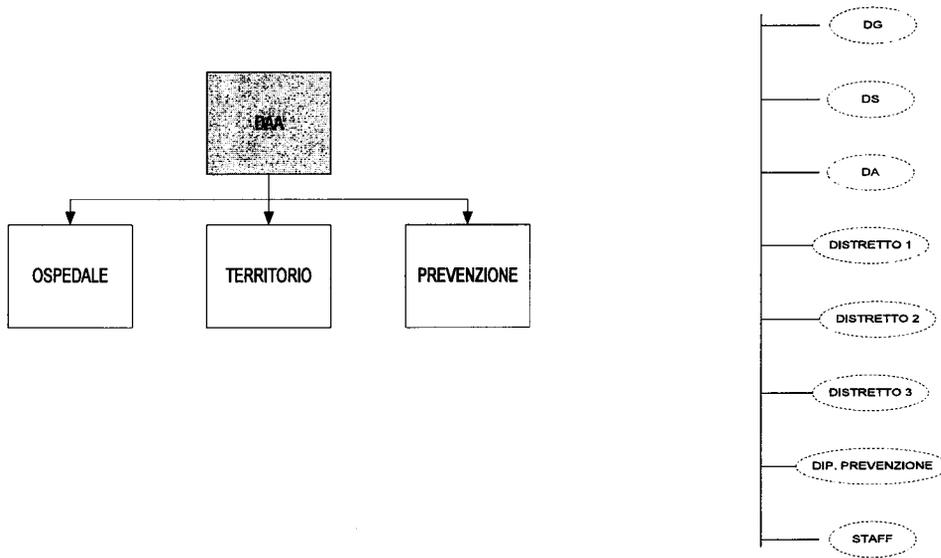
Direttore Generale (DG), Direttore Sanitario (DS), Direttore Amministrativo (DA) + Direttore Dipartimento della Prevenzione, Direttori dei Distretti, Staff della Direzione.

La D.A.A. si riunisce una volta al mese e verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali relativi:

1. alla Prevenzione (ad es. screening oncologici, vaccinazioni, etc.)
2. al Territorio (ad esempio rapporti con Medici di Medicina Generali (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Salute Mentale, Dipendenze, etc.);
3. costi (relativi al budget, quelli delle strutture private, etc.).

Viene redatto un verbale della riunione firmato dal DG e successivamente inviato al Dipartimento della Salute e alla Struttura Commissariale.

Figura 1: Direzione Aziendale Allargata



2 L'integrazione Ospedale Territorio e ambito Sociosanitario: la riorganizzazione sociosanitaria del territorio a favore della continuità delle cure e della messa a regime della rete ospedaliera

La riorganizzazione della rete ospedaliera, definita con il DCA n.64/2016, in linea con gli standard quantitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi previsti dal D.M. 70/2016, consente di recuperare risorse da destinare anche alla rete territoriale. Quest'ultima, in modo integrato con la rete ospedaliera e dell'emergenza urgenza e con la sperimentazione del modello di Casa della Salute e delle UCCP, rappresenta una reale innovazione organizzativa in quanto rende possibile lo sviluppo di un modello effettivo di presa in carico del paziente, integrata e continuativa, fornendo una qualificata risposta ai bisogni assistenziali complessi, anche delle persone affette da patologie croniche, con il metodo della medicina d'iniziativa.

Nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria (legge 229/99), mediante la gestione integrata assicurata dal Distretto, le popolazioni con profili di salute classificati, in base alla complessità delle patologie croniche, e quindi a rischio di ospedalizzazione per le loro complicanze, trovano risposta ai propri bisogni sociosanitari.

Centrale è il ruolo delle cure primarie che, riorganizzate per Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come previsto dalla L. 189/2012, DCA 65/2018 "Revoca DCA 144/2017 Approvazione nuovo Accordo Integrativo Regionale A.I.R. Ponte Anno 2017 per la Medicina Generale- APPROVAZIONE" e dal DCA 161/2018 "Approvazione atto di indirizzo per le ASP della Regione Calabria per l'applicazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) Ponte Anno 2017 per la Medicina Generale" assicurano, nelle 24 ore, la piena presa in carico del paziente, in collaborazione con gli specialisti (ospedalieri e territoriali).

Tutto ciò avviene, attraverso la programmazione dei percorsi di prevenzione, di diagnosi precoce e di intervento sociosanitario, già a livello delle strutture più prossime al singolo cittadino, le AFT e le UCCP, che utilizzano protocolli/strumenti condivisi a livello regionale, validati e verificati attraverso le linee e gli strumenti organizzativi del Distretto e sotto la responsabilità del Direttore.

Importante, a tale proposito, è la dinamica di costruzione di specifici registri di patologia, con correlata stratificazione dei pazienti in ragione del grado di severità delle complicanze indotte dalle patologie croniche – degenerative (chronic care model), per come viene definito nell'articolazione progettuale delle linee 1 e 5.2, degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (rif. DCA n.114 del 26/07/2019 come modificato dal DCA n. 191 del 20 dicembre 2019).

La definizione e la contestualizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeuti Assistenziali, sono state formalizzate con i seguenti DCA: n. 11 del 2.04.15 (BPCO); n.13 del 02.04.2015 (diabete); n. 75 del 06.07.2015 (sindrome coronarica acuta); n.9 del 14.01.2016 (cefalee); n. 213 del 08.11.2018 (scompenso cardiaco); n. 140 del 19/10/2017 (sclerosi multipla).

Si tratta di PDTA rivolti alle cronicità e/o ai percorsi riabilitativi, o profili integrati di cura; ciò induce le varie componenti professionali, che operano nei percorsi assistenziali dell'ospedale e del territorio, ad assicurare concretamente un'efficace collaborazione interprofessionale, con un maggiore apporto di competenze a favore dell'assistito.

Si rende necessaria la costruzione di specifici profili di cura per i soggetti con multi cronicità. A tal fine si rimanda agli Obiettivi di PSN – Linea progettuale 1: “Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi cronicità” e Linea 5.1 5.2 “Telemedicina e cronicità” (DCA 114 del 26.07.2019) In tale contesto, l'approccio “d'iniziativa” tende a ridurre in modo significativo l'accesso al Pronto Soccorso ed il ricorso inappropriato all'ospedale, ma soprattutto consente di sviluppare le attività di prevenzione e diagnosi precoce delle patologie cronico – degenerative, con conseguente riduzione dell'incidenza delle stesse e/o ritardata insorgenza delle complicanze. La presa in carico della multi cronicità ha così, attraverso i PDTA specifici dedicati, una possibile attuazione concreta.

Va, inoltre, evidenziato che nella Zona/Distretto è possibile un'integrazione fra le prestazioni sociali, di rilevanza sanitaria e assistenziale, erogate dai Comuni, e le prestazioni sanitarie assicurate dalle ASP, il che aumenta la capacità di risposta, specie, ma non solo, per la domiciliarità, come hanno dimostrato le varie esperienze di equipe/servizio sociale unificato, già realizzate in altre realtà. Per le equipe territoriali del S.S.R l'obiettivo è pertanto quello di operare non solo con budget integrati, ma principalmente con strumenti operativi integrati.

Gli obiettivi di cura non possono prescindere da fattori correlati al contesto sociale degli utenti; nell'ambito di protocolli condivisi con i Comuni, per ogni utente sarà definito un obiettivo di cura, per raggiungere il quale dovranno essere portate avanti, in maniera integrata, le azioni sanitarie e quelle socio assistenziali, alla luce delle principali normative di riferimento (D.lgs. 502/1992 e s.m.i.; legge n. 328/2000; Legge Regionale 23/2003).

L'integrazione socio sanitaria è favorita da una “rete” ben definita, con obiettivi certi e con un'articolazione dei servizi (distretto, UCCP, AFT, Case della Salute) ben aderente alle norme vigenti e, in particolare, all'Accordo Integrativo Regionale (di cui al DCA 161/2018)

Al fine di promuovere una più adeguata programmazione delle prestazioni, anche sulla base dell'intensità assistenziale (in linea con quanto previsto dal complessivo impianto del DPCM del 12 gennaio 2017), i paragrafi successivi definiscono la programmazione dell'offerta territoriale sulla base:

- del fabbisogno appropriato di posti letto e di prestazioni, espresso in funzione della popolazione da assistere presso le strutture residenziali e semiresidenziali destinate ai malati cronici non autosufficienti, ai disabili, alle persone con disturbi psichiatrici, ai minori e alle persone con dipendenze, articolato per intensità assistenziale;
- del fabbisogno appropriato delle cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie, espresso in funzione della popolazione da assistere e dell'organizzazione, anche questa articolata per intensità e complessità dell'assistenza.

2.1 Il ruolo del Distretto

2.1.1 Ricognizione dello stato attuale

Di seguito, si rappresenta l'attuale organizzazione dei distretti socio sanitari della Regione Calabria. Si evidenzia che le Aziende hanno provveduto a formulare ed approvare gli atti aziendali, sulla base delle Linee Guida (LG) di cui al DCA n. 130/2015 "Linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria - modifiche ed integrazioni al D.P.G.R. - CA n. 97/2013".

2.1.2 Configurazione dei distretti

Il ruolo del Distretto e la sua riorganizzazione sono stati definiti con il DCA n. 130/2015, sopra citato.

All'esito dell'approvazione delle Linee Guida, di cui alla DGR n. 78/2017, le Aziende Sanitarie della Regione hanno provveduto ad indicare negli Atti Aziendali, in via transitoria e sperimentale, 14 aree distrettuali così ripartite

Tabella n. 1 Numero di Distretti per singola Azienda Sanitaria

Azienda	Popolazione	Numero Distretti	Numero Comuni
Cosenza	705.753	6	155
Crotone	174.980	1	27
Catanzaro	358.316	3	80
Vibo Valentia	160.073	1	50
Reggio Calabria	548.009	3	97
Totale	1.947.131	14	409

Le attività sono erogate nell'ambito dei distretti socio sanitari, a seconda dell'assetto organizzativo aziendale, sia attraverso servizi direttamente gestiti dai distretti, sia attraverso servizi forniti da altre articolazioni organizzative, che si coordinano con i distretti o i dipartimenti del territorio, per definire le modalità di erogazione più idonee (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, Dipartimento interaziendale Materno - infantile). Nell'ambito dei distretti socio sanitari operano le Case della Salute (CdS).

Il distretto costituisce il centro di governance oltre che di erogazione di servizi e rappresenta il polo di integrazione sanitaria e socio-sanitaria, il punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari e sociosanitari dell'Azienda.

Esso assume in sé sia un ruolo di committenza, attraverso un complessivo processo di valutazione dei bisogni assistenziali (individuali e collettivi), sia un ruolo di gestione dei servizi territoriali (ruolo di produzione).

Tra le funzioni di committenza e valutazione, si richiamano: l'analisi e la valutazione dei bisogni di salute; il governo dei consumi di prestazioni indirette, farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed

ospedaliera, residenziali – semiresidenziali – domiciliari, attraverso l'attività di orientamento del cittadino e l'integrazione effettiva dei servizi erogati ai diversi livelli di assistenza dalle AA.SS.PP.

Per quanto riguarda la funzione di erogazione di servizi, i distretti coordinano la medicina convenzionata (medicina generale, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale) assicurandone l'integrazione effettiva nell'organizzazione distrettuale, finalizzata ad una appropriata erogazione dei LEA; erogano l'assistenza domiciliare; garantiscono l'erogazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale; erogano servizi e interventi che rientrano nel livello di assistenza distrettuale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti contrattuali (ex art. 8 – quinquies dlgs 502/92 e s.m.i.) con gli erogatori accreditati; garantiscono la tutela della salute in ambito penitenziario (DPCM 1 aprile 2008); garantiscono l'integrazione con i servizi afferenti all'età evolutiva e all'area materno infantile.

Per l'erogazione e la gestione delle suddette attività il distretto è articolato in strutture tra cui deve essere ricompresa la struttura di Cure Primarie che eroga i seguenti servizi: assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia); continuità assistenziale; specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare), assistenza residenziale – semiresidenziale, assistenza riabilitativa e protesica; struttura che eroga cure palliative;

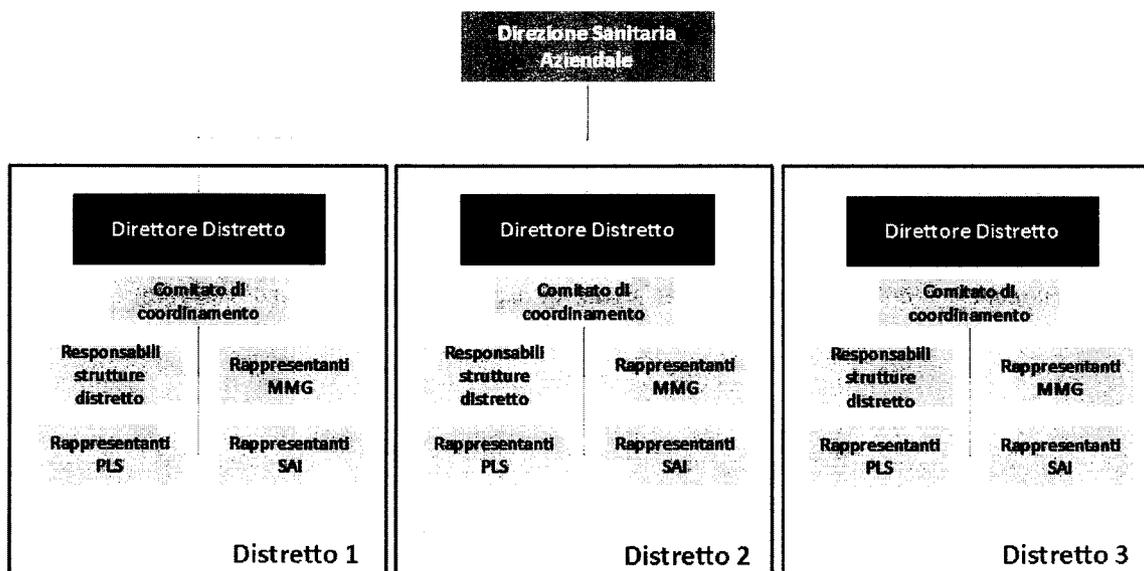
Come già indicato nelle Linee Guida per gli Atti Aziendali, di cui al DCA n. 130/2015 recante “Linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria - modifiche ed integrazioni al D.P.G.R- CA n. 97/2013”, la scelta del modello di governo dei servizi territoriali dipende dalla vastità del territorio su cui l'Azienda esercita le sue funzioni. In particolare, si prevedono modalità organizzative e di coordinamento in relazione al numero di distretti previsti per Azienda.

Di seguito si riportano le caratteristiche principali del modello organizzativo per il coordinamento del distretto, così come individuate dal DPGR- CA n. 97 /2013 ed integrate dal richiamato DCA 130/2015.

Aziende di piccole e medie dimensioni

- **Coordinamento dei distretti:** il livello organizzativo ottimale per favorire l'integrazione e lo sviluppo omogeneo dei vari servizi è garantito dai distretti coordinati al livello della **direzione sanitaria aziendale;**
- **Coordinamento del distretto:** è affidato al Direttore del Distretto con il supporto del Comitato di Coordinamento delle Attività Distrettuali in ciascun distretto, composto dai responsabili delle strutture afferenti, un rappresentante degli MMG, uno dei PLS ed uno dei SAI.

Figura 1: Funzione di coordinamento dei distretti in Aziende di piccole e medie dimensioni (3 o meno distretti)



Aziende di grandi dimensioni

Coordinamento dei distretti: il livello organizzativo ottimale per uno sviluppo coerente con le specificità territoriali dei servizi è costituito dai distretti che, in questo caso, considerata la vastità e complessità territoriale, necessitano di un coordinamento interdistrettuale, al fine di garantire un'uniformità di azioni e di garanzie assistenziali su tutto il territorio aziendale.

Tale coordinamento dei distretti:

- è attuato, senza oneri aggiuntivi, a livello della Direzione Sanitaria Aziendale;
- coinvolge tutti i Direttori di Distretto, costituiti in Comitato, senza oneri aggiuntivi rispetto a quelli previsti per l'incarico di Direttore di Distretto.
- il Comitato si riunisce almeno trimestralmente (4 volte l'anno) sotto la guida della Direzione Aziendale (DG + DS + DA). Viene redatto un verbale della riunione firmato dal DG ed inviato a tutti i membri del gruppo.

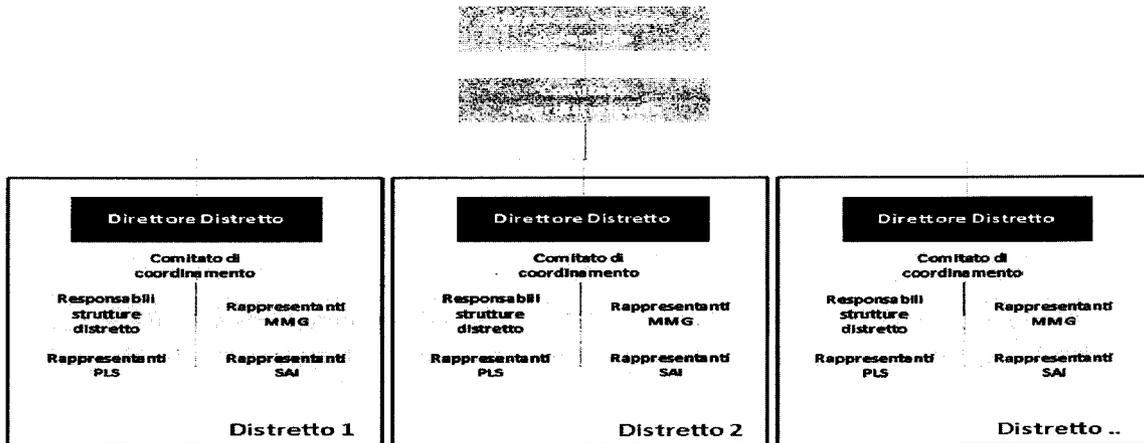
Obiettivi del coordinamento: salvo ulteriori attività delegate con apposito atto dal Direttore generale, le competenze del Coordinamento sono:

- rendere omogenee, efficaci ed efficienti le procedure di erogazione dei servizi e degli interventi territoriali nell'ambito aziendale;
- raccordare le attività interdistrettuali, favorendone la compatibilità e la congruità sul territorio aziendale;

- garantire il collegamento con le altre strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione);
- monitorare l'attività e la gestione dei distretti, nonché la gestione della Medicina Convenzionata (MMG, PLS, SAI, MCA).

Coordinamento del distretto: è affidato al Direttore del Distretto con il supporto del Comitato di Coordinamento delle Attività Distrettuali in ogni distretto, composto dai responsabili delle strutture del distretto, un rappresentante degli MMG, uno dei PLS ed uno dei SAI.

Figura 2: Funzione di coordinamento dei distretti in Aziende di grandi dimensioni (più di 3 distretti)



2.1.3 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*) che non può prescindere dal rispetto dei seguenti principi:

- salute non più intesa come "stato" ma come "processo": condizione, quindi, cui si perviene attraverso un percorso, influenzato da molteplici determinanti (individuali, sociali ed ambientali);
- dall'individuo alla comunità: la salute è il risultato del rapporto tra persona e collettività;
- dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute: promozione del benessere in ragione dei diversi determinanti di salute attraverso una visione multisettoriale e multidisciplinare.

L'integrazione, declinata 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. L'analisi deve essere integrata da dati demografici, epidemiologici e sociali di ogni territorio distrettuale (Profilo di Salute), nel rispetto dell'assistito, dal momento che solo il 30% della Salute dipende dal Sistema Sanitario (OMS) mentre il 70% dipende da altri determinanti di salute, quali gli stili di vita, l'ambiente, la cultura, l'economicità. Ai distretti spetterà anche l'attività di coordinamento e di raccordo tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie.

La programmazione distrettuale, strettamente interconnessa con quella sociale (Piano di Zona), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata.

Alla fase di rilevazione ed analisi dei bisogni di salute della comunità distrettuale, dovrà quindi seguire la fase di vera e propria *programmazione integrata* (PAT – PdZ) dei servizi, che deve partire dalla univocità dell'accesso al sistema curante.

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, il Distretto definisce il Programma delle Attività Territoriali o distrettuali (PAT) coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale: tale Programma è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio, ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Il PAT individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, definendo le attività da svolgere per poterli conseguire e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

Il Programma delle Attività Territoriali di ciascun distretto verrà redatto, con il coordinamento della direzione sanitaria aziendale, utilizzando il format allegato al presente atto.

In sede di prima stesura, le aziende provvederanno ad adottare l'atto di recepimento dei PAT predisposti, entro 60 giorni dalla formale approvazione, da parte della Struttura Commissariale, delle reti territoriali di ciascuna ASP.

Il distretto nell'ambito del proprio processo di riorganizzazione, dovrà puntare sulla implementazione dei PUA, al fine di realizzare una più omogenea presa in carico dei pazienti.

Il complessivo sistema d'accesso ai servizi sociosanitari integrati che si vuole qui delineare è, in altri termini, costituito da una *rete* di front office, cui viene attribuita la funzione di prima decodifica e di orientamento della domanda e da un back office che svolge, invece, la funzione di presa in carico integrata dei bisogni assistenziali, per come definiti in esito al processo di valutazione multidimensionale.

Il Distretto assicura le funzioni di erogazione dei servizi, per come derivate dalla programmazione di livello nazionale, regionale ed aziendale e recepite in seno al PAT.

Al Distretto è conferita, per il tramite delle sue articolazioni organizzative, la funzione di produzione connessa alle aree operative ad esso afferenti, per garantire i livelli essenziali di assistenza propri del livello distrettuale.

Snodo cruciale della riorganizzazione territoriale è rappresentato dalla integrazione della medicina generale con le altre professioni che operano nell'ambito delle attività distrettuali [integrazione professionale], nonché con le articolazioni organizzative del distretto medesimo e con le articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione (DP), Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, Dipartimento Materno - infantile (interaziendale) [integrazione organizzativa].

