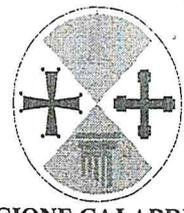




Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO



REGIONE CALABRIA

DELIBERAZIONE DELLA COMMISSIONE STRAORDINARIA (Latella - Tancredi - Gulli) (D.P.R. 13/09/2019 e D.P.R. 17/02/2020)

DELIBERAZIONE N. 770 del 12 / 11 / 2020

OGGETTO: DCA n°65 del 10 marzo 2020 e DCA n° 67 del 16 marzo 2020 Modifiche e integrazioni Deliberazione n°471/2020 - Piano Aziendale di fabbisogno delle prestazioni territoriali ASP di Catanzaro

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Proposta n. 1 del 11.11.2020

Il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è conforme alla legge.

Il Responsabile del procedimento Dr. Maurizio Rocca

Il Direttore Distretto Socio Sanitario Cz Dr. Maurizio Rocca

Il Direttore del Dipartimento: F.to Dott. ssa Maria Rosaria Maione Firma: [Signature]

II DIRETTORE DELL'UOC GREF

- ATTESTA CHE LA SPESA DI € .....SCATURENTE DALLA PRESENTE PROPOSTA E' IMPUTATA AL CONTO ..... DEL BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2020, CHE PRESENTA LA NECESSARIA COPERTURA FINANZIARIA, COSI' COME SI EVINCE DALLA VERIFICA DELLE DISPONIBILITA' PRESENTI SUL SUDDETTO CONTO ALLA DATA ODIERNA.
ATTESTA CHE LA PRESENTE PROPOSTA NON COMPORTA SPESA NE' ALTRI ONERI A CARICO DEL BILANCIO AZIENDALE.

Il Dirigente Amministrativo Il Direttore UOC GREF S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie (Dott. Alberto D'Arro)

Table with 2 columns: Parere del Direttore Amm.vo (Dott. Francesco Marchitelli) and Parere del Direttore Sanitario (Dr. Ilario Lazzaro). Rows: Favorevole (checked) and Contrario (unchecked).

## IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE

VISTO il D.P.R. del 13 settembre 2019 con il quale l'ASP di Catanzaro è stata sciolta ai sensi degli artt. 143 e 146 del D.Lgs. n. 267/2000 e la relativa gestione è stata affidata a una Commissione Straordinaria composta dal Prefetto a.r. Domenico Bagnato, dal Viceprefetto Franca Tancredi e dal Dir.II f. Dott.Salvatore Gulli;

VISTO il D.P.R.25 novembre 2019 di nomina del Prefetto a.r. Gianfelice Bellesini quale componente della predetta Commissione in sostituzione del Prefetto a.r. Domenico Bagnato;

VISTO il D.P.R. 17 febbraio 2020 di nomina del Prefetto a.r. Luisa Latella quale componente della predetta Commissione in sostituzione del Prefetto a.r. Gianfelice Bellesini;

### PREMESSO che:

- con DCA n°65 del 10 marzo 2020, poi rettificato dal DCA n°67 del 16 marzo 2020, è stata approvata la Riorganizzazione della Rete Territoriale nell'ambito del più complessivo Programma Operativo 2019/2021 di cui al DCA n°57 del 26 febbraio 2020;
- il richiamato DCA 65, per come rettificato dal DCA 67, stabilisce che "le Aziende Sanitarie Provinciali devono procedere all'adozione dei nuovi **Piani aziendali inerenti il fabbisogno di prestazioni territoriali**", stabilendo al tempo stesso che "nel dare attuazione alla riorganizzazione della rete territoriale", le medesime Aziende sanitarie "devono procedere, prioritariamente, all'utilizzo delle proprie strutture disponibili sul territorio aziendale";
- i Piani aziendali devono essere approvati con apposito provvedimento Commissariale, chiarendosi quindi la valenza endoprocedimentale dell'approvando documento, Rete territoriale ASP di Catanzaro, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- il documento "Rete territoriale ASP di Catanzaro", da recepirsi con atto formale da parte della Commissione straordinaria, rimane quindi assoggettato a controllo da parte del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro per la definitiva approvazione;
- con deliberazione n°336 dell'1 giugno 2020 si era provveduto ad approvare il *Piano Aziendale di Fabbisogno delle prestazioni territoriali dell'ASP di Catanzaro*
- con nota n°215851 dell'1 luglio 2020 il Dirigente del settore 7 - "Assistenza territoriale - Sistemi alternativi al ricovero e Gestione Territoriale delle epidemie" - provvedeva a comunicare i rilievi al richiamato Piano Aziendale, rimanendo così in attesa di "**nuova formalizzazione del documento**", necessario per operare le conseguenziali modifiche/integrazioni;
- con Deliberazione n°471 del 30 luglio 2020 si è preso atto dei rilievi mossi e di cui alla richiamata nota n° 215851/2020;

**PRESO ATTO** delle osservazioni ulteriori poste dal Dipartimento Regionale Tutela della Salute nel corso della call conference tenutasi il 9 novembre c.a. e riferita al sub livello assistenziale relativo al trattamento delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e, segnatamente, attinenti alla necessità di fare esclusivo riferimento ai setting residenziale e semiresidenziale con esclusione, quindi, di quello ambulatoriale;

**RITENUTO**, pertanto, necessario doversi modificare le tabelle 26 e 27 (pag. 36 del documento del documento già approvato con Deliberazione n°471 del 30 luglio 2020) per come di seguito rappresentato:

Sub livello	Attuale offerta (Centro Lucrezia)			Fabbisogno	
	Residenziale	Ciclo Diurno (semiresidenziale)	Ambulat.	Residenziale	Semiresidenziale
Autismo	0	10	18	12	40

Tabella 26

Sub livello	Proposta	Residenziale	Semiresidenziale
Autismo	Fabbisogno da accreditare	12	20
	Centro Lucrezia	0	20

Tabella 27

**RITENUTO** altresì, per quanto precede, rimodulare il documento, già approvato con deliberazione n°471 del 30 luglio 2020 nei termini di cui ai richiamati rilievi e per gli effetti proporre il nuovo documento "*Rete Territoriale ASP di Catanzaro*", allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**SOTTOLINEATO** come,

- per effetto dell'art. 8 - quater del Decreto Legislativo 502/92 e s.m.i., la qualità di soggetto accreditato con il SSR *non costituisce vincolo (...) a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 - quinquies*;
- l'erogazione di dette prestazioni, con oneri a carico del SSR, sia quindi subordinato alla preventiva stipula dei contratti ex art. 8 - quinquies, definiti in ragione dei complessivi ***criteri programmatori regionali*** e dei ***correlati livelli di finanziamento***;

**RIBADITI** i generali criteri di definizione della riorganizzazione della rete territoriale, così per come identificati dal DCA 65/2020, ed in particolare quello relativo al prioritario utilizzo delle strutture pubbliche disponibili sul territorio aziendale;

**RIBADITO**, altresì, come il presente atto sia privo di immediata esecutività, rimanendo essa stessa subordinata, per come già anticipato nelle premesse, all'approvazione, con apposito provvedimento, da parte del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro;

**PRECISATO** che tutti gli atti inerenti l'autorizzazione alla realizzazione e/o all'esercizio nonché all'accreditamento delle strutture territoriali, adottati successivamente alla data di approvazione del DCA 65, devono essere compatibili e conformi con la rete territoriale di cui all'allegato 1 del medesimo DCA 65;

**RICHIAMATO** il Regolamento Generale di Organizzazione e Funzionamento aziendale (DDG n. 660 del 19.07.2018) e ritenuta la propria competenza;

**RICHIAMATO** il Decreto Ministeriale 28 luglio 1995 n. 523;

**VISTI** gli esiti del procedimento istruttorio espletato dal Responsabile del procedimento designato ai sensi della legge 241/90 e s.m.i. che si condividono;

## **PROPONE**

Per quanto esposto in narrativa, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato, di:

- 1) approvare il documento "**Rete Territoriale ASP di Catanzaro**", allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, predisposto in esecuzione del DCA 65/2020 così per come rettificato dal DCA 67/2020 e dei rilievi posti delle osservazioni ulteriori poste dal Dipartimento Regionale Tutela della Salute nel corso della call conference tenutasi il 9 novembre c.a. e riferita al sub livello assistenziale relativo al trattamento delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e, segnatamente, attinenti alla necessità di fare esclusivo riferimento ai setting residenziale e semiresidenziale con esclusione, quindi, di quello ambulatoriale;
- 2) rinviare a successivo atto la modifica dell'attuale assetto organizzativo aziendale, per la parte che attiene all'area distrettuale;
- 3) trasmettere il presente provvedimento al Commissario ad Acta per il Piano di Rientro per il controllo di merito e la successiva approvazione con apposito provvedimento;

## LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

Riunitasi come di seguito:

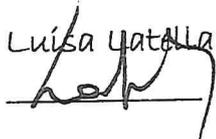
N°	Nome e Cognome	Presenza
1	Dott.ssa Luisa LATELLA	<input checked="" type="checkbox"/> NO
2	Dott.ssa Franca TANCREDI	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
3	Dott. Salvatore GULLI'	<input checked="" type="checkbox"/> NO

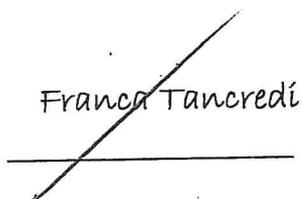
Sulla base della proposta del Direttore del Dipartimento Cure Primarie;

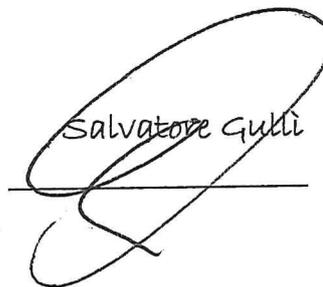
VISTI i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

### DELIBERA

l'immediata esecuzione della proposta.

Luisa Latella  


Franca Tancredi  


Salvatore Gulli  


---

**SI ATTESTA**

Che la presente deliberazione:

- è stata pubblicata all'albo pretorio in data odierna e vi rimarrà per quindici giorni;
- è stata trasmessa al Collegio Sindacale in data odierna;
- è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci in data odierna con nota prot. n° \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti dell'art. 12, comma 4, della legge regionale 23 dicembre 1996, n° 43;
- è stata trasmessa alla Regione Calabria per il controllo preventivo di legittimità in data odierna con nota prot. n° \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 2, della legge regionale 19 marzo 2004, n° 11, e s.m.i.

Catanzaro, 13 NOV. 2020,

**IL DIRETTORE**  
**U.O. AFFARI GENERALI**  
(o Delegato)  
*Dott. Saverio GALATI*

---

---

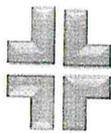
**SI ATTESTA**

- Che la presente deliberazione non è soggetta a controllo preventivo di legittimità ed è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 10, comma 7, della legge regionale 22 gennaio 1996, n° 2.
- Che la presente deliberazione, sottoposta a controllo preventivo di legittimità,
  - è divenuta esecutiva in data \_\_\_\_\_ per decorrenza del termine di cui all'art. 13, comma 2, della legge regionale 19 marzo 2004, n° 11.
  - è stata approvata dalla Regione Calabria con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.
  - è stata annullata dalla Regione Calabria con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Catanzaro, 13 NOV. 2020,

**IL DIRETTORE**  
**U.O. AFFARI GENERALI**  
(o Delegato)  
*Dott. Saverio GALATI*

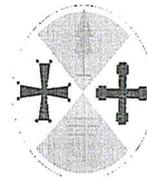
---



S ERVIZIO  
S ANITARIO  
R EGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



*Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie*

## RETE TERRITORIALE ASP CATANZARO

DCA n°65 - 10 marzo 2020  
(rettificato con DCA n°67 del 16 marzo 2020)

## INDICE

1. Premessa	<i>Pag. 2</i>
2. Configurazione dei distretti	<i>Pag. 4</i>
3. Cure primarie	<i>Pag. 7</i>
4. Casa della Salute di Chiaravalle	<i>Pag. 11</i>
5. Modello di presa in carico	<i>Pag. 20</i>
6. Rimodulazione offerta prestazioni semires./residenziali	<i>Pag. 24</i>
7. Cure Domiciliari	<i>Pag. 38</i>
8. Hospice e Cure Palliative	<i>Pag. 40</i>

## ALLEGATI

TAVOLA 1	<i>ANZIANI</i>
TAVOLA 2	<i>DISABILI</i>
TAVOLA 3	<i>RIABILITAZIONE ESTENSIVA</i>
TAVOLA 4	<i>TOSSICODIPENDENZE</i>
TAVOLA 5	<i>SALUTE MENTALE</i>

## 1 - PREMESSA

Il presente documento rappresenta l'elaborazione della proposta di riorganizzazione della rete territoriale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, aderente alle previsioni dei decreti di riordino emanati dal Commissario ad Acta per il Piano di Rientro della Regione Calabria con il DCA n°65 del 10 marzo 2020 e rettificato con il DCA n°67 del 16 marzo 2020.

La proposta aziendale, che ovviamente sostituisce quelle in passato predisposte in coerenza con i DCA 76/2015 - DCA 113/2016 e, successivamente con il DCA 166/2017, mantiene ferma l'organizzazione aziendale già delineata in forza del DCA 130/2015 (*Linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria*) e recepita con DCA 86/2016.

Ancora, si ritiene opportuno sottolineare il riferimento ai contenuti del Programma Operativo 2019 - 2021 (DCA n°57 del 26 febbraio 2020) di cui la Riorganizzazione delle Rete Territoriale rappresenta specifico adempimento.

Proprio in ragione degli obiettivi fissati con il Programma Operativo è oltremodo utile ribadire la necessità di un approccio univoco dell'assistenza territoriale caratterizzata da una pluralità di attori riconducibili alle macroarticolazioni distrettuali, alle articolazioni del Dipartimento di Prevenzione ed a quelle del Dipartimento della Salute mentale e delle Dipendenze.

