

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE

Regione Calabria

Sommario

1. Il territorio nella gestione strategica dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari	4
1.1 Premessa.....	4
1.1.1 Gli strumenti organizzativi dell'integrazione	4
1.2 Descrizione della normativa sull'attuale rete territoriale	6
1.3 Analisi del contesto sociodemografico ed epidemiologico della regione	6
1.3.1 Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche territoriali come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico	7
2. La riorganizzazione sociosanitaria del territorio a favore della continuità delle cure.....	15
2.1 Il Distretto	16
2.1.1 La struttura	17
2.2 Case della Comunità	19
2.2.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione	28
2.2.3 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	32
2.2.4 Punto Unico di Accesso (PUA).....	33
2.3 Centrali Operative Territoriali (COT).....	34
2.3.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione	34
2.3.2 Standard di personale e strumentazione	38
2.4 Centrali Operative 116117.....	39
2.2.2 Standard di personale e strumentazione	39
2.5 Unità di Continuità Assistenziale (UCA).....	40
2.5.1 Ricognizione dello stato attuale.....	42
2.5.2 Standard di personale	43
2.6 Assistenza domiciliare	43
2.6.1 Ricognizione dello stato attuale.....	45
2.6.2 Fabbisogno.....	46
2.6.3 Assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo (SV) odi minima coscienza (SMC).....	47
2.7 Ospedali di Comunità	47
2.7.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione	48
2.7.2 Standard di personale e strumentazione	51
2.7.3 Ospedale di comunità pediatrico	52
2.8 Rete delle cure palliative	53
2.8.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione	54
2.8.2 Standard di personale e strumentazione	55
2.8.3 Hospice pediatrico.....	55
2.9 Consultori familiari.....	56
2.9.1 Priorità e raccomandazioni.....	56
2.9.2 Ricognizione dello stato attuale e programmazione	57
2.9.3 Standard di personale e strumentazione	61
2.9.4 L'ipotesi di un modello sperimentale di "cerniera" tra le reti territoriale ed ospedaliera: gli Ospedali Territoriali (OT)	62
2.10 Dipartimenti di Prevenzione.....	62
2.11 Telemedicina	64
2.11.1 I servizi sanitari della telemedicina	67
2.11.2 La Piattaforma Nazionale di Telemedicina e l'Infrastruttura Regionale	70
2.11.3 Il Programma Regionale di Telemedicina	71
2.12 Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).....	72
2.12.1 UCCP	73
2.12.2 AFT	75
2.12.3 Azioni di monitoraggio delle AFT e UCCP	76
2.12.4 AFT e UCCP attive nella regione Calabria	76
3. Il modello a rete di integrazione e interazione dei servizi.....	77

3.1 Classificazione delle strutture per intensità assistenziale	77
3.2 Residenzialità e Semiresidenzialità per anziani e persone non autosufficienti	79
3.2.1 RESIDENZIALITA': Ricognizione dello stato attuale e programmazione	80
3.2.2 SEMIRESIDENZIALITA': Ricognizione dello stato attuale e programmazione	81
3.3 Residenzialità disabili: ricognizione dello stato attuale e programmazione.....	81
3.4 Riabilitazione estensiva extraospedaliera: ricognizione dello stato attuale e programmazione.....	83
3.5 Residenzialità e Semiresidenzialità salute mentale.....	84
3.5.1 RESIDENZIALITA': ricognizione dello stato attuale e programmazione.....	84
3.5.2 SEMIRESIDENZIALITÀ: ricognizione dello stato attuale e programmazione	85
3.6 Residenzialità e Semiresidenzialità Autismo: Ricognizione dello stato Attuale e programmazione.....	86
3.7 Prestazioni ambulatoriali Autismo: Programmazione.....	87
3.8 Residenzialità e Semiresidenzialità per dipendenze patologiche: ricognizione dello stato attuale e programmazione.....	88
3.9 Residenzialità e Semiresidenzialità per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione	90
3.10 Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS	90
3.11 Salute Mentale e Riabilitazione in Età evolutiva (Residenzialità per minori).....	92
3.12 Attività Ambulatoriale per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA).....	93
4. Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi e stima economica.....	95
4.1 Metodologia e calcolo del fabbisogno di personale	95
4.2 Stima impatto economico.....	99
5. Piani di formazione del personale	102
6. Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività.....	103
7. Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione.....	105

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

1.1 Premessa

Il presente documento intende rivedere l'organizzazione dell'assistenza territoriale, sanitaria e sociosanitaria nella Regione Calabria, al fine di 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, 65/2020). Il documento è correttamente inserito nel vigente quadro normativo nazionale, con riferimento al DPCM LEA del 12.01.2017 e al DM 77/2022. La programmazione della rete territoriale risulta essere coerente con gli obiettivi della declaratoria nel Programma Operativo 2022-2025, predisposto ai sensi dell'articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i. e approvato con DCA n. 162 del 18 novembre 2022.

Una moderna organizzazione sanitaria deve assegnare al territorio ed ai servizi territoriali sanitari e sociosanitari 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.

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 socioassistenziali in maniera articolata prevedendo un minore impegno familiare e un maggiore apporto della sanità. Ciò in quanto, mentre una persona affetta da acuzie rimane in ospedale per un tempo limitato, i pazienti con multicronicità necessitano di assistenza continua (h24 per 365 giorni), con conseguente enorme carico assistenziale per i familiari (caregiver) che divengono, essi stessi, cittadini fragili con elevato rischio di sviluppare patologie cronico-degenerative.

L'emergenza COVID-19, inoltre, ha evidenziato debolezze di sistema e la conseguente necessità di rinnovare alcuni elementi chiave del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Oltre alla pandemia, la sfida futura vede come elemento cardine l'andamento demografico di crescente invecchiamento della popolazione, con stime che vedono aumentare progressivamente la popolazione anziana e conseguentemente la domanda di salute con esigenze sempre più complesse.

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. 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.

1.1.1 Gli strumenti organizzativi dell'integrazione

Viene istituito il Comitato Aziendale per le Attività Territoriali che è composto da:

- Direttore Generale (DG);
- Direttore Sanitario (DS);
- Direttore dei Distretti (DD).

Il suddetto Comitato si riunisce almeno una volta al mese e verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali relativi al territorio (ad es. rapporti con Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Salute Mentale, Dipendenze, Continuità Assistenziale, 118, etc.).

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

1.1.2 Il Direttore del Distretto

Il ruolo del Direttore di Distretto consiste nella gestione del processo di progettazione ed implementazione dei “nuovi” Distretti. In merito al Direttore di Distretto, il presente Documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare: “Il Direttore del Distretto è il responsabile dell’attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell’orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell’informazione, della tutela e garanzia dell’equità e della trasparenza dell’offerta, del rispetto della dignità della persona.

Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell’ospedale.

Il Direttore di Distretto negozia con la Direzione strategica obiettivi e risorse e ha autonomia/responsabilità nelle proprie scelte, essendo connettore tra la Direzione aziendale, con la quale negozia il proprio budget, e i Centri di responsabilità di I livello identificabili con le équipe territoriali.

Le funzioni del Direttore sono tipicamente manageriali e fanno riferimento a queste aree:

- analisi dei bisogni, progettazione e valutazione dei servizi;
- programmazione e gestione del budget, anche attraverso l’assunzione di responsabilità economico finanziaria delle risorse imputate alle relative autorizzazioni di spesa;
- acquisizione dei servizi;
- gestione organizzativa di personale, strutture, processi;
- verifica dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate;
- monitoraggio e valutazione dei risultati sulla base di dati e informazioni di natura differente compreso il feedback restituito dall’utenza ed il confronto interno ed esterno (benchmark);
- piani di formazione del personale formalmente assegnato;
- attività di promozione della Salute e definizione di strategie di prevenzione concertate con il Dipartimento di Prevenzione;
- comunicazione interna e comunicazione esterna;

Il Direttore di Distretto, quale figura cardine deputata a tale compito, deve:

- garantire il rispetto del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale secondo i principi di efficacia, efficienza ed economicità dei servizi erogati nonché definendo le modalità di utilizzo delle risorse e degli strumenti per perseguire gli obiettivi;
- negoziare il budget e la proposta di allocazione delle risorse tenendo conto dei vincoli e garantendo un sistema di verifica dei risultati;
- definire le strategie di coinvolgimento per la partecipazione dei cittadini, della comunità, dei professionisti attraverso l’utilizzo di strumenti di governo quali:
- gli accordi strategici interaziendali (Contratti di Servizio, Convenzioni, Deleghe, Accordi di Programma, Protocolli d’intesa con i Comuni per le attività sociosanitarie);
- il Piano Attuativo Territoriale (PAT per la parte sanitaria) e i Piani di Zona (PdZ per la parte sociale);
- organizzare i servizi sulla base di integrazioni operative-organizzative: équipe multiprofessionali e interistituzionali miste, servizi, sedi miste di lavoro condivise, gruppi di lavoro misti integrati tra i Comuni, ASL ed altri Enti quali ad esempio la Scuola;
- partecipare al Comitato di Distretto;
- pianificare le strategie di integrazione dell’offerta attraverso: l’organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari del Distretto nel rispetto della sostenibilità economica;
- l’attuazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- l’unitarietà diagnostica-terapeutica che garantisce l’accesso unitario, equità di accesso per le tipologie di prestazioni previste dai LEA;

- la continuità delle cure tra diversi setting di assistenza (ospedale-territorio) attraverso l'aumento dell'offerta territoriale, riorganizzando i luoghi di cura (Case di Comunità, strutture residenziali, Ospedali di Comunità) e le modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni specialistiche;
- gli accordi/protocolli con Enti Locali, Terzo Settore, Associazioni dei pazienti e i loro familiari (Community Care, caregiver) per la fruizione di servizi finalizzati alla presa in carico integrata dei pazienti;
- la gestione delle risorse umane assegnate e coordinamento con i responsabili delle risorse umane non direttamente assegnate previste nel nuovo assetto organizzativo dei servizi, nell'ottica della community care management team (infermieri, operatori di assistenza socio-sanitaria, specialisti dipendenti e convenzionati);
- il coinvolgimento di tutta la Medicina Convenzionata nel percorso assistenziale per gestire i bisogni della comunità di riferimento.