Il distretto garantisce, nel rispetto degli atti di programmazione di livello regionale – aziendale – distrettuale, l'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito del Programmi delle Attività Territoriali (PAT) e collegate alle aree funzionali di seguito specificate, "alle quali afferiranno le diverse U.O.":

Area delle cure primarie (compresa la sanità penitenziaria):

- *assistenza sanitaria di base (medicina generale – pediatria di libera scelta - continuità assistenziale)*
- *assistenza specialistica*
- *assistenza domiciliare*
- *assistenza semiresidenziale – residenziale*
- *assistenza riabilitativa*
- *anziani e disabili*
- *assistenza termale*

Area dei servizi:

- *assistenza farmaceutica*
- *assistenza protesica*
- *servizi amministrativi*
- *CUP*
- *assistenza sociale*

Area cure palliative e terapia del dolore

- *cure palliative*
- *terapia del dolore*

2.2 Cure primarie

2.2.1 Ricognizione stato attuale dell'assistenza primaria

Modelli organizzativi medicina generale

Il modelli organizzativi attuali della medicina generale, nella Regione Calabria, sono caratterizzati dalla capillarizzazione degli ambulatori convenzionati, per garantire una facile accessibilità alle fasce più deboli della popolazione e, nonostante il recente sviluppo di forme associative più complesse, dalla persistenza di forme associative semplici che, pur rappresentando un'evoluzione rispetto al tradizionale modello del medico singolo, non consentono di esplicitare la massima potenzialità dell'integrazione interprofessionale e interstrutturale.

La Regione, sulla scorta di una specifica sperimentazione avviata sin dal 2013, ha provveduto ad approvare un Accordo Integrativo Regionale (AIR) ponte (DCA 65/2017) per la medicina generale, tendente a far confluire il maggior numero di medici nelle nuove forme associative (UCCP – AFT), finalizzate ad esaltare il ruolo della medicina generale nell'ambito della costruzione dei profili di cura. Successivamente, in ragione della innovatività della specifica soluzione organizzativa, si è altresì provveduto ad emanare un documento di indirizzo per l'attuazione del medesimo AIR (DCA 161/2017).

In particolare, la costruzione delle nuove forme associative ha puntato ad un'estensione del processo di budgeting aziendale, con il coinvolgimento della medicina generale al raggiungimento degli obiettivi di salute, definiti in sede regionale e poi declinati nei differenti territori dalle singole Aziende Sanitarie. Il DCA 65/2017 definisce le forme associative della medicina generale con istituzione di UCCP e AFT. Lo stesso DCA, integrato dall'atto di indirizzo di cui al DCA 161/2017, subordina la remunerazione variabile dei medici di medicina generale al raggiungimento di predefiniti obiettivi di salute, individuati dalla programmazione regionale e, per il tramite dei distretti, declinati a livello di ciascuna Azienda Sanitaria. I distretti, sulla scorta di quanto precede, negoziano gli obiettivi con i coordinatori delle UCCP cui, peraltro, afferiscono le AFT di riferimento territoriale.

Appare ancora evidente come la definizione degli obiettivi distrettuali e la successiva negoziazione con la medicina generale debbano costituire parte integrante della programmazione distrettuale, così per come definita nel programma delle attività territoriale.

Tale riorganizzazione garantisce la continuità dell'assistenza, h 24, nonché l'integrazione interprofessionale e organizzativa tra i medici della medicina generale, all'interno del complessivo sistema delle cure primarie (distretti).

2.2.2 Casa della Salute

Definizione

La Casa della Salute (CdS) 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 nell'ambito territoriale di riferimento delle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP).

Il DPGR n. 185/2012 ha identificato le "Linee Guida" per il modello organizzativo ed il percorso di attuazione delle Case della Salute, stabilendo il livello funzionale ed organizzativo "ottimale" di riferimento "sulla base dell'analisi costo-benefici.

Il modello proposto tiene conto di diverse esigenze della programmazione economico-sanitaria della Regione Calabria:

- concentrare progressivamente nelle sedi fisiche degli ospedali dismessi, e/o disponibili presso le AASSPP, le attività che oggi trovano diversa collocazione (inclusi gli ambulatori della Medicina Generale ed i punti di Continuità assistenziale ove previsti), al fine di garantire una migliore integrazione assistenziale;
- prevedere, in coerenza con i fabbisogni della popolazione, l'integrazione con le attività territoriali residenziali e semiresidenziali.

Il modello organizzativo qui presentato, sintetizza quanto previsto dal DPGR n. 185/2012, verso il quale tutte le Case della Salute devono tendere, per garantire l'integrazione tra cure primarie ed attività distrettuali, con l'obiettivo di offrire una alternativa valida sul territorio ai presidi dismessi e, in generale, all'ospedale.

Struttura

Le CdS, laddove coincidenti (vicine) con la sede del Distretto, diventeranno la sede unica dello stesso. Le CdS sono gestite, per quanto riguarda gli aspetti igienico - organizzativi e di facility management da un responsabile di sede, non con incarico di struttura complessa, che risponde direttamente al Direttore del Distretto.

Il modello organizzativo delle CdS della Regione Calabria prevede l'aggregazione dei Servizi che presentano elementi di contiguità e complementarietà operativa all'interno di 5 Aree funzionali, che afferiranno alle UU.OO. di riferimento distrettuali e/o dipartimentali.

Tali Aree funzionali, per come previsto nel DPGR 185/2012, sono:

- Area funzionale - Accoglienza, Accesso e Segretariato Sociale
- Area funzionale - Servizi Generali ed amministrativi
- Area funzionale - Servizi ed Attività Sociali
- Area funzionale - Servizi Sanitari
- Area funzionale - Servizi Socio Sanitari

Ai Direttori delle U.O. di riferimento spetta la responsabilità di gestione delle risorse (umane e tecnologiche) che operano all'interno dei Servizi di propria pertinenza.

La responsabilità di definire e concordare protocolli e procedure operative, per l'integrazione dei servizi erogati dalla CdS, con quelli delle altre strutture pubbliche appartenenti alla ASP di riferimento, spetta al Direttore del Distretto, come anche la responsabilità complessiva degli aspetti amministrativi e sanitari della CdS.

Per quanto riguarda, invece, i singoli Servizi, va osservato che essi hanno caratteristiche molto differenti tra di loro, sia per il volume di attività che potenzialmente gestiscono, sia per il tipo di rapporto contrattuale con il personale afferente.

In questa logica il modello organizzativo prevede, di base, 2 diverse caratterizzazioni dei servizi:

- servizi a componente organizzativa aziendale;
- servizi a componente organizzativa mista.

I primi sono caratterizzati da una prevalenza di personale, ad essi assegnato, dipendente dell'ASP. I secondi, invece, sono caratterizzati da una prevalenza di personale, ad essi assegnato, non dipendente dell'ASP, ma in convenzione (es. MMG, PLS, MCA, etc).

Il personale convenzionato opererà nell'ambito delle regole generali di funzionamento ed organizzative definite con il Direttore del Distretto.

Ad oggi, sono stati finanziati, a valere sui fondi del Piano di azione e coesione (Pac 2007/2017), i lavori di ristrutturazione e adeguamento funzionale delle seguenti Case della Salute: San Marco Argentano, Cariati, Mesoraca, Chiaravalle, Scilla e Siderno ai fini dell'adeguamento per come previsto dalle linee guida di cui al DPGR 185/2012.

Tabella 2: Riferimenti normativi Case della Salute

ASP	Casa della Salute	Decreto emanato
Cosenza	EX PO Cariati	DPGR 88/2012
	EX PO Longro	DPGR 92/2012
	EX PO Mormanno	DPGR 83/2012
	Armentino	
	EX PO San Marco Argentano	DPGR 74/2011
Crotone	Mesoraca	
Catanzaro	EX PO Chiaravalle	DPGR 73/2011
Vibo Valentia	EX PO Cdr di Soriano	DPGR 72/2011
Reggio Calabria	EX PO Scilla	
	EX PO Siderno	DPGR 77/2011
	EX PO Cypido Mammolina	DPGR 89/2012
	EX PO Palmi	DPGR 75/2011
	EX PO Scilla	DPGR 92/2012
	EX PO Taormina	DPGR 76/2011

2.2.3 Implementazione della rete delle cure primarie

Lo sviluppo delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT), così come delineate dal già richiamato AIR ponte, rappresenta una scelta necessaria per coniugare la capacità del sistema di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini, con le peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio calabrese, contraddistinte dalla compresenza di aree a forte urbanizzazione, di aree extraurbane e di aree rurali a bassa densità abitativa. Ciò anche in considerazione delle indicazioni contenute nel nuovo Patto per la Salute 2014-2016, sulla base del quale è in atto il processo di contrattazione in merito agli accordi contrattuali nazionali (AA.CC.N.)

Sulla base di quanto sopra esposto e nel rispetto degli AA.CC.NN. di Medicina Generale, Pediatria di libera scelta e Specialista Ambulatoriale, (di cui alla legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158), nonché delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2014 – 2016, la Regione intende strutturare, in applicazione del DCA 65/2018, la rete delle cure primarie attraverso:

- la trasformazione delle forme organizzative attuali, fino all'attivazione definitiva delle AFT e/o delle UCCP (medicine di gruppo, medicine in rete, forme miste- come da vigente ACN MMG);
- l'attivazione delle UCCP all'interno delle Case della Salute (UCCP del bacino di utenza afferente alla CdS);
- l'articolazione delle Case della Salute sulla base delle Linee Guida regionali, di cui al DPGR 185/2012;
- l'implementazione di sistemi per il governo delle cure primarie e del territorio, mediante l'istituzione del numero unico del territorio" (116117).

Tutto ciò nel rispetto dei vincoli finalizzati al perseguimento dell'equilibrio economico, imposto dal piano di rientro.

Per quanto riguarda le UCCP e AFT, con DCA n. 174 del 6.12.2019 sono state approvate le delibere delle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Crotona e Vibo Valentia.

2.2.4 Strumenti per l'integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale

CURAP "116117"

L'ospedale ha costituito negli anni il principale punto di riferimento per tutti i bisogni di salute dei cittadini. Ciò anche perché è "ben riconoscibile": è in un luogo preciso della città; è facilmente accessibile; è aperto h24/365 giorni all'anno ed è dotato di un numero di telefono da chiamare per l'eventuale accesso urgente, il 118.

Inoltre, non bisogna sottovalutare l'attrattiva dell'ospedale quale luogo di cura capace di offrire l'assistenza sanitaria più completa.

La visione culturale dell'ospedale quale centro di risoluzione primaria dei problemi, oggi deve registrare un mutato approccio a favore di una visione della sanità territoriale efficiente e attrezzata, con una netta distinzione fra cronicità e acuzie, fra emergenza e urgenza, fra servizi di base e di secondo e terzo livello.

Al fine di poter assicurare la continuità delle cure al di fuori dei percorsi di emergenza, si prevede di attivare una funzione di ricezione delle richieste di assistenza primaria, disponibile 24 ore/24, da realizzarsi tramite la riorganizzazione dell'assistenza primaria e un maggior coordinamento tra le reti assistenziali.

In concreto, in linea con quanto previsto dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 36/CSR), si prevede che ogni 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.

Tale interfaccia costituirà il riferimento unico per i pazienti e le loro famiglie, per gli operatori sanitari e sociali del territorio e per gli operatori dell'Ospedale. Il numero 116117 (attivo h24 / 365 gg all'anno) consentirà quindi la centralizzazione delle richieste di cure primarie e dovrà avvalersi, per consentire lo scambio di informazioni sui pazienti, della medesima piattaforma tecnologica del 118.

Nelle more dell'istituzione del numero 116117 a livello nazionale, la Regione sperimenterà in alcune ASP un numero verde che contenga al suo interno il numero 116117 (esempio: numero verde. 800 116 117).

Azioni di attivazione delle CURAP

- Costruire un modello di Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Primaria (a cura del Dipartimento e dal Gruppo di Lavoro di coordinamento regionale):
 - Individuare i target di popolazione/utenti delle CURAP;
 - Individuare i percorsi assistenziali funzionanti/funzionali a questo tipo di iniziativa;
 - Individuazione dei ruoli.
- Operazioni tecniche di predisposizione del servizio:
 - Adeguamento della piattaforma tecnologica ed informatica – individuazione di una nuova numerazione unica per tutti, possibilmente 116.117 in conformità alla normativa europea.
- Attivazione CURAP:

- 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;
- avvio della sperimentazione in alcune ASP di un numero verde che contenga al suo interno il numero 116117, in attesa delle indicazioni nazionali.
- Campagna informativa sul nuovo servizio.
- Monitoraggio e verifica dei risultati.

2.2.5 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

La Regione con DCA 65/2018 ha provveduto a definire l'organizzazione delle AFT e delle UCCP, mentre con DCA 161/2018 ha emanato apposito atto di indirizzo attuativo dell'AIR ponte.

Definizione

La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, con una sede principale ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio, in continuità con le AFT (comprehensive delle postazioni di continuità assistenziale ad esse correlate) ed i Pediatri di Libera Scelta che le compongono. Esse garantiscono:

- la fase di accesso/accolgenza al complessivo sistema delle cure primarie, in collaborazione con i Punti Unici di Accesso (PUA) e, quindi, assicurando l'integrazione tra i professionisti e gli operatori sanitari, sociosanitari e sociali);
- la condivisione e l'applicazione dei PDTA;
- l'autonomia e la responsabilità professionale;
- la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità;
- l'approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, con particolare riferimento alle cure sanitarie domiciliari;
- la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta al governo della domanda e alla organizzazione dei servizi.

La UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, è inserita nell'area funzionale delle Cure Primarie, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. Alla UCCP, proprio in un'ottica di appropriatezza della risposta a differenti livelli di intensità assistenziale, compete il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie croniche in cui la presenza di situazioni di comorbilità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare.

Le UCCP potranno assumere due diverse connotazioni:

1. *UCCP in sede pubblica*: la sede dell'UCCP, il personale infermieristico e di supporto amministrativo è messo a disposizione dalle ASP. I medici aderenti dovranno garantire la gestione delle informazioni cliniche, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, assicurando, presso la sede dell'UCCP, un'assistenza h 24 grazie all'integrazione operativa dei medici a quota oraria, che operano nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale di afferenza. Per assicurare lo svolgimento dell'orario di attività, correlato al numero di assistiti in carico, definito dall'ACN per tempo vigente, i medici dovranno articolare il proprio orario di lavoro in maniera coordinata tra la sede dell'UCCP e gli studi privati.

L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione/validazione da parte del distretto.

1. *UCCP in sede autonoma*, gestita dai medici: la sede dell'UCCP, il personale infermieristico e di supporto amministrativo sono messi a disposizione dai medici componenti l'UCCP. I medici aderenti dovranno garantire la gestione delle informazioni cliniche, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, assicurando, presso la sede dell'UCCP, un'assistenza h 24 grazie all'integrazione operativa con i medici a quota oraria, che operano nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale di afferenza.

I medici dovranno articolare il proprio orario di lavoro in maniera coordinata tra la sede dell'UCCP e gli studi privati. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione/validazione da parte del distretto.

Al fine di garantire continuità fisica alle attività assistenziali la sede dell'UCCP, sia essa pubblica e/o a gestione autonoma, deve ospitare una sede di continuità assistenziale tra quelle di riferimento della stessa UCCP. È auspicabile, soprattutto qualora l'UCCP abbia una collocazione urbana, che detta postazione preveda un raddoppio di turnazione.

Le UCCP hanno come compiti essenziali:

- assistere tutta la popolazione in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale, per tempo vigente, e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- partecipare alle azioni di sviluppo della medicina d'iniziativa con passaggio dal solo "approccio secondo linee guida ed evidence based medicine" ad un "approccio di presa in carico personalizzata";
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione sulla popolazione con particolare riferimento all'adozione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta, il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni all'istituzione del FSE;
- assicurare il diretto ricorso ai sistemi aziendali per la prenotazione delle prestazioni specialistiche, anche per codice di priorità;

- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, in particolare con bisogni assistenziali complessi, e dei pazienti in condizione di fragilità, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari;
- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato:

Regione -Azienda -Distretto -UCCP -AFT

- partecipare all'attività di valutazione multidimensionale, finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale;
- garantire, in particolar modo nella sede unica dell'UCCP, l'integrazione operativa con gli specialisti ambulatoriali e le altre professionalità che operano nell'ambito dell'assistenza territoriale, secondo accordi con le aziende;
- perseguire il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nei quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro;
- Nelle aree ad elevata densità abitativa, i medici di assistenza primaria, previa autorizzazione dell'Azienda di appartenenza, che valuterà primariamente l'esigenza di mantenere la capillarizzazione dell'assistenza, possono trasferire nella sede dell'UCCP lo studio già autorizzato nel Comune sede di UCCP.

Struttura

- Bacino di utenza: l'UCCP, di norma, deve essere costituita per un bacino di utenza fino ad un max di **60.000** abitanti. In considerazione della conformazione oro-geografica del territorio, della densità abitativa, della dispersione dei nuclei abitati e della disponibilità di servizi di collegamento, saranno possibili articolazioni diverse del bacino d'utenza per consentire uniformità nell'erogazione dei LEA;
- Sede: l'UCCP è organizzata in sede unica, pur potendo prevedere, sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica, integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.
- Orari di apertura: viene garantita l'assistenza H24 7/7gg. I Medici a quota oraria, garantiranno gli orari notturni, prefestivi e festivi, fino all'istituzione del ruolo unico.

Attività assistenziali:

L'UCCP assicura l'integrazione delle cure lungo tutto il continuum assistenziale mediante:

- le prestazioni di competenza del MMG, così come definite nel DPCM LEA e disciplinate negli ACN/AIR per la medicina generale;
- l'attivazione di ambulatori di patologia dedicati ai pazienti cronici e fragili;
- l'attività di assistenza H24 per le basse e medie urgenze anche grazie alla disponibilità, in H12 di servizi diagnostici ed al supporto che potrà essere garantito dagli specialisti ambulatoriali e dal personale infermieristico;
- l'attiva partecipazione nei processi di continuità delle cure;
- l'adesione alle attività di prevenzione predisposte dall'Azienda;
- la partecipazione alle attività di audit, peer review, auto-gestione dei pazienti, empowerment, in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia;
- la condivisione degli obiettivi annuali di budgeting -programmazione operativa con la Direzione di Distretto ed a valle con le AFT di riferimento

Le AFT Definizione

Il raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: medici di Assistenza primaria, di Continuità Assistenziale e della medicina dei servizi), con un bacino d'utenza non superiore a 30.000 assistiti, che consente il coordinamento delle attività dei medici e si configura come un sistema di relazioni, tra i vari professionisti che vi partecipano, estremamente flessibile e compatibile con i diversi modelli di erogazione dell'assistenza presenti nel distretto.

Le AFT comprendono al loro interno singoli medici, associati in forma organizzata e che integrano le proprie attività attraverso la condivisione di un unico strumento informativo di gestione della scheda paziente. Tale modalità operativa consente ai cittadini di poter accedere ad uno dei medici che compongono l'AFT, garantendosi comunque la gestione condivisa delle informazioni cliniche. Le AFT potranno assumere due diverse connotazioni:

1. **AFT in rete**: i medici continuano ad operare nei propri studi professionali, condividendo la gestione delle informazioni cliniche, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, e garantendo un'assistenza h 24, mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione da parte del distretto ed essere coerente con le indicazioni di cui all'ACN per tempovigente;
2. **AFT in sede unica**: i medici, pur continuando ad operare nei propri studi professionali e garantendo la gestione condivisa delle informazioni cliniche dei propri assistiti, operano anche presso una sede unica di riferimento, messa a disposizione dalle ASP o dai medici di assistenza primaria, secondo una specifica turnazione, finalizzata a garantire un'assistenza h 24

In tale ambito potrà realizzarsi la collaborazione del MMG con i medici specialisti per la realizzazione dei POTA definiti in sede aziendale sulla scorta delle indicazioni regionali.

In ragione del complessivo riassetto delle cure primarie definito in sede aziendale, le AFT, in rete e/o in sede unica, sono funzionalmente correlate ad una UCCP di riferimento, e ne condividono gli obiettivi di salute. Le ASP garantiscono ai medici a quota oraria l'impiego degli strumenti informativi utilizzati dai medici aderenti alle AFT. È demandata alla contrattazione aziendale la possibilità di partecipazione dei medici a quota oraria alle attività diurne delle AFT, sempre nel rispetto dei compiti e delle funzioni attribuite in sede di ACN per tempo vigente.

Struttura

L'AFT di medicina generale:

- è composta da medici di Assistenza Primaria e da medici di Continuità Assistenziale che sono obbligati ad aderire alla forma associativa;
- di norma comprende un numero di medici non inferiore a 12, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria, fatte salve situazioni oro-geografiche di alcuni ambiti territoriali, rimesse alla valutazione dei comitati permanenti di ogni singola Azienda;
- di norma è composta dai medici appartenenti al medesimo ambito territoriale. Negli ambiti territoriali più vasti possono essere istituite più AFT, secondo criteri individuati a livello aziendale. In caso di ambiti territoriali non sufficienti a costituire un'AFT, in base ai criteri prima definiti, è possibile l'inclusione di medici di ambiti limitrofi. Sono, infine, fatte salve le medicine di gruppo già esistenti, purché si costituiscano in AFT in sede unica, acquisendone le caratteristiche assistenziali (in particolare funzionamento h12, indipendentemente dal numero di medici in associazione);
- prevede la condivisione delle attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti;

Perciascuna AFT sarà individuato, tra i medici, un referente con funzioni di raccordo interno tra i medici dell'associazione, di interlocuzione formale con il distretto e con il coordinatore dell'UCCP di riferimento.