La coerenza organizzativo - funzionale del livello territoriale rappresenta uno dei principali obiettivi che il SSR deve raggiungere in ragione di una prospettiva unitaria e tale da garantire la complessiva governanceterritoriale da porre, altresì, in continuità con il livello ospedaliero di assistenza, assolutamente necessario per un assicurare una logica processuale nella presa in carico dei pazienti cronici ed in particolare di quelli con multicronicità (Obiettivi di Piano Sanitario).

Centrale, in tale prospettiva, appare la riorganizzazione del *sistema delle cureprimarie* in aderenza al modello delineato con l'approvazione del DCA 65/2018 e delle correlate linee di indirizzo (DCA 161/2018) relativamente alla rimodulazione della medicina generale con la costituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) ed oggetto di proposta aziendale approvata in uno alla Deliberazione aziendale n°64 del 12 febbraio 2020.

Lo stesso Programma Operativo 2019 - 2021 richiama espressamente, nella parte relativa alle azioni da porre in essere in relazione alla Rete Territoriale, la necessità di una governance distrettuale direttamente correlata alla richiamata rimodulazione organizzativa della medicina generale (in linea, peraltro, con la legge n° 189/2012 (*Legge Balduzzi*)).

In premessa, deve ancora sottolinearsi come l'attuale assetto organizzativo aziendale sia connotato per aver identificato il ruolo del distretto, così per come emerge chiaramente dai richiamati atti di programmazione regionale, secondo un approccio di tipo divisionale, per la duplice funzione di *committenza* e, per quanto di diretta afferenza, di *produzione/erogazione* delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Nucleo centrale della programmazione (sia essa ascritta al ruolo diretto di produzione, sia essa viceversa eterodiretta) diviene così la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento ed il ruolo preminente del sistema delle cure primarie e, quindi, della medicina generale.

Nell'ambito della rimodulazione delle attività si è comunque tenuto in debita considerazione l'asse logico-processuale della più complessiva azione territoriale di:

- accesso al sistema curante (PUA);
- valutazione multidimensionale;
- personalizzazione dei percorsi di cura.

Quanto sopra per enfatizzare la vera mission distrettuale, ovviamente indirizzata alla presa in carico dei bisogni assistenziali complessi derivanti dal diffondersi delle cronicità (multicronicità) e delle disabilità che ad esse conseguono.

La logica organizzativa non può che essere orientata all'adeguamento delle risposte assistenziali in ragione della stratificazione degli stessi bisogni che, in ogni caso, deve avere sempre a riferimento un sistema di implementazione della "*promozione della salute*".

Quanto precede, così per come verrà successivamente evidenziato, in aderenza all'art. 21 del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA).

## 2 - CONFIGURAZIONE DEI DISTRETTI

Allo stato attuale l'ASP di Catanzaro si configura per la presenza di 3 aree distrettuali, così per come determinate alla luce del nuovo atto aziendale approvato con DCA n°86/2016 :

- Catanzaro
- Soverato
- Lamezia

La rimodulazione organizzativa è frutto della confluenza degli ex distretti di Catanzaro e Catanzaro Lido nel nuovo **distretto di Catanzaro**, della confluenza degli ex distretti del Lametino e del Reventino nel nuovo **distretto di Lamezia** e dal mantenimento dell'area distrettuale di **Soverato**.

La tabella che segue sintetizza la situazione appena descritta con l'evidenza della popolazione di riferimento:

PREGRESSO ASSETTO	ASSETTO ATTUALE	POPOLAZIONE
Catanzaro	CATANZARO	153.344
Catanzaro Lido		
Soverato	SOVERATO	75.720
Lametino	LAMEZIA TERME	125.720
Reventino		

Tabella 1 - (DATI ISTAT al 31.12.2019)

Deve annotarsi come il Distretto di Soverato (circa 80.000 abitanti) sia sotto soglia rispetto al parametro di 100.000 abitanti definito in sede di programmazione regionale. Tale esigenza scaturisce dalla necessità di far allineare la competenza territoriale distrettuale con quella delle corrispondenti zone sociali (ex Legge Regionale n°23/2003).

La rimodulazione territoriale posta in essere, di fatti, consente di far coincidere il distretto di Catanzaro con le zone sociali di Catanzaro e Catanzaro Lido, il distretto di Lamezia con le zone sociali di Lamezia Terme e Soveria Mannelli, il distretto di Soverato con la zona sociale di Soverato (vedi tabella che segue):

DISTRETTI	ZONE SOCIALI
Catanzaro	Catanzaro
	Catanzaro Lido
Soverato	Soverato
Lamezia Terme	Lamezia Terme
	Soveria Mannelli

Tabella 2

Tale modalità riorganizzativa consente di garantire a pieno l'integrazione tra la programmazione sociale e quella sanitaria così per come definito sia negli atti di programmazione di livello nazionale (Legge 328/2000 e D.Lgs 502/1992 e s.m.i.), sia negli atti di programmazione di livello regionale (L.R. 23/2003).

In questa prospettiva, la riorganizzazione distrettuale prevede il completamento dell'azione di costituzione della rete dei **Punti Unici di Accesso** (d'ora in poi **PUA**), costituita da back office di livello distrettuale (in alcuni casi, anche sub distrettuale) e da front office di riferimento capillarizzati sui territori distrettuali al fine di garantire sempre maggior equità di accesso al sistema curante, così per come di seguito rappresentato.

AREA DISTRETTUALE	Punto Unico di Accesso		UVT
	Back office	Front office	
CATANZARO	Catanzaro Centro	Catanzaro Nord	Catanzaro Nord
		Taverna	
		Tiriolo	
	Catanzaro Lido	Catanzaro Lido	Catanzaro Lido
		Borgia	
		Botricello	

		Sersale	
<b>SOVERATO</b>	Soverato	Soverato	Soverato
		Badolato	
		Squillace	
		Girifalco	
	Chiaravalle C. (CdS)	Chiaravalle C.	Chiaravalle C.
<b>LAMEZIA TERME</b>	Lamezia Terme	Lamezia Terme	Lamezia Terme
		Maida	
		NoceraTerinese	
	Soveria Mannelli	Soveria Mannelli	Soveria Mannelli

Tabella 3

Tale assetto assume estrema rilevanza, non solo in ragione della necessità di integrare il sistema curante a connotazione sanitaria con quello a connotazione sociale, ma anche nel rispetto della logica conferita alla generazione dei flussi informativi NSIS (in particolare del FARE del SIAD).

Richiamando, così per come anticipato in premessa, l'art. 21/DPCM 12 gennaio 2017, il distretto è snodo cruciale nella governance dei percorsi assistenziali integrati, di livello domiciliare - semiresidenziale - residenziale, necessaria per garantire *l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali*.

In ragione di quanto precede il servizio sanitario è tenuto a garantire l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni.

### **3 - CURE PRIMARIE**

La riorganizzazione del complessivo sistema delle cure primarie punta essenzialmente sulla trasformazione del ruolo della medicina generale, così per come preannunciato dall'ACN del 2009, ribadito dalla Legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) e fortemente auspicato dal Patto per la salute 2014-2016 e dal Piano Nazionale della Cronicità.

L'ASP di Catanzaro, per il vero, ha già avviato una specifica sperimentazione di unità complesse delle cure primarie (UCCP), utilizzando il canovaccio e le risorse definiti in sede di obiettivi di Piano Sanitario Nazionale.

Il modello proposto è, peraltro, perfettamente in linea con il DCA n°65/2018 ed integrato con l'atto di indirizzo approvato in uno al DCA n°161/2018.

L'elemento di novità, già sperimentato, che va implementato, è quello di conferire dignità budgetaria alle nuove forme associative della medicina generale.

In altri termini, la definizione di obiettivi di salute, delineati in sede di programmazione regionale e declinati a livello aziendale/distrettuale, dovranno trovare ulteriore estrinsecazione a carico delle forme associative (UCCP/AFT) della medicina generale, attraverso l'estensione a queste ultime del processo di budgeting aziendale. Attenzione dovrà essere posta in maniera particolare alla prevenzione - diagnosi precoce - cura delle più rilevanti cronicità (multicronicità) attraverso la definizione di PDTA condivisi e misurabili.

Il complessivo governo del sistema delle cure primarie, così per come delineato nel nuovo assetto organizzativo aziendale, deve fare ovviamente riferimento alla riorganizzazione distrettuale e, quindi, deve essere posto in capo alle Unità Operative di Cure Primarie distrettuali, con evidente necessità di un coordinamento interdistrettuale con funzioni di omogenizzazione operativa e di interfaccia diretta con la Direzione Strategica aziendale (che nel vigente assetto aziendale viene attribuito al Dipartimento Cure Primarie).

E' di tutta evidenza, quindi, come l'attuazione del richiamato DCA 65/2018 dovrà trovare compimento applicativo in ragione della macro - organizzazione distrettuale.

	Area Distrettuale	Livello organizzativo	PUA - UVT	Front Office
<b>Coordinamento distrettuale</b> [Dipartimento delle Cure Primarie]	<b>Catanzaro</b>	U.O. Cure Primarie Distretto di Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro
				Taverna
				Tiriolo
			Catanzaro Lido	Cz Lido
				Borgia
				Sersale
				Botricello
	<b>Soverato</b>	U.O. Cure Primarie Distretto di Soverato	Soverato	Soverato
				Badolato
				Squillace
				Girifalco
	<b>Lamezia</b>	U.O. Cure Primarie Distretto di Lamezia	Chiaravalle (CdS)	Chiaravalle
			Lamezia	Nicastro
				Maida
			Soveria Mannelli	S. Mannelli
Nocera				

Tabella 4

Alla luce delle indicazioni di cui ai provvedimenti richiamati, l'Azienda ha già provveduto a proporre il nuovo assetto della medicina generale, ovviamente ispirata ai criteri di cui al richiamato decreto ma che ha naturalmente tenuto conto di una serie di fattori ulteriori che possono essere così schematizzati:

- attuale assetto distrettuale (Catanzaro - Soverato - Lamezia): *il governo della medicina generale si attua a livello distrettuale e, quindi, UCCP e AFT devono ovviamente trovare un dimensionamento intra - distrettuale;*
- attuale assetto dell'assistenza primaria: *nel delineare le nuove forme associative è necessario tenere conto degli attuali ambiti di scelta (che allo stato sono sub distrettuali), lasciando poi alla negoziazione aziendale, in costanza dei criteri di cui al vigente ACN, la possibilità di modificare l'attuale assetto, proponendo, se necessario, un ridimensionamento degli stessi ambiti (di livello distrettuale o sub distrettuale ma con modalità differenti da quelle attuali);*

- assetto orogeografico: l'elemento territoriale, peraltro già insito nella definizione dei preesistenti ambiti di scelta, deve ovviamente essere preservato per garantire omogeneità ed affinità di bisogni di salute e, conseguentemente, di correlate risposte assistenziali;

Nel merito poi dell'attivazione delle CURAP (Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria) in allegato viene qui di seguito formulata una proposta di massima che deve ovviamente trovare coerenza e supporto a livello regionale.

La filosofia di fondo non può essere quella di un approccio *on demand*, tipico della sanità di attesa, quanto piuttosto di una centrale territoriale, certamente disponibile ad accogliere le richieste del cittadino, organizzata in modo tale da supportare l'empowerment del cittadino e, quindi, la corresponsabilizzazione nei processi di cura.

L'idea è quella di *prevenire* le richieste di aiuto attraverso un costante monitoraggio dei pazienti cronici (fragili) al fine di garantire l'aderenza ai percorsi di cura ed all'appropriato utilizzo delle risorse assistenziali.

La costituzione di una Centrale Operativa Provinciale (COP) prevede la creazione di un'area di controllo complessivo del territorio (area di governance) a cui sono correlati due sub segmenti:

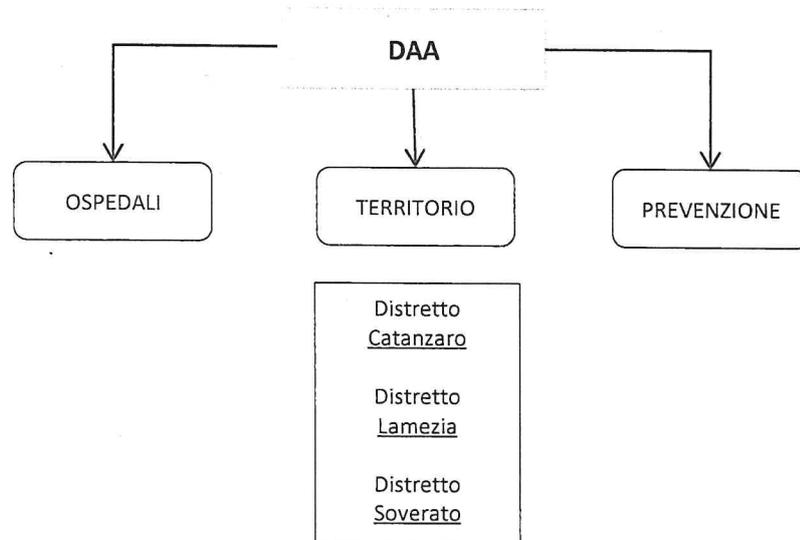
1. area delle cure primarie
2. area dell'integrazione sociosanitaria

Infine deve ribadirsi come la correlazione organizzativo – funzionale delle due anime della medicina generale non sia semplicemente riferibile al ruolo di complementarietà che la continuità assistenziale tradizionalmente assume nei confronti dell'assistenza primaria. La correlazione, viceversa, è da ricercare nella reale integrazione di queste due anime, tale da realizzare concretamente la continuità dei processi di cura, attraverso una completa condivisione clinico – organizzativa e di conseguimento di obiettivi di salute. In particolare si fa riferimento alle aree di integrazione realizzabili attraverso l'istituto del *completamento orario* (dei medici di C.A.) in attività diurne con particolare riferimento all'assistenza ai pazienti fragili (principio programmatico già ampiamente richiamato nella Legge 189/2012).