L'incarico di Direttore di Distretto potrà essere conferito a dirigenti in possesso di: a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n.509, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2000, n.2, ovvero laurea specialistica o magistrale; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario maturata per almeno un biennio in servizi territoriali; c) attestato rilasciato all'esito di un Master di II livello specifico in materia di management di organizzazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Il ruolo di Direttore di Distretto può essere assunto da Dirigenti Medici, Sanitari, Professionali, Tecnici, Amministrativi.

1.2 Descrizione della normativa sull'attuale rete territoriale

- Legge regionale 12 novembre 1994, n. 26 "Istituzione delle Unità Sanitarie Locali ed Aziende ospedaliere" e successive modifiche ed integrazioni;
- Legge regionale 11 maggio 2007, n. 9 "Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2007, art. 3, comma 4 della legge regionale n. 8/2002)", ed in particolare il TITOLO II, recante "Disposizioni in materia sanitaria";
- Regione Calabria Decreto del Commissario ad Acta 10 marzo 2020, n. 65 "Programma operativo 2019/2021 - Riorganizzazione della Rete Territoriale";
- Regione Calabria DCA n.15 del 01/03/2022;
- DGR n. 174 del 30 aprile 2022;
- Programma operativo 2022-2025 (ex art. 6 del Decreto-legge del 10 novembre 2020 n. 150).

1.3 Analisi del contesto sociodemografico ed epidemiologico della regione

La realtà geografica e viaria della regione Calabria pone problematiche e, quindi, sfide importanti all'organizzazione e gestione dell'offerta sanitaria. A complicare il quadro, secondo le rilevazioni dell'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia e come anche dichiarato dalla Protezione Civile-Sezione Calabria, la Calabria ha una pericolosità sismica molto alta (per frequenza e intensità dei fenomeni accaduti in epoca storica), una vulnerabilità altissima (per fragilità del patrimonio edilizio, infrastrutturale, industriale, produttivo e dei servizi) e un'esposizione molto alta (per densità abitativa e presenza di un patrimonio storico, artistico e monumentale in zone interessate da faglie attive).

La regione Calabria ha una estensione di 15.222 km². La superficie è prevalentemente collinare, rappresentando il 49,2% del suo territorio, ma presenta ampie zone montuose, 41,8% del territorio. Solo il restante 9% è composto da superficie pianeggiante. Il capoluogo di regione è Catanzaro che si colloca al terzo posto rispetto alle altre suddivisioni regionali sia per superficie che per numero di abitanti. Cosenza ha infatti l'estensione maggiore e anche il maggior numero di abitanti, seguita da Reggio di Calabria. Nella Tabella 1 è rappresentata l'estensione in km² dei territori corrispondenti alle ASP, la popolazione totale e relativa densità abitativa e la popolazione over 65. Inoltre, secondo le previsioni Istat (<https://demo.istat.it/?l=it> sezione Scenari Demografici – Previsioni delle popolazioni), lo scenario mediano previsto per la popolazione di età uguale o superiore a 65 anni al 2026 è di un totale, in aumento, di 451.409 persone.

Tabella 1. Superficie (km²) e popolazione residente (totale e over 65) al 1° gennaio 2022 per ASP

ASP	Superficie in km ² (rilevazione 2020)	N. Abitanti (popolazione al 2022)	Densità abitativa (ab/km ²)	Popolazione ≥ 65 anni
Cosenza	6.710	674.543	100	159.200
Crotone	1.736	163.553	94	35.451

Catanzaro	2.415	343.673	142	81156
Vibo Valentia	1.151	151.558	132	35.373
Reggio di Calabria	3.210	522.127	163	119.172
Calabria	15.222	1.855.454	122	430.352

Fonte: Dati Istat. Accessibile a: <http://dati.istat.it/>

1.3.1 Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche territoriali come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico

La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse, attraverso lo sviluppo modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

Il modello di stratificazione che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento.

Il Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN.

Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di

fragilità espressa. Di seguito si riportano i livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali previsti dal DM 77/2022:

Stratificazione del rischio	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

Il quadro epidemiologico di molte patologie è strettamente correlato alle caratteristiche demografiche della popolazione e condiziona sia la domanda sia l'offerta sanitaria.

L'analisi seguente evidenzia lo scenario socioeconomico ed epidemiologico della Regione Calabria.

Per effettuare una lettura delle attività di ricovero che distingua le patologie che si riscontrano con maggiore frequenza tra i cittadini calabresi, è utile osservare la tabella che segue in cui si fa riferimento alla produzione regionale dei ricoveri usando la classificazione nota come MDC (Major Disease Classification).

Le attività di ricovero sono raggruppate per sede anatomica.

Nello specifico, in riferimento all'anno 2019, le malattie e i disturbi del sistema cardiocircolatorio rappresentano il numero maggiore di ricoveri ordinari, seguite dalle malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo e poi dalle patologie riconducibili alla gravidanza, al parto e al puerperio.

Tabella 2. Produzione regionale di ricoveri- Classificazione MDC (Major Disease Classification)

MDC	N° ricoveri
05. Malattie e Disturbi del Sistema Circolatorio	28.568
08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo	28.355
14. Gravidanza, Parto e Puerperio	18.950
04. Malattie e Disturbi dell'apparato Respiratorio	17.295
06. Malattie e Disturbi dell'apparato Digerente	16.561
01. Malattie e Disturbi del Sistema Nervoso	14.853
15. Neonati Normali e Neonati con Disturbi Perinatali	12.469
11. Malattie e Disturbi del Rene e delle Vie Urinarie	11.587
07. Malattie e Disturbi del Fegato, Vie Biliari e Pancreas	8.629
13. Malattie e Disturbi dell'apparato Riproduttivo Femminile	6.132
12. Malattie e Disturbi dell'apparato Riproduttivo Maschile	5.373
10. Malattie e Disturbi Endocrini, della Nutrizione e del Metabolismo	5.318
03. Malattie e Disturbi dell'orecchio, Naso, Gola	5.163
16. Malattie e Disturbi del Sangue e Degli Organi Emopoietici	5.144
18. Malattie Infettive e Parassitarie	5.050
09. Malattie e Disturbi della Pelle, Sottocutaneo, Mammella	4.970
17. Malattie e Disturbi Mieloproliferativi e Neoplasie Scarsamente Differenziate	4.760
19. Disturbi Psicici	4.125
23. Fattori che Influenzano lo Stato di Salute ed il Ricorso ai Servizi Sanitari	3.668
02. Malattie e Disturbi dell'occhio	1.823
21. Traumatismi ed Avvelenamenti	1.484
NA	1.070
25. Infezioni da HIV	491
PRE	439
24. Traumatismi Multipli	190
20. Abuso di Alcol e Farmaci e Disturbi Mentali Organici Indotti da Alcol o Farmaci	151
22. Ustioni	107
Totale	212.725

Inoltre, l'invecchiamento e la bassa natalità determinano un cambiamento nelle priorità del sistema sanitario; i dati epidemiologici che evidenziano un quoziente di mortalità determinato in primis dalle malattie cardiovascolari, poi dai tumori e dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente.

La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sulle risorse necessarie al loro finanziamento.

La suddetta correlazione rileva anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni.

Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico dovrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario. Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria pro capite, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica.

È indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze sono dovute al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale ritiene di destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno standard.

Si riportano di seguito alcune tabelle di sintesi.

Tabella 3. Tasso di natalità, mortalità e nuzialità (per 10.000 abitanti) Anno 2019 - Fonte Istat

	Tasso di natalità				Tasso di mortalità				Tasso di nuzialità			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Cosenza	7,5	7,3	7,1	6,8	10,4	11	11,5	12,9	3,7	3,5	1,3	3,6
Catanzaro	7,6	7,4	7,2	7,1	10,8	10,4	10,8	11,9	3,4	3,4	1,6	3,9
Reggio di Calabria	8,4	8,1	7,8	7,3	10,3	10,6	11,2	12,7	4,8	4	2,1	5
Crotone	8,6	8,3	8,1	7,8	8,9	9,5	10,7	11,7	4,5	4,1	1,5	4,7
Vibo Valentia	7,8	7,5	7,6	7,1	10,4	10,5	11,2	12,1	5	4,5	1,6	5,2
Calabria	7,9	7,6	7,4	7,1	10,3	10,6	11,2	12,5	4,1	3,8	1,6	4,3
Italia	7,3	7	6,8	6,8	10,6	10,6	12,5	12	3,3	3,1	1,6	3

Tabella 4. Speranza di vita (in anni) a diverse età per provincia di residenza. Anno 2019-Fonte Istat

	Totale maschi e femmine (Media)							
	alla nascita				a 65 anni			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Cosenza	82,65	82,45	82,15	81,20	20,85	20,55	20,25	19,65
Catanzaro	82,25	82,90	82,65	82,00	20,40	20,85	20,75	20,25
Reggio di Calabria	82,60	82,45	82,25	81,40	20,75	20,60	20,40	19,65
Crotone	82,70	82,30	81,55	80,95	20,45	20,35	19,75	19,35
Vibo Valentia	82,75	82,55	82,30	81,75	20,90	20,95	20,60	20,25
Calabria	82,55	82,45	82,20	81,30	20,65	20,60	20,40	19,70
Italia	83,00	83,25	82,15	82,40	20,85	21,00	20,00	20,25

Tabella 5. Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) Anno 2019 – Fonte Istat