In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, l'attivazione di una AFT individua in automatico un bacino di assistiti, costituito o dai cittadini che hanno liberamente scelto i MMG dell'AFT. Per tali assistiti dovranno essere definiti i bisogni di salute, dai quali scaturirà la negoziazione dei correlati obiettivi e la costruzione degli indicatori di esito, necessari per valutare il grado di raggiungimento di quegli stessi obiettivi.

Sono attribuiti i seguenti compiti:

- assistere la popolazione in carico ai MMG che ne fanno parte, in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale per tempo vigente e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione rivolte alla popolazione, con particolare riferimento alla diffusione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni al FSE;
- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari. La massima attenzione sarà data ai progetti rivolti a pazienti con bisogni assistenziali complessi e ai pazienti in condizione di fragilità,

- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato:
- Regione/Azienda/Distretto/UCCP/AFT
- partecipare alle attività di valutazione multidimensionale finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

2.2.6 Azioni di monitoraggio delle AFT e UCCP

L'attività del Dipartimento Tutela della Salute, a compimento del processo riorganizzativo dovrà provvedere:

- alla verifica della compatibilità finanziaria delle proposte avanzate dalle ASP (in aderenza con il DCA 161/2017), sulla scorta delle risorse messe in disponibilità con l'adozione dell'AIR;
- alla verifica delle schede di budget che ciascuna ASP condividerà con le UCCP/AFT di diretta afferenza territoriale, sulla scorta del grado di raggiungimento percentuale degli obiettivi negoziati in sede di budgeting;
- al monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi di cui al punto precedente; tale verifica avverrà con predisposizione di reporting trimestrale, predisposto da ciascuna singola Azienda per tutte le UCCP attivate nell'ambito del territorio di competenza
- alla verifica dei servizi attualmente attivi nelle case della salute;
- alla verifica del Piano di attivazione dei servizi programmati, predisposto dalle singole AA.SS.PP.;
- al monitoraggio del livello di implementazione dei servizi programmati, che avverrà sulla base dei report trimestrali predisposti da ciascuna Azienda

3 Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale

3.1 Modello di governo della rete territoriale

3.1.1 Strumenti di Governo della rete territoriale

In assenza di un reale governo dei servizi della rete territoriale ogni investimento, progettuale ed economico, rischia di essere vanificato e di non apportare reali miglioramenti nei servizi resi ai cittadini e previsti dalla riorganizzazione della rete territoriale.

L'obiettivo regionale prioritario è il governo della Rete territoriale che sarà perseguito anche attraverso lo sviluppo dei percorsi assistenziali a livello distrettuale e l'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati.

I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali relativamente alle linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree. Le Aziende Sanitarie Provinciali garantiscono l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali per la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale sulla base del modello regionale di presa in carico sotto descritto.

Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali, il presente piano di riorganizzazione definisce la programmazione dell'offerta territoriale sulla base:

- del fabbisogno di posti letto e di prestazioni, espresso in funzione della popolazione da assistere presso le strutture residenziali e semiresidenziali destinate ai malati cronici non autosufficienti, ai disabili, alle persone con disturbi psichiatrici, ai minori e alle persone con dipendenze, articolato per intensità assistenziale;
- del fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere e l'organizzazione delle cure domiciliari

3.1.2 Modello di presa in carico ex art 21 DPCM LEA 12 gennaio 2017 - Percorsi assistenziali integrati

Strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati per tipologia di assistenza

Si ritiene di dover ulteriormente rafforzare il sistema di presa in carico dei bisogni assistenziali complessi attraverso un processo di rimodulazione delle attività distrettuali.

Il Distretto rappresenta un sistema di doppia cerniera deputato, da una parte, a garantire continuità nei processi di cura con l'ambito ospedaliero di assistenza (continuità assistenziale), dall'altro a concretizzare l'integrazione con la componente sociale, di estremo rilievo per completare un adeguato sistema di cure primarie (uno dei problemi di fondo del sistema di cure calabrese è proprio l'inappropriata medicalizzazione dei bisogni assistenziali).

L'assetto organizzativo disegnato nel paragrafo 2.1. "Il ruolo del Distretto" assegna il ruolo di committenza (definizione dei bisogni assistenziali della comunità e di programmazione) e di gestione dei servizi (produzione) al Distretto. Tale scelta, appare, allo stato, l'unica perseguibile proprio nella prospettiva di dover riaggregare i tasselli di un modello assistenziale territoriale ancora vincolato a logiche prestazionali e, quindi, caratterizzate dalla frammentazione delle unità di produzione e dalla conseguente mancanza di una prospettiva univoca.

Detta scelta organizzativa deve essere accompagnata dalla definizione di un appropriato e coerente modello di approccio alla mission distrettuale, che la Regione Calabria ha già delineato con il DPGR n°12/2011 (*Approvazione linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali*).

Il modello è in linea con il *Kaiser Permanent's risk stratification model* in quanto, a fronte di un accesso **univoco al sistema curante (a)** che si presenta così aggregato e non più disperso (processo di *de fragmenting care*) attraverso la creazione di una rete di Punti Unici di Accesso (PUA) di livello distrettuale, segue una fase di **valutazione multidimensionale (b)** attraverso lo strumento della scheda standardizzata regionale SVAMA per gli anziani (DPGR-CA n. 36 del 21/03/2014), SVAMDI/ICF per i disabili (DCA n. 71 del 20/10/2014).

La responsabilità dei processi di presa in carico, anche in dimissione protetta, è in capo al Direttore del Distretto.

Alla fase di valutazione segue la definizione di un **Piano Assistenziale Personalizzato (c)** - PAI - e quindi la garanzia di personalizzazione dei processi di cura che, rappresentando il presupposto di un adeguato *care management* e *case management* (intensità di cura coerente con i bisogni così per come esitati alla valutazione multidimensionale), consentono di collocare quei bisogni secondo una perfetta logica di appropriatezza di livello (ADI, assistenza semiresidenziale, residenziale, riabilitazione estensiva).

Del tutto evidente appare come, a fronte del modello organizzativo descritto, il modello assistenziale proposto debba necessariamente sottendere una **logica di processo assistenziale** e di concreta presa in carico dei bisogni assistenziali, di seguito sinteticamente rappresentata:

- a) accesso al sistema curante (PUA)
- b) valutazione multidimensionale
- c) definizione di un piano personalizzato di assistenza (appropriatezza di livello) con definizione della *tipologia* di interventi assistenziali, delle *figure professionali* coinvolte, del *sottoambito* di cura, della *durata* dell'intervento assistenziale a connotazione:
 - domiciliare
 - semiresidenziale/residenziale
 - 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 (d)** 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.

Vengono, altresì, gettate le basi per garantire anche continuità tra livello territoriale e livello ospedaliero di assistenza, attraverso l'adesione della **dimissione ospedaliera** alla medesima logica di **accesso - valutazione multidimensionale - definizione PAI**, che precedono la dimissione grazie alla definizione/condivisione di specifici processi (**dimissioni protette**).

Alla luce degli atti di programmazione già esistenti (DPGR n°12/2011), nel dettagliare ulteriormente il macroprocesso, è possibile definire le professionalità e l'organizzazione necessarie a garantire il corretto funzionamento del modello proposto.

Il Punto Unico di Accesso rappresenta una vera e propria rete integrata costituita da una serie di front office diffusi sul territorio distrettuale (condivisi con i Comuni di riferimento) strettamente correlati ad un unico back office di livello distrettuale, cui compete la complessiva governance del sistema di

accesso. Le figure professionali necessarie per garantire le attività del back office sono di seguito individuate:

- responsabile medico
- infermiere professionale
- assistente sociale
- amministrativo

Strettamente correlata all'attività di accesso è quella di valutazione multidimensionale, garantita da un'Unità di valutazione multiprofessionale, caratterizzata da una composizione minimale (medico di distretto - MMG/PLS dell'assistito - infermiere professionale - terapeuta della riabilitazione - assistente sociale - geriatra) che si modifica in ragione della natura del bisogno valutato, con la sostituzione del geriatra con altre figure specialistiche necessarie (psichiatra, neuropsichiatra infantile, fisiatra, neurologo, etc.).

La definizione delle procedure necessarie per l'attuazione delle dimissioni protette passa attraverso l'individuazione di un percorso flessibile, da definire anche in ragione delle singole realtà operative, ma comunque ricollegabile al complessivo impianto processuale.

- a) **Fase dell'accesso.** L'ospedale (direzione sanitaria di presidio) 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.
- b) **Fase della valutazione multidimensionale/definizione PAI.** La valutazione avviene nel reparto di degenza integrando le professionalità dello stesso reparto (medico - infermiere) con quelle dell'UVM distrettuale al fine di definire (grazie al completamento della SVAMA) il PAI.

Il Sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali

Il supporto informativo necessario per l'ottimale funzionalità del Distretto è distinto in due tipologie:

- flussi informativi sulle attività svolte;
- procedure operative a supporto dell'attività distrettuale.

Il primo tipo è composto da informazioni differite, relative all'attività ordinaria, consolidate mensilmente, mentre il secondo tipo attiene alle procedure che ne gestiscono, in tempo reale, l'attività.

La nuova organizzazione del Distretto prevede la presenza delle seguenti condizioni:

- che la struttura distrettuale abbia un accesso al S.I. attraverso cruscotti specifici relativi ai propri residenti, contenenti gli indicatori e le misure definite nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) di cui al punto successivo, relativamente alle attività di competenza del Distretto;
- che la struttura distrettuale possa procedere ad un dialogo informatizzato con le altre strutture dell'ASP e del SSR per una gestione attiva in tempo reale, con particolare riferimento:
 1. agli assistiti segnalati dall'ospedale, per i quali si rende necessaria l'attivazione di percorsi che prevedono cure domiciliari, inserimenti in strutture residenziali/semiresidenziali sociosanitarie oppure dei follow up ambulatoriali nel sistema delle cure primarie (dimissioni protette);
 2. alla gestione dei PDTA per pazienti cronici, che prevede contatti periodici in cui il sistema sanitario territoriale (infermiere del distretto o della rete AFT/UCCP) contatta l'assistito per l'esecuzione delle previste prestazioni diagnostiche/terapeutiche, come calendarizzate nel relativo Piano individuale, definito con il MMG e/o gli specialisti ospedalieri e territoriali;
 3. alla gestione delle risorse disponibili presso tutti i punti di erogazione del sistema sanitario, pubblico e privato accreditato, per ottimizzarne l'uso a risposta dei fabbisogni.

Così come i flussi informativi sono definiti e organizzati centralmente per esigenze di omogeneità di lettura e condivisione delle informazioni, anche per le procedure operative, a regole comuni, sarà pianificato un processo di informatizzazione che permetterà lo stesso approccio uniforme per il distretto e per ciascuna delle aree sub distrettuali in cui esso si articola, a garanzia dei percorsi aziendali e regionali e nel rispetto delle regole amministrative e operative definite.

Il sistema informativo della sanità territoriale è basato sulla logica di processo delineata con il DPGR n. 12/2011 e la estende ai differenti tasselli assistenziali, afferenti a tale livello di assistenza. Il sistema sarà strutturato in differenti moduli a governance distrettuale, tutti interconnessi. Il processo inizia nel momento in cui l'assistito esprime la volontà di essere inserito in un programma di cure domiciliari, fornendo il consenso affinché sia presentata una richiesta di assistenza al proprio medico di base, al medico specialista ospedaliero in caso di dimissione protetta o all'assistente sociale. Il recepimento di tali richieste è di competenza della Porta Unica di Accesso (PUA) - attivata da operatori sociali indicati dai Comuni o da operatori sanitari delle ASP, la quale accoglie tutte le richieste di assistenza provenienti dalla cosiddetta "rete formale" (MMG/PLS, Presidi Ospedalieri, Servizi Sociali) e avvia un percorso realmente unificato e unitario di erogazione delle prestazioni.

La richiesta di assistenza dovrà essere sottoposta a valutazione dall'UVM; il risultato è la valutazione e l'elaborazione di un piano assistenziale individualizzato, contenente il programma degli interventi assistenziali.

Specifici moduli consentiranno di gestire il percorso erogativo definito nel programma degli interventi fino alla produzione del relativo flusso informativo, laddove previsto

1. modulo ADI (da cui si genera il flusso SIAD)
2. modulo ADP (assistenza domiciliare programmata)
3. modulo Residenzialità (da cui si genera il flusso FAR)

4. modulo Salute Mentale (da cui si genera il flusso SISM)
5. modulo Consulteri
6. modulo Neuropsichiatria Infantile
7. modulo Cure Palliative
8. modulo NAD

3.2 Prestazioni specialistiche

Rete trasfusionale

La riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati (ai sensi della Legge 27 dicembre 2006 n. 296 Finanziaria 2007 e dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011) è stata approvata con DCA 112/2016 e s.m.i. Tale provvedimento, oggetto di diverse integrazioni, è in fase di aggiornamento per la Rete dei Laboratori Pubblici.

Rete trasfusionale

La rete trasfusionale regionale, approvata con il DPGR n. 58/2014, è stata realizzata nel biennio 2017-2018.

Con il DCA n. 66 del 6/3/2018 sono stati formalmente istituiti i tre Dipartimenti interaziendali funzionali di Medicina Trasfusionale e il Centro Regionale di Qualificazione Biologica e, al fine di standardizzare e rendere omogenee le procedure relative all'organizzazione e al funzionamento della nuova Rete Trasfusionale Regionale, è stato approvato un Regolamento che stabilisce criteri e modalità operative, da seguire ai fini della gestione delle attività integrate a livello dipartimentale.

Il nuovo modello organizzativo regionale, basato sullo sviluppo di livelli ottimali di qualificazione e standardizzazione degli emocomponenti e di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse, comprende tre Dipartimenti di Medicina Trasfusionale, nei quali sono state concentrate le attività di lavorazione del sangue ed emocomponenti:

La rete trasfusionale regionale, approvata con il DPGR n. 58/2014, è stata realizzata nel biennio 2017-2018.

Con il DCA n. 66 del 6/3/2018 sono stati formalmente istituiti i tre Dipartimenti interaziendali funzionali di Medicina Trasfusionale e il Centro Regionale di Qualificazione Biologica e, al fine di standardizzare e rendere omogenee le procedure relative all'organizzazione e al funzionamento della nuova Rete Trasfusionale Regionale, è stato approvato un Regolamento che stabilisce criteri e modalità operative, da seguire ai fini della gestione delle attività integrate a livello dipartimentale.

Il nuovo modello organizzativo regionale, basato sullo sviluppo di livelli ottimali di qualificazione e standardizzazione degli emocomponenti e di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse,

comprende tre Dipartimenti di Medicina Trasfusionale, nei quali sono state concentrate attività di lavorazione del sangue ed emocomponenti:

Tabella 3: Centri lavorazione sangue ed emocomponenti

Area Territoriale	Centri di lavorazione sangue ed emocomponenti
AREA NORD	Cosenza
AREA CENTRO	Catanzaro
AREA SUD	Reggio Calabria

Il Centro Unico Regionale di Qualificazione Biologica, è ubicato presso il Servizio Trasfusionale di Catanzaro, presso il quale sono state accentrate le attività diagnostiche di qualificazione biologica delle unità di sangue e di emocomponenti provenienti da tutto il territorio regionale.

Per garantire la funzionalità della rete trasfusionale è stata aggiornata e potenziata la rete informatica regionale che gestisce la trasmissione dei flussi informativi e assicura la tracciabilità dell'intero sistema su tutto il territorio regionale.

Specialistica ambulatoriale

Con DCA n. 32/2017 è stato definito il fabbisogno regionale e per singola ASP, fissando i volumi massimi previsti ed articolati anche per le singole tipologie di prestazioni specialistiche (Clinica-Diagnostica strumentale – Procedure – Diagnostica per immagini – Diagnostica di Laboratorio).

Farmaceutica

Relativamente alla riorganizzazione della rete farmaceutica territoriale si rimanda al decreto in corso di redazione.

3.3 Classificazione delle strutture per intensità assistenziale

3.3.1 Offerta Regionale di assistenza territoriale extra ospedaliera

Il Manuale regionale, in attuazione della l.r. 24/2008 e s.m. e i., prevede le seguenti tipologie di struttura, riconducibili alle indicazioni del DPCM LEA 2017.

- R1 Hospice
- R1 modulo intensivo (RSA-M)
- R2 (RSA)
- R2D Nucleo demenze
- R3 (CP)
- RD1 Residenza Sanitaria SLA
- RD5 (RSA-disabili)
- RD5 (CP-disabili)
- RRE1-RRE2 (Riabilitazione estensiva ciclo continuativo)
- Riabilitazione estensiva Ambulatoriale individuale
- Riabilitazione estensiva Ambulatoriale piccolo gruppo
- Riabilitazione estensiva ciclo diurno
- Residenzialità e semiresidenzialità Autismo
- Residenzialità e semiresidenzialità DCA
- Cure Domiciliari (CIA1; CIA 2; CIA3)
- SRP1 Residenze psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale
- SRP2 Residenze psichiatrica socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- SRP3 Residenza psichiatrica socio sanitaria ad elevata integrazione sociale
- Residenzialità e semiresidenzialità per dipendenze patologiche
- Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS

Ai fini dell'analisi dell'attuale offerta di assistenza, nelle tabelle seguenti sono evidenziate:

- a) la valenza di ogni singola struttura sanitaria (100% quota Fondo Sanitario) o socio sanitaria (% quota Fondo sociale e % quota Fondo Sanitario), la relativa tariffa e la quota di compartecipazione dell'ospite così come determinata dal DPCM LEA (TAB.4);
- b) l'attuale offerta assistenziale regionale, privata accreditata, suddivisa per singola tipologia di utenza (TAB 5).

Tabella 4: Analisi tipologia assistenza: valenza sanitaria e sociosanitaria e relativa tariffa regionale vigente.

TIPOLOGIA STRUTTURA	Tariffe	F. San	F. Soc	DPCM LEA 2017		
		%	%	F.san %	F.soc %	
R1 Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	Struttura sanitaria	200,11	100		100	0
R2 Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	Struttura sociosanitaria	139,91	70	30	100	0
SR1 Semiresidenziale Anziani	Struttura sociosanitaria	68,49	50	50	50	50
SR2 Semiresidenziale Demenze	Struttura sociosanitaria	68,72	50	50	50	50
R3 Casa Protetta per anziani	Struttura sociosanitaria	121,42	50	50	50	50
RD4 Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	Struttura sociosanitaria	152,2	70	30	100	0
RD5 Casa Protetta per disabili	Struttura sociosanitaria	117,99	40	60	40	60
RECC Riabilitazione ciclo continuativo	Struttura sanitaria	180,58	100		100	0
Riabilitazione ciclo diurno	Struttura sociosanitaria	104,17	70	30		
Riabilitazione Ambulatoriale individuale	Struttura sanitaria	58,36	100		100	0
Riabilitazione Ambulatoriale piccolo gruppo	Struttura sanitaria	20,1	100		100	0
Riabilitazione Domiciliare	Struttura sanitaria	68,36	100		100	0
Residenza Sanitaria SLA	Struttura sanitaria	282,26	100		100	0
SRP1 Residenze psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	Struttura sanitaria	130,38	100		40	60
SRP2 Residenze psichiatrica socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria	Struttura sanitaria	116,27	100		100	0
SRP3 Residenza psichiatrica socio sanitaria ad elevata integrazione sociale	Struttura sanitaria	29,4	100		100	0
Tossicodipendenza residenzialità (terapeutica)	Struttura sanitaria	73,99	100		100	0
Tossicodipendenza residenzialità (pedagogica)	Struttura sanitaria	63,04	100		100	0
Tossicodipendenza semiresidenzialità (terapeutica)	Struttura sanitaria	50,76	100		100	0
Tossicodipendenza semiresidenzialità (pedagogica)	Struttura sanitaria	39,81	100		100	0
Hospice	Struttura sanitaria	283,06	100			
Nucleo Alzheimer	Struttura sanitaria	153,66	100		100	0
Residenziale autismo	Struttura sanitaria	206,02	100		100	0
Semiresidenziale autismo	Struttura sanitaria	116,37	70	30	100	0

TIPOLOGIA STRUTTURA	Struttura	Tariffe	F. San	F.Soc	DPCM LEA 2017	
			%	%	F.san %	F.soc %
Riabilitazione ciclo diurno DCA	Struttura sanitaria	68,69	70	30		
Riabilitazione ciclo continuativo DCA	Struttura sanitaria	201,35	100		100	0
Riabilitazione ambulatoriale individuale DCA	Struttura sanitaria	58,36	100		100	0
Riabilitazione domiciliare DCA	Struttura sanitaria	68,36	100		100	0

Si precisa, che per quanto riguarda la compartecipazione degli ospiti e quindi dei Comuni, al pagamento delle prestazioni residenziali, attualmente in Calabria è ancora in vigore la Legge Regionale n. 22/2007. Le quote di compartecipazione saranno rese coerenti con il DPCM LEA 2017, attraverso l'approvazione da parte del Consiglio Regionale di una proposta di modifica alla L.R-22/2007.

Tabella 5: Offerta attuale di assistenza territoriale extraospedaliera privata accreditata (da aggiornare)

TIPOLOGIE DI UTENZA	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Strutt.	PL	PRESTAZIONI/DIE				
				Ciclo CONT.	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.
Anziani	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	7	132					
Anziani	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	43	1437					
Anziani	Casa Protetta per anziani	29	972					
Disabili	Residenza Sanitaria SLA	2		25				
Disabili	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	8	234					
Disabili	Casa Protetta per disabili	7	266					
Disabili	Centri di Riabilitazione Estensiva (ciclo continuativo, diurno, ambulatoriale, domiciliare)	52		488	245	1339	46	492
Salute Mentale	Residenza Psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale							
Salute Mentale	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria							
Salute Mentale	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sociale Gruppo Convivenza							
Salute Mentale	Centri di Riabilitazione Estensiva Autismo	2		10	10	18		

TIPOLOGIE DI UTENZA	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Strutt. Num	PL Num	PRESTAZIONI/DIE				
				Ciclo CONT.	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.
				Num	Num	Num	Num	Num
Salute Mentale	Centri di Riabilitazione Estensiva DCA	1			10	18		
Salute Mentale	Centro Diurno Psichiatrico							
Tossicodipendenza	Tossicodipendenza (Residenziale)		454					
Tossicodipendenza	Tossicodipendenza (Semiresidenziale)		84					
TOTALE		151	3579	523	265	1375	46	492

Dalla tabella sopra riportata emerge un sistema di offerta regionale caratterizzato da numerose piccole strutture con un totale di n. 3.579 posti letto. L'offerta è distribuita in n.151 strutture.