In questa prospettiva, il riferimento primo rimane quello della medicina generale complessivamente riorganizzata in UCCP/AFT.

Si aggiunga, altresì, che nelle previsioni di cui al DCA n°65, il coordinamento delle complessive attività territoriali, a tutt'oggi demandato al Dipartimento di Cure Primarie per effetto del vigente Atto Aziendale e del correlato Regolamento di funzionamento, può rimanere ascritto alla Direzione

Sanitaria Aziendale, che, nell'ambito di una Direzione Allargata Aziendale (DAA), assume il coordinamento dei distretti al fine di *favorire l'integrazione e lo sviluppo omogeneo dei vari servizi* che operano in ciascun distretto.



#### **4 - CASA DELLA SALUTE DI CHIARAVALLE**

L'ASP di Catanzaro, nelle more della realizzazione dei lavori di ristrutturazione, che saranno avviati da qui a breve in ragione della nuova convenzione stipulata con la Regione Calabria, sin dal gennaio del 2015 ha avviato i servizi della Casa della Salute attraverso il decentramento di tutta una serie di attività e, soprattutto, grazie al ricorso ad un percorso di formazione - azione svoltosi negli anni 2015 e 2016.

Tale specifica attività ha dato luogo alla redazione di un rapporto 2015 (*Una governance comunitaria per la salute Percorso di formazione-azione per la costituzione della Casa della Salute di Chiaravalle*) e di un rapporto 2016 (*Dalla carta dei servizi al sistema integrato della qualità*).

In estrema sintesi, le azioni già poste in essere possono essere così schematizzate:

1. attivazione all'interno della Casa della Salute di una UCCP costituita dai medici di medicina generale operanti nell'ambito;
2. attivazione del punto unico d'accesso (front e back office);
3. attivazione unità di valutazione multidimensionale;
4. attivazione punto di erogazione cure domiciliari;
5. attivazione dei PDTA:
  - a. BPCO
  - b. Diabete mellito
  - c. Ipertensione
6. attivazione ambulatorio infermieristico;
7. attivazione ambulatorio per le fragilità;
8. Integrazione delle attività del consultorio familiare, del dipartimento di salute mentale, del Serd e della neuropsichiatria infantile.

A parte le attività appena elencate deve rammentarsi come nell'ambito della Casa della Salute di Chiaravalle operino già il punto di primo intervento (PIP), la Continuità Assistenziale ed ovviamente i vari ambulatori specialistici.

Da ultimo deve ricordarsi come da dicembre 2015 siano state attivate 15 prestazioni/die di riabilitazione estensiva a ciclo diurno.

Di grande attualità e rilevanza sperimentale appare, ancora, l'attivazione di un Forum dei cittadini che partecipa alle fasi di programmazione delle attività della Casa della Salute.

Al fine di esplicitare ulteriormente il percorso sin qui seguito viene di seguito esibito uno stralcio della relazione redatta a sostegno dello studio di fattibilità della nuova convenzione stipulata con la Regione Calabria (16/10/2017 - rep. atti n°1597) e finalizzata alle modifiche dell'originaria progettazione.

*" .... E' di tutta evidenza come l'aver avviato le attività nel gennaio 2015, è oggi possibile valutare i risultati degli eventuali effetti positivi (benefici) che, in ipotesi, possono dimostrare la fattibilità dell'investimento e quindi la sostenibilità dei costi necessari per operare interventi strutturali e l'ammodernamento tecnologico previsti.*

*Deve ancora sottolinearsi, come in seguito si dirà, che l'impianto organizzativo sotteso al funzionamento della casa della salute è stato pedissequamente improntato alle linee guida regionali approvate con DPGR 185/2012. Nello specifico si è provveduto a declinare tutte le scelte organizzative tenendo a riferimento l'organizzazione in AFO ed in particolare scomponendo l'organizzazione in:*

- *AFO accoglienza, accesso e segretariato sociale;*
- *AFO servizi sanitari (SSA);*
- *AFO servizi socio sanitari (SSS);*
- *AFO servizi ed attività sociali (SAS)*

*Al fine di ottimizzare i costi correlati al personale, la gestione amministrativa è stata improntata ad una trasversalità rispetto alle differenti AFO.*

*Deve a questo punto sottolinearsi come lo sforzo organizzativo sia stato tutto teso, nonostante un'organizzazione per aggregazione funzionale omogenee, a conferire orizzontalità ai processi di cura, che coinvolgono comunque tutte le AFO, e garantire così la necessaria integrazione professionale, organizzativa e istituzionale (comuni, scuola, etc.).*

*In altri termini, partendo da un'accurata diagnosi di comunità, si è provveduto a riempire di specifici contenuti assistenziali (e quindi organizzativi) le differenti AFO.*

*Nell'ambito dell'AFO accoglienza, accesso e segretariato sociale, sono stati quindi attivati il PUA e l'Unità di Valutazione Multidimensionale, definendo uno specifico percorso integrato e disegnando i relativi processi, e le conseguenziali procedure, non trascurando di identificare indicatori di verifica.*

*Per quanto attiene l'AFO servizi sanitari, caratterizzati dalla prioritaria presenza dei MMG, si è abbandonata ovviamente la logica prestazionale provvedendo a caratterizzare percorsi di cura per le patologie croniche di maggiore impatto (diabete mellito, ipertensione arteriosa, BPCO, cure sanitarie domiciliari, scompenso cardiaco).*

*Relativamente all'AFO dei servizi socio sanitari, al fine di valorizzare le esperienze e le professionalità presenti, si è provveduto a delineare l'impianto organizzativo funzionale del consultorio, della riabilitazione estensiva (con percorsi specifici dedicati alla sclerosi multipla ed ai difetti posturali), del centro di salute mentale, del SERT con annesso centro alcoologico, della neuropsichiatria infantile.*

*L'AFO servizi ed attività sociali, in un contesto quale quello calabrese di enorme debolezza delle politiche sociali, oltre al naturale coinvolgimento dei comuni (in particolare di quello di Chiaravalle Centrale) si sono concretizzate alcune esperienze estremamente innovative quali:*

- costituzione forum dei cittadini, che rappresenta un organismo di partecipazione alla vita ed alla gestione della casa della salute, finalizzato a concretizzare un necessario empowerment di comunità.*
- creazione di un punto di ascolto del cittadino autonomamente gestito dalle associazioni di volontariato presenti sul territorio.*
- attivazione di front office collegati al PUA attivi presso i comuni del territorio di riferimento della casa della salute.*

*Sintesi del percorso - La casa della salute di Chiaravalle ha avviato le proprie attività nel gennaio 2015 con l'ingresso dei mmg in un'area dedicata all'interno dell'ex ospedale San Biagio. Detto avvio è stato accompagnato da un percorso di formazione - azione, condiviso con l'Università Magna Graecia di Catanzaro, che si è articolato in due annualità [2015 e 2016] e le cui risultanze sono state oggetto delle richiamate pubblicazioni. Deve annotarsi come tale percorso formativo ha messo insieme tutte le professioni operanti all'interno della casa della salute, comuni e associazioni di volontariato. Si è, innanzitutto, provveduto alla creazione di un Punto Unico di Accesso [PUA], condiviso con i comuni e destinatario di tutte le richieste di accesso al sistema curante. Il PUA, organizzato secondo le indicazioni di cui al DPGR n°12/2011, si è avvalso anche della creazione di una finestra di accesso raggiungibile dal sito web della casa della salute e si è arricchito dell'integrazione di un Punto di Ascolto direttamente gestito dalle associazioni di volontariato e di rappresentanza dei cittadini (tale innovativa scelta di integrazione con tutte le risorse della comunità è stata peraltro oggetto di attenzione da parte dell'Università di Bologna - Centro Studi Internazionali e di altre aziende sanitarie quali quella di Bologna, Parma, Reggio Emilia, della Provincia Autonoma di Trento e di istituti di*

ricerca quale il *CERGAS* Bocconi di Milano). Allo stato è in corso di realizzazione una rete di front office collocati nei comuni dell'area, satelliti del PUA, finalizzata ad una capillarizzazione delle attività di accesso e foriera di stimolo all'integrazione sociosanitaria. Contigua al PUA è l'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (organismo multiprofessionale), deputata alla valutazione dei bisogni complessi ed alla predisposizione di Piani Assistenziali Individualizzati (PAI). Altra scelta strategica è stata la creazione di ambulatori di patologia (BPCO - Diabete - Scompenso cardiaco - Demenze e fragilità, Disturbi da apnee notturne), co - gestiti tra mmg e specialisti di settore. E' stato ancora attivato un servizio di Cure Sanitarie Domiciliari accompagnato da un ambulatorio infermieristico attivo 6 giorni/settimana per 12 ore/die. In stretta correlazione con i servizi ambulatoriali è l'attivazione di una riabilitazione estensiva extra - ospedaliera che eroga prestazioni riabilitative in forma ambulatoriale ed a ciclo diurno. L'obiettivo organizzativo, posto sin dall'avvio delle attività della casa della salute, è stato proprio quello di superare le logiche prestazionali e di disegnare dei Percorsi Integrati di Cura (PIC) caratterizzati dall'orizzontalità dei processi assistenziali (logica processuale) che, peraltro, vanno ben oltre le caratteristiche del PDTA, integrando la componente sociale e di empowerment dei cittadini (si richiamano, a tal proposito, la formalizzazione del punto di ascolto, le iniziative condivise con il volontariato per la presa in carico delle persone fragili, la formazione dei caregiver familiari posta in essere con la collaborazione della cooperativa Anziani e Non Solo di Carpi). In estrema sintesi, quindi, l'approccio organizzativo della casa della salute di Chiaravalle è stato improntato al rispetto di alcuni essenziali e fondamentali principi:

- ✓ superamento delle logiche prestazionali ed affermazione di una logica processuale multiprofessionale;
- ✓ presa in carico globale dei bisogni assistenziali ;
- ✓ integrazione e valorizzazione di tutte le risorse presenti nella comunità;
- ✓ personalizzazione dei processi di cura;
- ✓ empowerment del cittadino

Percorsi integrati di cura (PIC) - Così per come anticipato, la filosofia organizzativa posta in essere, è stata quella di pervenire ad una presa in carico dei bisogni assistenziali che, alla luce dei più moderni orientamenti relativi ai sistemi di cure primarie, tenesse in debita considerazione la valorizzazione di tutte le risorse della comunità e la imprescindibile integrazione con le azioni di protezione sociale (integrazione sociosanitaria). Il percorso di formazione - azione di cui si è detto, ha quindi puntato

sulla costruzione di PIC che, dovendo garantire la presa in carico dei bisogni di salute del singolo e della collettività, traggono origine da alcuni fondamentali principi:

- ✓ integrazione professionale (approccio multiprofessionale in una logica di processo - integrazione professionale ed organizzativa)
- ✓ integrazione tra azioni sanitarie ed azioni di protezione sociale (integrazione sociosanitaria di livello interistituzionale - comuni)
- ✓ corresponsabilizzazione del cittadino e della comunità sul progetto di salute (nella dimensione della persona e comunitaria)

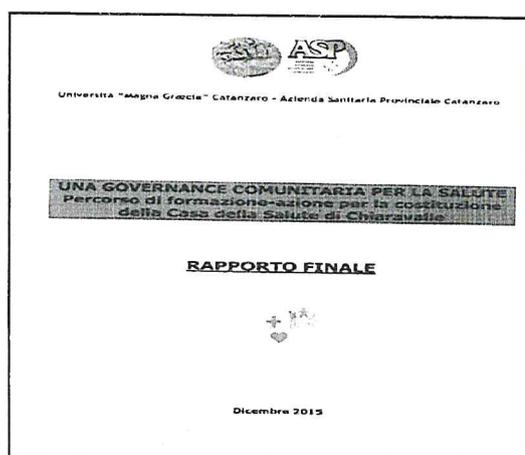
La pubblicazione, allegata, analizza nel dettaglio il percorso compiuto ed in particolare le tabelle, anch'esse allegate e descrittive dei singoli PIC, ne chiariscono i risultati organizzativi. A ciò deve aggiungersi come ci si sia preoccupati del monitoraggio dei PIC, attraverso un'applicazione dei principi della qualità così per come evidente nella pubblicazione 2016. Il percorso sin qui compiuto, quindi, punta ad orizzontalizzazione delle relazioni management - professionisti - cittadini e, quindi, alla costruzione di un progetto comunitario di salute. In tal senso, deve ricordarsi anche la spinta innovativa rappresentata dalla formalizzazione di un forum dei cittadini, costituito dalle associazioni presenti sul territorio, che rappresenta il punto di contatto diretto tra operatori (organizzazione sanitaria) - comuni - cittadini e che consente di esaltare il ruolo di co - protagonismo della comunità nell'ambito della tutela del "bene comune" salute.

Risultati. Avendo la casa della salute di Chiaravalle, **unico esempio in Calabria**, avviato le proprie attività sin dal gennaio 2015, non si tratta adesso di supportare il progetto con ipotesi di vantaggio economico<sup>1</sup> che l'investimento comporterebbe quanto, piuttosto, di esibire i risultati già ottenuti nel biennio 2015/2016 e che, la rivisitazione strutturale oggi proposta esalterebbe in termini di visibilità, di coerenza degli spazi in relazione alle soluzioni organizzative già adottate e rodiate, di riduzione dei costi di gestione.

Rendicontazione sociale. Gli operatori della casa della salute hanno avviato, sempre nella direzione della condivisione con la comunità delle scelte e della programmazione sociosanitaria integrata, un'annuale rendicontazione sociale delle attività che si è concretizzata il 2 - 3 dicembre 2015 e l'1 - 2 dicembre 2016 in occasione di apposito convegno e presentazione dei relativi rapporti annuali.