	Tumori		Malattie del sistema circolatorio		Malattie del sistema respiratorio		Malattie dell'apparato digerente		Totale	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Cosenza	30,89	20,02	40,57	47,22	10,06	6,6	4,59	3,65	86,11	77,49
Catanzaro	29,04	21,73	37,96	46,44	9,51	6,45	3,71	2,59	80,22	77,21
Reggio di Calabria	31,32	20,04	37,25	47,39	9,81	7,02	3,65	2,79	82,03	77,24
Crotone	25,87	19,98	33,29	39,73	8,12	4,79	4,76	2,57	72,04	67,07
Vibo Valentia	26,8	19,26	41,81	44,32	10	6,67	4,1	3,15	82,71	73,4
Calabria	29,87	20,28	38,6	46,23	9,71	6,54	4,14	3,13	82,32	76,18
Italia	33,85	24,4	33,01	40,46	9,58	8,27	3,88	3,79	80,32	76,92

Tabella 6. Percentuale di abitanti in buona salute, abitanti con patologia cronica, abitanti con due patologie croniche. Anno 2019 - Fonte Istat

	Abitanti in buona salute	Abitanti con almeno una malattia cronica	Abitanti con almeno due malattie croniche
Calabria	58,7	43,8	25,3
Sud	67,8	40	22,3
Italia	68,8	40,9	21,1

Un dato che non assicura il ricambio delle generazioni: «Una regione con tassi così bassi difficilmente riuscirà in futuro a recuperare». Secondo le proiezioni Istat, da qui al 2065 la popolazione calabrese scenderà a 1 milione 500 mila abitanti. Cala l'indice di fecondità e invecchia la popolazione. Il numero degli anziani (65 anni e più) risulta quasi pari al doppio del numero dei giovani (0-14 anni). Occorrerà quindi incentivare il ricambio generazionale attraverso sostegni economici e di servizio per la prima infanzia, e occorrerà implementare i servizi residenziali e di assistenza sociosanitaria nonché i sostegni economici per gli anziani e per chi se ne cura.

Tabella 7. Popolazione Residente per classi di età: valori assoluti e percentuali per fasce di età -Dati Demo Istat

Età	2019		2020		2021		2022	
0-5 anni	94.058	5%	91.896	5%	91.219	5%	87.791	5%
6-14 anni	158.734	8%	155.827	8%	154.383	8%	152.156	8%
15-24 anni	202.313	11%	197.354	10%	191.799	10%	190.259	10%
25-40 anni	385.413	20%	373.437	20%	353.601	19%	346.493	19%
41-60 anni	557.828	29%	555.355	29%	543.020	29%	536.295	29%
61-75 anni	324.347	17%	330.896	17%	337.910	18%	344.817	19%
75 e più	189.328	10%	189.345	10%	188.669	10%	186.775	10%
totale	1.912.021	100%	1.894.110	100%	1.860.601	100%	1.844.586	100%

La regione Calabria presenta un quadro economico, sociale e strutturale caratterizzato da fortissime difficoltà. Alla irrisolta condizione di ritardo strutturale della regione si sono aggiunti, negli ultimi anni, gli effetti gravissimi della crisi economica. Nel 2018, il PIL pro-capite a prezzi costanti in Italia è in media pari a 28.442 Euro, mentre nelle regioni meridionali è uguale a 19.789 Euro. La ricchezza di un individuo che risiede nel Mezzogiorno d'Italia è pari ai due terzi della ricchezza pro-capite nazionale. Su base regionale, nel 2018 il PIL

pro-capite della Calabria è pari a 16.585 euro. Nel 2018, la ricchezza individuale di un calabrese è pari a circa il 44% di quella di un cittadino della Lombardia e il 36% di quella di un cittadino della provincia di Bolzano. Focalizzando l'attenzione sulla Calabria, si osserva come il PIL pro capite di calabresi sia molto meno variabile rispetto a quello delle altre aree del Paese: in punto di minimo si è avuto nel 2014 (5,8% rispetto al 2007) e il punto di massimo nel 2008 e nel 2018 (+0,6% rispetto al 2007). La situazione del lavoro e dell'occupazione in Calabria è probabilmente l'epicentro di queste difficoltà del sistema regionale. Il tasso di occupazione giovanile calabrese (15-24 anni) è pari 27,4 punti percentuali rispetto al dato nazionale pari a 36,6, mentre per la fascia di età (15 anni e più) è pari a 66,7 punti percentuali rispetto al dato nazionale pari a 91,5. Nel 2019, in Calabria, le persone in cerca di occupazione sono 146 mila su 2,582 milioni in Italia.

Tabella 8. Tasso di occupazione giovanile e totale per provincia – Dati Istat

	15-24 anni			15 anni e più		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Calabria	18,7	8,7	27,4	43,4	23,3	66,7
Italia	21,4	15,2	36,6	54,1	37,4	91,5

Tabella 9. Persone in cerca di occupazione 15 anni e oltre (migliaia) -fonte ISTAT

	2019			2020		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Cosenza	34	22	57	34	24	57
Catanzaro	17	12	29	14	10	25
Reggio di Calabria	20	13	33	16	9	26
Crotone	12	6	18	9	6	16
Vibo Valentia	5	4	9	4	5	9
Calabria	89	57	146	78	54	133
Italia	1.349	1.232	2.582	1.218	1.092	2.310

I numeri della crisi e del ritardo strutturale si accompagnano all'osservazione di un alto tasso di povertà e di deprivazione materiale, con un'alta incidenza di soggetti in stato di disagio sociale che hanno difficoltà di accesso ai servizi di cittadinanza.

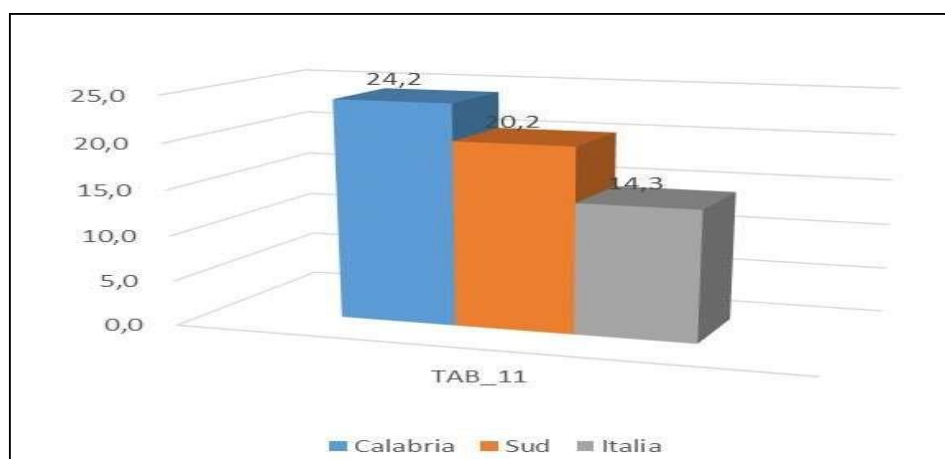
Tabella 10. Valore aggiunto pro capite province, Calabria e Italia. Anni 2018 - 2019 – Fonte: Elaborazione Demoskopika su Istat e Unioncamere

	2018	2019	Variazione % (2018/2019)
Cosenza	14.137,50	14.355,40	0,98
Catanzaro	18.139,10	18.223,50	1,00
Reggio di Calabria	15.878,10	16.252,10	0,98
Crotone	16.146,80	15.984,60	1,01

Vibo Valentia	14.434,10	14.778,80	0,98
Calabria	14.876,40	14.979,50	0,99
Italia	25.832,00	26.002,40	0,99

Con l'aggravarsi della crisi economica, il deterioramento del tessuto produttivo e la conseguente caduta della domanda di lavoro hanno provocato una imponente riduzione dell'occupazione, crisi e ritardo strutturale colpiscono con maggiore intensità giovani e donne.

Figura1. Tasso di irregolarità degli occupanti (per 100 occupanti) 2019-Dati Istat



Questa situazione va purtroppo letta all'interno di un contesto di problematicità strutturali drammatiche nel settore sociale. Nel 2018, la spesa dei Comuni per i servizi sociali cresce per il quinto anno consecutivo e raggiunge 7 miliardi 472 milioni di euro, recuperando pienamente il calo del triennio 2011-2013. La spesa per abitante è pari a 124 euro (120 euro nel 2017) con differenze territoriali molto ampie: al Sud è di 58 euro, meno della metà del resto del Paese e circa un terzo di quella del Nord est (177 euro). Le risorse sono destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (38%), alle persone con disabilità (27%) e agli anziani (17%). La bassa organizzazione dei servizi pubblici pregiudica una efficace attuazione della strategia di inclusione sociale attiva. È modesto il livello di collaborazione e di rete tra le realtà del privato-sociale. La partecipazione civica è ridotta e l'utilizzo di strumenti di innovazione sociale insufficiente.

Come elemento potente di disarticolazione della coesione sociale e di freno allo sviluppo, rimane infine inalterata la pericolosità delle organizzazioni criminali mafiose in Calabria, nonostante i successi registrati nell'azione di contrasto e l'adozione di strumenti di estrema rilevanza come il sequestro e la confisca dei beni appartenenti alle organizzazioni criminali. Sotto altri aspetti relativi a illegalità e insicurezza, gli indicatori della banca dati ISTAT-DPS danno peraltro un'immagine più favorevole della regione, ad esempio per quanto riguarda la criminalità diffusa, la microcriminalità nelle città e la percezione delle famiglie del rischio di criminalità nella zona in cui vivono.