3.4 Residenzialità per anziani non autosufficienti

3.4.1 Ricognizione dello stato attuale

Offerta attuale

Le strutture residenziali per anziani non autosufficienti in Calabria sono così articolate:

1. R1 "Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata"
1. R2 "Residenza Sanitaria Assistenziale"
2. R3 "Casa Protetta"

L'offerta di assistenza per persone non autosufficienti, ad oggi, presenta le seguenti caratteristiche:

- assoluta prevalenza di erogatori privati accreditati rispetto al pubblico;
- assistenza semiresidenziale per anziani e per persone affette da demenza molto carente.

La tabella seguente riporta i posti letto attuali, pubblici e privati accreditati, articolati per singola Azienda Sanitaria Provinciale.

Tabella 6: Totale offerta Residenzialità Anziani per anziani non autosufficienti

ASP	Abitanti > 65	Offerta Accreditata (A)	Offerta Pubblica Attivata CdS (B)	Offerta Totale attivata (C=A+B)	X 1.000 anziani	Offerta Programmata CdS (D)	Totale Offerta (E=C+D)
Cosenza	156.072	1072	40	1112	7,1	183	1295
Crotone	34.216	361		361	10,6		361
Catanzaro	78.203	823		823	10,5		823
Vibo V.	34.890	91	20	111	3,2		111
Reggio C.	117.032	369		369	3,2	40	409
Totale	420.413	2.716	60	2.776	6,6	223	2.999

L'offerta attuale è pari a 6,6 posti letto per 1.000 abitanti anziani; a questi si aggiungeranno ulteriori 0,4 pl posti letto per 1.000 ab. anziani programmati all'interno delle Case della salute, determinando un totale pari a 7 pl per 1.000 ab. anziani.

Di seguito si rappresenta il dettaglio dell'offerta attivata e quella programmata (di cui alla tabella n. 7) suddivisa per intensità assistenziale.

Tabella 7: Offerta attuale per intensità assistenziale - Residenzialità per persone non autosufficienti:

Asp	Abitanti > 65	Offerta accreditata R1	Offerta accreditata R2	Offerta accreditata R3	Offerta Accreditata attiva	Offerta Pubblica Attiva R1	Offerta Pubblica Attiva R2	Offerta Pubblica Attiva R3	Offerta Pubblica attiva Totale	Offerta programmata Cds	Offerta Totale
Cosenza	156.072	60	659	353	1072	40	0	0	40	183	1295
Crotone	34.216	32	224	105	361	0	0	0	0		361
Catanzaro	78.203	0	462	361	823	0	0	0	0		823
Vibo V.	34.890	0	32	59	91		20	0	20		111
Reggio C.	117.032	40	205	124	369	0	0	0	0	40	409
TOTALE	420.413	132	1582	1002	2.716	40	20	0	60	223	2.999

L'offerta attuale di assistenza per Anziani non autosufficienti presenta nella nostra regione una prevalenza di erogatori privati rispetto al pubblico e una carenza di assistenza semiresidenziale. Inoltre i parametri di programmazione individuano un volume complessivo di posti letto equivalenti, per assistenza agli anziani ≥ 65 anni, inferiori rispetto a quello quantificato nella "griglia LEA".

Pertanto, si ritiene opportuno, a riscontro delle osservazioni ministeriali, ridefinire il fabbisogno.

3.4.2 Aggiornamento fabbisogno residenzialità per persone non autosufficienti

Il Dipartimento, anche a seguito delle osservazioni del tavolo tecnico ministeriale, ha intrapreso un percorso di rivalutazione del fabbisogno assistenziale, già definito con DCA 166/2017, con l'obiettivo di stimare l'adeguatezza dell'attuale offerta residenziale e con particolare riferimento alle persone non autosufficienti. Ciò in quanto al progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente sensibile in Calabria, si affianca l'aumento delle patologie neurodegenerative, più difficili da gestire a livello domiciliare.

Il metodo seguito ha visto il coinvolgimento delle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie, che hanno utilizzato la scheda SVAMA, integrata con le scale di valutazione tendenti ad accertare l'indice di instabilità clinica ed il grado di progressione delle condizioni di deterioramento cognitivo.

La rivalutazione ha riguardato circa il 70% dell'utenza presente nelle strutture.

Alla luce dei risultati e in coerenza con quanto stabilito dal DPCM LEA 2017, si è definito un valore di fabbisogno pari a 10 per mille abitanti over 65, in linea con il valore di riferimento indicato nella Griglia LEA, a fronte di un'offerta attuale pari a 6,6. È emersa, inoltre, la necessità di aggiornare la distribuzione di pl per tipologie di assistenza: R1, R2 e R3

Il fabbisogno complessivo programmato (pari a n. 4.264 p.l.) è così ripartito:

- 10 % di posti letto in R1 (RSA – M)
- 48 % di posti letto in R2(RSA) di cui 20% di posti letto in R2D (Nuclei per demenze)
- 42 % di posti letto in R3(CP)

Tabella 8 - Fabbisogno residenzialità per persone non autosufficienti suddiviso per intensità assistenziale

Asp	Abitanti > 65	Fabbisogno programmato	X 1.000 anziani	R1	R2 (di cui 20% R2D)	R3	Totale fabbisogno programmato	Offerta attuale attivata e programmata Totale	Delta vs offerta attuale
Cosenza	156.072	1561	10	156	749	656	1561	1295	266
Crotone	34.216	361	10	36	173	151	361	361	0
Catanzaro	78.203	823	10	82	395	346	823	823	0
Vibo V.	34.890	349	10	35	167	147	349	111	238
Reggio C.	117.032	1170	10	117	562	492	1170	409	761
TOTALE	420.413	4.264	10	426	2.047	1.791	4.264	2.999	1265

3.4.3 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità per persone non autosufficienti

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della rete della residenzialità per persone non autosufficienti, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportati:

- l'assistenza residenziale in R1 ha una durata massima di 60 gg di degenza e deve prevedere una quota di posti letto riservata a ricoveri temporanei da dimissioni ospedaliere. Ciò in quanto tali strutture svolgono, un ruolo importante nel processo di continuità assistenziale che segue la dimissione ospedaliera;
- la durata del ricovero in R2 deve essere, di norma, non superiore a sessanta giorni ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito, che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale. All'interno delle R2 deve essere garantito fino al 20% dei posti letto riservato a pazienti affetti da demenza;

Dimensionamento delle strutture:

- possibilità di previsione di moduli di diverso livello di assistenza, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei percorsi assistenziali.

Distribuzione territoriale:

- per le tipologie di residenzialità R1 occorre garantire la collocazione nei centri a maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili;
- in considerazione di un'offerta di assistenza residenziale, per persone non autosufficienti, attualmente disomogenea sul territorio regionale, occorre che l'attivazione di nuovi pl sia vincolata alla copertura delle zone carenti;

Distribuzione dell'offerta nelle strutture ospedaliere riconvertite

- priorità di assegnazione di nuovi pl nelle Case della Salute

3.5 Semiresidenzialità per persone non autosufficienti**3.5.1 Ricognizione dello stato attuale****Offerta attuale**

Ad oggi non è presente, nella realtà calabrese, un'offerta di semiresidenzialità dedicata all'assistenza di persone non autosufficienti, persone affette da demenze e/o da disabilità. Ai fini della definizione di un corretto fabbisogno, è emersa la necessità di programmare specifici moduli di semiresidenzialità, rivolti alle persone parzialmente e/o totalmente non autosufficienti, che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario che non possono essere garantite interamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari. La finalità di tali strutture è quella di favorire il massimo livello possibile di autonomia e il mantenimento nel proprio contesto abitativo, nonché fornire un supporto ai nuclei familiari.

3.5.2 Definizione del fabbisogno

Ai fini della definizione del fabbisogno, in assenza di dati epidemiologici certi, si è ritenuto opportuno fare riferimento ai parametri utilizzati da alcune Regioni italiane che prevedono, per ciascun livello di intensità di assistenza (SR1/SR2), un fabbisogno pari 0,7 posti per 1.000 abitanti >65.

Le tabelle seguenti riportano il fabbisogno di posti in assistenza semiresidenziale da attivare, suddiviso per ciascuna ASP e calcolato utilizzando i parametri sopra indicati.

Tabella 9: Fabbisogno semiresidenzialità anziani e demenza suddiviso per aziende

ASP	Abitanti >65	Fabbisogno programmato anziani SR1	Fabbisogno programmato demenze SR2	Offerta accreditata SR1
Cosenza	156.072	109	109	
Crotone	34.216	24	24	17
Catanzaro	78.203	55	55	
Vibo V.	34.890	24	24	
Reggio Calabria	117.032	82	82	
Totale	420.413	294	294	17

X 1.000 ab. > 65	0,7	0,7
------------------	-----	-----

I moduli semiresidenziali potranno essere previsti all'interno delle strutture residenziali sociosanitarie per anziani o realizzati in specifiche strutture semiresidenziali.

3.5.3 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della semiresidenzialità per persone non autosufficienti

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della semiresidenzialità per anziani e demenza, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportati:

Dimensionamento delle strutture:

- possibilità di previsione di più moduli residenziali e semiresidenziali e di diverso livello di intensità nella stessa struttura. Più precisamente: all'interno di strutture residenziali (R2 e R3) potranno essere attivati moduli di assistenza semiresidenziale SR1 e SR2

Distribuzione territoriale:

- favorire la collocazione baricentrica dell'offerta di per assistenza semiresidenziale nei centri a maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili
- possibilità di previsione di più moduli residenziali e semiresidenziali e di diverso livello di intensità nella stessa struttura. Più precisamente: all'interno di strutture residenziali (R2 e R3) potranno essere attivati moduli di assistenza semiresidenziale SR1 e SR2

Distribuzione dell'offerta nelle strutture ospedaliere riconvertite:

- priorità di assegnazione di nuovi pl nelle Case della Salute.

3.6 Residenzialità Disabili

3.6.1 Ricognizione dello stato attuale

Offerta attuale

Le strutture residenziali per disabili in Calabria sono così articolate:

- RD1 "Residenza sanitaria SLA e altre gravi patologie neurodegenerative"
- RD4 "Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili"
- RD5 "Casa Protetta Disabili"

La tabella riporta i posti letto attuali articolati per tipologia di assistenza e Azienda Sanitaria Provinciale.

Tabella 10: Offerta attuale Residenzialità Disabili

ASP	Abitanti	Offerta Accr (A)	Offerta Pubblica Attivata (B)	Totale offerta attivata (C=A+B)	x 1000 abitanti	Offerta Programmata CdS (D)	Totale offerta (E=C+D)	x 1000 abitanti
Cosenza	714.281	401		401	0,6	96	497	0,7
Crotone	171.666	126		126	1,2	-	126	1,24
Catanzaro	359.716	246	40	286	0,8	18	304	0,89
Vibo V.	162.252	28		28	-	10	10	0,06
Reggio C.	550.323	166		166	0,3	20	190	0,34
TOTALE	1.958.238	967	40	967	2,9	144	1127	0,58

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

Tabella 11: Offerta attuale attivata per intensità assistenziale - Residenzialità Disabili

ASP	Abitanti	RECC		RSA	CP	Offerta Accreditata (A)	Offerta Pubblica Attivata RSA	Offerta Pubblica Attivata CP	Offerta Pubblica attivata	Offerta Totale (C=A+B)
		RRE1	RRE2	RD4	RD5		RD4	RDS	Totale (B)	
Cosenza	714.281	194		86	121	401	0	0	0	401
Crotone	171.666	56		40	30	126	0	0	0	126
Catanzaro	359.716	92		88	66	246	10	30	40	286
Vibo V.	162.252	28		0	0	28	0	0	0	28
Reggio C.	550.323	146		20	0	166	0	0	0	170
TOTALE	1.958.238	516		234	217	967	10	30	40	983

NOTE: * (1) La tabella contiene la Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo (RECC) esclusivamente per il calcolo del tasso per 1.000 ab. dell'offerta residenziale disabili, in coerenza con quanto previsto dalla griglia LEA.

Tabella 12: Ulteriore offerta programmata per intensità assistenziale - Residenzialità Disabili

Asp	Abitanti	Offerta	Offerta	Offerta	Offerta
		RECC	RSA	CP	RECC
		RRE1 - RRE2	RD4	RD5	Totale
Cosenza	714.281	96	0	0	96
Crotone	171.666	0	0	0	0
Catanzaro	359.716	18	0	0	18
Vibo V.	162.252	10	0	0	10
Reggio C.	550.323	20	0	0	20
TOTALE	1.958.238	144	0	0	144

3.6.2 Definizione del fabbisogno

La dotazione di offerta attuale, valutata sulla base dei dati di attività rilevati nelle singole AASSPP, è pari a 0,55 posti letto per 1.000 abitanti; a questi si aggiungono ulteriori 0,08 pl posti letto per 1.000 abitanti programmati all'interno delle Case della salute determinando un totale attuale pari a 0,63 pl per 1.000 ab. Allo stato si rilevano criticità di completezza del modello ministeriale STS 24/RIA11 il quale restituisce una dotazione pari a 0,47 posti letto per 1.000 abitanti. Si è reso, pertanto, necessario calcolare tale indice (pari a 0,55 posti letto per 1.000 abitanti) sulla base dei dati di attività verificati per singola ASP. Tale valore è coerente con la griglia LEA.

Con DCA 166/2017 la Regione ha definito un fabbisogno complessivo di posti letto per la residenzialità disabili pari a 1.229 posti letto, di cui 640 posti letto per case protette ed RSA disabili, 554 posti letto per strutture di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo (RECC) e 37 posti letto di SLA. La dotazione attualmente programmata garantirebbe ad oggi, a livello regionale, uno standard pari a 0,63 posti letto per 1.000 abitanti.

Se si considerano i parametri individuati per la verifica del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, nella "Griglia LEA" per l'assistenza territoriale ai disabili (congiuntamente per la riabilitazione estensiva), si identifica quale riferimento un indice di fabbisogno di posti letto residenziali pari a 0,55 posti letto per 1.000 abitanti.

Occorre, precisare che, allo stato attuale, non esistono riferimenti condivisi a livello nazionale sull'articolazione del parametro individuato per la classificazione delle prestazioni per intensità di cura.

Sulla scorta di quanto precedentemente detto, la Regione ha intrapreso un percorso che ha permesso, anche 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.

Nuovo Fabbisogno Residenzialità disabili

La ripartizione del fabbisogno sulla base dei livelli di intensità tiene conto delle evidenze emerse dall'analisi di appropriatezza e dei correttivi ritenuti necessari, finalizzati al potenziamento dei livelli a maggiore tutela sanitaria ed al contestuale investimento nelle cure domiciliari. L'obiettivo fondamentale rimane infatti la promozione delle autonomie e la riduzione del ricorso alla istituzionalizzazione.

Da quanto sopra evidenziato, si ritiene che il fabbisogno da soddisfare coincida con il parametro utilizzato nelle precedenti programmazioni, pari 0,63 pl per 1.000 abitanti.

L'articolazione del fabbisogno per intensità assistenziale è stato definito sulla base dei seguenti criteri:

- analisi dell'offerta appropriata attuale;
- modello di definizione di struttura efficace ed efficiente, elaborato in collaborazione con Agenas

Adottando tali criteri il fabbisogno complessivo programmato (pari a n. 1.127 pl) debba essere così ripartito:

- 45% di posti letto in RRE1 – RRE2 (RECC)
- 3% di posti letto in RD1 (SLA/altre gravi patologie neurodegenerative)
- 27% di posti letto in RD4 (RSA - D)
- 25% di posti letto in RD5 (CP - D)

Tabella 13: Fabbisogno residenzialità disabili suddiviso per intensità assistenziale

Asp	Abitanti	Fabbisogno programmato	* 1.000 ab.	RECC RRE1 RRE2	SLA RD1	RSA RD4	CP RD5	Totale fabbisogno programmato	Offerta attuale e programmata Totale	Delta vs offerta
Cosenza	714.281	430	0,6	194	13	116	108	430	497	-67
Crotone	171.666	110	0,64	50	3	30	28	110	126	-16
Catanzaro	359.716	230	0,64	104	7	62	58	230	264	-34
Vibo V.	162.252	110	0,68	50	3	30	28	110	38	72
Reggio C.	550.323	350	0,64	158	11	95	88	350	186	164
TOTALE	1.958.238	1.230	0,63	554	37	332	308	1.230	1.111	119

3.6.3 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità disabili

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della rete della residenzialità disabili, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportati:

Dimensionamento delle strutture:

- possibilità di previsione di moduli di diverso livello di assistenza, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei percorsi assistenziali;

Distribuzione territoriale:

- per le tipologie di residenzialità a vocazione specialistica occorre garantire la collocazione nei centri a maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili;
- in considerazione di un'offerta attualmente disomogenea di assistenza residenziale per disabili sul territorio regionale, occorre che l'attivazione di nuovi pl sia vincolata alla copertura delle zone carenti;

Distribuzione dell'offerta nelle strutture ospedaliere riconvertite:

- priorità di assegnazione di nuovi pl nelle Case della Salute.

3.7 Riabilitazione estensiva extraospedaliera

3.7.1 Ricognizione dello stato attuale

Offerta attuale

Le strutture di Riabilitazione estensiva extraospedaliera, di cui al Manuale regionale di autorizzazione e accreditamento, sono così articolate:

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

Ai fini del calcolo del fabbisogno di residenzialità disabili, la RRE1 RRE (RECC) è stata inserita nella tabella n.13

La tabella seguente riporta le prestazioni attuali articolate per tipologia di assistenza e Azienda Sanitaria Provinciale (ASP).

Tabella 14: Offerta attuale Riabilitazione estensiva extraospedaliera

ASP	Abitanti	Riabil. Ciclo diur.	Prestazioni /ab/anno	Riabil. e Amb. sing.+ picc. gruppo	Prestazioni /ab/anno	Riabil. Domic.	Prestazioni /ab/anno	Totale offerta attuale	Prestazioni /ab/anno
Cosenza	714.281	23.200	0,03	195.170	0,27	89.610	0,13	307.980	0,43
Crotone	171.666	-	-	61.480	0,36	34.800	0,20	96.280	0,56
Catanzaro	359.716	17.400	0,05	71.340	0,20	5.220	0,01	93.960	0,26
Vibo Valentia	162.252	-	-	21.750	0,13	-	-	21.750	0,13
Reggio C.	550.323	36.250	0,07	216.630	0,39	10.730	0,02	263.610	0,48
Totale	1.958.238	76.850	0,15	566.370	0,29	140.360	0,07	783.580	0,40

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

3.7.2 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.

L'attuale programmazione regionale, ha definito il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera adottando quale standard il valore medio di 0,42 prestazioni/ab/anno, di cui 0,28 per ambulatoriale, 0,074 per domiciliare e 0,071 per ciclo diurno.

Fabbisogno Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Si ritiene che il fabbisogno da soddisfare sia pari a 0,42 prestazioni/ab/anno, così ripartito:

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

Tabella 15 Fabbisogno TOTALE - Riabilitazione estensiva extraospedaliera

ASP	Ab	Fabbisogno Totale	Totale offerta attuale (Prest./anno)	Prestazioni /ab/anno	Delta vs fabbisogno
		0,425			
Cosenza	714.281	303.569	307.980	0,43	(4.411)
Crotone	171.666	72.958	96.280	0,56	(23.322)
Catanzaro	359.716	152.879	71.920	0,20	80.959
Vibo Valentia	162.252	68.957	18.270	0,11	50.687
Reggio C.	550.323	233.887	258.970	0,47	(25.083)
TOTALE	1.958.238	832.251	753.420	0,38	78.831

Le tabelle seguenti riportano il fabbisogno totale di riabilitazione estensiva extraospedaliera (di cui alla tabella n. 16) suddiviso per tipologia: ciclo diurno, ambulatoriale e piccolo gruppo, domiciliare. Si evidenzia che le previsioni relative alla Riabilitazione Estensiva a Ciclo Continuativo (RECC) sono inserite nel paragrafo 5 "Residenzialità disabili".