---

<sup>1</sup> Nel senso del miglioramento della qualità dell'assistenza e nel senso della value che l'investimento comporterà



*Analisi dei risultati. Rifacendosi all'analisi SWOT predisposta nello studio di fattibilità in precedenza esibito vengono adesso analizzati i differenti elementi presi in considerazione.*

*a) Punti di forza (S)*

*a.1) Risparmi costi di gestione ex P.O.*

*Tale risultato si è concretizzato innanzitutto attraverso la riduzione del personale precedentemente operante nell'ex P.O. San Biagio con una netta riduzione stimabile in circa il 40%, e con la correlata dismissione del Laboratorio Analisi ed attivazione di un point off care. Si sottolinea come la realizzazione della nuova struttura, di superficie nettamente inferiore rispetto a quella dell'attuale sede, consente un'ulteriore contrazione dei costi relativi alla gestione dei servizi comuni (riscaldamento, pulizie, rifiuti speciali, etc.).*

*a.2) Razionalizzazione costi strutture territoriali.*

*L'attivazione della casa della salute ha consentito la dismissione dei locali che ospitavano il Polo Sanitario Territoriale di Chiaravalle Centrale con conseguente cessazione di tutti i costi connessi alla gestione di tale struttura.*

*a.3) Così per come si è già detto in premessa sin da Gennaio 2015 è stato attivato il PUA ai servizi territoriali i che rappresenta elemento di facilitazione all'accesso al sistema curante.*

*a.4) Aumento distribuzione diretta dei farmaci.*

*Tale condizione è stata di fatto inibita dalla introduzione, su livello regionale, della distribuzione per conto, limitando quindi la distribuzione diretta ai soli farmaci in fascia H.*

*b) Punti di debolezza (W)*

*b.1) Costo dell'investimento.*

*La considerazione già espressa relativamente alla riduzione della superficie della nuova struttura (dagli attuali 7500 mq si passerà ad una struttura di 4000 mq) consente di affermare come verranno dimezzati gli attuali costi strutturali di gestione, consentendosi così di rendere più efficiente la struttura controbilanciando così il costo dell'investimento.*

*b.2) costo piano di formazione e comunicazione. L'azienda ha già provveduto ad esaurire il piano di formazione biennale (2015-2016) grazie alla collaborazione dell'Università Magna Grecia con la realizzazione del progetto di formazione azione " una governance comunitaria per la salute" (2015) e con la "costruzione della carta della salute del cittadino" (2016). Tali eventi, accompagnati da specifiche pubblicazioni e dall'organizzazione di due convegni (rendicontazione sociale) hanno completato anche la fattispecie relativa alla comunicazione.*

*c) Opportunità (O).*

*Il nuovo approccio organizzativo - funzionale offre l'opportunità offerte di riduzione dei ricoveri impropri e dei codici bianchi in pronto soccorso. Per quanto attiene alla deospedalizzazione dei malati cronici emerge chiaramente l'incremento dei pazienti presi in carico dal servizio di cure sanitarie domiciliari. Per quanto attiene poi all'integrazione tra medicina generale e specialisti si ribadisce come da gennaio 2015 i MMG siano ospitati all'interno della casa della salute e di come tutti i percorsi integrati di cura siano stati realizzati grazie alla stretta collaborazione professionale tra MMG, Specialisti e tutte le altre figure professionali esistenti all'interno della casa della salute. salute.*

*d) Rischi (T).*

*d.1) Cambio di abitudini.*

*L'attività di formazione estesa ai cittadini per il tramite della partecipazione delle associazioni di rappresentanza e l'attività di comunicazione ha concretizzato quell'empowerment di comunità necessario per orientare le abitudini e corresponsabilizzare i cittadini anche nel merito del corretto utilizzo delle risorse.*

*d.2) Efficacia comunicazione interna ed esterna.*

*Così per come più volte anticipato l'attivazione di un forum dei cittadini, l'attivazione di un punto di ascolto gestito dalle associazioni di volontariato e gli incontri periodici con i sindaci dell'area di riferimento hanno trasformato quello che poteva rappresentare il rischio di ostacolo alla realizzazione della casa della salute in una stretta alleanza con la comunità. Tale processo si è avvalso peraltro dell'attivazione di un percorso formativo specifico dedicato ai caregiver familiari ed al confronto tra cittadini e operatori della casa della salute.*

*d.3) Integrazione professionale.*

*Così per come si è ampiamente e più volte detto la scelta formativa di coinvolgere a tutto spessore le professionalità che operano all'interno della casa della salute, ha consentito di trasformare anche tale possibile rischio in un punto di forza testimoniato dalla costruzione condivisa di percorsi integrati di cura.*

*Da ultimo, in relazione al cambio di abitudini ed alla efficacia della comunicazione non può trascurarsi di sottolineare l'attivazione di un percorso di formazione-lavoro avviato con gli Istituti superiori di istruzione che hanno avuto ad oggetto la tutela della salute.*

*Informatizzazione casa della salute.*

*Il DDGR 1766 del 23 dicembre 2013 ha definito le linee guida relative alla informatizzazione delle case della salute.*

*L'attuazione delle richiamate linee guida, peraltro finanziate, presupponevano lo sviluppo di un progetto regionale che non ci pare oggi ancora delineato.*

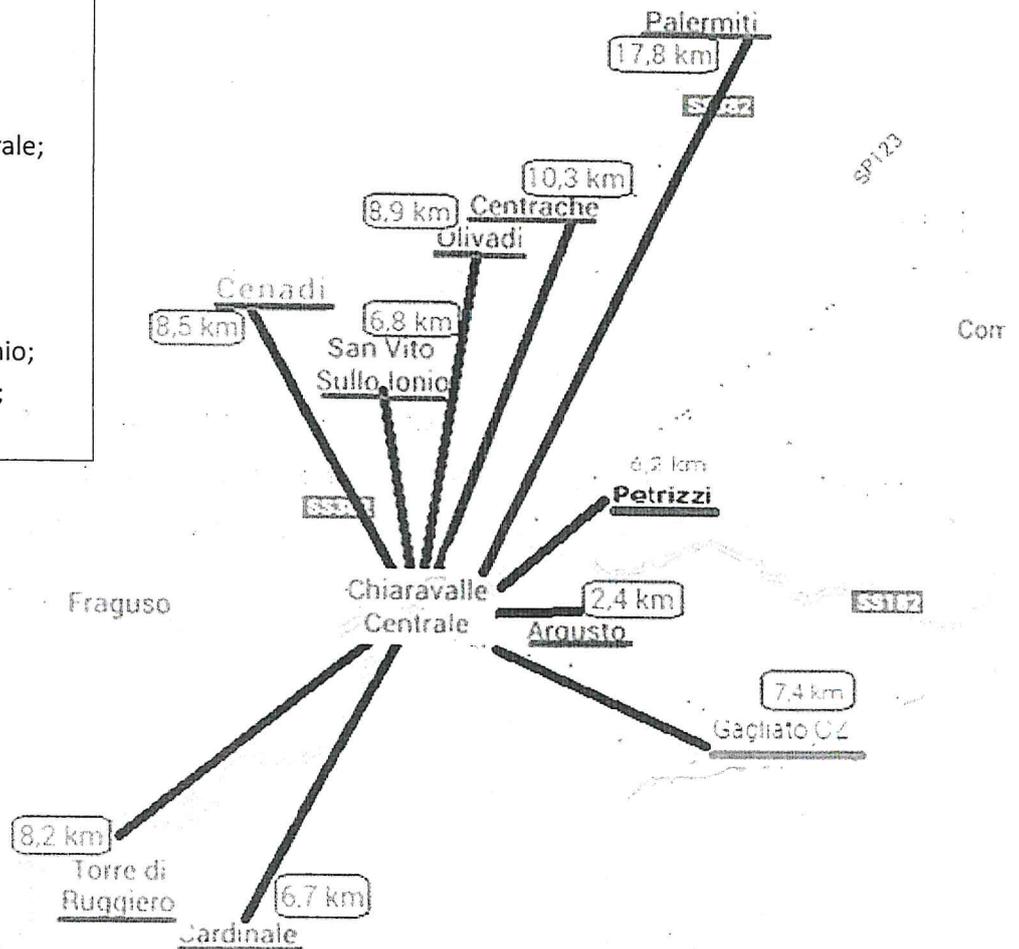
*Per quanto precede, le attività della casa della salute di Chiaravalle centrale hanno seguito l'impianto già esistente del sistema informativo regionale.*

*Nello specifico il PUA, la gestione dell'unità di valutazione multidimensionale, la gestione delle cure sanitarie domiciliari, della salute mentale e nella neuropsichiatria infantile e delle attività consultoriali si sono avvalse della piattaforma afferente al progetto Sigemona.*

Le attività specialistiche utilizzano il sistema aziendale mentre la medicina generale ha continuato ad utilizzare gli applicativi in uso, estendendosi l'accesso anche ai medici di continuità assistenziale per la completa gestione dei pazienti anche nelle ore notturne.

E' attivo, seppur in forma sperimentale, un servizio di telemonitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare che riguarda però un numero esiguo di pazienti.

- Argusto;
- Cardinale;
- Cenadi;
- Centrache;
- Chiaravalle Centrale;
- Gagliato
- Olivadi;
- Palermiti
- Petrizzi;
- San Vito sullo Jonio;
- Torre di Ruggiero;



## **5 - MODELLO DI PRESA IN CARICO**

Per consolidata esperienza nell'ASP di Catanzaro è di fatto già ampiamente attivo un governo delle attività assistenziali destinate ai bisogni complessi attraverso la costruzione di un complessivo processo assistenziale che viene qui di seguito schematizzato:

1. *fase dell'accesso*: si concretizza attraverso la richiamata rete dei punti unici di accesso declinata nella sua duplice funzione di front e back office;
2. *fase della valutazione dei bisogni*: le unità di valutazione multidimensionale, di livello distrettuale, attraverso l'utilizzo delle schede SVAMA e SVAMDI, definiscono setting assistenziali e piano assistenziale individualizzato;
3. *fase della presa in carico*: si realizza attraverso la attivazione dei diversi servizi distrettuali, primo fra tutti quello di assistenza domiciliare.

Da ultimo devono ricordarsi due elementi di estrema importanza. Il primo relativo alla circolarità del sistema garantito dalle periodiche e programmate rivalutazioni, il secondo dalla attivazione di procedure di dimissioni protette che garantiscono continuità di cura nelle fasi di passaggio dall'ospedale al territorio. Tale modalità di garanzia assistenziale non ha coinvolto esclusivamente i presidi ospedalieri aziendali ma anche l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini e le Case di Cura accreditate (la piattaforma SIGEMONA consente di realizzare una costante gestione informatica dei processi territoriali, garantendosi al tempo stesso la generazione dei relativi flussi NSIS).

Così per come già anticipato, il modello organizzativo ed il conseguenziale processo assistenziale, assume perfetta coerenza con quanto delineato dall'art. 21 del DPCM del 12 gennaio 2017 (*Percorsi assistenziali integrati*).

L'accesso al sistema curante, qualora i bisogni assistenziali necessitino della definizione di un percorso integrato, viene garantito dai Punti Unici di Accesso (PUA), organizzati in ragione di quanto già chiarito nel capitolo 2 del presente documento.

Quanto precede, peraltro nel rispetto dei criteri di cui al DPCM del 14 febbraio 2001 e della correlata regolamentazione di livello regionale.

La fase di richiesta di assistenza, molto spesso avanzata dal medico di medicina generale del cittadino (ma anche da comuni, presidi ospedalieri, case di cura, etc.), viene presa in carico valutata, a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, con la finalità di definire un progetto assistenziale individuale, nel rispetto del setting assistenziale più appropriato (appropriatezza di livello).

Qui di seguito, a mero titolo esemplificativo, viene riportato il grafico relativo alle dimissioni protette effettuate tra A.O. Pugliese – Ciaccio e Distretti dell'ASP.

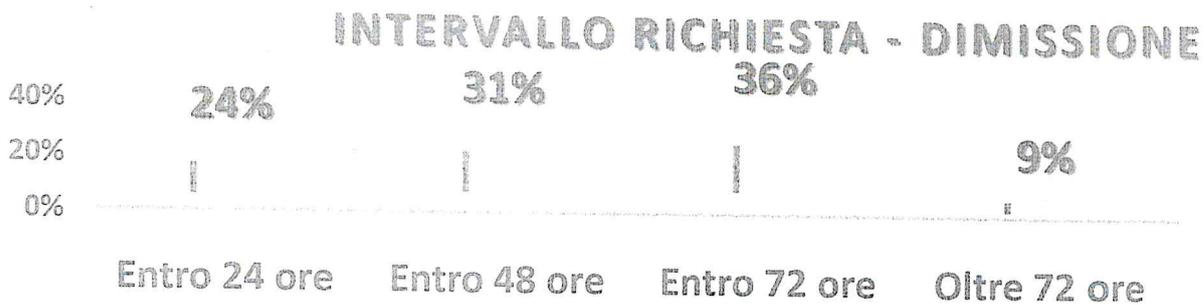
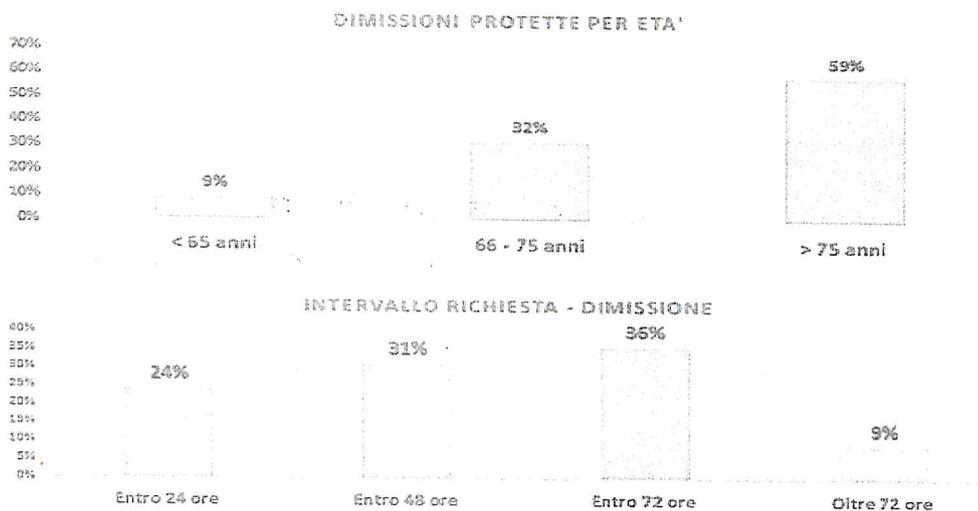