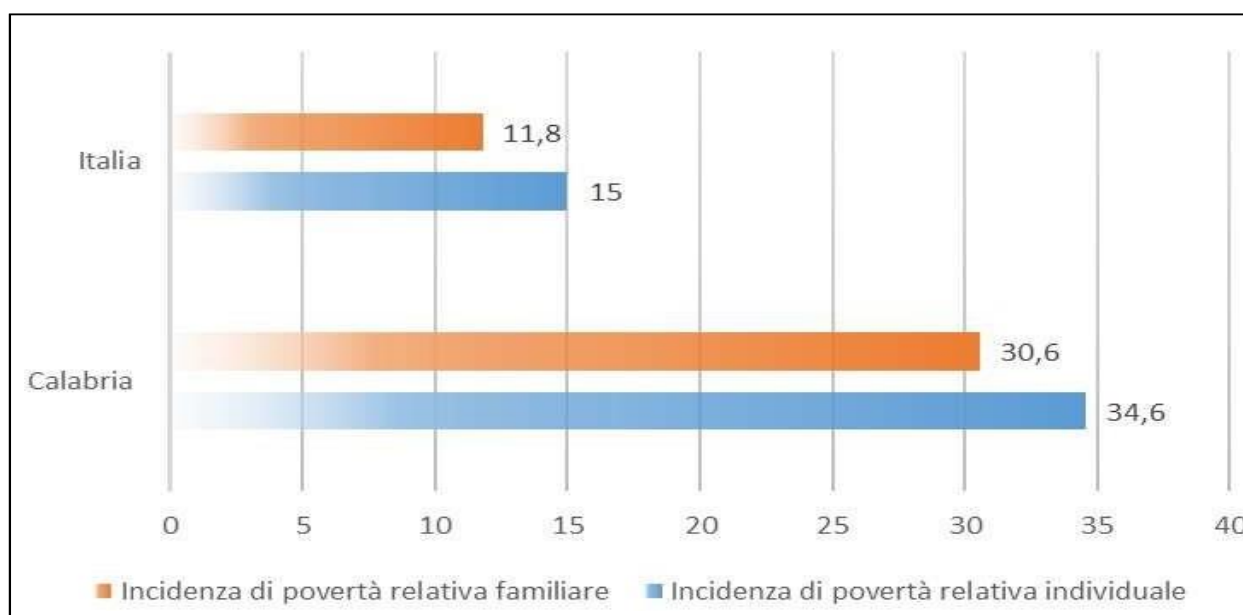
La grave situazione del mercato del lavoro trova naturalmente le sue radici nelle condizioni del sistema economico calabrese, la cui flessione produttiva negli ultimi anni è significativa e che è lontano dal risolvere i suoi ritardi strutturali rispetto alla densità e all'articolazione settoriale del sistema produttivo, alla produttività, all'intensità dei processi di investimento, all'apertura internazionale. Il sistema produttivo regionale, infatti, soffre di un basso livello di produttività, ascrivibile prevalentemente alla sotto dotazione del capitale aziendale, alla modesta dimensione delle imprese e al basso livello di innovazione. La distribuzione dimensionale delle imprese registra in Calabria una più marcata presenza delle micro e piccole imprese. La struttura produttiva calabrese è caratterizzata da una forte prevalenza delle imprese di servizi rispetto a quelle industriali. Il processo di terziarizzazione appare uniformemente avanzato in tutte le province del territorio regionale, con una percentuale di imprese di servizi che varia dal 73,8% di Cosenza e Catanzaro al 76,8% di Reggio Calabria. A testimonianza dell'importanza del settore turistico per l'economia regionale, le sole imprese attive nell'offerta di servizi di alloggio e ristorazione rappresentano oltre un quinto delle aziende di servizi. Con

riferimento alle dinamiche economiche, un primo aspetto da esaminare con attenzione, sia a livello centrale che locale, è quello relativo alle condizioni delle famiglie. Se gli indicatori di povertà identificano le casistiche più gravi, ulteriori dati statistici disponibili, come la fonte principale dei redditi familiari e il numero dei componenti occupati, consentono di mappare in maniera più ampia eventuali situazioni di fragilità economica. In Calabria (anno 2018) i valori degli indicatori di povertà sono decisamente più alti di quelli nazionali. Le famiglie che si trovano in uno stato di povertà relativa nella regione sono il 30,6 per cento rispetto all'11,8 per cento in Italia; anche l'incidenza della povertà relativa individuale (34,6 per cento) risulta più che doppia in confronto al totale del Paese (il 15%). Con riferimento alla condizione occupazionale, emerge che il 22,2 per cento delle famiglie con almeno un componente da 15 a 64 anni non ha alcun componente appartenente alle forze di lavoro, una quota di 9 punti percentuali al di sopra del dato nazionale (il 13,2 per cento). Emerge inoltre che un terzo delle famiglie calabresi è priva di componenti occupati, contro un dato medio nazionale pari a poco meno di un quarto.

Tabella 11. Indicatori di povertà relativa-Dati Istat 2018

Indicatore Calabria Italia	Calabria	Italia
Incidenza di povertà relativa individuale	34,6	15
Incidenza di povertà relativa familiare	30,6	11,8

Figura 2. Incidenza di povertà relativa familiare (Percentuale di Famiglie di povertà relativa) e incidenza di povertà relativa individuale (Percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti) - dati Istat 2018



Metodologia: il principio di sussidiarietà sanitaria

La programmazione sanitaria ha assoluta e prioritaria necessità di strumenti che le consentano di fondare le decisioni sulle evidenze, ed in particolare sulla conoscenza dei bisogni e delle caratteristiche della domanda di assistenza, superando l'approccio finora dominante di una programmazione di tipo "parametrico", incentrata essenzialmente sul criterio dell'offerta storica.

A tale scopo, è stato progettato e sviluppato un modello di rilevazione ed analisi della domanda ed offerta di lungo assistenza e mantenimento delle strutture territoriali di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (prestazioni residenziali e semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari) e sociosanitarie (RSA residenze

sanitarie assistite per adulti non autosufficienti e disabili), e di stima dei fabbisogni per ASP per queste categorie di assistenza.

Il percorso metodologico seguito è articolato nelle seguenti fasi:

1. Ricerca bibliografica, studio e individuazione di criteri aggiuntivi alla sola spesa storica;
2. Ricognizione delle prestazioni prodotte direttamente dalle Aziende Sanitarie (offerta pubblica) e di quelle contrattualizzate dai soggetti accreditati per l'erogazione dei servizi di riabilitazione, lungo-assistenza e mantenimento;
3. Individuazione dell'offerta pubblica "attivabile" per censire strutture e servizi aziendali inutilizzati e valutarne gli eventuali investimenti necessari per la messa in funzione;
4. Ricognizione dell'offerta privata in corso di accreditamento istituzionale;
5. Mappatura della distribuzione dei servizi sul territorio;

Nella prima fase di lavoro e di inquadramento della problematica è stata condotta l'analisi della letteratura e della normativa di riferimento, finalizzata alla più precisa individuazione delle prestazioni assistenziali da includere nel modello e delle fonti informative ad esse relative. Il modello effettua quindi una ricostruzione del quadro di contesto, con riferimento all'intensità e variabilità della domanda (intesa come consumi effettivi di assistenza), alla consistenza e diffusione dell'offerta (strutture e posti letto).

L'analisi, effettuata con un dettaglio territoriale a livello di Aziende Sanitarie, è stata diretta a rilevare e rappresentare la variabilità sul territorio regionale dei bisogni assistenziali, dell'offerta pubblico-privata dei servizi di riabilitazione, lungo-assistenza e mantenimento, allo scopo di far emergere disuguaglianze territoriali nell'accesso a tali servizi, diversità di bisogni e squilibri nella allocazione di risorse. Le attuali carenze nell'equità di accesso ai servizi di questo particolare ambito assistenziale devono essere affrontate attraverso una regolare attività di rilevazione ed analisi dei fenomeni correlati alla generazione e all'esplicitazione dei bisogni; a partire dalle differenze nella struttura socio-demografica ed economica rilevabile sul territorio regionale: fattori come l'età, ma anche l'isolamento geografico o sociale e la deprivazione socioeconomica inevitabilmente incidono sull'intensità e sulle caratteristiche della domanda dei residenti e sono monitorate nel modello. L'età, in particolare, è una variabile già inclusa nel modello di stima dei fabbisogni sviluppato nel presente lavoro; di altre si potrà tenere conto in future evoluzioni del modello stesso, in base alla disponibilità di dati. Il secondo fenomeno da monitorare è costituito dalla intensità e distribuzione territoriale dell'offerta delle strutture, oggetto in questo periodo di un complesso piano di riqualificazione della rete territoriale. I processi di accreditamento definitivo delle strutture e la riconversione dei posti letto in base agli ultimi programmi operativi condurranno a profonde trasformazioni dell'offerta assistenziale, che ci si attende abbiano l'effetto di riequilibrare i livelli della domanda e l'assorbimento medio di risorse da parte dei residenti delle diverse ASP.

L'obiettivo non è azzerare la variabilità nei consumi, ma contenerla quanto più possibile entro limiti spiegabili considerando le sole differenze effettivamente esistenti tra le popolazioni da un punto di vista epidemiologico.

2. La riorganizzazione sociosanitaria del territorio a favore della continuità delle cure

Il Decreto di ripartizione delle risorse firmato dal Ministero della Salute il 20 gennaio 2022 contiene il dettaglio della ripartizione del finanziamento PNRR per i diversi sub-investimenti contenuti nella Missione 6 Salute. La Regione Calabria, in ottemperanza alle scadenze del PNRR, ha presentato il Piano Operativo comprendente le azioni per portare a termine ciascun sub-investimento per il quale la Regione si configura come soggetto attuatore.

La localizzazione degli interventi previsti dal PNRR segue come principio generale quello di favorire la ristrutturazione e riqualificazione di edifici pubblici, di proprietà o comunque nella disponibilità delle Aziende Sanitarie. Per l'individuazione dei siti da destinare a tali fini, la Regione Calabria ha dovuto tener conto di alcuni fattori di criticità. La presenza di oltre 400 comuni, molti dei quali con meno di 5.000 abitanti e l'ubicazione in zone montane e periferiche, determina problemi di accesso ai servizi sanitari. Ciò è dato dal fatto che le distanze per raggiungere presidi ospedalieri e strutture sanitarie territoriali sono mediamente elevate, la rete assistenziale territoriale e l'assistenza domiciliare risultano ad oggi carenti, la rete stradale non

è sempre agevolmente percorribile con manutenzione insufficiente a cui spesso si aggiungono criticità legate a fenomeni naturali (frane, dissesto idrogeologico e sismico).