Tabella 16: Fabbisogno riabilitazione estensiva ciclo diurno

ASP	Abitanti	Fabbisogno 0,071	Offerta attuale		Delta vs fabbisogno
			Riabilitazione Ciclo diur. (Prest./anno)	Prestazioni/ab/anno	
Cosenza	714.281	50.714	23.200	0,032	27.514
Crotone	171.666	12.188	-	-	12.188
Catanzaro	359.716	25.540	17.400	0,048	8.140
Vibo Valentia	162.252	11.520	-	-	11.520
Reggio C.	550.323	39.073	36.250	0,066	2.823
Totale	1.958.238	139.035	76.850	0,039	62.185

Tabella 17: Fabbisogno riabilitazione estensiva ambulatoriale e di piccolo gruppo

ASP	Abitanti	Fabbisogno 0,28	Offerta attuale		Delta vs fabbisogno
			Riabilitazione Amb. sing. + picc. Gruppo (Prest./anno)	Prestazioni/ ab/anno	
Cosenza	714.281	199.999	195.170	0,27	4.829
Crotone	171.666	48.066	61.480	0,36	(13.414)
Catanzaro	359.716	100.720	49.300	0,14	51.420
Vibo Valentia	162.252	45.431	18.270	0,11	27.161
Reggio C.	550.323	154.090	211.990	0,39	(57.900)
Totale	1.958.238	548.307	536.210	0,27	12.097

Tabella 18: Fabbisogno riabilitazione estensiva domiciliare

ASP	Abitanti	Fabbisogno 0,074	Offerta attuale		Delta vs fabbisogno
			Riabilitazione Domiciliare (Prest./anno)	Prestazioni/ab/anno	
Cosenza	714.281	52.857	89.610	0,13	(36.753)
Crotone	171.666	12.703	34.800	0,20	(22.097)
Catanzaro	359.716	26.619	5.220	0,01	21.399
Vibo Valentia	162.252	12.007	-	-	12.007
Reggio C.	550.323	40.724	10.730	0,02	29.994
TOTALE	1.958.238	144.910	140.360	0,07	4.550

3.7.3 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della riabilitazione estensiva extraospedaliera

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della rete della riabilitazione estensiva extraospedaliera, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportate:

Dimensionamento delle strutture:

- sarà possibile prevedere, all'interno della stessa struttura riabilitativa, l'attivazione di modalità di erogazione differenziate (ciclo continuativo, ciclo diurno e ambulatoriale).

Distribuzione territoriale:

- in considerazione di un'offerta attualmente disomogenea di assistenza riabilitativa sul territorio regionali sul territorio regionale, occorre che l'attivazione di nuove strutture sia vincolata alla copertura delle zone carenti;

Distribuzione dell'offerta nelle strutture ospedaliere riconvertite:

- priorità di assegnazione di nuovi pl nelle Case della Salute.

3.8 Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche

3.8.1 Ricognizione dello stato attuale

Offerta attuale

Allo stato attuale, i servizi per le persone con dipendenza patologica non sono sufficientemente diversificati in maniera tale da poter rispondere adeguatamente alle specifiche domande di assistenza.

L'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per soggetti con dipendenza patologica è così strutturata:

- Servizio Pedagogico riabilitativo (Regime residenziale e semiresidenziale)
- Servizio Terapeutico riabilitativo (Regime residenziale e semiresidenziale)

Tale offerta è erogata da strutture private accreditate.

La tabella seguente riporta i posti letto attuali, articolati per tipologia di assistenza e Azienda Sanitaria Provinciale (ASP).

Tabella 19: Offerta attuale Residenzialità Dipendenze

ASP	Abitanti	Offerta Accreditata (A)	Offerta Pubblica Attivata (B)	Offerta Totale (C=A+B)
Cosenza	714.281	137	0	137
Crotone	171.666	50	0	50
Catanzaro	359.716	136	0	136
Vibo V.	162.252	43	0	43
Reggio C.	550.323	96	0	96
Totale	1.958.238	462	0	462

Tabella 20: Offerta attuale Semiresidenzialità Dipendenze

ASP	Abitanti	Offerta Accreditata (A)	Offerta Pubblica Totale Attivata (B)	Offerta Totale (C=A+B)
Cosenza	714.281	0	0	0
Crotone	171.666	10	0	10
Catanzaro	359.716	44	0	44
Vibo V.	162.252	0	0	0
Reggio C.	550.323	40	0	40
Totale	1.958.238	94	0	94

Si evidenzia che con Delibera di Giunta Regionale, del 19.11.2018, n. 512, è stato definito il Piano regionale sul **Gioco d'Azzardo patologico**. Tale piano prevede la realizzazione di azioni di carattere territoriale finalizzate alla prevenzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo, mediante iniziative di sensibilizzazione, educazione e informazione, nonché interventi volti alla cura e riabilitazione delle persone affette da tale patologia. Per tali utenti, è stata programmata, in via sperimentale, l'attivazione di alcuni nuclei residenziali (8 pl) e semiresidenziali (36 posti), nelle strutture già esistenti per le dipendenze, al fine di garantire così come stabilito dal DPCM LEA 2017 specifiche attività assistenziali a tali pazienti. Alla luce dei risultati di tale sperimentazione, sarà definito in maniera dettagliata il fabbisogno complessivo per il GAP.

Inoltre, con DCA n. 54 del 8/02/ 2018 è stato accreditato il servizio Unità di Strada con sede a Catanzaro.

3.8.2 Definizione del fabbisogno

Metodologia di valutazione della domanda

Per quanto riguarda l'attività di valutazione della domanda, i dati sono stati forniti dai Servizi per le dipendenze (SerD). Gli utenti che accedono alle strutture hanno età diversa, compresa tra i 18 ed i 60

anni, con picchi percentuali maggiori nella linea mediana. La quasi totalità abusa di più sostanze (poliassuntori). Altrettanto frequente il fenomeno dell'alcool dipendenza.

Sono emerse inoltre specifiche richieste di assistenza, residenziale e semiresidenziale, per diverse tipologie di utenza: comorbidità psichiatrica, dipendenza da gioco d'azzardo patologico, alcool dipendenze.

Fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità

Si ritiene di poter confermare il parametro già definito nelle precedenti programmazioni, pari a 0,25 pl x 1000 abitanti.

Tabella 21-Fabbisogno residenzialità Dipendenze

Standard	ASP	Abitanti	PL programmati	PL attuali	Delta vs fabbisogno
Standard x 1.000 ab. 0,25	Cosenza	714.281	179	137	42
	Crotone	171.666	43	50	(7)
	Catanzaro	359.716	90	136	(46)
	Vibo V.	162.252	41	43	(2)
	Reggio Calabria	550.323	138	96	42
Totale		1.958.238	490	462	28
X 1.000 abitanti			0,25	0,24	0,01

Il fabbisogno complessivo di residenzialità programmato, in via sperimentale, prevede l'attivazione di specifici moduli per le seguenti tipologie di assistenza:

- Comorbidità Psichiatrica: n. 2 moduli di 15 pl.
- Alcolodipendenti n. 2 moduli di 15 pl.

Si ritiene di poter confermare il parametro già definito nelle precedenti programmazioni anche per la semiresidenzialità pari a 0,06 X 1000 abitanti.

Tabella 22- Fabbisogno semiresidenzialità Dipendenze

Standard	ASP	Abitanti	PL programmati	PL attuali	Delta vs fabbisogno
Standard x 1.000 ab. 0,06	Cosenza	714.281	43	0	43
	Crotone	171.666	10	10	0
	Catanzaro	359.716	22	44	-22
	Vibo V.	162.252	10	0	10
	Reggio Calabria	550.323	33	40	-7
Totale		1.958.238	117	94	24

3.8.3 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità e semiresidenzialità per le dipendenze patologiche

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della residenzialità e semiresidenzialità per le dipendenze patologiche, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportati:

Distribuzione territoriale:

- in considerazione di un'offerta attualmente disomogenea di assistenza per persone affette da dipendenza patologica sul territorio regionale, occorre che l'attivazione di nuove strutture sia vincolata alla copertura delle zone carenti;

Distribuzione dell'offerta nelle strutture ospedaliere riconvertite:

- sulla base degli approfondimenti effettuati circa l'appropriatezza organizzativa, di cui ai requisiti strutturali e organizzativi di accreditamento, si ritiene opportuno non prevedere tale tipologia di assistenza all'interno delle Case della Salute.

3.9 Residenzialità per persone affette da HIV/ AIDS

3.9.1 Premessa

I dati epidemiologici relativi alle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS nella regione Calabria, sono forniti dall'Istituto Superiore di Sanità, e risalgono al 31 dicembre 2017.

Il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV, è stato di 11 casi segnalati e 17 residenti, pari a 0.9 per 100.000. La differenza che emerge, tra il numero dei casi residenti e quello dei casi segnalati, è una discrepanza correlata alla mobilità degli individui e, nel contempo, all'offerta assistenziale di alcune regioni.

Ciò significa che sono stati "esportati" casi in termini assistenziali, cioè in mobilità passiva, che rimangono residenti nella regione di appartenenza.

Analisi dei dati

I dati relativi al 2017 evidenziano che il numero di nuove diagnosi di infezione di HIV è ormai stabile dal 2012 in tutte le Regioni Italiane avvicinandosi al 6 per 100.000 abitanti in media; anche il numero dei casi di AIDS è complessivamente stabile con tendenza alla leggera riduzione aggirandosi intorno a 1 per 100.000 abitanti.

Ai fini della definizione del fabbisogno di posti letto residenziali, è di rilevante importanza l'incremento progressivo della prevalenza di infezione da HIV ed AIDS.

I dati disponibili dimostrano una progressiva riduzione della mortalità: dai 4.582 decessi del 1995 si è passati ai 560 del 2015. La riduzione della mortalità è ovviamente coincisa con l'impiego dei farmaci antiretrovirali più efficaci, quali gli inibitori delle proteasi; inoltre il trattamento sempre più precoce delle nuove infezioni ha determinato un incremento sensibile della prevalenza e con essa le ovvie e conseguenti maggiori esigenze assistenziali. I pazienti, infatti, hanno oggi età più avanzata e comorbidità complesse e multiple.

Da sottolineare che anche i flussi migratori hanno modificato inevitabilmente l'epidemiologia della malattia. Il COA evidenzia infatti come, a livello Nazionale, il 34.4% delle nuove diagnosi viene segnalata tra gli stranieri spesso senza dimora; la Calabria non fa eccezione avendo registrato il 36.4% delle nuove diagnosi tra gli immigrati nel 2017.

Fabbisogno di residenzialità

Stime dell'Istituto Superiore di Sanità indicano come ben oltre il 33% delle persone che vivono con HIV/AIDS hanno superato i 50 anni. Secondo studi attendibili, si stima che nel 2030 il 73% delle persone con HIV avrà più di 50 anni e l'80% di questi presenterà almeno una comorbidità. Ciò comporta la necessità di estendere la valutazione clinica oltre gli aspetti strettamente HIV correlati, includendo la gestione di comorbidità cardiovascolari, ossee, renali, epatiche, metaboliche, neurologico/cognitive, psichiatriche, dei tumori, delle patologie genito-urinarie, di quelle geriatriche, come dettagliato nella Linee Guida di riferimento. In questo contesto sono evidenti le problematiche gestionali, con particolare riferimento ai politrattamenti e alle condizioni di fragilità/disabilità e marginalità sociale.

In termini assoluti, il COA segnala dal 2014 al 2017 in Calabria 82 nuove diagnosi di infezione di HIV (rispetto ai 170 del quadriennio precedente), pari allo 0,6% dei nuovi casi in Italia, per una incidenza di poco più di 1 caso ogni 100.000 abitanti.

Alla luce dell'analisi pertanto si conferma il fabbisogno di 18 pl a ciclo continuativo, già attiva nell'ASP di Reggio Calabria.

3.10 Residenzialità Salute Mentale

3.10.1 Ricognizione dello stato attuale

Offerta attuale

L'assistenza residenziale psichiatrica è erogata in tre tipologie di strutture:

1. SRP1 "Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale"
2. SRP 2 "Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria",
3. SRP 3 "Residenza Psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale - Gruppo di Convivenza".

Nelle tabelle seguenti sono riportati i posti letto, pubblici e privati accreditati, presenti nelle singole Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).

Tabella 23: Totale Offerta Residenzialità psichiatrica

ASP	Popolazione di età ≥18 anni	PL accreditati	PL Pubblici attivati	Totale offerta attuale	x 10.000 abitanti
Cosenza	596.901	172		172	2,9
Crotone	144.033	80		80	5,6
Catanzaro	301.660	100	48	148	4,9
Vibo V.	133.783	8		8	0,6
Reggio C.	455.687	20	0	20	0,4
Totale	1.632.064	380	48	428	2,6

Di seguito si rappresenta il dettaglio dell'offerta attivata (di cui alla tabella n. 25) suddivisa per intensità assistenziale. La Tabella riporta, inoltre, il totale dei pl contrattualizzati dall'ASP di Reggio Calabria in strutture a gestione mista pubblica-privata istituite dopo la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Reggio Calabria, in attesa di accreditamento. Tali strutture sono gestite dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'ASP di Reggio Calabria, per le prestazioni sanitarie, con l'utilizzo di personale medico ed infermieristico del DSM, mentre sono demandati alla gestione privata i servizi alberghieri e le prestazioni di assistenza alla persona con operatori tecnici assistenziali.

Tabella 24: Offerta attuale attivata per intensità assistenziale e posti letto a gestione mista pubblico privata - Residenzialità Psichiatrica

Asp	Popolazione di età ≥18 anni	Offerta attiva SRP1	Offerta attiva SRP2	Offerta attiva SRP3	Offerta Accreditata attiva	Offerta Pubblica Attiva SRP1	Offerta Pubblica Attiva SRP2	Offerta Pubblica Attiva SRP3	Totale		
									Offerta Pubblica attiva Totale	PL a gestione mista pubblico - privato	Offerta Totale attiva
Cosenza	596.901	96	70	6	172	0	0	0	0		172
Crotone	144.033	80	0	0	80	0	0	0	0		80
Catanzaro	301.660	60	40	0	100	20	20	8	48		148
Vibo V.	133.783	8	0	0	8	0	0	0	0		8
Reggio C.	455.687	10	10	0	20	0	0	0	0	177	20
TOTALE	1.632.064	254	120	6	380	20	20	8	48	177	428

3.10.2 Definizione del fabbisogno

Ai fini della rivalutazione del fabbisogno appropriato di prestazioni, si è proceduto ad incontrare i referenti delle AA.SS.PP. per approfondire le maggiori criticità ancora presenti. È emerso che in molte strutture esistono liste di attesa significative, mentre il ricorso a ricoveri fuori regione, per questa tipologia di pazienti, è ancora molto sostenuto. Inoltre, è stata evidenziata la presenza, presso le strutture esistenti, di pazienti psichiatrici ricoverati (circa 200 all'anno,) su disposizione dell'autorità giudiziaria.

Sono stati, infine, rivalutati i pazienti degenti nelle strutture residenziali psichiatriche a gestione mista pubblica e privata, presenti nel territorio dell'Asp di Reggio Calabria.

Alla luce dell'analisi dell'offerta attuale di posti letto, pari a 3,64, si è ritenuto necessario aggiornare la programmazione con un indice pari a 4 p.l. per 10.000 abitanti di età maggiore di 18 anni.

Tabella 25: Residenzialità psichiatrica - Fabbisogno programmato

ASP	Popolazione di età ≥18 anni	PL accreditati	PL Pubblici attivati	Totale offerta attuale	x 10.000 abitanti	Fabbisogno programmato (4,00* 10000)	Delta vs Fabbisogno
Cosenza	596.901	172		172	2,9	239	67
Crotone	144.033	80		80	5,6	58	-22
Catanzaro	301.660	100	48	148	4,9	121	-27
Vibo V.	133.783	8		8	0,6	54	46
Reggio C.	455.687	20	0	20	0,4	182	162
Totale	1.632.064	380	48	428	2,6	655	227

Si ritiene opportuno modificare la precedente previsione di distribuzione dei p.l. nei differenti livelli di Strutture Residenziali psichiatriche.

Il fabbisogno complessivo programmato (pari a n.653 pl) dovrà essere così ripartito:

- 45 % di posti letto in strutture SRP1- Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo
- 40 % di posti letto in strutture SRP 2 – Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo
- 15 % di posti letto in strutture SRP 3- Strutture Residenziali Psichiatriche Socio-Riabilitative per interventi di “mantenimento” e supporto sociale

Tabella 26: Fabbisogno articolato per intensità assistenziale

ASP	Popolazione di età ≥18 anni	Fabbisogno Programmata x 10.000	Fabb.SRP 1	Fabb.SRP 2	Fabb.SRP 3	Fabb.programmato	Fabb.accreditato	Delta vs Fabb.
Cosenza	596.901	239	107	96	36	239	172	67
Crotone	144.033	58	26	23	9	58	80	-22
Catanzaro	301.660	121	54	48	18	121	148	-27
Vibo V.	133.783	54	24	21	8	54	8	46
Reggio C.	455.687	182	82	73	27	182	20	162
Totale	1.632.064	653	294	261	98	655	428	227

3.10.3 Principi – indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità Salute Mentale

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della rete della residenzialità Salute Mentale, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportati:

- la durata dell'assistenza residenziale in SRP1 SRP2 e SRP3 è regolamentata dall'art. 32 del DPCM 12/2017;

Dimensionamento delle strutture:

- possibilità di previsione di moduli di diverso livello di assistenza, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei percorsi assistenziali.

Distribuzione territoriale:

- in considerazione di un'offerta attualmente disomogenea di assistenza residenziale per le persone affette da disturbi mentali, sul territorio regionale, occorre che l'attivazione di nuovi pl sia vincolata alla copertura delle zone carenti;

Distribuzione dell'offerta nelle strutture ospedaliere riconvertite:

- priorità di assegnazione di nuovi pl nelle Case della Salute.

Si specifica che l'attivazione di nuovi servizi (posti letto e prestazioni) è vincolata al rispetto della copertura finanziaria di cui alle manovre individuate nel programma operativo 2019-2021.

3.11 Semiresidenzialità Salute Mentale

3.11.1 Ricognizione dello stato attuale

Offerta attuale Centri diurni psichiatrici

Per come riportato in tabella, nella Regione Calabria sono presenti attualmente n.15 Centri Diurni allocati presso i Centri di Salute Mentale. È presente, inoltre, un Centro Diurno privato accreditato e contrattualizzato per 20 posti semiresidenziali nel territorio dell'ASP di Cosenza.

Tabella 27: Offerta attuale – Centri diurni psichiatrici

ASP	Bacino di utenza			
	(età ≥ 18)	Numero Centri diurni pubblici	Pazienti Trattati	Tasso x 10.000
dati ISTAT				
Cosenza	596.901	8	305	5,1
Crotone	144.033	2	30	2,2
Catanzaro	301.660	4	132	4,4
Vibo Valentia	133.783	1	52	3,9
Reggio Calabria	455.687	-	38	0,8
Totale	1.632.064	15	557	3,4

3.11.2 Definizione del fabbisogno

Fabbisogno - Centri diurni psichiatrici

Si ritiene di poter confermare il parametro già definito nelle precedenti programmazioni, un fabbisogno di 15 posti semiresidenziali ogni 100.000 abitanti.

La tabella seguente riporta il numero di centri diurni da programmare per singola ASP.

Tabella 28 - Fabbisogno Centri Diurni Psichiatrici

ASP	Bacino di utenza (età ≥ 18)	Numero Centri diurni pubblici attivi	N. di Centri Diurni previsti dalla riorganizzazione
Cosenza	596.901	8	6
Crotone	144.033	2	2
Catanzaro	301.660	4	3
Vibo Valentia	133.783	1	2
Reggio Calabria	455.687	-	5
Totale	1.632.064	15	18

3.11.3 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della semiresidenzialità Salute Mentale

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della semiresidenzialità della Salute Mentale, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportate:

Distribuzione territoriale:

in considerazione di un'offerta attualmente disomogenea di centri diurni per la salute mentale, sul territorio regionale, occorre che l'attivazione di nuove prestazioni sia vincolata alla copertura delle zone carenti;

Prioritariamente saranno tenuti in considerazione i Centri DIURNI PSICHIATRICI PUBBLICI.

Si specifica che l'attivazione di nuovi servizi (posti letto e prestazioni) è vincolata al rispetto della copertura finanziaria di cui alle manovre individuate nel programma operativo 2019-2021.

3.12 Residenzialità Autismo

Offerta attuale

In Calabria non esistono dati epidemiologici di incidenza o prevalenza dell'autismo in età adulta che ci consentano una programmazione mirata in termini quantitativi.

I dati inviati dalle AASSPP risultano poco attendibili per diversi ordini di motivi:

1. metodiche di rilevazione
2. "scomparsa" della diagnosi di Autismo in età adulta

In termini qualitativi, le conoscenze sui bisogni delle persone con disturbi dello spettro autistico ci indirizzano verso una programmazione che preveda strutture, residenziali e semiresidenziali, in grado

di assicurare la continuità del percorso assistenziale, in base alla situazione clinica e all'intensità del supporto necessario.

Nelle tabelle seguenti sono riportati i posti letto dell'offerta attuale, presenti nelle singole Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).

Tabella 29: Offerta attuale Autismo – posti letto residenziali

ASP	Popolazione di età ≥18 anni	Offerta Accr (A)	Offerta Pubblica attivata (B)	Offerta Totale attivata (C=A+B)	X * 10.000 abitanti	Offerta Programmata CdS (D)	Offerta Totale (E=C+D)
Cosenza	598.895	12	-	-	0,00	10	22
Crotone	138.534	-	-	-	0,00	-	-
Catanzaro	299.446	-	-	-	0,00	-	-
Vibo V.	133.317	-	-	-	0,00	-	-
Reggio Cal.	451.949	10	-	10	0,22	-	-
Totale	1.622.141	22	-	10	0,06	10	22

Con DCA n. 233 del 29/11/2018 la Regione ha definito nuovi requisiti strutturali tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone affette per i Disturbi dello Spettro Autistico.

In conformità con quanto disposto dall'art.60 del DPCM 12 gennaio 2017, la Regione ha recepito con DCA n. 256 del 7 dicembre 2018.