Tabella 5



## REPARTO DI PROVENIENZA

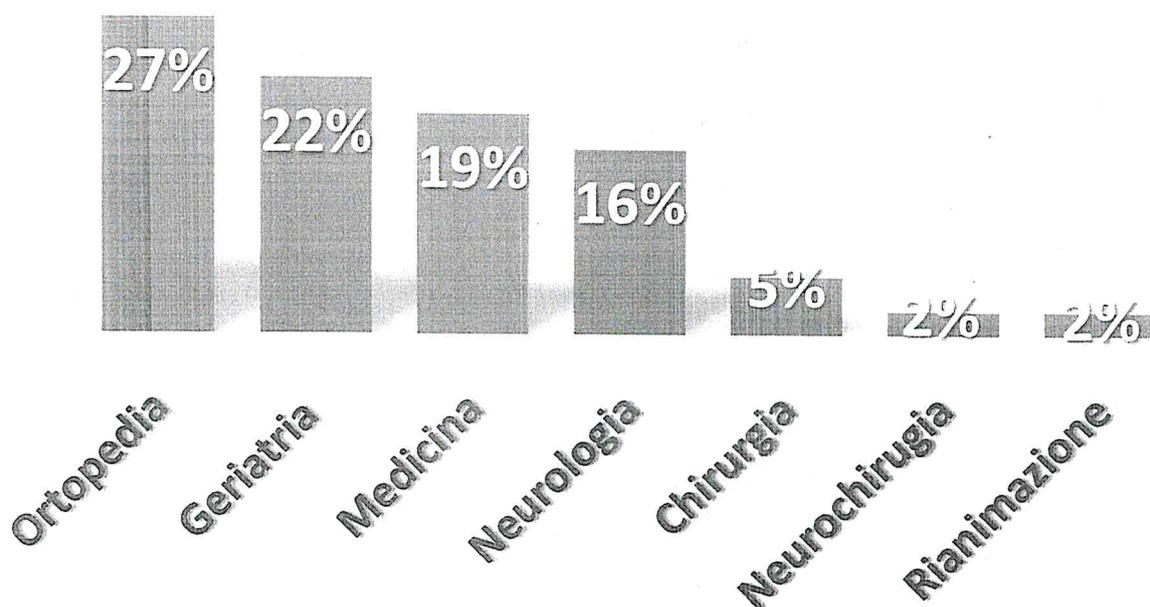


Tabella 6

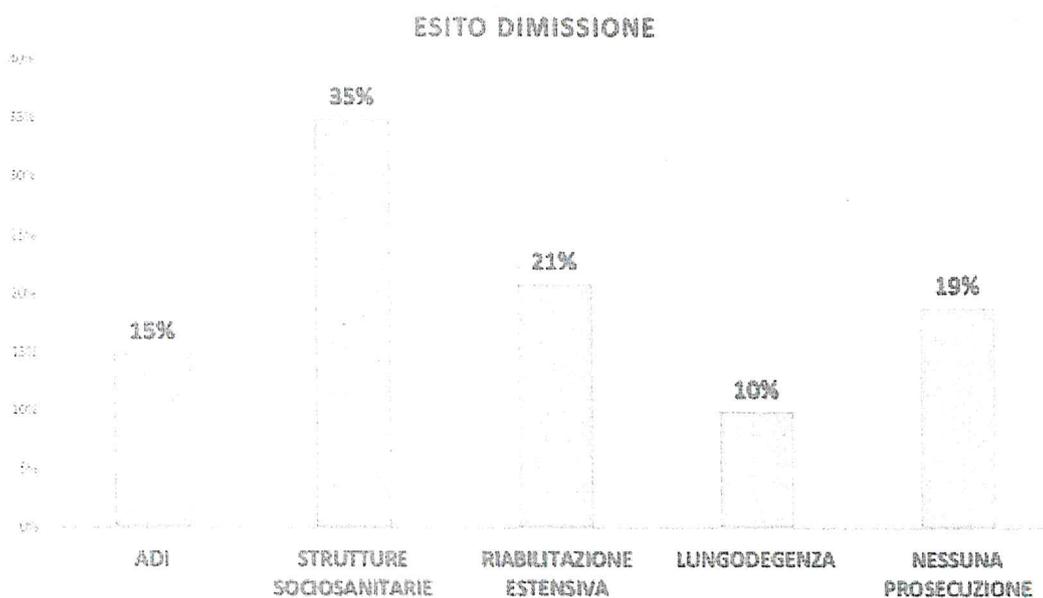


Tabella 7

Quanto sin qui esposto, conferma l'aderenza del complessivo processo di definizione dei percorsi assistenziali integrati alle determinazioni di cui all'art. 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, sia sotto il profilo organizzativo (rete dei PUA), sia sotto il profilo più dettagliatamente funzionale.

I punti chiave che caratterizzano la garanzia della presa in carico della persona sono compiutamente ripercorsi:

- accesso unitario (rete dei PUA)
- valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali (Unità di valutazione: medico del distretto, assistente sociale, infermiere professionale, MMG/PLS con integrazione, in ragione della peculiarità del caso, dagli specialisti (geriatra, fisiatra, etc.) e/o dai servizi interessati (CSM, NPI, etc.)
- definizione di un progetto di assistenza individuale (PAI)
- rivalutazione periodica dei bisogni ed aggiornamento del PAI

Così per come già chiarito, infine, la condivisione di procedure di dimissioni protette ospedale - territorio consente di garantire, nella delicata fase di passaggio da un ambito di cura (ospedaliero) ad un altro (territoriale), la continuità / unitarietà del processo di presa in carico.

## 6 - RIMODULAZIONE OFFERTA PRESTAZIONI SEMIRESIDENZIALI/RESIDENZIALI

Il DCA n°65 DEL 10 marzo 2020, così per come rettificato dal DCA 67 e che nei fatti sostituisce il DCA 166/2017, ridetermina il complessivo fabbisogno relativo all'offerta di prestazioni residenziali - semiresidenziali, riconducendola agli standard nazionali e adeguando la complessiva rete a quanto definito dal DPCM del 12 gennaio 2017.

In premessa occorre precisare come la proposta aziendale sia **fortemente condizionata**, soprattutto per le aree degli anziani non autosufficienti, delle disabilità, della salute mentale e delle dipendenze dall'attuale e **storico** sistema d'offerta caratterizzato da evidenti fenomeni di frazionamento (presenza di molte strutture in cui non è possibile prevedere il rispetto del criterio del dimensionamento, necessario per garantire nell'ambito della medesima struttura più setting assistenziali) e da una distribuzione territoriale non sempre correlata ai singoli bacini d'utenza.

Questa premessa vale a chiarire le difficoltà operative di conferire piena concretezza ai criteri generali di applicazione del DCA 65, fortemente condizionata, lo si ribadisce, dall'attuale composizione del sistema di offerta, quasi completamente assicurata da strutture private accreditate.

La prima considerazione che deve essere offerta, prima di entrare nel dettaglio della presente riorganizzazione, va senza dubbio riferita alla *territorializzazione dell'offerta* in ragione della situazione di partenza che certamente è sbilanciata a favore del territorio dell'ex AS 7 di Catanzaro [aree distrettuali di Catanzaro e Soverato].

Distribuzione Popolazione nelle due ex AS

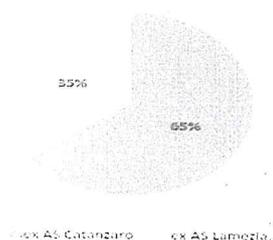


Tabella 8

Tale dato, confrontato con quello relativo all'attuale offerta di posti letto (anziani, disabili e riabilitazione estensiva a ciclo continuativo) chiarisce i termini e l'entità dello sbilanciamento a cui si è fatto prima riferimento.

Per quanto attiene all'area anziani, allo stato l'81,4% dell'offerta è allocata nell'ambito territoriale dell'ex AS 7 mentre il restante 18,6% è situato nell'area ex AS 6.

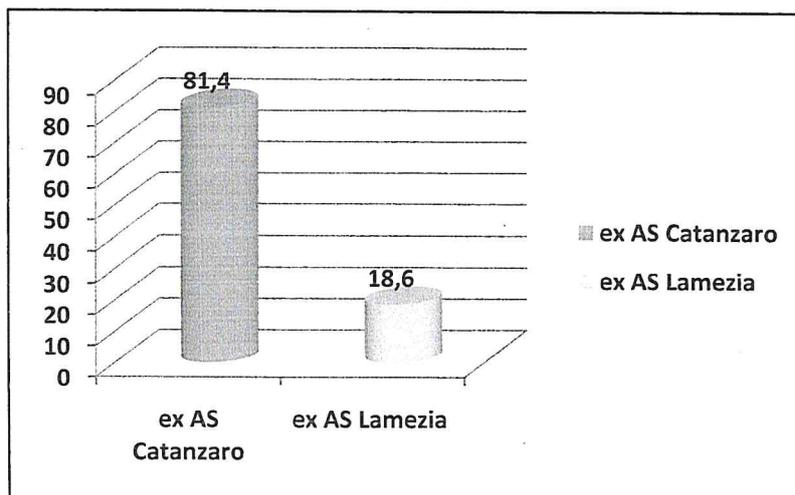


Tabella 9

con una distribuzione distrettuale composta per come indicata dal grafico che segue.

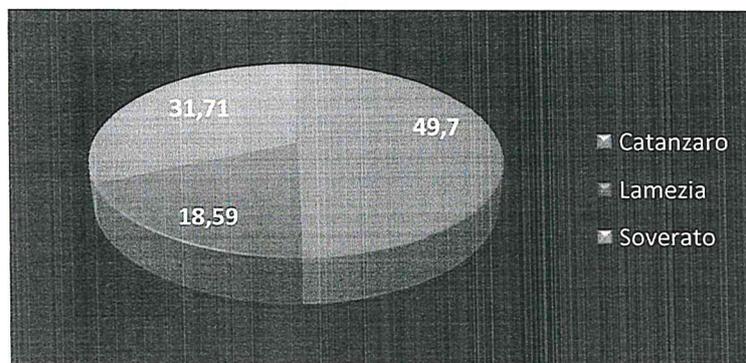


Tabella 10 - Totale offerta per anziani

I grafici che seguono consentono, inoltre, di delineare nel dettaglio l'attuale distribuzione territoriale delle RSA e delle CP per anziani nelle tre aree distrettuali di Catanzaro, Lamezia e Soverato.

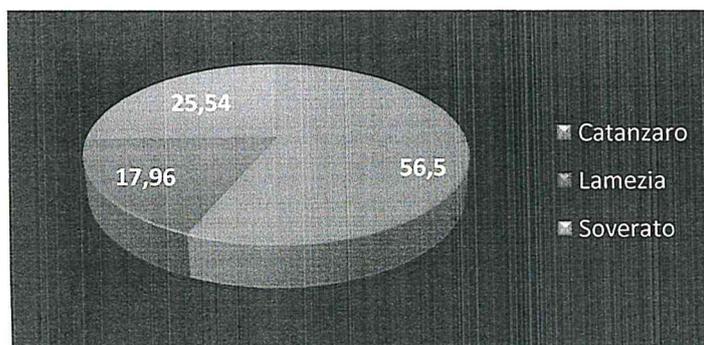


Tabella 11 - RSA anziani

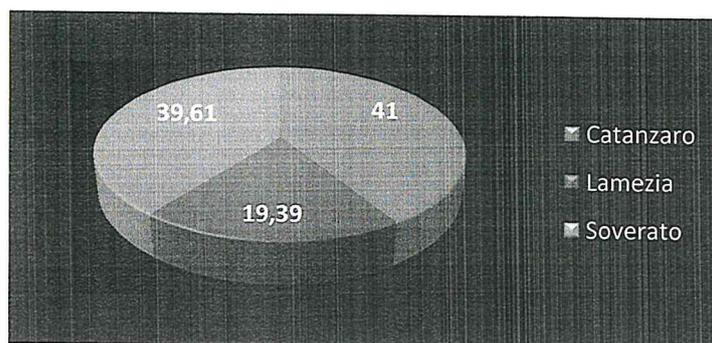


Tabella 12- CP anziani

Per quanto attiene poi all'area delle **disabilità**, per la quale si è tenuto conto del criterio guida della programmazione (posti di RSA d - CP d - RECC), si conferma lo squilibrio territoriale tra le due aree di Catanzaro e Lamezia