Il PNRR ha previsto per la regione Calabria la realizzazione di 57 Case della Comunità (CdC), 19 Centrali Operative Territoriali (COT) e 15 Ospedali di Comunità (OdC) ma, date le sopracitate difficoltà per assicurare una migliore copertura assistenziale nel territorio calabrese, si è definito nel Decreto di ripartizione delle risorse del 20 gennaio 2022 di programmare ulteriori 4 CdC, 2 COT e 5 OdC, a valere su risorse regionali.

Tabella 12. Distribuzione di CdC, COT e OdC per provincia

Provincia	CdC (hub e spoke)	COT	OdC
Cosenza	22	7	9
Crotone	6	2	1
Catanzaro	11	4	4
Vibo Valentia	5	2	2
Reggio di Calabria	17	6	4
TOTALE	61	21	20

Le motivazioni per una tale distribuzione trovano spiegazione e giustificazione puntuale all'interno del Piano Operativo Regionale degli Investimenti Missione 6 Salute allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo pubblicato nel maggio 2022.

2.1 Il Distretto

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale sul territorio e si riferisce ad una popolazione di 100.000 abitanti, con variabilità dipendente da densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio. Costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali e sovrintende all'integrazione tra le strutture sanitarie, per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, uniformità dei livelli di assistenza e pluralità dell'offerta. Contribuisce a migliorare lo stato di salute della comunità attraverso il governo e la gestione di una rete integrata di servizi sociosanitari assicurando competenza, disponibilità e prontezza di risposta, nel più ampio rispetto della dignità della persona umana e dei suoi primari diritti di salute. I principi base che guidano le attività del Distretto sono:

- salute intesa come “processo”: condizione 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.

Le funzioni essenziali del Distretto sono: committenza, produzione e garanzia.

Per committenza si intende programmazione dei servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni individuali e collettivi della popolazione di riferimento, tenuto conto anche delle risorse disponibili. Tale funzione si esplica ad esempio mediante l'analisi e la valutazione dei bisogni di salute, il governo dei consumi di prestazioni indirette, farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, residenziali-semiresidenziali-domiciliari, attraverso l'attività di orientamento del cittadino e l'integrazione effettiva dei servizi erogati ai diversi livelli di assistenza dalle ASP. La fase di analisi non si ferma però alle sole informazioni prettamente sanitarie ma deve essere integrata da dati demografici, epidemiologici e sociali di

ogni territorio distrettuale (Profilo di Salute) dal momento che solo il 30% della Salute dipende dal Sistema Sanitario mentre il 70% dipende da altri determinanti di salute, quali gli stili di vita, l'ambiente, la cultura, l'economicità.

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 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 (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 PAT di ciascun distretto verrà redatto, con il coordinamento della direzione sanitaria aziendale.

Il Distretto produce servizi mediante erogazione diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari per garantire i livelli essenziali di assistenza propri del livello distrettuale. I Distretti coordinano la medicina convenzionata (medicina generale, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale) assicurandone integrazione nell'organizzazione distrettuale; 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 d.lgs. 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. Il distretto garantisce quindi integrazione sia professionale, in particolare facilitando i rapporti tra medicina generale con le altre professioni che operano nell'ambito delle attività distrettuali, sia organizzativa tra articolazioni del distretto medesimo con il Dipartimento di Prevenzione (DP), Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, Dipartimento Materno infantile.

La funzione di garanzia si riferisce all'accesso e all'equità nella fruizione dei servizi, attraverso monitoraggio della qualità e delle criticità che emergono. 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.

2.1.1 La struttura

Il Distretto è l'articolazione dell'ASP, deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. Coerentemente con tale visione, con DCA n. 54/2023 (adottato ai sensi dell'art. 7, comma 2, della l. rg. 11/2004) sono previste le "Linee Guida per l'adozione degli atti aziendali e per l'organizzazione delle aziende sanitarie", al fine di dare ottemperanza al Programma operativo 2022-2025 e agli ulteriori atti programmatici di carattere nazionale (DM 70/2015 e DM 77/2022) e regionale (legge n. 32 del 15 dicembre 2021 recante "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale calabrese denominato "Azienda per il governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero" e del DCA n. 42 del 3 febbraio 2023 " Linee Guida regionali per l'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria – Azienda Zero, ai sensi dell'art. 2, comma 4, D.L. 150/2020 convertito nella legge 181/2020. Integrazione e aggiornamento DCA n. 130 del 16 novembre 2015 e s.m.i.). L'obiettivo è di offrire alle aziende sanitarie territoriali principi e criteri comuni per la stesura dei singoli atti aziendali.

Tabella 13. Numero di Distretti per singola Azienda Sanitaria

Provincia	Popolazione (al 1° gennaio 2022)	Numero comuni	Numero Distretti
Cosenza	674.543	150	6
Crotone	163.553	27	1
Catanzaro	343.673	80	3
Vibo Valentia	151.558	50	1
Reggio di Calabria	522.127	97	3
Calabria	1.855.454	404	14

Per l'erogazione e la gestione delle attività il distretto è articolato in strutture tra cui deve essere ricompresa la struttura di Cure Primarie che eroga i servizi di: 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 indicato nelle Linee Guida, 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.

Aziende di piccole e medie dimensioni

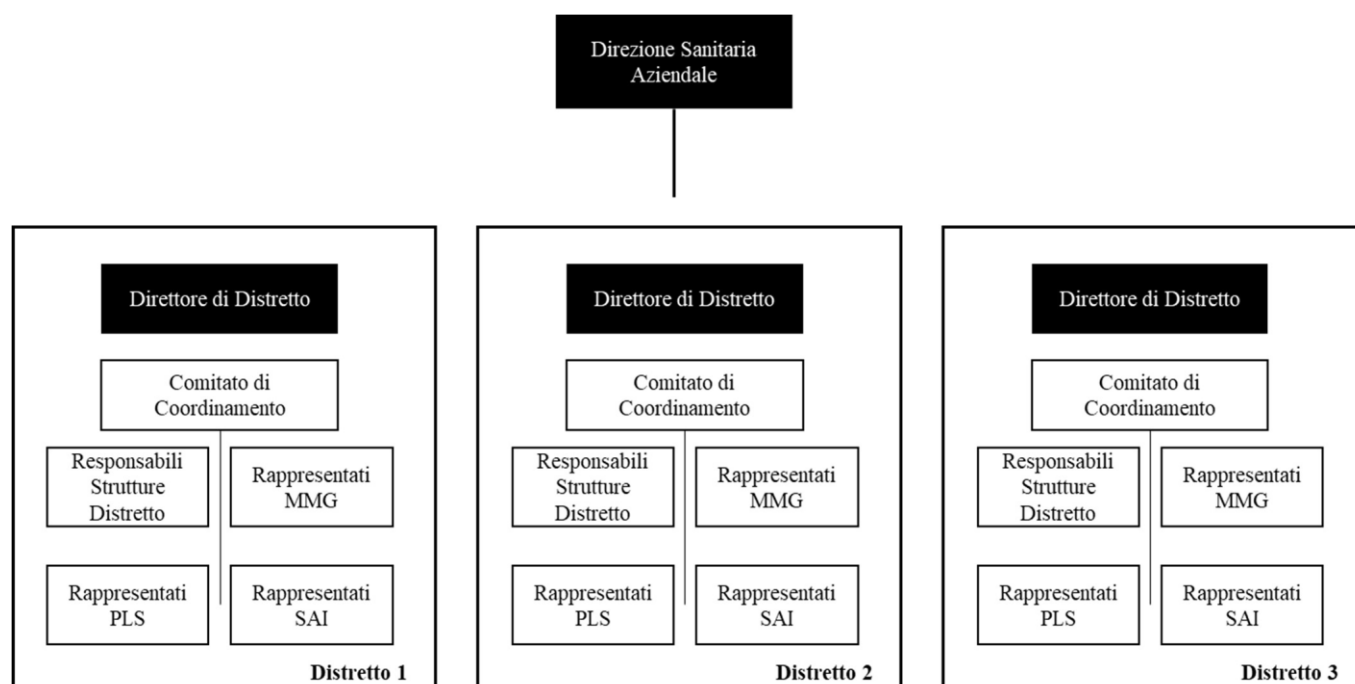
Coordinamento dei distretti

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.

Governo del distretto

È affidato al Direttore del Distretto con il supporto consultivo del Comitato di Coordinamento delle Attività Distrettuali, composto dai responsabili delle strutture afferenti, un rappresentante dei MMG, uno dei PLS e uno dei SAI.