Nuovo Fabbisogno

A livello nazionale non esiste una stima epidemiologica dei disturbi dello spettro autistico; le stime sono state rilevate sui casi prevalenti (Piemonte 2/1000, Emilia Romagna 2-4/1000 Fonte Istituto Superiore di Sanità). Ciò ha motivato la scelta di procedere, in via sperimentale con un'offerta minima e quindi di prevedere l'attivazione di 3 strutture residenziali (con 12 pl ciascuna) distribuite nelle diverse aree geografiche:

1. Area Nord (ASP Cosenza): n. 12 pl
2. Area Centro (ASP Crotone, Catanzaro, Vibo Valentia): n. 12 pl
3. Area Sud (ASP di Reggio Calabria): n. 12 pl

Tabella 30: Fabbisogno residenzialità autismo

AREA	ASP	Abitanti 18-30 anni	Fabbisogno programmato	Totale offerta attuale	Delta
Nord	Cosenza	115.120	12	12	0
Centro	Crotone	116.474	12		12
	Catanzaro				
	Vibo V.				
Sud	Reggio Calabria	92.581	12	10	2

Totale	324.175	36	22	14
---------------	----------------	-----------	-----------	-----------

3.13 Semiresidenzialità Autismo

Offerta attuale

La programmazione di servizi semiresidenziali per persone affette da disturbi dello spettro autistico è stata rivista, in considerazione dei bisogni emergenti, espressi dai rappresentanti delle Aziende Sanitarie Provinciali in occasione di diversi incontri di verifica. Il miglioramento di specifici criteri diagnostici ha consentito l'emersione di un fabbisogno fin qui sconosciuto e quindi insoddisfatto. Sulla scorta di tale circostanza, per come segnalato e condiviso dalle ASP, si è ritenuto dover implementare la rete assistenziale, per come di seguito rappresentata.

Nel territorio nazionale non esistono stime epidemiologiche dei disturbi dello spettro autistico quindi, anche in questo caso la scelta è stata di procedere in via sperimentale con l'attivazione n. 240 posti semiresidenziali così distribuiti

Tabella 31: Fabbisogno residenzialità autismo

Azienda	Fabbisogno programmato	Totale offerta attuale	Delta
Cosenza	60	10	50
Crotone	40		
Catanzaro	40	28*	12
Vibo Valentia	40		
Reggio Calabria	60		
Totale	240	38	62

*Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliera per autismo accreditato per 28 prestazioni/die, di cui n. 10 di riabilitazione diurna e 18/die di riabilitazione ambulatoriale, destinato a pazienti affetti da Autismo in età adolescenziale o adulta.

3.13.1 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità e semiresidenzialità Autismo

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della residenzialità e semi residenzialità per autismo, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportate:

Dimensionamento delle strutture:

- possibilità di previsione di moduli di diverso livello di assistenza, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei percorsi assistenziali.

Distribuzione territoriale:

- occorre garantire la collocazione nei centri a maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili

Si specifica che l'attivazione di nuovi servizi è vincolata al rispetto della copertura finanziaria di cui alle manovre individuate nel programma operativo 2019-2021.

3.14 Strutture residenziali per i disturbi del comportamento alimentare**Offerta attuale**

Allo stato attuale, i dati inviati dai Servizi Psichiatrici e di Neuropsichiatria Infantile, relativi ai disturbi del comportamento alimentare, risultano poco attendibili per una realistica stima del fabbisogno. Si ritiene pertanto più opportuno, in questa fase, calcolare tale fabbisogno in base ai dati epidemiologici nazionali, così come di riportato nel paragrafo successivo "nuovo fabbisogno". Nelle tabelle seguenti sono riportati i posti letto dell'offerta attuale, presenti nelle singole Aziende Sanitarie Provinciali (ASP).

Tabella 32 - Offerta attuale DCA – posti letto residenziali

ASP	Abitanti	Offerta Accr	Offerta Pubblica attivata	Offerta Totale attivata	X * 10.000 abitanti	Offerta Programmata CdS	Offerta Totale
		(A)	(B)	(C=A+B)		(D)	(E=C+D)
Cosenza	598.895	-	-	-	0,00	12	12
Crotone	138.534	-	-	-	0,00	-	-
Catanzaro	299.446	-	-	-	0,00	-	-
Vibo V.	133.317	-	-	-	0,00	-	-
Reggio Cal.	451.949	-	-	-	0,00	12	12
Totale	1.622.141	-	-	-	-	24	24

Nuovo Fabbisogno

Si ritiene opportuno programmare, in via sperimentale, un'offerta minima di n. 3 moduli di 12 pl residenziali, distribuiti per Area geografica:

1. Area Nord (ASP Cosenza): n. 12 pl
2. Area Centro (ASP Crotone, Catanzaro, Vibo Valentia): n. 12 pl
3. Area Sud (ASP di Reggio Calabria): n. 12 pl

Con successivo provvedimento il numero di posti letto potrebbe essere adeguato ai bisogni emergenti e rivalutato il fabbisogno e la rete di offerta.

3.15 Strutture semiresidenziali per DCA

Allo stato attuale è presente in Calabria un centro semiresidenziale accreditato per 46 prestazioni/die, di cui n. 10 di riabilitazione diurna e 18/die di riabilitazione ambulatoriale, 18 di riabilitazione domiciliare, destinate a pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare in età adolescenziale o adulta, prestazioni accreditate ma non contrattualizzate.

Per una presa in carico personalizzata dei pazienti con Disturbo del Comportamento alimentare, è necessario prevedere l'attivazione di strutture semiresidenziali, destinate ai soggetti che non rispondono ai trattamenti ambulatoriali, ma la cui situazione psichiatrico-clinica non è così compromessa da richiedere un trattamento residenziale. Attraverso un'équipe multidisciplinare, il Centro Diurno garantisce interventi terapeutico-riabilitativi e nutrizionali calibrati sul singolo caso, quali ad esempio: trattamenti farmacologici, assunzioni assistite di pasti, educazione alimentare, incontri psicoeducazionali con i pazienti e i loro familiari, riabilitazione nutrizionale.

L'attivazione di una simile struttura, oltre che garantire una maggiore flessibilità d'intervento, eviterebbe un numero elevato di ricoveri in reparti medici o residenziali.

In via sperimentale saranno attivati n. 30 posti semiresidenziali così distribuiti: n.10 area Nord, n. 10 area Centrale e n.10 area Sud della Regione.

Con successivo provvedimento il numero di posti semiresidenziali sarà adeguato alla domanda di trattamento emergente.

Tabella 33 - Offerta attuale DCA – posti letto residenziali per DCA

AREA	ASP	Fabbisogno programmato
Nord	Cosenza	10
Centro	Crotone	10
	Catanzaro	
	Vibo V.	
Sud	Reggio Calabria	10
Totale		30

3.15.1 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità e semiresidenzialità dei Disturbi del comportamento alimentare

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della residenzialità e semiresidenzialità per disturbi del comportamento alimentare, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportate:

Assegnazione di più moduli:

- possibilità di previsione di moduli di diverso livello di assistenza;

Distribuzione territoriale:

- occorre garantire la collocazione nei centri a maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili.

3.15.2 Cure Domiciliari**3.15.3 Ricognizione dello stato attuale****Offerta attuale**

Le Cure Domiciliari rappresentano uno dei sub livelli assistenziali territoriali (distrettuali) che a tutt'oggi appaiono tra i più sensibili ed attenzionati, per l'importanza del ruolo che essi giocano nella sostenibilità dei Servizi sanitari e, nella fattispecie, per la necessità di un superamento delle criticità pregresse evidenziate in ambito regionale. Il ruolo assistenziale dell'AD è 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.

La Regione ha approvato con DPGR n°12/2011 le Linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali e con il DCA 144 del 13/07/2018 ha definito i requisiti specifici per le cure domiciliari.

3.15.4 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 AD $\geq 4\%$. Si ottiene quale valore target da raggiungere:

Tabella 34- Fabbisogno AD Anziani

Asp	Abitanti > 65 aa	Fabbisogno (n.casi)
Cosenza	156.072	6.243
Crotone	34.216	1.369
Catanzaro	78.203	3.128
Vibo V.	34.890	1.396
Reggio C.	117.032	4.681
TOTALE	420.413	16.817

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

3.15.5 Processo assistenziale e classificazione dell'Assistenza Domiciliare

La mission assistenziale è quella di garantire le prestazioni di assistenza domiciliare di cui al DPGR n.12/2011e al DCA 144 del 13/07/2018, per come definite secondo le modalità del DPCM del 12 gennaio 2017. La logica processuale è sinteticamente riassumibile nelle seguenti fasi:

1. Richiesta di assistenza

La richiesta di assistenza viene trasmessa ai front office dei Punti Unici di Accesso, nella logica di accesso unitario al sistema curante per la presa in carico integrata della persona. Gli operatori del PUA si attivano a seguito di una richiesta di assistenza:

- a) dell'interessato o di un suo familiare;
- b) del MMG o PLS
- c) del medico specialista;
- d) del medico ospedaliero (dimissioni protette)
- e) altri operatori e/o servizi dell'ASP
- f) operatori sociali degli Enti comunali

2. Valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali:

In caso di bisogni complessi viene eseguita la valutazione multidimensionale (VMD), previa valutazione domiciliare effettuata da team composti da figure sanitarie e sociali. La VMD resta a carico delle Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuali, équipes multiprofessionali che operano in maniera integrata definendo i bisogni dell'assistito sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Lo strumento standardizzato impiegato risulta essere la SVaMA per gli adulti ed anziani (DCA n. 36 del 21/03/2014), la SVAMD/ICF per i disabili (DCA n. 71 del 20/10/2014).

3. Definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI):

Attraverso la valutazione multidimensionale condotta dall'UVM viene definito il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Il PAI rappresenta la base di programmazione degli interventi assistenziali dovendo definire esplicitamente ed in maniera analitica:

- a. obiettivo da raggiungere (verificabile e misurabile);
- b. regime prestazionale (domiciliare, residenziale, semiresidenziale)

- c. tipologia di servizi e prestazioni da erogare
 - d. figure professionali da impiegare (*team* assistenziale);
 - e. data di avvio, cadenza degli interventi e durata del piano con la previsione di una verifica intermedia e finale;
 - f. modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi. Il PAI è comunicato all'assistito ed ai suoi familiari ed è da essi approvato e sottoscritto
4. erogazione delle prestazioni definite nel PAI per la durata stabilita;
 5. rivalutazione al termine del PAI

La tabella seguente riporta i differenti profili assistenziali così come definiti dal DPCM del 12 gennaio 2017.

Tabella 35 - Profili assistenziali – Cure domiciliari

Profilo di cura		Intensità assistenziale (CIA)	Accessi (settimana/mese)	Operatività del Servizio
Cure domiciliari di livello base: prestazioni mediche, infermieristiche e/o riabilitative, anche ripetute nel tempo, in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità		CIA ≤ 0,14	Meno di 1 accesso a settimana, o fino a 4 accessi al mese	5/7 gg
Prestazioni mediche-infermieristiche-assistenziali o riabilitativo –assistenziali a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati. Quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici e la fornitura di farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale	Cure domiciliari integrate di I livello:	CIA >0,14 ≤ 0,30	Da 1 a 2 accessi a settimana, o da 5 a 8 accessi al mese	5/7 gg
	Cure domiciliari integrate di II livello:	CIA ≥0,31 ≤0,50	Da 3 a 3,5 accessi a settimana, o da 9 fino a 15 accessi al mese	6/7 gg
	Cure domiciliari integrate di III livello:	CIA > 0,50	Da 4 accessi a settimana, o più di 15 accessi al mese	7/7 gg

3.15.6 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della Cure Domiciliari

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi e i criteri per lo sviluppo della rete dell'assistenza domiciliare, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportate:

Appropriatezza organizzativa:

- processi di presa in carico e sistema valutazioni degli utenti controllati dal distretto;
- maggior coerenza fra la tipologia utenti presi in carico e profilo assistenziali;

3.15.7 Assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo (SV) o di minima coscienza (SMC)

La Regione ha avviato sperimentalmente con i progetti OBERON ed OBERON 2.0, disciplinati nell'ambito degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2009-2016 e riproposti nella linea 5.2 del DCA 161 del 26/07/2019 e smi, l'assistenza domiciliare per persone in Stato Vegetativo (SV) e in Stato di Minima Coscienza (SMC), attività che ha consentito negli anni una presa in carico delle esigenze assistenziali di questa tipologia di pazienti.

Tale modello è stato ulteriormente perfezionato prevedendo che l'intera assistenza sanitaria fosse garantita da un unico soggetto. La regione ha individuato per l'erogazione dell'assistenza domiciliare ai pazienti in SV e in SMC un centro di riferimento regionale. L'attività sperimentale ha portato alla definizione di un fabbisogno regionale di 54 pazienti.

3.16 Assistenza territoriale residenziale per minori

3.16.1 Ricognizione dello stato attuale

Offerta attuale

Ad oggi, non sono presenti nella realtà calabrese posti letto in strutture socio-sanitarie residenziali dedicati all'assistenza per minori. Il Dipartimento ha pertanto provveduto ad avviare un percorso specifico ai fini della valutazione della domanda di assistenza.

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". In questa struttura possono essere accolti i minori che necessitano di prestazioni di cui all'art. 32 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017.

Si è pertanto provveduto ad individuare una struttura, di proprietà pubblica (ASP di Cosenza) idonea alla realizzazione di quanto programmato, tramite l'utilizzo di personale dipendente dall'ASP stessa.

I minori che necessitano di assistenza a ciclo diurno o ambulatoriale, vengono presi in carico dai Servizi di neuropsichiatria infantile (NPI).

La tabella riporta la ricognizione dei Servizi di NPI presenti presso i singoli distretti delle ASP e i relativi percorsi assistenziali (PA) attivati.

Tabella 36 -Servizi di NPI

ASP	N. strutture	Percorsi assistenziali (PA) attivati
Cosenza	Distretto Ionio NORD: 3 ambulatori NPI Distretto di Cosenza: 1 U.O di NPI 1 centro di riabilitazione dell'età evolutiva Distretto Media Valle Crati: 1 U.O.N.P.I.A e Riabilitazione età evolutiva e 1 U.O, Riabilitazione età evolutiva Distretto Ionio Sud: 2 ambulatori di NPI Distretto Tirreno: 3 ambulatori NPI Distretto Esaro Pollino: 1 U.O.N.P.I.A	Distretto Ionio NORD: PA disturbi autistici PA disturbi dell'apprendimento PA disagi per difficoltà di approccio scolastico degli extracomunitari Distretto di Cosenza : // Distretto Media Valle Crati: // Riabilitazione Distretto Esaro Pollino Castrovillari: // Distretto Ionio Sud: // Distretto Tirreno: //
Crotone	n. 1 Centro	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.
Catanzaro	Distretto di Catanzaro: 1 centro di NPI e 1 centro di riabilitazione neuropsichiatrica Distretto di Soverato: 1 centro di NPI Distretto di Lamezia Terme: 1 centro di NPI	Tutti i Distretti: PA Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)PA cefalee età evolutive; PA Autismo PA Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).
Vibo Valentia	n. 1 centro che gestisce anche n. 1 ambulatorio a Tropea e n. 1 ambulatorio a Serra San Bruno	PA di integrazione scolastica degli alunni disabili; PA terapia assistenziale dell'autismo senza presa in carico/ PA ADHD; PA per DSA disturbi specifici dell'apprendimento.
Reggio Calabria	Distretto della locride: 1 centro di NPI/ Distretto della tirrenica nessuna struttura ma due ambulatori coordinati dal distretto/ Distretto Reggio 1: 1 centro di riabilitazione dell'età evolutiva e 2 centri di NPI Distretto Reggio 2: nessun centro, nessun ambulatorio	Distretto della Locride: PA disturbi specifici dell'apprendimento Distretto della tirrenica: PA disabilità scolastica Distretto Reggio 1: PA per la ADHD; PA per l'autismo formalizzato. Distretto Reggio 2: nessun centro

NOTA: i percorsi assistenziali allo stato attivi nei singoli distretti delle ASP risultano per la gran parte ancora in fase di istituzionalizzazione a livello aziendale.

3.16.2 Definizione del fabbisogno

In Regione Calabria, ad oggi, non è attivo un sistema informativo dedicato mediante il quale poter valutare il fabbisogno di prestazioni per minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo. Si è deciso, pertanto, di attivare, in via sperimentale e transitoria, 10 posti residenziali nell'area Nord, 10 posti residenziali nell'area Centro e 10 posti residenziali nell'area Sud, fermo restando la volontà, di disciplinare con uno specifico atto anche l'attivazione, in via sperimentale, di prestazioni semiresidenziali.

Tabella 37 Fabbisogno

AREA	ASP	Fabbisogno programmato
Nord	Cosenza	10
Centro	Crotone	10
	Catanzaro	
	Vibo V.	
Sud	Reggio Calabria	10
Totale		30

3.17 Residenzialità in Hospice

3.17.1 Ricognizione dello stato attuale

Allo stato attuale, non è stata ancora completata la programmazione prevista con DCA 56/2017 che prevedeva 94 pl per hospice.

L'offerta attiva in hospice per pazienti terminali nella Regione è la seguente:

Tabella 38 Totale offerta in Hospice per pazienti terminali

ASP	Hospice attivi	Offerta programmata con DCA n. 56	Offerta Pubblica attivata	Offerta Privata attivata	Assistenza domiciliare malati terminali
<i>Cosenza</i>	Cassano allo Jonio	10	10		
	Villa Gioiosa	10		10	40
	PO Rogliano	14			
<i>Crotone</i>	Villa San Dionigi	10		10	40
<i>Catanzaro</i>	San Vitaliano	10		10	40
	Sant'Andrea	10		10	40
<i>Vibo Valentia</i>	PO Tropea	10			
<i>Reggio C.</i>	Via delle Stelle	10		10	40
	Siderno	10			
Totale		94	10	50	200

Con DCA n.81 del 22/2016 si è reso necessario assegnare fino a 4 trattamenti domiciliari pro/die per posto letto.

La tabella seguente riporta i posti letto programmati articolati per singola Azienda Sanitaria Provinciale.

3.17.2 Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità per persone in fase terminale

Per lo sviluppo della rete della residenzialità per persone in fase terminale, si prevede che:

Distribuzione territoriale:

- per le tipologie di assistenza residenziale occorre garantire la collocazione nei centri a maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili;
- in considerazione di un'offerta attualmente disomogenea di assistenza domiciliare e residenziale per persone in fase terminale, occorre l'attivazione della dimissione protetta;

Distribuzione dell'offerta nelle strutture ospedaliere riconvertite:

deve essere data priorità alla realizzazione delle nuove Strutture residenziali nelle Case della Salute e/o negli ospedali che dispongono di locali idonei.

- Si specifica che l'attivazione di nuovi servizi (posti letto e prestazioni) è vincolata al rispetto della copertura finanziaria di cui alle manovre individuate nel programma operativo 2019-2021.

3.18 Il percorso regionale per il superamento degli OPG – stato attuale

Il percorso regionale finalizzato al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per gli internati calabresi è stato oggetto di un impegno pluriennale. Non è possibile definire uno standard dimensionale delle esigenze, che risentono in maniera significativa di fattori ed elementi legati alle contingenze proprie del sistema dell'esecuzione penale, nel quale, dal 2008, il SSR è titolare delle funzioni sanitarie nonché, attualmente, anche della significativa percentuale di problematiche legate al disagio/disturbo mentale nella quota di popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari della regione.

In particolare gli "utenti" sono sostanzialmente da ricondurre a più tipologie: gli ex internati propriamente detti, prosciolti per infermità totale o parziale di mente, nell'ambito della pena edittale e/o delle sue proroghe; gli infermi ed i minorati psichici (art. 111 R.E.); gli osservandi (nell'ambito della procedura di osservazione psichiatrica ex art. 112 comma 1 e 2 del Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario ai sensi del DPR 230/2000); le persone con sopravvenuta infermità psichica (art. 148 C.P.) e quelle, sempre più numerose, sottoposte alla misura dell'internamento "provvisorio" da parte della Magistratura di Cognizione.

Si devono considerare anche le previsioni della recente pronuncia della Consulta 99/2019 in relazione all'esecuzione delle misure cautelari o detentive in luogo non carcerario (REMS ed anche in SRP1 e SRP2).

Ad oggi l'offerta assistenziale è strutturata, nella parte intrapenitenziaria e territoriale, come segue:

Tabella 39 Totale offerta assistenziale

TERRITORIO ASP	strutture	posti
Reggio Calabria	Istituto Penitenziario di Reggio Calabria: Sezione di Osservazione Psichiatrica (art. 112 R.E.)	5
Catanzaro	Istituto Penitenziario di Catanzaro/Sezione Assistenza Intensificata: Sezione di Osservazione Psichiatrica (art. 112 R.E.)	5
	Istituto Penitenziario di Catanzaro/Sezione Assistenza Intensificata: Sezione c.d. "Articolazione Tutela Salute Mentale – A.T.S.M." (art. 1112 R.E. - art. 148 C.P.)	8 posti a valenza riabilitativa
Cosenza	Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) "transitoria" in S. Sofia d'Epiro (CS) (Legge 9/2013 e Legge 81/2014)	20

Il numero degli utenti direttamente inviati dall'Autorità Giudiziaria presso le strutture residenziali territoriali accreditate, rappresenta una percentuale significativa rispetto alla totalità dei degenti (circa 200).

Per il coordinamento dell'offerta assistenziale è stata definita con DDG n. 8803 del 4 agosto 2017 la "Cabina d'Interfaccia con l'Autorità Giudiziaria" (in fase di rimodulazione), con sede presso il Complesso Monumentale di Girifalco (ASP CZ), con compiti di relazione fra la Magistratura di Sorveglianza e Cognizione e le singole ASP/DSM.

Questa integra le sue funzioni con il Coordinamento della Rete Sanitaria Penitenziaria, attivato dal Dipartimento Regionale ai sensi dell'Accordo CU (17/CU del 26 febbraio 2015) presso il Provveditorato Regionale Calabria dell'Amministrazione Penitenziaria e con i referenti delle strutture di orientamento psichiatrico interne agli Istituti Penitenziari.

Ad oggi sono vigenti le "Linee guida per un'attività integrata fra i Dipartimenti di Salute Mentale e gli Istituti Penitenziari" approvate con DCA n. 35 dell'11 maggio 2015.

È in fase di completamento la realizzazione della REMS (Residenza per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza) regionale, tramite la ristrutturazione di un padiglione dell'ex complesso c.d. "Monumentale" di Girifalco (CZ) per 40 p.l. L'insieme del programma è stato approvato dal Ministero della Salute con DM 16 settembre 2016.