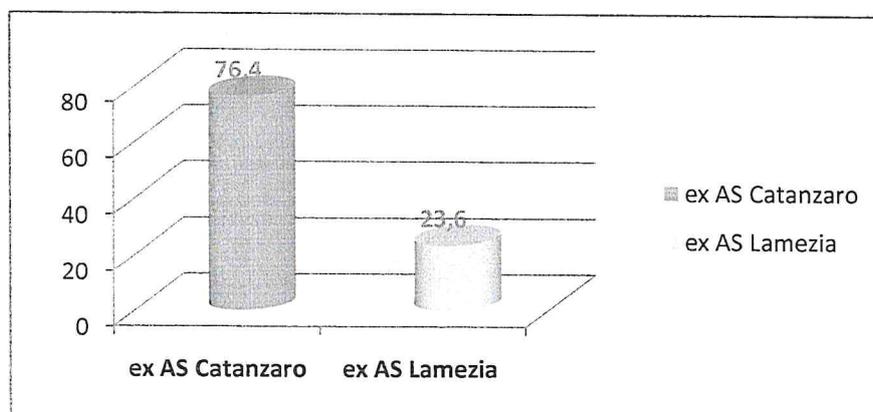


Tabella 13

con un dettaglio distrettuale che viene esposto nei grafici che seguono

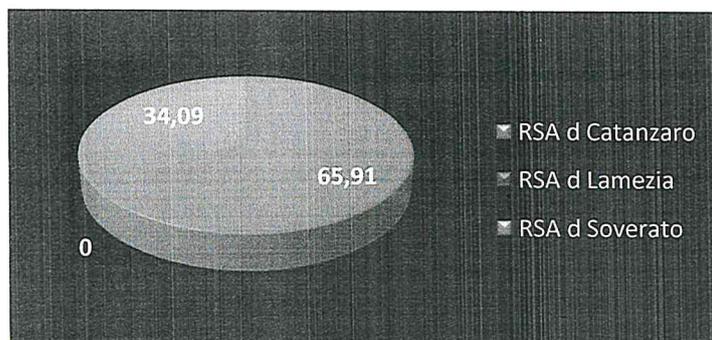


Tabella 14 - RSA disabili

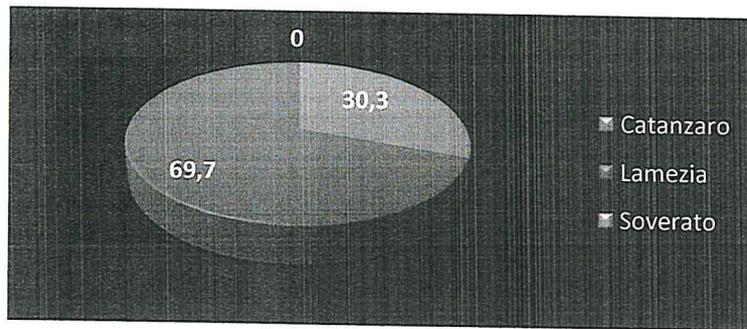


Tabella 15- CP disabili

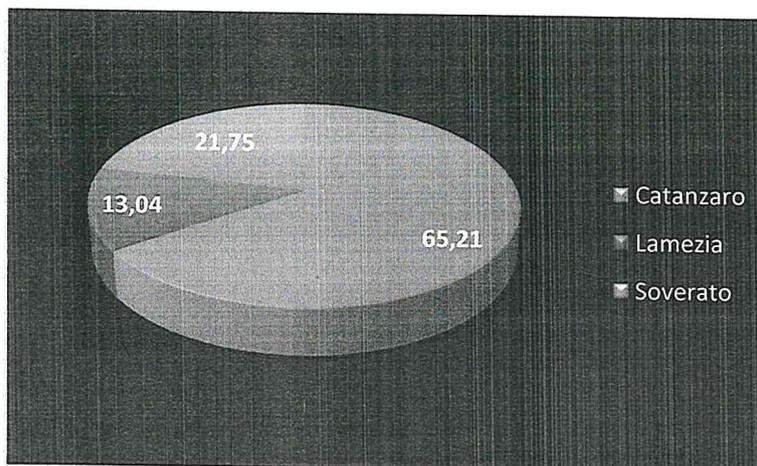


Tabella 16 - *Riabilitazione Estensiva a Ciclo Continuativo*

Con la finalità di provvedere all'adeguamento dello specifico sub - livello assistenziale, è necessario operare un'immediata correlazione tra l'attuale sistema d'offerta ed i nuovi standard delineati con il medesimo DCA 65.

Nello specifico, le tabelle che seguono sintetizzano la situazione dettagliata per i differenti sub livelli:

Area	Tipologia Struttura	Attuale Offerta	Rimodulazione		
			Posti letto/prestazioni	Δ	Percentuale
Anziani	RSAm (R1)	0	82	+82	+100%
	RSAa (R2)	462	395	-67	-16,9 %
	CPa (R3)	361	346	- 15	-4%
	Totale	823	823	0	0

Tabella 17

Tale sintesi deve comunque essere integrata dalla necessità di attivazione dell'offerta relativa alla semiresidenzialità per anziani, ad oggi non garantita, che nelle previsioni del DCA 65 prevede:

- ✓ 55 posti (SR1)
- ✓ 55 posti per demenze (SR2d)

Tenendo presente, così per come chiarito dal DPCM del 12 gennaio 2017, che:

- l'assistenza nelle strutture R1 ha una durata massima di 60 gg. e deve prevedere una quota di posti letto da riservare ai ricoveri da dimissioni protette dall'ospedale,
- la durata degli affidi nelle strutture R2 deve essere di norma non superiore a 60 gg. e che una quota (fino al 20% del totale) deve essere riservato a pazienti affetti da demenza,

i **criteri** da adottare nella rimodulazione dell'offerta, così per come delineati dal DCA 65, sono essenzialmente riconducibili a:

1. dimensionamento delle strutture (possibilità di moduli di diverso livello di assistenza nella stessa struttura, compresi anche i moduli di semiresidenzialità),
2. distribuzione territoriale (le strutture R1 devono essere collocate nei centri a maggiore densità abitativa, compresi anche i moduli di semiresidenzialità)
3. coperture zone carenti (l'attivazione di nuovi posti letto deve privilegiare le zone caratterizzate da un'offerta carente)

**La tavola 1**, allegato quale integrante e sostanziale del presente documento, schematizza la proposta riorganizzativa proposta dall'ASP di Catanzaro, alla luce dell'attuale sistema di offerta accreditato.

Detta proposta, senza mortificare l'attuale sistema d'offerta, tende, nei limiti del possibile a riequilibrare la distribuzione territoriale e di creare, seppur con molti limiti, la creazione di alcune strutture che riescono a garantire la compresenza di più setting (per come auspicato dal DCA 65).

Per quanto attiene alle RSA m (R1) la proposta, nell'ambito della complessiva rimodulazione, prevede una riconversione già definita nell'area di Catanzaro per un totale di 40p.l. Deve rammentarsi come, così per come da indicazioni del DCA 65, le strutture R1 dovrebbero comunque essere il più prossime possibile ai grandi centri urbani ed alle strutture ospedaliere.

Nell'ambito della definizione della specifica offerta, alla luce della riconversione proposta e relativa a soggetti già accreditati per 40 p.l. (tavola 1), si prevede un fabbisogno di n°22 posti letto da realizzare a cura dell'ASP (struttura pubblica) ed un'ulteriore disponibilità di n°20 posti letto da riservare alle richieste di nuovo accreditamento riservate all'offerta privata da individuare preferibilmente nell'area territoriale di Lamezia.

I *nuclei demenza* (R2D), di nuova istituzione ed in numero pari a 80 (quantificati nel 20% del totale dei p.l. di R2), sono stati così distribuiti:

- 40 nell'area territoriale di Catanzaro
- 30 nell'area territoriale di Lamezia
- 10 nell'area territoriale di Soverato

Le prestazioni semiresidenziali per anziani (SR1 - SR2d), anch'essi di nuova istituzione, sono stati così suddivisi:

- 60 nell'area di Catanzaro
- 30 nell'area di Lamezia
- 20 nell'area di Soverato.

Per quanto attiene all'area della disabilità il DCA 65 aggrega differenti setting assistenziali che vengono qui di seguito elencati:

- ✓ RD1 - Residenza SLA
- ✓ RD4 - RSA disabili
- ✓ RD5 - CP disabili

Andando poi al dettaglio dell'attuale offerta e della definizione del fabbisogno, nell'*area disabili* viene, altresì, inclusa la Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo (RECC).

Escludendo, per il momento i 15 posti letto già attivi di **RD1 (SLA)**, che nel fabbisogno stimato dovrebbero essere ridotti a 7, la complessiva situazione può essere così sintetizzata.

Area	Tipologia Struttura	Attuale Offerta
	RSAd (RD4)	
		10 pubblici
CPd (RD5)		66
		30 pubblici
	RECC	92
	Totale	286

Tabella 18

Nella descrizione dell'offerta pubblica da realizzare vengono, altresì, inseriti 18 posti letto di RECC da realizzare presso la Casa della Salute di Chiaravalle.

La nuova configurazione strutturale - organizzativa della Casa della Salute di Chiaravalle, così per come concordata in sede regionale con la stipula della nuova convenzione (del 16/10/2017), non

prevede più la realizzazione di posti letto di RECC ma, piuttosto, di riabilitazione estensiva a ciclo diurno e di riabilitazione estensiva ambulatoriale.

La realizzazione di posti letto di RECC, difatti, sarà destinata al Polo ASP - INAIL di Lamezia per garantire, in contiguità funzionale, tutti i differenti setting riabilitativi comprendenti anche la riabilitazione intensiva (cod. 56).

A fronte del fabbisogno stimato (tabella 13 - DCA 65) il **totale dell'offerta attuale e programmata** ammonta a 264 posti complessivi con una riduzione che viene stimata in - 34 posti.

Coniugando, quindi, tutte le considerazioni sin qui espresse, la tabella che segue rappresenta la complessiva articolazione del processo di rimodulazione

Area	Tipologia Struttura	Attuale Offerta	Rimodulazione	
			Posti letto/prestazioni	Δ
Disabili	SLA (RD1)	15	7	-8
	RSAd (RD4)	88	62	-26
		10 pubblici		
	CPd (RD5)	66	58	-8
		30 pubblici		
RECC	92	104	+ 12	

Tabella 19

In fase di rimodulazione sarà necessario tener conto che l'offerta programmata viene ricondotta a 264 con una differenza complessiva, quindi, di - 34 posti letto che **contrae** l'attuale offerta di RD4 ed RD5.

Per quanto attiene ai criteri<sup>2</sup> programmatori da adottare, il DCA 65, fa espresso riferimento a:

1. dimensionamento delle strutture (possibilità di moduli di diverso livello di assistenza nella stessa struttura),
2. distribuzione territoriale (le strutture a vocazione *specialistica* devono essere collocate nei centri a maggiore densità abitativa, compresi anche i moduli di semiresidenzialità)

<sup>2</sup> i medesimi criteri trovano indicazione, ovviamente, anche per le strutture che erogano riabilitazione estensiva

3. coperture zone carenti (l'attivazione di nuovi posti letto deve privilegiare le zone caratterizzate da un'offerta carente)

**La tavola 2**, allegato quale integrante e sostanziale del presente documento, schematizza la proposta riorganizzativa proposta dall'ASP di Catanzaro, alla luce dell'attuale sistema di offerta accreditato.

Utilizzando il criterio di dover privilegiare l'offerta pubblica, il fabbisogno stimato riduce l'offerta già accreditata che, peraltro, garantisce bisogni storicamente consolidati con la naturale conseguenza di dover provvedere a ricollocare, in maniera probabilmente inappropriata, gli attuali ospiti.

La riduzione dei posti relativi al setting RD4 (- 26 p.l.) è percentualmente pari al - 29% mentre quella relativa al setting RD5 (- 8 p.l.) è pari al - 12%.

Al fine di agire in modalità equa, senza cioè fare riferimento ad opinabili ulteriori criteri, così per come si evince dalla richiamata tavola 2, si è quindi proceduto ad una riduzione percentuale del -29% per le strutture RD4 e del -12% per le strutture RD5.

Per quanto attiene alla **riabilitazione estensiva**, ribadendo quanto già chiarito per la Riabilitazione Estensiva a Ciclo Continuativo (RECC), inserita nell'alveo dell'area disabili, la tabella che segue espone la complessiva situazione

Area	Tipologia Struttura	Attuale Offerta	Rimodulazione		
			Posti letto/prestazioni	Δ	Percentuale
Riabilitazione	RE a ciclo diurno	17.400 <sup>3</sup>	25.540	8.140	+46%
	RE ambulator.	49.300	100.720	51.420	+104%
	RE domiciliare	5.220	26.619	21.399	+409%

Tabella 20

**La Tavola 3**, di sintesi della proposta di rimodulazione, lascia emergere come vi sia l'opportunità di garantire, rispetto all'attuale offerta, l'attivazione di:

- 8.140 prestazioni di RE a ciclo diurno
- 47.940 prestazioni di RE ambulatoriali
- 18.499 prestazioni di RE domiciliari

<sup>3</sup> In esito al processo di riconversione del C.C. San Vitaliano di Catanzaro, l'attuale offerta è ridotta a 11.600 prestazioni. Per quanto precede, quindi, per colmare il fabbisogno il delta è pari a 13.940 e non già 8.140

Per l'area delle dipendenze patologiche[punto 3.8 - DCA 65] (residenziale e semiresidenziale) la tabella che segue espone l'attuale situazione e il fabbisogno stimato dal DCA 65.

Come si potrà notare sussiste una contrazione tra l'attuale offerta e detto fabbisogno con conseguente necessità di operare una riduzione dell'attuale offerta sia relativa al setting residenziale, sia relativa a quello semiresidenziale.

Per il vero deve segnalarsi come lo stesso DCA 65 esibisca alcune incoerenze. Nella tabella 20 del medesimo DCA, di ricognizione dell'attuale offerta semiresidenziale, si fa riferimento a 44 posti già accreditati. Di contro, la tabella riepilogativa delle strutture accreditate riconduce tale offerta ad un totale di 34 posti (19 Progetto Sud + 15 Centro Calabrese di Solidarietà/Villa Emilia Alla luce di quanto precede, nella riformulazione della rete, si terrà conto dell'offerta di 34 posti così per come derivata dallo specifico documento allegato al DCA e riferita all'elenco delle strutture accreditate.

Area	Tipologia Struttura	Attuale Offerta	Rimodulazione		
			Posti letto/prestazioni	$\Delta$	Percentuale
Tossicodipendenze	Residenziale	136	90	-46	-33%
	Semiresidenziale <sup>4</sup>	34	22	-12	-35%

Tabella 21

Il dato relativo al complessivo fabbisogno d'area, contrasta con la domanda espressa, oltre che dal territorio di riferimento aziendale anche e soprattutto dalle altre ASP regionali che in percentuale rilevante chiedono alle nostre strutture accreditate l'inserimento di utenti tossicodipendenti.