Figura 3. 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

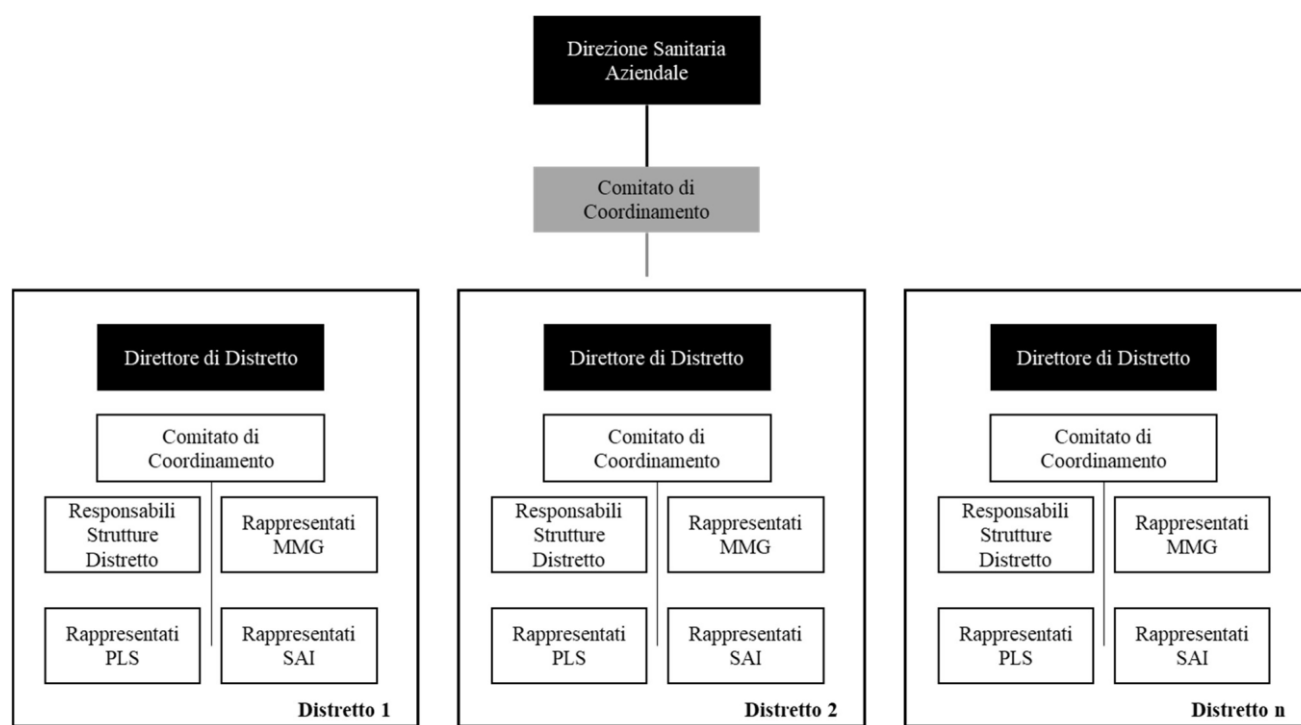
Salvo ulteriori attività delegate con apposito atto dal Direttore Generale, le competenze del Coordinamento sono:

- 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).

Governo del distretto

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

Figura 4. Funzione di coordinamento dei distretti in Aziende di grandi dimensioni (più di 3 distretti)



2.2 Case della Comunità

La Casa della Comunità (CdC), come definita nel DM 77/2022, è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Il modello organizzativo è improntato all'integrazione e alla multidisciplinarietà, al fine di rendere concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nelle CdC, il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali, mediante un approccio orizzontale

e trasversale ai bisogni che tiene conto anche della dimensione personale dell'assistito. L'assistito, inoltre, non rappresenta solo il destinatario dei servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa.

L'attività multidisciplinare conta sulla presenza di una équipe composta di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni (anche nelle loro forme organizzative), Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali. Tale équipe opera attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento.

Nell'attuale ridisegno della rete territoriale regionale si terranno in considerazione anche i presidi regionali programmati per lo svolgimento delle funzioni di Case della Salute.

Il DPGR 18 del 22/10/2010, infatti, ha previsto la riconversione di alcuni Presidi Ospedalieri in Ospedali Distrettuali, successivamente denominati Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT) ed infine Case della Salute.

Con DPGR n. 135 del 21/12/2011 è stato individuato un primo elenco di Case della Salute da finanziare ai fini della riconversione.

La Scheda salvaguardia n. 4 - "Rete Regionale Case della Salute", approvata con DGR n. 647 del 29/12/2017, ha confermato la realizzazione delle Case della Salute di San Marco Argentano (CS), Cariati (CS), Chiaravalle (CZ), Mesoraca (KR), Scilla (RC) e Siderno (RC).

Ad oggi, il Progetto "Case della Salute" è finanziato nell'ambito del POR Calabria FESR FSE 2014/2020 ed i relativi interventi sono in corso.

Si prevede che, in fase progettuale o realizzativa, le Case della Salute vengano pienamente integrate nella rete regionale delle Case di Comunità, ai fini dello svolgimento delle medesime funzioni socio-sanitarie. Per definire la localizzazione delle CdC sono state effettuate analisi preliminari secondo due scale di lettura, strettamente interrelate per conformare le conseguenti scelte operative:

1. a scala territoriale sono stati analizzati:

- a. la rete ospedaliera esistente e programmata;
- b. la rete dei servizi sanitari complementari esistenti e programmati;
- c. il bacino d'utenza attuale e potenziale;
- d. il sistema infrastrutturale esistente e programmato;
- e. il sistema ambientale in tutta la sua complessità

2. a scala locale sono stati considerati:

- a. la disponibilità, la conformazione oro-geografica, le caratteristiche e le dimensioni dell'area;
- b. la posizione ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
- c. il grado di accessibilità attraverso le principali infrastrutture viarie e di trasporto pubblico;
- d. le caratteristiche e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti;
- e. le caratteristiche del manufatto architettonico, se esistente.

Tabella 14. Rete Regionale Case della Salute

ASP	Popolazione (al 1° gennaio 2022)	CdS previste (da adibire a CdC)
Cosenza	674.543	1
Crotone	163.553	2
Catanzaro	343.673	1
Vibo Valentia	151.558	0
Reggio di Calabria	522.127	2
TOTALE	1.855.454	6

I servizi previsti dal DM 77/2022 all'interno delle CdC hub e spoke sono rappresentati di seguito.

Tabella 15. Servizi previsti da standard nelle CdC da DM 77/2022

Servizi	Modello organizzativo	
	CdC Hub	CdC Spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la CdC Hub di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Il modello Hub e Spoke, previsto per le CdC, risponde alle differenti esigenze territoriali e garantisce equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio. Al fine di tenere conto di una serie di variabili e, in particolare, delle esigenze determinate dalle caratteristiche orografiche del territorio e dalla presenza di strutture riconvertibili allo scopo, le CdC sono distribuite secondo il modello Hub e Spoke.

Nella Case di Comunità a media/alta complessità assistenziale (Hub) viene garantito l'accesso H24 alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrativa (Centro Unico di Prenotazione); valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale, sportello sociale); di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci); prevenzione collettiva e sanità pubblica (es. vaccinazioni, screening); ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità e ambulatorio prestazionale; assistenza consultoriale; assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche; centro per i disturbi cognitivi e le demenze; assistenza specialistica; diagnostica strumentale ecografica e radiologica; chirurgia ambulatoriale; recupero e rieducazione funzionale; assistenza domiciliare; rete cure palliative.

Nella Casa di Comunità a bassa complessità assistenziale (Spoke) viene garantito l'accesso alle seguenti funzioni: accoglienza; amministrativa; valutazione del bisogno; assistenza del medico di medicina generale; assistenza del pediatra di libera scelta; assistenza infermieristica; assistenza specialistica a supporto dei percorsi; assistenza ostetrica e assistenza sociale.

In particolare, nella ASP di Cosenza si è cercato di assicurare il raggiungimento della struttura da parte di tutti gli abitanti a cui si riferisce e a comprendere nel bacino di utenza anche i territori di confine di regioni confinanti nei quali non sono presenti strutture sanitarie. Per la ASP di Crotone, oltre alle necessità orografiche, la collocazione delle strutture ha cercato anche di rispondere alle necessità di salute determinate dalla presenza per decine di anni di un insediamento industriale ad elevato rischio ambientale e di salute.

Sulla base dello standard previsto dal DM 77 (1 Casa Hub/50.000 abitanti) le strutture programmate sono quelle di seguito elencate; si rappresenta che il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto in data 30/05/2022, finanzia il seguente numero di Case di Comunità (CdC):