Le strutture intrapenitenziarie, pur avendo una specifica vocazione psichiatrica ed essendo comunque funzionalmente integrate alla rete della psichiatria territoriale, non devono essere considerate nell'ambito della quantificazione dell'offerta di p.l., trattandosi di sezioni detentive specializzate, a gestione pubblica.

3.19 Valutazione dell'impatto economico

Nel presente paragrafo è stato elaborato l'impatto economico che lo sviluppo dell'assistenza territoriale avrà nell'arco del decennio 2019-2029, attraverso la valorizzazione a tariffa della nuova ed incrementale assistenza erogata.

Si specifica che l'attivazione di nuovi servizi è vincolata al rispetto della copertura finanziaria.

Le variabili produttive considerate al fine della valorizzazione sono:

- Posti letto ;
- Tariffa al netto della quota sociale;
- Giornate erogate;
- Tasso di occupazione medio

Nel presente documento il fabbisogno per l'assistenza territoriale della Regione Calabria è stato definito in termini di nuovi Posti letto e relative giornate erogabili, per i seguenti setting assistenziali:

- Residenzialità e Semi residenzialità per persone non autosufficienti;
- Residenzialità Disabili;
- Riabilitazione estensiva extraospedaliera;
- Residenzialità e Semiresidenzialità dipendenze patologiche;
- Residenzialità e semiresidenzialità salute mentale;
- Residenzialità e semiresidenzialità autismo;
- Residenzialità e semiresidenzialità per disturbi alimentari;
- Hospice

Per ogni setting è stato quantificato il numero di posti letto al netto di quelli già presenti sul territorio, la tariffa calcolata al netto della quota sociale, il tasso medio di occupazione, le giornate erogate effettivamente. La valorizzazione economica è stata determinata secondo il seguente criterio: $(n^{\circ} \text{ PL totali}) * (\text{tariffa}) * (\text{tasso di occupazione}) * (N^{\circ} \text{giornate erogate})$.

la Regione entro 12 mesi dalla approvazione del presente documento di riorganizzazione della rete territoriale, emanerà atti di definizione di requisiti e tariffe per i setting non ancora disciplinati.

Per l'anno 2019 sono state rilevate i tetti di spesa con DCA n° 35 del 21.02.2019 per un importo pari a €/Mln 172.876.564

Il tasso di occupazione dei posti letto oscilla tra il 98 % e il 100%.

Nelle tabelle che seguono, si rappresenta, per singolo setting assistenziale, una sintesi della programmazione delle nuove attivazioni nel decennio 2019-2029, con il relativo impatto economico-finanziario di competenza.

Setting Assistenziali	Fabbisogno (fonte Dec rete territoriale rev. 04.03.2020)	Offerta fronte Dec rete territoriale rev. 04.03.2020)	ATTIVAZIONI PREVISTE	di cui attivazione p-r il 2021	di cui attivazioni 2022-2029	Tariffa completa	Quota SSR %	Tariffa	Tasso Occupazione	Giornata anno	VALORE ECONOMICO STIMATO DELLE ATTIVAZIONI PREVISTE
	A	B	D	D1	D2	E	F	G = E * F	H	I	L = D * G * H * I
R1 Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	426	132	294		294	200,11 €	100%	200,11 €	98%	365	21.044.328,02 €
R2 (RSA)	2.047	1.582	465	120	345	139,91 €	70%	97,94 €	98%	365	16.289.910,18 €
R3 Casa Proietta	1.791	1.002	789		789	121,42 €	50%	60,71 €	98%	365	17.133.897,96 €
SR1	294	-	294	120	174	68,49 €	50%	34,25 €	98%	290	2.861.334,13 €
SR2	294	-	294	120	174	68,72 €	50%	34,36 €	98%	290	2.870.942,93 €
RRE1-RRE2 (Riabilitazione estensiva ciclo continuativo)	554	516	38		38	180,56 €	100%	180,56 €	98%	365	2.454.551,71 €
RD1 Residenza Sanitaria SLA e altre gravi malattie neurodegenerative	37	15	22		22	282,26 €	100%	282,26 €	100%	365	2.266.547,80 €
RD4 Residenza Sanitaria Assistenza disabili	332	234	98		98	152,20 €	70%	106,54 €	98%	365	3.734.717,08 €
RDS Casa Proietta Disabili	306	217	91		91	117,99 €	40%	47,20 €	98%	365	1.536.262,84 €
Residenzialità per dipendenze patologiche terapeutica	245	231	14		14	73,99 €	100%	73,99 €	98%	365	370.527,12 €
Residenzialità per dipendenze patologiche pedagogica	245	231	14		14	63,04 €	100%	63,04 €	98%	365	315.891,71 €
Semiresidenzialità per dipendenze patologiche terapeutica	59	47	12		12	50,76 €	100%	50,76 €	98%	365	206.803,80 €
Semiresidenzialità per dipendenze patologiche pedagogica	59	47	12		12	39,81 €	100%	39,81 €	98%	365	163.760,43 €
SRP1 Residenze psichiatriche ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	294	254	40	73	33	130,38 €	100%	130,38 €	98%	365	1.865.477,04 €
SRP2 Residenze psichiatriche socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria	261	120	141	65	76	118,27 €	100%	118,27 €	98%	365	5.864.158,84 €
SRP3 Residenza psichiatrica socio sanitaria ad elevata integrazione sociale	98	6	92	24	68	29,40 €	100%	29,40 €	98%	365	967.506,96 €
Residenzialità Autismo	14		14	14	-	206,02 €	100%	206,02 €	98%	365	1.031.706,96 €
Semiresidenzialità Autismo	140		140	100	40	116,37 €	70%	81,46 €	98%	313	3.496.142,71 €
Residenzialità DCA	36		36	24	12	201,35 €	100%	201,35 €	98%	365	2.592.824,22 €
Semiresidenzialità DCA	30		30	30	-	68,69 €	70%	48,08 €	98%	365	515.978,67 €
R1 Hospice	94	60	34		34	283,06 €	100%	283,06 €	100%	365	3.512.774,60 €
R1 Hospice trattamenti domiciliari (4 trattamenti xPL) (4 domiciliari ogni PL)			140		140	100,00 €	100%	100,00 €	98%	365	5.007.800,00 €
totale											96.107.648,70 €

Scheda PAT

Il contesto di riferimento

Breve descrizione delle caratteristiche del territorio di riferimento (Comuni afferenti, caratteristiche del territorio, etc.).

La popolazione

Breve descrizione della popolazione (numi. di abitanti, genere, fascia di età, numi. di esenti per patologie croniche, principali cause di morte, ospedalizzazione dei residenti con indicazione delle strutture ospedaliere a cui si rivolgono e discipline, accessi al pronto soccorso per fascia di età e codice priorità).

Il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari

L'articolazione organizzativa del distretto

elenco delle Unità Operative Semplici e Complesse afferenti ai distretti e dei diversi centri di responsabilità.
Breve descrizione delle modalità operative del distretto.

Sintesi della spesa				
<i>Macro Aree</i>	<i>Numero di persone assistite</i>	<i>Costo Complessivo</i>	<i>Costo per utente</i>	<i>Costo per residente</i>
<i>Assistenza sanitaria di base (MM/PLUS)</i>				
<i>Guardia Medica</i>				
<i>Attività di emergenza sanitaria territoriale</i>				
<i>Assistenza farmaceutica</i>				
<i>Assistenza integrativa e protesica</i>				
<i>Assistenza specialistica ambulatoriale</i>				
<i>Assistenza Domiciliare</i>				
<i>Assistenza residenziale</i>				
<i>Assistenza semi-residenziale</i>				
<i>Assistenza termale</i>				

L'organizzazione Aziendale dei Dipartimenti di Prevenzione, Salute Mentale, Materno Infantile, e dell'area Dipendenze patologiche

Descrizione delle modalità organizzative e degli strumenti di integrazione previsti (ad esempio la presenza di incontri formali, etc.).

Dipartimento di Prevenzione

Descrizione delle attività effettuate in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione

<i>Attività di prevenzione in ambito di screening oncologici</i>						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
<i>N prestazioni di primo livello – Screening mammella in rapporto alla popolazione di riferimento</i>						
<i>N prestazioni di primo livello – Screening utero in rapporto alla popolazione di riferimento</i>						
<i>N prestazioni di primo livello –</i>						
<i>Screening colon in rapporto alla popolazione di riferimento</i>						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabilità della gestione, etc.)*

<i>Attività di prevenzione in ambito vaccinale</i>						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)						
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)						
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) in rapporto alla popolazione di riferimento						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

Il Dipartimento di Salute Mentale/Dipendenze patologiche

Descrizione delle attività effettuate in collaborazione con i Dipartimenti citati

n. Centri Salute mentale	n. Centri diurni*		SPDC	Strutture residenziali*		durata media della attesa per l'inserimento
	pubbl.	convenz		pubbl.	convenz	

**specificare se a gestione mista pubblico-privato*

utenti presi in carico dal CSM residenti nel distretto*	utenti conosciuti dal PUA del Distretto	num. di casi per cui è individuato un Case Manager*	integrazione con la componente sociale		setting assistenziale del paziente		
			SI*	NO	Dom	Res.	Semi

**evidenziare se l'utente è un bambino o un adolescente (NPIA)*

**professionalità*

**specificare le modalità di integrazione e le risorse destinate*

Attività per la Salute Mentale						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
Utenti in carico nei CSM per 1.000 ab >18 anni						
N° giornate di semiresidenzialità per assistenza psichiatrica per 1000 ab. > 18 anni						
N° giornate di residenzialità per assistenza psichiatrica per 1000 ab.> 18 anni						
%di ospiti provenienti da SPDC						
%di ospiti provenienti dal domicilio						
%di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

<i>n. Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD)</i>	<i>n. Centri diurni*</i>		<i>Altro tipo di strutture*</i>	
	<i>pubbl.</i>	<i>convenz</i>	<i>pubbl.</i>	<i>convenz</i>

**specificare se a gestione mista pubblico-privati*

<i>utenti, residenti nel distretto presi in carico dal SERD</i>	<i>Tipologia di Utente*</i>			<i>utenti conosciuti dal PUA del Distretto</i>	<i>num. di casi per cui è individuato un Case Manager*</i>	<i>integrazione con la componente sociale</i>		<i>setting assistenziale del paziente</i>			<i>durata media della attesa per l'inserimento</i>
	<i>S</i>	<i>A</i>	<i>G</i>			<i>SI*</i>	<i>NO</i>	<i>Dom</i>	<i>Res.</i>	<i>Semi</i>	

**evidenziare se l'utente è un bambino o un adolescente e se è affetto da dipendenza da Sostanze, Alcool o Gioco*

patologico

**professionalità ; *specificare le modalità di integrazione e le risorse destinate*

<i>Attività per le Dipendenze Patologiche</i>						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
N. utenti in carico nei SERD per 1000 ab. tra i 15 e 64 anni						
N° giornate di semiresidenzialità per assistenza ai toss. per 1000 ab. ab. tra i 15 e 64 anni						
N° giornate di residenzialità per assistenza ai toss. per 1000 ab. tra i 15 e 64 anni						
% di ospiti provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti provenienti da degenza per post- acuti (riab. E lungod.)						
% di ospiti provenienti dal domicilio						
% di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

Il Dipartimento Materno Infantile

Descrizione delle attività effettuate in collaborazione con il Dipartimento citato evidenziando in particolare le modalità di integrazione tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione e integrazione Ospedale-Territorio.

<i>n. Consulori presenti*</i>	<i>n. di accessi</i>	<i>risorse impegnate</i>		<i>apertura settimanale</i>
		<i>sanitarie</i>	<i>sociali*</i>	

**Specificare eventuali protocolli operativi*

**1 ogni 20.000 Legge 34/96*

Tipologia di attività	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alla famiglia - Attività sanitaria - Attività in ambito di prevenzione 		
Integrazione con i servizi sociali e con gli altri servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di convenzioni, accordi di programma con servizi sociali dei comuni - Esistenza di atti formali relativi a protocolli di integrazione tra consultorio e altri servizi aziendali/extra aziendali di I, II, III livello - Esistenza di attività programmatiche di aggiornamento professionale condiviso tra operatori consultoriali e operatori di altri servizi 		
Modalità di gestione	<ul style="list-style-type: none"> - Diretta (inserire qui i SUMAI) - In convenzione 		
Modalità di coinvolgimento e collaborazione con volontariato e Terzo Settore			
Operatori ASP (tipologia numero)	<i>Professionalità</i>		<i>Operatori</i>
			a tempo pieno a tempo parziale
Operatori Ente Locale (se presenti)	<i>Tipologia</i>	<i>Numero</i>	<i>Ore di lavoro</i>
Numero di utenti			
Numero di prestazioni			
Costo annuale dell'attività (se in convenzione, riportare solo il costo della stessa)			
Costo per utente			
Costo per abitante			
Costi sostenuti dai Comuni (per quelle attività che l'ASP svolge in collaborazione con l'Ente Locale) – compilare per il sociosanitario integrato			

<i>Criticità riscontrate</i>	<i>Obiettivo individuato</i>	<i>Azioni previste</i>	<i>Indicatori risultato</i>	<i>di risorse* individuate</i>	<i>Responsabile del procedimento</i>

*specificare se derivano dal Fondo Sanitario Regionale, Fondo Sociale, Progetti obiettivo, etc.

<i>Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)</i>						
<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
<i>N prestazioni di consultorio per mille abitanti complessivi</i>						

%parti cesarei primari segnalati dalla struttura sul totale dei parti cesari						
%parti cesarei sul totale dei parti primari						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

I percorsi diagnostico terapeutico assistenziali attivi per i pazienti cronici

Elencare i PDTA per pazienti cronici attivi nel distretto con individuazione dei nodi della rete (ad esempio PDTA diabete con individuazione del Centro diabetologico di riferimento, etc.).

<i>Criticità riscontrate</i>	<i>Obiettivo individuato</i>	<i>Azioni previste</i>	<i>Indicatori risultato</i>	<i>di</i>	<i>Risorse individuate</i>	<i>Responsabile del procedimento</i>

L'Attività di riabilitazione e i percorsi individuati per il collegamento con i reparti di riabilitazione ospedalieri
breve descrizione delle strutture che effettuano prestazioni di riabilitazione ospedaliera ai residenti del distretto, indicazione dei percorsi previsti per le dimissioni protette dei soggetti e sulle modalità di invio e rivalutazione dei soggetti inseriti in strutture riabilitative intensive ed estensive

<i>Criticità riscontrate</i>	<i>Obiettivo individuato</i>	<i>Azioni previste</i>	<i>Indicatori risultato</i>	<i>di</i>	<i>Risorse individuate</i>	<i>Responsabile del procedimento</i>

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>Rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>Risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
<i>N. di giorni trascorsi dalla segnalazione di dimissione ospedaliera alla presa in carico territoriale</i>						
<i>tasso di ricoveri in lungodegenza e riabilitazione ospedaliera per 1000 ab. per la popolazione pesata da riparto</i>						

numero di giornate di degenza in reparti di riab e lungod. dei residenti del distretto sopra soglia						
% di ospiti inseriti in strutture riabilitative provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti inseriti in strutture riabilitative provenienti da degenza per post-acuti (riab. e lungod.)						
% di ospiti inseriti in strutture riabilitative provenienti dal domicilio						
% di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

**se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)*

La Medicina convenzionata e La riorganizzazione dell'assistenza primaria

La situazione attuale della medicina convenzionata (SUMAI, MMG, PLS e continuità assistenziale)

Breve descrizione del contesto (AIR vigenti, eventuali accordi aziendali, attività effettuata dal distretto per il coinvolgimento dei MMG/PLS, etc.)

Comune	N. MMG	N. ass/MMG	N. PLS	N. ass/PLS	spesa complessiva

Poliambulatori		N. SUMAI per specialità	ore effettuate			spesa complessiva
Comune	N. Medici CA-ES	N. visite/Medico	N. Visite/fascia oraria			spesa complessiva
			Notturne Settimanali	Pre-fest.	Festive	

Criticità riscontrate	Obiettivo individuato	Azioni previste	Indicatori risultato	di	Risorse individuate	Responsabile del procedimento

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	Rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	Risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite						
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

La situazione attuale delle forme organizzative e associative dell'assistenza primaria

Breve descrizione del contesto

Comune	N.AFT	N. ass/AFT	N. UCCP	N. ass/UCCP	indennità previste e erogate

Comune	SEDE	N.AFT*/MMG	AFT*/PLS	indennità previste e erogate

*se ci sono altre tipologie di associazionismo della MMG specificare quali

Comune	SEDE		N.UCCP/MMG	UCCP/PLS	indennità previste e erogate
	Aziendale	Altro*			

*specificare

Il progetto di riorganizzazione e modalità di sviluppo dell'assistenza primaria

Breve descrizione del contesto delle azioni previste per allinearsi al modello regionale previsto

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
N. MMG in AFT/MMG						
N. PLS in AFT/PLS						
N. UCCP/MMG						
N. UCCP/PLS						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

La Specialistica ambulatoriale

Breve descrizione dei luoghi di erogazione dell'assistenza specialistica, con un focus sui tempi di attesa e sulla gestione delle agende di appuntamento.

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	Rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
n. di prestazioni per abitante (popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
N. di prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini per abitante (popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
Numero di prestazioni di RM per 100 residenti (da popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
n. di prestazioni di laboratorio per abitante (popol. Pesata da riparto prestaz. amb.)						
rispetto del Piano Nazionale del governo delle liste di attesa						

*se si fornire specificazioni (risorse previste, responsabili della gestione, etc.)

I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)

Nome del Presidio

Servizi	attivo	non attivo	non previsto	azione	risorse previste	crono-programma
Specialistica						
amb.						
Chir. Amb						
Amb.						
Infermieristico						
diagnostica						
Strumentale						
attività consultoriale						
PUA						
forme organizzative						
MMG						
forme organizzative PLS						
Continuità Assistenziale						
H di Comunità						
Hospice						
RSA*						
Farmac. Terr.						
CSM						
SerD						
attività riabilitazione						
post. 118						

*specificare la tipologia di assistiti

L'assistenza domiciliare integrata

Breve descrizione del modello organizzativo adottato e delle modalità di erogazione dell'ADI.

Tipologia	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
Cure Domiciliari di Livello base					
ADI di I livello					
ADI di II livello					

ADI di III di livello					
-----------------------	--	--	--	--	--

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
% di ultra 65enni trattati in Cure Domiciliari di Livello base						
% di ultra 65 enni trattati in ADI*						

* Si considerano gli assistiti con prese in carico nell'anno o aperte nel corso dello stesso anno, per le quali sia stato effettuato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA o. **La residenzialità e semiresidenzialità**

breve descrizione delle strutture presenti sul territorio e delle modalità di invio e verifica dei Progetti riabilitativi/assistenziali individuali degli assistiti del distretto.

Case della Salute						
Comune	SED E		N. p.l.	N. MMG impegnati	N. specialisti	percorsi formali attivi
	Aziendale	Altro*				

Criticità riscontrate	Obiettivo individuato	Azioni previste	Indicatori risultato	di risorse individuate	Responsabile del procedimento

Area anziani					
Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
RSA Anziani					
RSA demenze					
RP Anziani					
Semi. Res. Anziani					
Semi. Res Demenze					

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Numero di posti per assistenza agli anziani >65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti						
Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti*						
tasso di occupazione						
% di ospiti provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti provenienti da degenza per post-acuti (riab. e lungod.)						
% di ospiti provenienti dal domicilio						
% di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						
*i posti equivalenti si ottengono tramite: giornate di assistenza agli anziani/365 su la popolazione anziana residente per 1000 Area disabili						
Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa	
RSA Disabili						
RP Disabili						
USAP						
Semiresidenze disabili						
Residenze di Riab. intensiva						
Residenze di Riab. estensiva						
Semiresidenze di Riab. estensiva						
Residenze disturbi del comportamento o patologie di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva						

Area disturbi dello spettro autistico

Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa
Nuclei residenziali					
Semiresidenziale					

Area Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)						
Tipologia di assistenza	n. presi in carico a inizio periodo	n. presi in carico nel periodo	n. dimessi nel periodo	n. utenti in carico a fine periodo	n. utenti in attesa	
Nuclei residenziali DCA età evolutive/adulta						
Semiresidenziale						
Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	Rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti*						
Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti						
Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti*						
Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti						
% di ospiti provenienti da degenza per acuti						
% di ospiti provenienti da degenza per post-acuti (riab. E lungod.)						
% di ospiti provenienti dal domicilio						
% di ospiti dimessi e reinseriti al domicilio						

*i posti equivalenti si ottengono tramite: giornate di assistenza ai disabili/365 su la popolazione residente per 1000

4 Le Cure Palliative

Breve descrizione dello stato di attivazione della rete di cure palliative in coerenza con l'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012 con un particolare focus sui percorsi attivi con l'Hospice di riferimento e sulla continuità assistenziale.

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore						
Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore						
Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa						
Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa.						

La farmaceutica

Breve descrizione delle modalità di gestione della farmaceutica (distribuzione diretta, per nome e per conto, etc.)