Ciò avviene per la mancanza di un numero adeguato di strutture accreditate per tossicodipendenti nelle altre province, con particolare riguardo alle province di Cosenza e Reggio Calabria, che per tale motivo contribuiscono a saturare l'offerta della nostra ASP.

Ancora, deve annotarsi come negli ultimi anni si sia incrementata la richiesta di affidi disposta dall'Autorità Giudiziaria. Tale circostanza aggrava quindi la contrazione di posti letto prevista dal DCA 65 e la possibilità di garantire i correlati bisogni assistenziali.

Deve ulteriormente farsi riferimento alla previsione di un fabbisogno, espresso dallo stesso DCA 65, di attivazione di un modulo residenziale per alcolismo (15 p.l) che, se ricondotto nell'ambito della

<sup>4</sup> Dato estrapolato dall'allegato - DCA 65 - relativo alle strutture accreditate

complessiva stima dei posti letto, aggraverebbe ulteriormente il gap assistenziale già ampiamente esplicitato.

In relazione all'Unità di strada, deve rammentarsi come, per molti anni sono stati attuati specifici progetti di indubbia utilità che prevedevano l'intervento " su strada" di équipes di operatori specializzati ed esperti del settore, con "postazioni" in luoghi strategici, più frequentati dai giovani, al fine di sensibilizzare tale popolazione verso i comportamenti a rischio più diffusi e legati all'uso di alcol e sostanze psicoattive. Con DCA 54/18 è stato accreditato a livello regionale il servizio Unità di Strada - Coop- Zarapoti la quale, nell'anno 2019, ha stipulato contratto con l'ASP-CZ , finalizzato all'erogazione di prestazioni predefinite e programmate mensilmente in tutto il territorio aziendale, tramite presidi di operatori di strada all'uopo formata.

La **tavola 4** sintetizza la proposta di riconversione, definita operando una riduzione percentuale dell'attuale offerta applicata omogeneamente su tutte le strutture.

L'area della **salute mentale** [punti 3.10/3.11 - DCA 65] dev'essere, innanzitutto, rappresentata con l'evidenza dell'attuale organizzazione di tipo dipartimentale.

CSM	Area distrettuale	Centro Diurno	SPDC
CSM CATANZARO	Catanzaro	Catanzaro	P.O. Pugliese - Ciaccio
CSM MONTEAPAONE	Soverato	Montepaone	
CSM LAMEZIA	Lamezia	Lamezia	P.O. Lamezia

Tabella 22

L'offerta di riabilitazione psichiatrica (Girifalco - area distrettuale di Soverato), direttamente correlata all'organizzazione dipartimentale, viene rappresentata nella tabella che segue.

Area	Tipologia Struttura	Attuale Offerta
		Publica
Riabilitazione psichiatrica	SPR1	20
	SPR2	20
	SPR3	8
TOTALE		48

Tabella 23

Le tabelle seguenti rappresentano, invece, l'attuale offerta privata accreditata, rispettivamente riferite alla strutture residenziali ed a quelle semiresidenziali.

Area	Tipologia Struttura	Attuale Offerta Privata Accreditata
Riabilitazione psichiatrica	SPR1	60
	SPR2	40
	SPR3	0
TOTALE		100

Tabella 24

Area	Tipologia Struttura	Fabbisogno	$\Delta$
Riabilitazione psichiatrica	SPR1	54	-26
	SPR2	48	- 12
	SPR3	18	+10
TOTALE		120 <sup>5</sup>	- 28

Tabella 25

Ribadita la priorità di mantenimento dell'offerta pubblica, la riduzione percentuale, rispetto all'attuale offerta accreditata, può essere così sintetizzata:

- SPR1: - 43%
- SPR2: - 30%

A ciò deve aggiungersi la necessità di attivazione di 10 posti di SPR3, in considerazione dell'attuale offerta pubblica che è pari ad 8.

Deve comunque sottolinearsi come il fabbisogno stimato, definito in funzione degli standard nazionali, appaia per il vero sottodimensionato rispetto alla situazione attualmente registrata nell'ambito territoriale di riferimento.

Gli affidi disposti dall'Autorità Giudiziaria, difatti, sino al completamento della rete assistenziale di livello regionale ed all'attivazione della REMS di Girifalco, tendono a saturare l'offerta delle strutture

<sup>5</sup> sulla tabella 26 - DCA 56 è riportato un fabbisogno totale di 121 mentre la somma dei dei singoli fabbisogni, riferiti ai differenti setting è di 120

di riabilitazione psichiatrica con conseguente mancato soddisfacimento dello specifico bisogno assistenziale.

Altresì è in continuo incremento la comorbilità psichiatrico/tossicologica (cosiddetta “doppia diagnosi” per la quale il DCA 65 opportunamente prevede l’attivazione di moduli specifici di 15 posti letto.

Nell’ASP di Cz, da tempo è stata avviata un’esperienza in tal senso significativa di collaborazione fra i servizi cointeressati della salute mentale e delle dipendenze, presso la struttura riabilitativa di Girifalco .

Tale struttura psichiatrica riabilitativa è pubblica: in tale sede è prevista l’attivazione di 1 modulo residenziale di 15 posti letto per pazienti in comorbilità psichiatrica. Ciò al fine di utilizzare le competenze professionali specifiche e le esperienze acquisite, nel miglior rapporto costo/beneficio.

La tavola 5 riassume la proposta di rimodulazione proposta.

La residenzialità dedicata al trattamento dell’Autismo [punto 3.12 - DCA 65] fa attualmente registrare la presenza di una sola struttura (12 p.l.) nell’ASP di Reggio Calabria.

Le previsioni di fabbisogno definiscono l’attivazione di 12 p.l. nell’area Centro (Crotona - Catanzaro - Vibo). **La centralità dell’ASP di Catanzaro, nell’ambito di detta area, consente di proporre che l’attivazione dell’offerta residenziale [12 p.l.] sia riservata alla nostra ASP per ovvie considerazioni di adeguata territorializzazione.**

Per quanto attiene, invece, al fabbisogno di semiresidenzialità [punto 3.13 - DCA 65], a fronte della mancanza di precise stime di livello nazionale, la Regione ha programmato un fabbisogno di 240 prestazioni.

Allo stato attuale, nel territorio dell’ASP, è attiva una struttura (centro Lucrezia - RD3), sita nel territorio di Catanzaro, che esibisce il seguente assetto accreditato:

- 10 prestazioni/die a ciclo diurno (semiresidenziale)
- 18 prestazioni/die a ciclo ambulatoriale.

Il DCA 65 (così per come integrato dal DCA 67) individua un fabbisogno di semiresidenzialità pari a 40 prestazioni che dovranno essere attivate rimanendo così disponibili nell’ambito della complessiva programmazione d’area.

Le tabelle che seguono chiariscono la proposta avanzata per i differenti setting che caratterizzano detto sub livello assistenziale

Sub livello	Attuale offerta (Centro Lucrezia)			Fabbisogno	
	Residenziale	Ciclo Diurno (semiresidenziale)	Ambulat.	Residenziale	Semiresidenziale
Autismo	0	10	18	12	40

Tabella 26

Sub livello	Proposta	Residenziale	Semiresidenziale
Autismo	Fabbisogno da accreditare	12	20
	Centro Lucrezia	0	20

Tabella 27

Con la finalità di garantire contestualmente tutti i differenti setting assistenziali (residenziale/semiresidenziale) sarebbe auspicabile poter allocare il fabbisogno da accreditare (tabella 27) in un'unica nuova struttura. Quanto precede per poter assicurare la contestuale continuità delle cure in ragione dell'evoluzione dei bisogni assistenziali esibiti dai pazienti nelle differenti fasi della malattia.

Deve, ancora, sottolinearsi la necessità di una sempre più stretta integrazione della rete con il potenziamento delle UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile (di livello distrettuale), organizzativamente inserite nell'ambito del Dipartimento Materno - infantile (NPI di Catanzaro, Catanzaro Lido, Soverato, Lamezia).

Anche per i fabbisogni relativi all'area dei **Disturbi del Comportamento Alimentare** (DCA), il sub livello residenziale [punto 3.14 del DCA 65], attualmente assente nell'offerta del nostro territorio, appare necessario sottolineare come il fabbisogno stimato con il DCA 65 è riferito, con l'individuazione di 12 p.l., all'intera area Centro (Catanzaro - Crotona - Vibo).

Così per come già annotato per l'autismo, **la centralità dell'ASP di Catanzaro, nell'ambito di detta area, consente di proporre che l'attivazione dell'offerta residenziale [12 p.l.] sia riservata alla nostra ASP per le medesime considerazioni di adeguata territorializzazione.**

Per quanto attiene al setting semiresidenziale [punto 3.15 - DCA 65], nel territorio di riferimento è già accreditata (**ma mai attivata**) una struttura (centro Lucrezia) con il seguente assetto:

- 10 prestazioni a ciclo diurno
- 18 prestazioni ambulatoriali
- 18 prestazioni domiciliari

Di tale struttura, per effetto della vigente normativa in tema di accreditamento, previo provvedimento di livello regionale, dovrebbe essere dichiarata la **decadenza** con conseguente possibilità di attivazione di una nuova struttura che assicuri contestualmente tutto il fabbisogno d'area:

- 12 p.l. in regime residenziale

- 10 prestazioni a ciclo diurno
- 18 prestazioni ambulatoriali
- 18 prestazioni domiciliari

La ratio di un siffatta proposta risponde ai comuni criteri di presa in carico dei pazienti, cui dev'essere garantita continuità ed univocità assistenziale nell'ambito dei differenti setting in ragione delle fasi di evoluzione della specifica patologia.

In riferimento all'area minori [punto 3.16 - DCA 65], cui si è già fatto cenno nella parte dedicata all'autismo ed all'attuale organizzazione della NPI, il DCA 65 definisce un fabbisogno di residenzialità di **10 p.l.**, che potrà essere garantito nel territorio dell'ASP di Catanzaro sempre in ragione della centralità territoriale nell'ambito della complessiva area centro (Catanzaro - Crotone - Vibo).

## 7 - CURE DOMICILIARI

Il sistema delle cure domiciliari, nell'ambito della complessiva organizzazione aziendale, si caratterizza per una collocazione dipartimentale (Dipartimento Cure Primarie) e trova articolazione organizzativa nei territori distrettuali di Catanzaro, Lamezia e Soverato.

In ragione di un migliore efficientamento delle risorse umane disponibili, l'U.O. di Cure Palliative e Domiciliari (U.O. CPeD) assicura sia le prestazioni domiciliari ordinarie, sia le cure palliative domiciliari (rispettivamente artt. 22 e 23 DPCM 12 gennaio 2017 - LEA).

In particolare, anche in ragione della dislocazione dei PUA e delle correlate attività di valutazione multidimensionale (nel rispetto dell'art. 21 del richiamato DPCM 12 gennaio 2017) l'U.O. CPeD si caratterizza con la seguente articolazione:

<u>Distretto</u>	<u>PUA</u>	<u>UVM</u>	<u>Sub articolazione</u> <u>U.O. CPeD</u>
Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro
	Cz Lido	Cz Lido	Cz Lido
Lamezia	Lamezia	Lamezia	Lamezia
Soverato	Soverato	Soverato	Soverato
	Casa della Salute Chiaravalle	Casa della Salute Chiaravalle	Chiaravalle

**Tabella 26**

L'attuale assetto organizzativo consente di garantire, visti gli standard attuali<sup>6</sup>:

- a) cure domiciliari di livello base (60%)
- b) cure domiciliari di I livello (30%)
- c) cure domiciliari di II livello (10%)

Il fabbisogno, pari al 4% della popolazione over 65, è stimato in 3.128 pazienti, ovviamente da stratificare nei differenti livelli di intensità assistenziale .

Il complessivo processo assistenziale di presa in carico, ripercorre quanto già evidenziato nel capitolo 5 del presente documento ed appare perfettamente coerente con il modello di cui al DPGR n°12/2011 ed all'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017:

- ✓ fase della richiesta (PUA)
- ✓ fase della valutazione multidimensionale
- ✓ definizione PAI
- ✓ avvio dell'assistenza

---

<sup>6</sup> *lo standard di servizio non consente di garantire il III livello che deve assicurare assistenza 7gg/7gg*

Il fabbisogno stimato dal DCA 65 è pari a **3.128 casi** che, ovviamente, dovrebbero essere stratificati nei differenti livelli di intensità assistenziale (livello base, I livello, II livello e III livello).