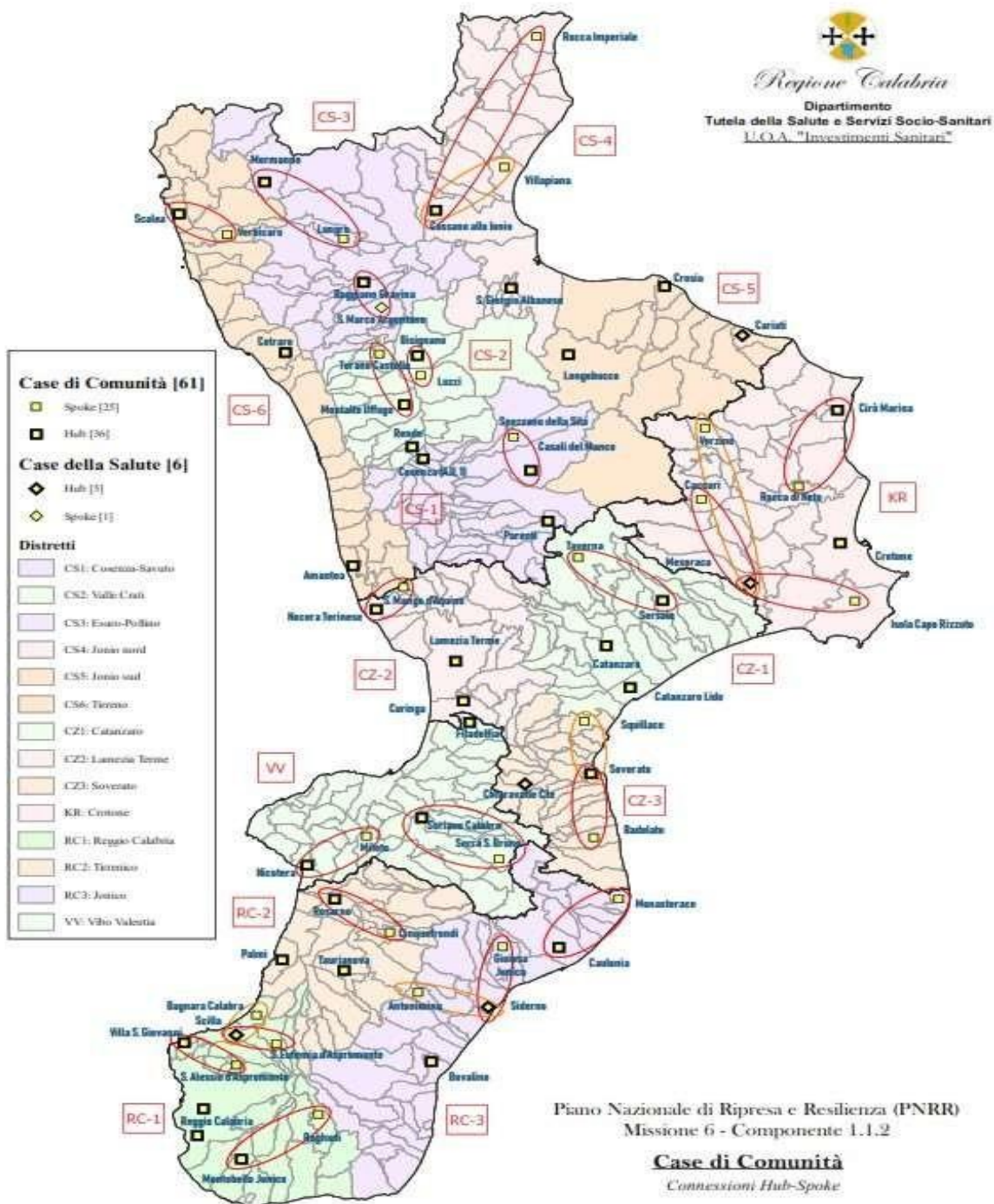
- CdC HUB n° 14
- CdC Spoke n° 47

per un totale di 61 Case di Comunità.

Nella tabella seguente sono rappresentate il numero CdC hub e di CdC spoke previste per ASP.

Tabella 16. Numero di CdC hub e spoke per ASP (standard DM 77)

ASP	Popolazione (al 1° gennaio 2022)	CdC PNRR	CdC PNRR HUB	CdC PNRR SPOKE	CdS da adibire a CdC	CdS da adibire a CdC HUB	CdS da adibire a CdC SPOKE	Case della Comunità Totale
Catanzaro	343.673	11	7	4	1	1	0	12
Cosenza	674.543	22	15	7	2	1	1	24
Crotone	163.553	6	2	4	1	1	0	7
Vibo Valentia	151.558	5	3	2	0	0	0	5
Reggio Calabria	522.127	17	9	8	2	2	0	19
TOTALE	1.855.454	61	36	25	6	5	1	67



Nelle successive tabelle è riportato il dettaglio relativo all'ubicazione e alla tipologia per ASP di riferimento. Si evidenzia per colore il sistema H-S associato al distretto riportato nella relativa cartina geografica.

Tabella 17. Ubicazione e tipologia di CdC per la provincia di Catanzaro

N° PIANO	AZIENDA	DISTRETTO	HUB/SPOKE DM 77	SISTEMA H-S	COMUNE
2	ASP CATANZARO	CZ1 CATANZARO	HUB	-	CATANZARO
3	ASP CATANZARO		HUB	-	CATANZARO
8	ASP CATANZARO		HUB	HS1	SERSALE
11	ASP CATANZARO		SPOKE	HS1	TAVERNA
4	ASP CATANZARO	CZ2 LAMEZIA TERME	HUB	-	CURINGA
5	ASP CATANZARO		HUB	-	LAMEZIA TERME
6	ASP CATANZARO		HUB	HS2	NOCERA TERINESE
7	ASP CATANZARO		SPOKE	HS2	SAN MANGO D'AQUINO
9	ASP CATANZARO	CZ3 SOVERATO	HUB	HS3	SOVERATO
10	ASP CATANZARO		SPOKE	HS3	SQUILLACE
1	ASP CATANZARO		SPOKE	HS3	BADOLATO
CdS1	ASP CATANZARO		HUB	-	CHIARAVALLE
	HUB		8	3	
	SPOKE		4		

Tabella 18. Ubicazione e tipologia di CdC per la provincia di Cosenza

N° PIANO	AZIENDA	DISTRETTO	HUB/SPOKE DM 77	SISTEMA H-S	COMUNE
14	ASP COSENZA	CS1 COSENZA-SAVUTO	HUB	HS1	CASALI DEL MANCO
30	ASP COSENZA		SPOKE	HS1	SPEZZANO DELLA SILA
17	ASP COSENZA		HUB	-	COSENZA
24	ASP COSENZA		HUB	-	PARENTI
13	ASP COSENZA	CS2 VALLE CRATI	HUB	HS2	BISIGNANO
21	ASP COSENZA		SPOKE	HS2	LUZZI
22	ASP COSENZA		HUB	HS3	MONTALTO UFFUGO
31	ASP COSENZA		SPOKE	HS3	TORANO CASTELLO
25	ASP COSENZA		HUB	-	RENDE
20	ASP COSENZA	CS3 ESARO-POLLINO	HUB	HS4	MORMANNO
23	ASP COSENZA		SPOKE	HS4	LUNGRO
27	ASP COSENZA		HUB	HS5	ROGGIANO GRAVINA
CdS2	ASP COSENZA		SPOKE	HS5	SAN MARCO ARGENTANO
15	ASP COSENZA	CS4 IONIO NORD	HUB	HS6	CASSANO ALL'IONIO
26	ASP COSENZA		SPOKE	HS6	ROCCA IMPERIALE
33	ASP COSENZA		SPOKE	HS6	VILLAPIANA
28	ASP COSENZA		HUB	-	SAN GIORGIO ALBANESE
18	ASP COSENZA	CS5 IONIO SUD	HUB	-	CROSIA
19	ASP COSENZA		HUB	-	LONGOBUCCO
CdS3	ASP COSENZA		HUB	-	CARIATI
12	ASP COSENZA	CS6 TIRRENO	HUB	-	AMANTEA
16	ASP COSENZA		HUB	-	CETRARO
29	ASP COSENZA		HUB	HS7	SCALEA
32	ASP COSENZA		SPOKE	HS7	VERBICARO
	HUB		16	7	
	SPOKE		8		

Tabella 19. Ubicazione e tipologia di CdC per la provincia di Crotone

N° PIANO	AZIENDA	DISTRETTO	HUB/SPOKE DM 77	SISTEMA H-S	COMUNE
36	ASP CROTONE	KR CROTONE	HUB	-	CROTONE
CdS4	ASP CROTONE		HUB	HS1	MESORACA
34	ASP CROTONE		SPOKE	HS1	CACCURI
37	ASP CROTONE		SPOKE	HS1	ISOLA DI CAPO RIZZUTO
39	ASP CROTONE		SPOKE	HS1	VERZINO
35	ASP CROTONE		HUB	HS2	CIRÒ MARINA
38	ASP CROTONE		SPOKE	HS2	ROCCA DI NETO
HUB			3	3	
SPOKE			4		

Tabella 20. Ubicazione e tipologia di CdC per la provincia di Vibo Valentia

N° PIANO	AZIENDA	DISTRETTO	HUB/SPOKE DM 77	SISTEMA H-S	COMUNE
57	ASP VIBO VALENTIA	VV VIBO VALENTIA	HUB	-	FILADELFIA
59	ASP VIBO VALENTIA		HUB	HS1	NICOTERA
58	ASP VIBO VALENTIA		SPOKE	HS1	MILETO
61	ASP VIBO VALENTIA		HUB	HS2	SORIANO CALABRO
60	ASP VIBO VALENTIA		SPOKE	HS2	SERRA SAN BRUNO
HUB			3	2	
SPOKE			2		

Tabella 21. Ubicazione e tipologia di CdC per la provincia di Reggio Calabria

N° PIANO	AZIENDA	DISTRETTO	HUB/SPOKE DM 77	SISTEMA H-S	COMUNE
CdS5	ASP REGGIO CALABRIA	RC1 REGGIO CALABRIA	HUB	HS1	SCILLA
41	ASP REGGIO CALABRIA		SPOKE	HS1	BAGNARA CALABRA
54	ASP REGGIO CALABRIA		SPOKE	HS1	SANT'EUFEMIA D'ASPROMONTE
47	ASP REGGIO CALABRIA		HUB	HS2	MONTEBELLO IONICO
51	ASP REGGIO CALABRIA		SPOKE	HS2	ROGHUDI
49	ASP REGGIO CALABRIA		HUB	-	REGGIO DI CALABRIA
50	ASP REGGIO CALABRIA		HUB	-	REGGIO DI CALABRIA
56	ASP REGGIO CALABRIA		HUB	HS3	VILLA SAN GIOVANNI
53	ASP REGGIO CALABRIA		SPOKE	HS3	SANT'ALESSIO IN ASPROMONTE
CdS6	ASP REGGIO CALABRIA		RC2 TIRRENICO	HUB	HS4
40	ASP REGGIO CALABRIA	SPOKE		HS4	ANTONIMINA
45	ASP REGGIO CALABRIA	SPOKE		HS4	GIOIOSA IONICA
42	ASP REGGIO CALABRIA	HUB		-	BOVALINO
43	ASP REGGIO CALABRIA	HUB		HS5	CAULONIA
46	ASP REGGIO CALABRIA	SPOKE		HS5	MONASTERACE
52	ASP REGGIO CALABRIA	RC3 IONICO	HUB	HS6	ROSARNO
44	ASP REGGIO CALABRIA		SPOKE	HS6	CINQUEFRONDI
48	ASP REGGIO CALABRIA		HUB	-	PALMI
55	ASP REGGIO CALABRIA		HUB	-	TAURIANOVA
	HUB		11	6	
	SPOKE		8		

2.2.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione

Il numero di CdC da realizzare entro il 2026 previsto è di 61 strutture, di cui 57 a valere su fondi PNRR. In particolare, nella Tabella 22 si rappresenta il numero di CdC per ASP suddividendole in base alle specifiche di realizzazione (da edificare o da ristrutturare).