Indicatore	Obiettivo aziendale	Obiettivo distrettuale	rilevato all'ultimo dato disponibile	Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo	risorse individuate*	
					SI	Non necessarie
costo netto dell'assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate sulla popolazione pesata da riparto						

costo netto dell'assistenza farmaceutica in altre forme sulla popolazione pesata da riparto						
---	--	--	--	--	--	--

L'assistenza protesica

Breve descrizione delle modalità di gestione dell'assistenza protesica

<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo aziendale</i>	<i>Obiettivo distrettuale</i>	<i>rilevato all'ultimo dato disponibile</i>	<i>Azioni previste dal distretto per realizzare il proprio obiettivo</i>	<i>risorse individuate*</i>	
					<i>SI</i>	<i>Non necessarie</i>
costo netto dell'assistenza protesica per mille abitanti*						
costo netto dell'assistenza farmaceutica in altre forme sulla popolazione pesata da riparto						

**calcolata sulla popolazione pesata da riparto*

Offerta pubblica e privata accreditata di prestazioni di assistenza territoriale

Offerta pubblica e privata attivata – Residenza/assistenza

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
201	CS	RSA Caloveto	180134	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	R1	20
201	CS	Sadel CS di Salvatore Baffa s.r.l.	RSAM01	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	R1	20
201	CS	Villa Gioiosa	180129	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	R1	20
Totale						
201	CS	Villa Adelchi	180110	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	60
201	CS	San Francesco di Paola	180132	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	60
201	CS	RSA Caloveto	180134	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40
201	CS	Villa Torano	180128	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	55
201	CS	Villa Silvia	RSAA04	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20
201	CS	La Quiete s.a.s. di Pasquale Autolitano & C.	180130	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40
201	CS	Villa Bianca	180123	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	34
201	CS	Villa S. Stefano	RSAA07	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	25
201	CS	San Bartolo s.r.l.	180125	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	57
201	CS	Sadel CS di Salvatore Baffa s.r.l.	RSAA09	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40
201	CS	Villa Igea s.r.l.	180124	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20
201	CS	Villa Gioiosa	180129	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	30
201	CS	RU.IM. S.r.l.(ex RSA Rizzo)	180135	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	33
201	CS	RSA Anziani Spezzano Albanese	in attesa di codice	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	60
201	CS	RSA Anziani Mottafollone	in attesa di codice	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	60
201	CS	Villa San Francesco	in attesa di codice	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	25
Totale						
						R2
						659

201	CS	San Camillo	180107	Casa Protetta per anziani	R3	25	
201	CS	San Giuseppe	180131	Casa Protetta per anziani	R3	60	
201	CS	Casa Serena Santa Maria di Loreto	CPA003	Casa Protetta per anziani	R3	24	
201	CS	S.Pio e Madonna dell'Immacolata	CPA004	Casa Protetta per anziani	R3	56	
201	CS	Villa Azzurra	CPA005	Casa Protetta per anziani	R3	86	
201	CS	Villa Sorriso s.r.l.	180121	Casa Protetta per anziani	R3	40	
201	CS	S. Maria di Bocchigliero	180137	Casa Protetta per anziani	R3	25	
201	CS	Villa Adelchi	180110	Casa Protetta per anziani	R3	19	
201	CS	Villa Florensia	CPA028	Casa Protetta per anziani	R3	18	
Totale						R3	353
Totale ASP							1072

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	
202	KR	Villa San Giuseppe	RSAA12	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	R1	16	
202	KR	Centro S. Giuseppe	RSAA10	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	R1	16	
Totale						R1	32
202	KR	Centro S. Giuseppe	RSAA10	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	30	
202	KR	Santa Rita	RSAA11	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	58	
202	KR	Villa San Giuseppe	RSAA12	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	30	
202	KR	Villa Ermelinda	CPA012	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	30	
202	KR	Casa Giardino S.r.l.	CPA010	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20	
202	KR	Savelli Hospital Srl	CPA011	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	25	
202	KR	SADEL San Teodoro s.r.l.	CPA013	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	16	
202	KR	san raffaele	in attesa di codice	Casa Protetta per anziani	R2	15	
Totale						R2	224
202	KR	Casa Giardino S.r.l.	CPA010	Casa Protetta per anziani	R3	21	
202	KR	Savelli Hospital Srl	CPA011	Casa Protetta per anziani	R3	25	
202	KR	Villa Ermelinda	CPA012	Casa Protetta per anziani	R3	26	

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
202	KR	SADEL San Teodoro s.r.l.	CPA013	Casa Protetta per anziani	R3	18
202	KR	Villa del Rosario s.r.l.	CPA014	Casa Protetta per anziani	R3	15
Totale					R3	105
Totale ASP						361

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
203	CZ	S. Maria del Soccorso	RSAA13	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	30
203	CZ	Ippolito Dodaro	RSAA14	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20
203	CZ	Villa Elisabetta	RSAA15	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	15
203	CZ	S. Domenico	RSAA33	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	18
203	CZ	S. Vito Hospital	RSAA16	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40
203	CZ	S. Francesco Hospital	RSAA17	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	45
203	CZ	S. Maria Del Monte	RSAA18	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	18
203	CZ	La Ginestra Hospital	RSAA19	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40
203	CZ	Casa Amica	RSAA20	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20
203	CZ	Madonna di Porto	RSAA28	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	60
203	CZ	Padre G. Moscati	RSAA29	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	60
203	CZ	Casa della Carità Don Nicola Paparo	RSAA34	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20
203	CZ	S. Anna	RSAA21	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	36
203	CZ	Mons. G. Apa	RSAA40	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40
Totale					R2	462
203	CZ	Alpha Service S.r.l. (ex Madonna del Rosario)	CPA015	Casa Protetta per anziani	R3	30
203	CZ	San Francesco di Paola	CPA016	Casa Protetta per anziani	R3	40
203	CZ	San Domenico	CPA017	Casa Protetta per anziani	R3	25
203	CZ	Fondazione U.A.L.S.I. Mons. A. Stanizzi	CPA018	Casa Protetta per anziani	R3	40
203	CZ	EBEN EZER S.r.l.	CPA019	Casa Protetta per anziani	R3	42
203	CZ	Villa Mariolina	CPA020	Casa Protetta per anziani	R3	16
203	CZ	Villa S. Elia	CPA021	Casa Protetta per anziani	R3	48
203	CZ	Fondazione Betania ONLUS Mimosa	CPA029	Casa Protetta per anziani	R3	60

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
203	CZ	Fondazione Betania ONLUS Casa degli Ulivi	CPA030	Casa Protetta per anziani	R3	60
Totale						361
Totale ASP						823

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
204	VV	Madonna delle Grazie	RSAA36	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	32
Totale						32
204	VV	Villa delle Rose S.r.l.	002900	Casa Protetta per anziani	R3	29
204	VV	La Madonnina	in attesa di codice	Casa Protetta per anziani	R3	30
Totale						59
Totale ASP						91

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
205	RC	Villa Salus s.p.a.	130019	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	R1	20
205	RC	Villa Anya s.r.l.	018000	Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	R1	20
Totale						40
205	RC	Villa Vittoria	180010	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40
205	RC	Univero	130018	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	42
205	RC	Villa Salus s.p.a.	130019	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20
205	RC	Don Loria	180205	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	20
205	RC	Mons. Prof. Antonino Messina	018600	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	21
205	RC	Villa Anya s.r.l.	018000	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	40

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
205	RC	Villa Serena s.r.l.	018400	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	R2	22
Totale					R2	205
205	RC	Villa Vittoria	130006	Casa Protetta per anziani	R3	28
205	RC	Universo	130018	Casa Protetta per anziani	R3	22
205	RC	Emmaus	018300	Casa Protetta per anziani	R3	25
205	RC	Opera San Francesco D'Assisi	018200	Casa Protetta per anziani	R3	24
205	RC	Casa della Carità	016800	Casa Protetta per anziani	R3	25
Totale					R3	124
Totale ASP						369

Offerta pubblica e privata attivata – Residenzialità DISABILI

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
201	CS	La Quiete s.a.s. di Pasquale Autolitano & C.	180130	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	20
201	CS	Santa Chiara s.r.l.	180133	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	28
201	CS	Villa Igea s.r.l.	180124	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	38
Totale						86
201	CS	Sant'Antonio	180140	Casa Protetta per disabili	RD5	32
201	CS	Borgo dei Mastri Pad. C. D.	CPD002	Casa Protetta per disabili	RD5	69
201	CS	Borgo dei Mastri Pad. F.	CPD002	Casa Protetta per disabili	RD5	20
Totale						121
201	CS	Villa Adelchi	180095	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	12
201	CS	S. Chiara	180096	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	30
201	CS	Don Milani	180013	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	16
201	CS	Villa Torano	180100	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	40
201	CS	Santa Chiara s.r.l.	180097	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	20
201	CS	Biolife s.r.l.	180075	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	30
201	CS	iGreco ospedali Riuniti s.r.l.	180023	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	16
201	CS	Villa S. Pio s.r.l. Unipersonale	180021	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	30
Totale						194
Totale ASP						401

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
202	KR	Santino Covelli	RSAD03	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	40
Totale						40
202	KR	Spirito Santo	CPD002	Casa Protetta per disabili	RD5	30
Totale						30
202	KR	Presidio di Riabilitazione Centro San Giuseppe	in attesa di codice	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	56
Totale						56
Totale ASP						126

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
203	CZ	Casa Sacri Cuori	RSAD06	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	40
203	CZ	La Rinascita	RSAD07	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	30
203	CZ	S. Anna	RSAD08	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	18
Totale						88
203	CZ	Il Gabbiano	CPD004	Casa Protetta per disabili	RD5	46
203	CZ	Fondazione U.A.L.S.I. Mons. A. Stanizzi	CPD005	Casa Protetta per disabili	RD5	20
Totale						66
203	CZ	S. Domenico	180054	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	12
203	CZ	San Vito Hospital	180022	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	20
203	CZ	Fondazione Betania ONLUS	180091	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	40
203	CZ	Centro Clinico S. Vitaliano s.r.l.	RSA001	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	20
Totale						92
Totale ASP						246

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
204	VV	S. Antonio	in attesa di codice	Casa Protetta per disabili	RD5	28
Totale						28

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
205	RC	Villa Salus s.p.a.	130019	Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	RD4	20
Totale						20
205	RC	Villa Vittoria	180010	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	20
205	RC	Villa Salus s.p.a.	180041	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	20
205	RC	Nova Salus	180033	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	50
205	RC	Associazione Piccola Opera Papa Giovanni - Centro di Riabilitazione Carlo Pizzi	180087	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	10
205	RC	Associazione Piccola Opera Papa Giovanni - Centro di Riabilitazione Nadia Vadala	180040	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	20
205	RC	Villa S. Agata s.a.s.	180090	Centri di Riabilitazione Estensiva	RRE1 - RRE2	26
Totale						146
Totale ASP						166

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
203	CZ	Centro Clinico S. Vitaliano s.r.l.	RSA001	SLA	RD1	15
Totale						15

Offerta pubblica e privata attivata – Riabilitazione

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
201	CS	Centro Polivalente di Riabilitazione A.I.A.S. sez. Cetraro ONLUS	180014	Centri di Riabilitazione Estensiva		36		36	72
201	CS	Villa Adelchi	180095	Centri di Riabilitazione Estensiva		35		37	72
201	CS	S. Chiara	180096	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
201	CS	Don Milani	180013	Centri di Riabilitazione Estensiva	20				20
201	CS	Riabil Center s.r.l.	180019	Centri di Riabilitazione Estensiva		18			18
201	CS	ANMI SISS s.r.l.	180016	Centri di Riabilitazione Estensiva	20	72		62	154
201	CS	Terme Sibarite s.p.a.	180076	Centri di Riabilitazione Estensiva	20	36			56
201	CS	Fisiocenter s.r.l.	180048	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
201	CS	Centro di Riabilitazione A.I.A.S.	180078	Centri di Riabilitazione Estensiva		78			78
201	CS	Clinic Service Center s.r.l.	180094	Centri di Riabilitazione Estensiva		60		40	100
201	CS	Costruire Il Domani Onlus	180015	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
201	CS	Centro di Riabilitazione ANMIC	180017	Centri di Riabilitazione Estensiva		80		50	130
201	CS	Centro di Riabilitazione San Lorenzo A/S s.r.l.	180018	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
201	CS	Biolife s.r.l.	180075	Centri di Riabilitazione Estensiva	20	36			56
201	CS	ANMI SISS s.r.l.	180077	Centri di Riabilitazione Estensiva		42			42
201	CS	Villa S. Pio s.r.l. Unipersonale	180021	Centri di Riabilitazione Estensiva		36		36	72
Totale					80	673	0	261	1014

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
202	KR	Centro di Riabilitazione ANMIC	180012	Centri di Riabilitazione Estensiva		80		60	140
202	KR	Villa San Giuseppe	RSAA12	Centri di Riabilitazione Estensiva		28			28
202	KR	Centro STARBENE s.r.l.	180011	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
202	KR	Life s.r.l.	180052	Centri di Riabilitazione Estensiva		24		48	72
202	KR	Turano C. & C. s.r.l.	180053	Centri di Riabilitazione Estensiva		36		12	48
Totale					0	204	0	120	324

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
203	CZ	Associazione Comunità Progetto Sud	180092	Centri di Riabilitazione Estensiva	20				20
203	CZ	Associazione Comunità Progetto Sud	180092	Centri di Riabilitazione Estensiva		10			10
203	CZ	S. Domenico	180054	Centri di Riabilitazione Estensiva		30			30
203	CZ	Aquasalus Centro di Riabilitazione Estensiva	180024	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
203	CZ	Fondazione Betania ONLUS	180091	Centri di Riabilitazione Estensiva	20	38	38		96
203	CZ	Centro Cilnico S. Vitalliano s.r.l.	RSA001	Centri di Riabilitazione Estensiva		18		18	36
Totale					40	132	38	18	228

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
204	WV	Casa della Carità	180999	Centri di Riabilitazione Estensiva		57	6		63
Totale					0	57	6	0	63

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
205	RC	Villa Salus s.p.a.	180041	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36

Codice Azienda	ASP		DENOMINAZIONE STRUTTURA		CODICE NSIS	TIPOLOGIA	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
	RC	Coop.									
205	RC		Istituto di Cure Medical & Psychology Soc. R.L.	Coop.	180020	Centri di Riabilitazione Estensiva	20	18		18	56
205	RC		Associazione Piccola Opera Papa Giovanni Onlus		in attesa di codice	Centri di Riabilitazione Estensiva		55			55
205	RC		Centro Ambulatoriale di Psicoterapia, Riabilitazione Logopedica e Psicomotoria SOPHIA s.r.l.		180SS4	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
205	RC		Centro Emmanuele		180SS5	Centri di Riabilitazione Estensiva		48			48
205	RC		Riabilia di Luigi Barillaro & C. S.r.l.		180SS1	Centri di Riabilitazione Estensiva		36		19	55
205	RC		Centro di Riabilitazione Estensiva per Disabili Ambulatoriale ed a Ciclo Diurno		180SS3	Centri di Riabilitazione Estensiva	20	36			56
205	RC		Alfa s.a.s. di Riccardo Tigani		180SS2	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
205	RC		Centro di Fisiokinesiterapia Bagnarese s.r.l.		180032	Centri di Riabilitazione Estensiva		60			60
205	RC		Nova Salus		180033	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
205	RC		Associazione Piccola Opera Papa Giovanni - Centro di Riabilitazione Tripepi Mariotti		180039	Centri di Riabilitazione Estensiva	25				25
205	RC		Associazione Piccola Opera Papa Giovanni - Centro di Riabilitazione Carlo Pizzi		180087	Centri di Riabilitazione Estensiva		60	8		68
205	RC		Associazione Piccola Opera Papa Giovanni - Centro di Riabilitazione Nadia Vadala		180040	Centri di Riabilitazione Estensiva	5				5
205	RC		Casa Serena S. Giovanni Bosco		180088	Centri di Riabilitazione Estensiva	10				10
205	RC		Villa Betania		180089	Centri di Riabilitazione Estensiva	15	80			95
205	RC		Coop. Sociale Skinner s.r.l. Onlus		180038	Centri di Riabilitazione Estensiva	30	114			144
205	RC		Centro Medico e di FKT Dott. P. Crupi S.r.l.		180042	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
205	RC		Villa S. Agata s.a.s.		180090	Centri di Riabilitazione Estensiva		36			36
Totale							125	723	8	37	893

Offerta pubblica e privata attivata – Residenza e semiresidenzialità dipendenze patologiche

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	P.L. SEMI ESIDENZIALI	P.L. RESIDENZIALI
201	CS	L'ULIVO	in attesa di codice		25
201	CS	REGINA PACIS	in attesa di codice		20
201	CS	IL MANDORLO SOC. COOP.	in attesa di codice		30
201	CS	REGINA PACIS	in attesa di codice		15
201	CS	IL DELFINO Eden	in attesa di codice		22
201	CS	REGINA PACIS	in attesa di codice		25
Totale				0	137

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	P.L. SEMI ESIDENZIALI	P.L. RESIDENZIALI
202	KR	CENTRO CAST Onlus	in attesa di codice		15
202	KR	AGORA' KROTON	in attesa di codice		15
202	KR	CO.RI.S.S. DROGA STOP	in attesa di codice	10	
202	KR	EXODUS	in attesa di codice		20
Totale				10	50

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	P.L. SEMI ESIDENZIALI	P.L. RESIDENZIALI
203	CZ	PROGETTO SUD	CTD012 - CTD018	9	23
203	CZ	PROGETTO SUD	CTD033	10	
203	CZ	MALGRADO TUTTO Brutto Anatroccolo	CTD014		20
203	CZ	MALGRADO TUTTO Brutto Anatroccolo	CTD013		24
203	CZ	Centro Calabrese Solidarietà Villa Samuele	CTD015		24
203	CZ	Centro Calabrese Solidarietà Villa Emilia	CTD017	15	30
203	CZ	Centro Calabrese Solidarietà Villa Arcobaleno	CTD036		15
Totale				34	136

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	P.L. SEMI ESIDENZIALI	P.L. RESIDENZIALI
204	VV	MARANATHA' Centro di prima accoglienza	001300		25
204	VV	MARANATHA' Casa degli Alberi	in attesa di codice		18
Totale				0	43

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	P.L. SEMI ESIDENZIALI	P.L. RESIDENZIALI
205	RC	CE.RE.SO. Comunità Archè	018800		15
205	RC	CE.RE.SO. Don Tonino Bello	018700	15	
205	RC	LA CASA del SOLE	018900		30
205	RC	EXODUS - La Casa di Mirrimo	in attesa di codice	10	20
205	RC	EMMANUEL	019000		15
205	RC	Vecchio Borgo	in attesa di codice	15	8
Totale				40	88

Offerta pubblica e privata attivata – Residenzialità Salute Mentale

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
201	CS	Sanigest s.r.l. (ex Villa Augusta)	180138	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	16
201	CS	Terra dei Semplici	180118	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	10
201	CS	La Ghironda	SRRP05	Centro Diurno Psichiatrico		20
201	CS	Lucia Mannella	SRRP16	Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	SRP2	10
201	CS	Il Giardino dei Semplici	SRRP01	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	10
201	CS	Borgo dei Mastri s.r.l.	SRRP20	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	20
201	CS	Borgo dei Mastri s.r.l.	SRRP21	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	SRP2	20

201	CS	Borgo dei Mastri s.r.l.	180145	Residenza Psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale Gruppo di Convivenza	SRP3	6
201	CS	Villa degli Oleandri s.r.l.	180146	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	20
201	CS	Villa degli Oleandri s.r.l.	180146	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	SRP2	20
201	CS	Clinic Service Center s.r.l.	180147	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	20
201	CS	Clinic Service Center s.r.l.	180147	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	SRP2	20
Totale						192

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
202	KR	Verzino Solidale	SRRP12	Residenza Psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	10
202	KR	Carusa	CPD003	Residenza Psichiatrica (trattamenti terapeutico riabilitativo a carattere intensivo)	SRP1	60
202	KR	Spirito Santo	CPD002	Residenza Psichiatrica (trattamenti terapeutico riabilitativo a carattere intensivo)	SRP1	10
Totale						80

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
203	CZ	Redancia Sud s.r.l.	SRRP03	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	20
203	CZ	Villa S. Vincenzo s.r.l.	SRRP18	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	20
203	CZ	Villa S. Vincenzo s.r.l.	SRRP19	Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	SRP1	20
203	CZ	SalusMentis s.r.l.	SRRP14	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	20
203	CZ	SalusMentis s.r.l.	SRRP15	Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	SRP1	20
Totale						100

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
204	VV	Villa Arcobaleno	SRRP13	Residenza psichiatrica ad alto intensità assistenziale	SRP1	8
Totale						8

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.
205	RC	Consorzio Sociale GOEL	SRRP08/180p08	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	SRP1	10
205	RC	Consorzio Sociale GOEL	SRRP09	Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	SRP1	10
Totale						20

ASP	Numero Centri Diurni attivo
Cosenza	8
Crotone	2
Catanzaro	4
Vibo Valentia	1
Reggio Calabria	0
Totale	15

Offerta pubblica e privata attivata – Residenza/ialità Semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

AUTISMO

Codice Azienda/PGa	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
201	CS	ANMI SISS s.r.l.	180016	Centri di Riabilitazione Estensiva	RD3	12	10				22
Totale											22

AUTISMO

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
203	CZ	Centro Riabilitativo Lucrezia	180056	Centri di Riabilitazione Estensiva	RD3	0	10	18	0	0	28
Totale											28

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
205	RC	Fondazione Marino per l'Autismo Onlus	180051	Autismo	RD3	10					10
Totale											10

DCA

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.	Totale
203	CZ	Via Lucrezia della Valle	180056	Centri di Riabilitazione Estensiva		0	10	18	0	18	46
Totale											46

Hospice

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	Domiciliare.
201	CS	Villa Gioiiosa	HSP002	Cure palliative	R1	10	40
Totale							40

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	Domiciliare.
202	KR	San Dionigi Hospital	In attesa di codice	Cure palliative	R1	10	40
Totale							40

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	Domiciliare.
203	CZ	Centro Clinico S. Vitaliano s.r.l.	RSA001	Cure palliative	R1	10	40
203	CZ	Sant'Andrea Hospice	HSPC01	Cure palliative	R1	10	40
Totale						20	80

Codice Azienda	ASP	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE NSIS	TIPOLOGIA	INTESITA' ASSISTENZIALE	P.L.	D.H.	Domiciliare.
205	RC	Fondazione Via delle Stelle	180079	Cure palliative	R1	10	1	40
Totale						10	1	40