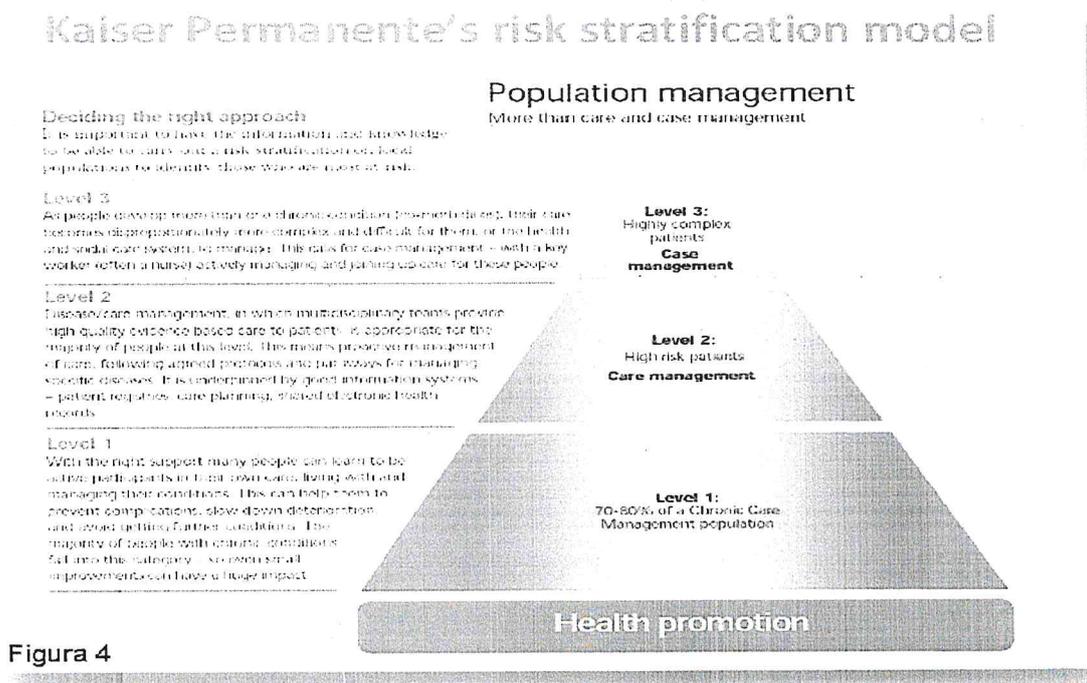
Allo stato, così per come si è già anticipato, l'U.O. di Cure Palliative e domiciliari è in grado di garantire a pieno le cure domiciliari di livello base, quelle di I livello e solo parzialmente quelle di II livello.

Rimane, quindi, da garantire, con il potenziamento organizzativo della richiamata U.O. di Cure Palliative e domiciliari e/o con il ricorso all'istituto dell'accreditamento di erogatori privati, parte del II livello ed i pazienti che rientrano in un'intensità di cura inquadrabile nel III livello.

Alla luce delle considerazioni che precedono e dei dati storici di attività, si ritiene necessario prospettare un'ipotesi di fabbisogno non soddisfatto di circa **500 casi** che possono essere così qualificati:

- circa 400/anno, inquadrabili nel II livello (CIA compreso tra 0,31 e 0,50 - con operatività del servizio 6gg/7gg)
- circa 100/anno, inquadrabili nel III livello (CIA > 0,50 - con operatività del servizio 7gg/7gg)

Tale stima può essere ricondotta ai principi di stratificazione del rischio di cui al modello del Kaiser Permanente e, segnatamente, alla percentuale di pazienti in assistenza domiciliare di livello 2 (care management) e di livello 3 (case management).



## 8 - Residenza in Hospice

La più generale situazione delle cure palliative è, allo stato, caratterizzata dalla garanzia dei due differenti setting assistenziali:

- domiciliare
- residenziale

L'accesso allo specifico sub livello assistenziale segue le più generali regole di accesso al sistema curante già descritte al capitolo 5 del presente documento (modello di presa in carico) e passa, quindi, attraverso le fasi di:

- *accesso*: si concretizza attraverso la richiamata rete dei punti unici di accesso declinata nella sua duplice funzione di front e back office;
- *fase della valutazione dei bisogni*: le unità di valutazione multidimensionale, di livello distrettuale, attraverso l'utilizzo delle schede di valutazione (karnofski - SIC - SVAMA sociale), definiscono setting assistenziali e piano assistenziale individualizzato;
- *fase della presa in carico*: si realizza attraverso la attivazione dei diversi servizi, domiciliare/residenziale (hospice).

Quanto precede nel rispetto del percorso delineato dagli artt. 23 e 31 del DPCM del 12 gennaio 2017

L'attuale offerta si caratterizza:

### 1. Domiciliare

- ✓ U.O. di Cure Palliative e domiciliari che garantisce le prestazioni domiciliari di *livello base*
- ✓ Hospice S. Andrea, accreditato per 40 prestazioni/die
- ✓ C.C. San Vitaliano, accreditato per 40 prestazioni/die

### 2. Residenziale

- ✓ Hospice S. Andrea (area distrettuale di Soverato) 10 posti letto
- ✓ C.C. San Vitaliano (area distrettuale di Catanzaro) 10 posti letto

L'eventuale programmazione di nuovi posti letto (in numero di 10), comunque subordinata al rispetto della copertura finanziaria delle manovre individuate nel programma operativo 2019 - 2020, dovrebbe riguardare l'area territoriale di Lamezia che attualmente non esibisce la specifica offerta.

## TAVOLE

- TAVOLA 1 -  
ANZIANI

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	DISTRETTO	ATTUALE ASSETTO	PROPOSTA RICONVERSIONE					
					R1	R2	(R2D)*	R3	SR1	SR2D
S. Maria del Soccorso	R2	Serrastretta	Lamezia	30	0	14	10	0	5	5
Ippolito Dodaro	R2	Falerna	Lamezia	20	0	10	10	0	0	0
Villa Elisabetta	R2	Cortale	Lamezia	15	0	15	0	0	0	0
S. Domenico	R2	Lamezia	Lamezia	18	0	8	10	0	10	10
S. Vito Hospital	R2	S. Vito Ionio	Soverato	40	0	20	10	0	10	10
S. Francesco Hospital	R2	Settingiano	Catanzaro	45	-0	45	0	0	0	0
S. Maria del Monte	R2	S. Sostene	Soverato	18	0	18	0	0	0	0
La Ginestra	R2	Chiaravalle	Soverato	40	0	40	0	0	0	0
Casa Amica	R2	Fossato Serr.	Catanzaro	20	0	10	10	0	0	0
Madonna di Porto	R2	Gimigliano	Catanzaro	60	20	10	20	0	0	0
Padre Moscati	R2	Sersale	Catanzaro	60	0	50	0	0	0	0
Don N. Paparo	R2	Gasperina	Soverato	20	0	20	0	0	0	0
S. Anna	R2	Botricello	Catanzaro	36	0	36	0	0	0	0
Mons. Apa	R2	Catanzaro	Catanzaro	40	0	10	0	25	0	0
Madonna del Rosario	R3	Lamezia	Lamezia	30	0	0	0	30	0	0
S. Francesco di P.	R3	Maida	Lamezia	40	0	0	0	40	0	0
San Domenico	R3	Soverato	Palermi	25	0	0	0	25	0	0
Mons. Stanizzi	R3	Cropani	Catanzaro	40	0	0	0	40	0	0
Eben Ezer	R3	Chiaravalle	Soverato	42	0	0	0	42	0	0
Villa Mariolina	R3	Montauro	Soverato	16	0	0	0	16	0	0
Villa S. Elia	R3	Marcellinara	Catanzaro	48	0	0	0	48	0	0
Casa Mimosa	R3	Catanzaro	Catanzaro	60	20	10	10	20	30	30
Casa Ulivi	R3	Girifalco	Soverato	60	0	0	0	60	0	0
<b>TOTALE POST RICONVERSIONE</b>					<b>40</b>	<b>316</b>	<b>80</b>	<b>346</b>	<b>55</b>	<b>55</b>
					396					
R1 - Fabbisogno non soddisfatto da accreditare					20					
R1 - Fabbisogno non soddisfatto da accreditare in struttura pubblica (ASP)					22					
<b>TOTALE R1</b>					<b>82</b>					
<b>TOTALE DCA 65</b>					<b>82</b>	<b>316</b>	<b>79</b>	<b>346</b>	<b>55</b>	<b>55</b>
					395					

(\*) Il numero dei posti di R2D (nucleo demenze) rappresenta il 20% del totale fabbisogno di R2 [395 p.i.] e, quindi, è pari a 79 p.i.

- TAVOLA 2 -  
DISABILI

STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	DISTRETTO	ATTUALE ASSETTO		PROPOSTA RICONVERSIONE				
				p.i. strutture	p.i setting	RD1	RRE1-RRE2	RD4	RD5	
C.C. San Vitelliano	RD1 (SLA)	Catanzaro	Catanzaro	15	15	7	0	0	0	0
C.C. San Vitelliano	RRE1-RRE2	Catanzaro	Catanzaro	20		0	20	0	0	0
S. Domenico	RRE1-RRE2	Lamezia	Lamezia	12		0	12	0	0	0
S. Vito Hospital	RRE1-RRE2	S. Vito J.	Soverato	20	92	0	20	0	0	0
Fondazione Betania	RRE1-RRE2	Catanzaro	Catanzaro	40		0	40	0	0	0
ASP Polo Integrato	RRE1-RRE2	Lamezia	Lamezia	0		0	8	0	0	0
Sacri Cuori	RD4	Catanzaro	Catanzaro	40		0	0	29	0	0
La Rinascita	RD4	S. Caterina J.	Soverato	30		0	0	22	0	0
S. Anna	RD4	Botricello	Catanzaro	18	98	0	0	14	0	0
ASP	RD4	Girifalco	Soverato	10		0	0	0	10	0
Il Gabbiano	RD5	Gizzeria	Lamezia	46		0	0	0	40	0
Mons. Stanizzi	RD5	Cropani	Catanzaro	20	96	0	0	0	18	0
ASP	RD5	Girifalco	Soverato	30		0	0	0	30	0
				301	301	7	100	65	58	
Offerta privata attualmente accreditata (tabella 11-DCA 65) con esclusione di RD1					246					
Riconversione Strutture Private Accreditate										230
Fabbisogno DCA 65										230

RIABILITAZIONE ESTENSIVA

STRUTTURA	COMUNE	DISTRETTO	ASSETTO ATTUALE			PROPOSTA RICONVERSIONE			
			ciclo diurno	ambulat. singolo	ambulat. Gruppo	domiciliare	ciclo diurno	ambulatoriale	domiciliare
Progetto Sud	Lamezia	Lamezia	5.800	2.900	0	0	5.800	2.900	0
S. Domenico	Lamezia	Lamezia	0	8.700	0	0	0	8.700	0
Aquasalus	Sellia Marina	Catanzaro	0	10.440	0	0	0	10.440	0
Fondazione Betania (*)	Catanzaro	Catanzaro	5.800	11.020	11.020	0	5.800	22.040	0
C.C. San Vitale	Catanzaro	Catanzaro	0	5.220	0	5.220	0	0	5.220
Polo Integrato ASP	Lamezia	Lamezia	0	0	0	0	2.900	2.900	0
Casa della Salute ASP	Chiaravalle	Soverato	0	0	0	0	2.900	5.800	2.900
Totale							17.400	52.780	8.120
Fabbisogno non soddisfatto da accreditare							8.140	47.940	18.499
Fabbisogno DCA 65							25.540	100.720	26.619

(\*) Nella proposta di riconversione relativa alla riabilitazione ambulatoriale viene mantenuto l'attuale assetto di 11.020 pr. di riabilitazione singola e 11.020 pr. di piccolo gruppo

Al fine di garantire un'equa attribuzione territoriale del fabbisogno non soddisfatto, definita sulla scorta della distribuzione della popolazione (45% area distrettuale di Catanzaro - 35% area distrettuale di Lamezia - 20% area distrettuale di Soverato), le prestazioni da accreditare ex novo e ad integrazione della proposta di riconversione, dovrebbero essere attivate in ragione della tabella che segue

AREA DISTRETTUALE	SETTING	PROPOSTA RICONVERSIONE	FABBISOGNO NON SODDISFATTO DA ACCREDITARE
Catanzaro	ciclo diurno	5.800	5.693
	ambulator.	32.480	12.844
	domiciliare	5.220	6.759
Lamezia	ciclo diurno	8.700	239
	ambulator.	14.500	20.752
Soverato	domiciliare	0	9.137
	ciclo diurno	2.900	2.208
	ambulator.	5.800	14.344
	domiciliare	2.900	2.424

tabella

- TAVOLA 4 -  
TOSSICODIPENDENZA

STRUTTURA	TIPOLOGIA	AREA TERRITORIALE	ATTUALE ASSETTO		PROPOSTA DI RICONVERSIONE		
			semiresidenziale	residenziale	semiresidenziale	residenziale	
Progetto Sud	CDT	Lamezia	9	23	13	16	
Progetto Sud	CDT	Lamezia	10				
Malgrado Tutto "Brutto anatroccolo"	CDT	Lamezia		20		13	
Malgrado Tutto "Brutto anatroccolo"	CDT	Lamezia		24		16	
Centro Calabrese "Villa Samuele"	CDT	Catanzaro		24		16	
Centro Calabrese "Villa Emilia"	CDT	Catanzaro	15	30	9	20	
Centro Calabrese "Villa Arcobaleno"	CDT	Catanzaro		15		10	
<b>TOTALE</b>			<b>34</b>	<b>136</b>	<b>22</b>	<b>91</b>	
<b>PREVISIONI DCA 65</b>							<b>22</b>
							<b>90</b>

- TAVOLA 5 -  
SALUTE MENTALE

STRUTTURA	AREA DISTRETTUALE	ATTUALE ASSETTO			PROPOSTA RICONVERSIONE		
		SRP1 (alto trattamento ed elevata intensità assistenziale)	SRP2 (alto trattamento ed elevata integrazione sanitaria)	SRP3 (elevata integrazione sociale)	SRP1 (alto trattamento ed elevata intensità assistenziale)	SRP2 (alto trattamento ed elevata integrazione sanitaria)	SRP3 (elevata integrazione sociale)
Redancia Sud	Soverato	20	0	0	15	0	0
Villa S. Vincenzo	Catanzaro	20	20	0	10	14	5
Salus Mentis	Catanzaro	20	20	0	10	14	5
<b>TOTALE ASSETTO PRIVATO</b>		<b>60</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>10</b>
<b>ACCREADITATO</b>			<b>100</b>			<b>73</b>	
ASP (Girfalco)	Soverato	20	20	8	20	20	8
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>20</b>	<b>48</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>8</b>
<b>TOTALE ASSETTO</b>			<b>148</b>		<b>55</b>	<b>48</b>	<b>18</b>
		<b>FABBISOGNO DCA 65</b>				<b>121</b>	
					<b>55</b>	<b>48</b>	<b>18</b>
						<b>121</b>	
					<b>55</b>	<b>48</b>	<b>18</b>
						<b>121</b>	