Tabella 22. Stato di realizzazione CdC per ASP

ASP	CdC da edificare	CdC da ristrutturare	Totale CdC
Cosenza	4	18	22
Crotone	1	10	6
Catanzaro	0	6	11
Vibo Valentia	0	5	5
Reggio di Calabria	0	17	17
TOTALE	5	56	61

Per il dettaglio dell'importo assegnato per la realizzazione degli interventi relativi alle CdC per la Regione Calabria si rimanda al Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo.

Il cronoprogramma PNRR, recepito mediante la definizione del Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo, prevede il raggiungimento di specifiche Milestone e Target nelle tempistiche di seguito elencate.

Milestone/target	Descrizione	Termini di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case di Comunità	T2 2022	ITA
Target	Approvazione per indizione della gara per realizzazione delle Case di Comunità	T1 2023	ITA
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case di Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	ITA
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	ITA
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	UE

Fonte: CIS

Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità HUB-Spoke

Le funzioni della CdC si articolano in n.4 macro-aree omogenee per tipologia di funzione:

- 1) Macro-Area SPECIALISTICA, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- 2) Macro-Area CURE PRIMARIE, che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), ecc.;
- 3) Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA', che ospita Assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi sociosanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;
- 4) Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI, che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
 - a. servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.);

- b. servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.);
- c. servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.);
- d. locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali, sanitarie e non sanitarie, che, a loro volta, si suddividono in obbligatorie e facoltative secondo i seguenti criteri:

- obbligatorie, se indicate come “obbligatorie” in termini organizzativi nella Tabella 15 del DM 77
- facoltative, se considerate “fortemente raccomandate”, “raccomandate” e “facoltative” in termini organizzativi nella Tabella 15 del DM 77

In ogni CdC devono essere previste le funzioni obbligatorie, in attuazione del DM 77, e possono essere previste funzioni aggiuntive/facoltative secondo le indicazioni fornite dall’Azienda Sanitaria.

Ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici):

- a. unità ambientali operative, che caratterizzano l’area funzionale e il servizio da erogare;
- b. unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali utili per lo svolgimento delle funzioni di depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
- c. unità ambientali per l’accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all’interno della CdC, come ad esempio l’area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale. In tal caso, a livello organizzativo e gestionale della struttura deve essere previsto un coordinamento delle attività sociosanitarie adeguate all’uso degli spazi, nonché, da un punto di vista progettuale, gli spazi possono essere adattati per diverse esigenze.

Il numero dei locali operativi può variare in relazione alle attività previste all’interno della CdC, alle istanze epidemiologiche della popolazione e al modello organizzativo degli spazi. Per quanto concerne il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi all’accreditamento delle strutture ospedaliere e/o sociosanitarie assimilabili alle CdC.

In caso di CdC realizzata all’interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di CdC Hub o Spoke integrate con OdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro-area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l’area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche.

Unità Funzionali della CdC			Indicazioni CdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI		METAPROGETTO	
			HUB	SPOKE
SPECIALISTICA	AREA DIAGNOSTICA DI BASE			
	Servizi di diagnosi e cura	DIAGNOSTICA DI BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	AREA PRELIEVI			
	Area prelievi e PO	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
	ATTIVITÀ AMBULATORIALE SPECIALISTICA			
	Servizi ambulatoriali specialistici	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
CURE PRIMARIE	AREA CURE PRIMARIE			
		Ambulatori per medici di medicina generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
		Ambulatori per pediatri di libera scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio
		Ambulatori per infermieri di famiglia o comunità (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ	SERVIZI INFERMIERISTICI			
		Ambulatori infermieristici (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA MEDICA H24/H12			
	Assistenza medica	ASSISTENZA MEDICA H24/H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)			
		PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio
	INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI			
		Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA DOMICILIARE			
		ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	Obbligatorio	Obbligatorio
		UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)	Obbligatorio	/
	SERVIZI PER LA COMUNITÀ			
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI			
	Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI - URP - CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE E AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA SERVIZI LOGISTICI			
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI E TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA LOCALI TECNICI			
	CT, centrali gas, collegamenti impiantistici, sottocentrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.		

La CdC HUB garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- a) Équipe multi-professionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- b) Presenza medica h 24-7 gg/7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- c) Presenza infermieristica h 24 - 7 gg/7 (obbligatoria h12 – 7 gg/7);
- d) Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- e) Punto prelievi;
- f) Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. tele-refertazione, ecc.);
- g) Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- h) Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- i) Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- j) Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione;
- k) Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- l) Servizio di assistenza domiciliare di base;
- m) Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- n) Integrazione con i servizi sociali.

La tipologia HUB, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere così strutturata:

Macro-aree sanitarie	Macro-area <u>Specialistica</u> con le Aree Funzionali: Prelievi; Diagnostica di base; Ambulatori specialistici.
	Macro-area <u>Cure Primarie</u> con l'omonima Area Funzionale;
	Macro-area <u>Assistenza di prossimità</u> , con le Aree Funzionali: Assistenza medica h24; Servizi infermieristici; Punto unico di accesso (PUA); Integrazione con i servizi sociali; Assistenza domiciliare; Servizi per la comunità.
Macro-area non sanitaria	Macro-area <u>Servizi Generali e Logistici</u> , con le Aree Funzionali: Servizi Generali di Accoglienza utenti; Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario; Area logistica e Locali tecnici.

È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire gli ascensori differenziati; e, altresì, a partire dalla recente pandemia da Covid-19 e dalla relativa necessità di poter differenziare i flussi degli utenti (Covid /non Covid), e per esigenze di

sicurezza (es: compartimentazione della struttura durante la notte e/o nei giorni festivi, ecc.), degli accessi secondari di servizio:

- per l'Assistenza medica H24, un accesso autonomo nelle strutture ove sono garantiti i servizi medici H24/7 (accesso notturno, con una sala di attesa);
- collegamenti con le aree esterne per garantire - in caso di emergenza - possibili collegamenti con strutture prefabbricate e/o tensostrutture.

Case di Comunità Spoke

La CdC Spoke garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multi-professionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa della Comunità HUB di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

La tipologia Spoke, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere strutturata nelle seguenti 4 Macro-aree (3 sanitarie ed una non sanitaria):

Macro-aree sanitarie	Macro-area <u>Specialistica</u> con l'Area Funzionale ambulatori specialistici
	Macro-area <u>Cure Primarie</u> con l'omonima Area Funzionale;
	Macro-area <u>Assistenza di prossimità</u> , con le Aree Funzionali: Assistenza medica h12; Servizi infermieristici; Punto unico di accesso (PUA); Integrazione con i servizi sociali; Assistenza domiciliare; Servizi per la comunità.
Macro-area non sanitaria	Macro-area <u>Servizi Generali e Logistici</u> , con le Aree Funzionali: Servizi Generali di Accoglienza utenti; Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario; Area logistica e Locali tecnici.

È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, di garantire gli ascensori differenziati.

2.2.3 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)

La figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è stata introdotta dal DL 34/2020, convertito in L. 77 del 17 luglio 2020 art. 1 comma 5, come risposta emergenziale al rafforzamento dell'assistenza territoriale per potenziare la presa in carico territoriale dei pazienti positivi al COVID-19. L'IFoC è stato quindi inserito nel DM 77/2022, ampliandone le competenze e funzioni, diventando parte integrante e professionista fondamentale della équipe multiprofessionale distrettuale.

L'IFoC, come definito dal DM 77, è il professionista sanitario di riferimento che assicura assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutte le risorse, formali e informali, della comunità in cui opera, in maniera proattiva e ponendo al centro la persona. L'obiettivo dell'IFoC è garantire l'integrazione interdisciplinare (sanitaria e sociale) dei servizi e dei professionisti e la risposta assistenziale ai nuovi bisogni sanitari, anche potenziali, della comunità.

Nel dettaglio le funzioni attribuite all'IFoC sono le seguenti:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

Lo standard previsto dal DM 77/2022 prevede 1 IFoC ogni 3.000 abitanti, da intendersi come numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali, in cui l'assistenza territoriale si articola.

Tabella 23. Numero di IFoC per ASP

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Infermieri (1/3000 ab.)
Cosenza	674.543	225
Catanzaro	343.673	115
Crotone	163.553	55
Vibo Valentia	151.558	51
Reggio di Calabria	522.127	174
Totale	1.855.454	618

2.2.4 Punto Unico di Accesso (PUA)

Il comma 163 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 310 del 31 dicembre 2021, così recita: *“Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della Comunità”*. Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del Progetto di Assistenza Individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

2.3 Centrali Operative Territoriali (COT)

Come definito dal DM 77/2022, la COT è un modello organizzativo della sanità territoriale che ha funzione di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (territoriali sanitari e sociosanitari, ospedalieri e della rete dell'emergenza-urgenza) e coordinamento della presa in carico della persona. L'obiettivo è assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza e viene perseguito mediante: coordinamento della presa in carico tra i diversi setting, attivazione di risorse e soggetti della rete assistenziale, tracciamento e monitoraggio delle transizioni del paziente tra setting assistenziali, supporto informativo e logistico ai professionisti sanitari e raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche con l'ausilio della telemedicina. La COT infatti è dotata di infrastrutture informatiche connesse e integrate con i principali applicativi aziendali, con il Fascicolo Sanitario Elettronico e con la piattaforma di telemedicina, nonché con i sistemi operativi della Centrale Operativa Regionale 116117.

2.3.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione

Lo standard territoriale previsto da DM 77/2022 per le Centrali Operative Territoriali è di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Il numero di COT da realizzare entro il 2026 previsto è di 21 strutture, di cui 19 a valere su fondi PNRR.

In particolare, nella Tabella 24 si rappresenta il numero di COT per ASP.

Tabella 24. Numero di COT per ASP

ASP	COT
Cosenza	7
Crotone	2
Catanzaro	4
Vibo Valentia	2
Reggio di Calabria	6
TOTALE	21

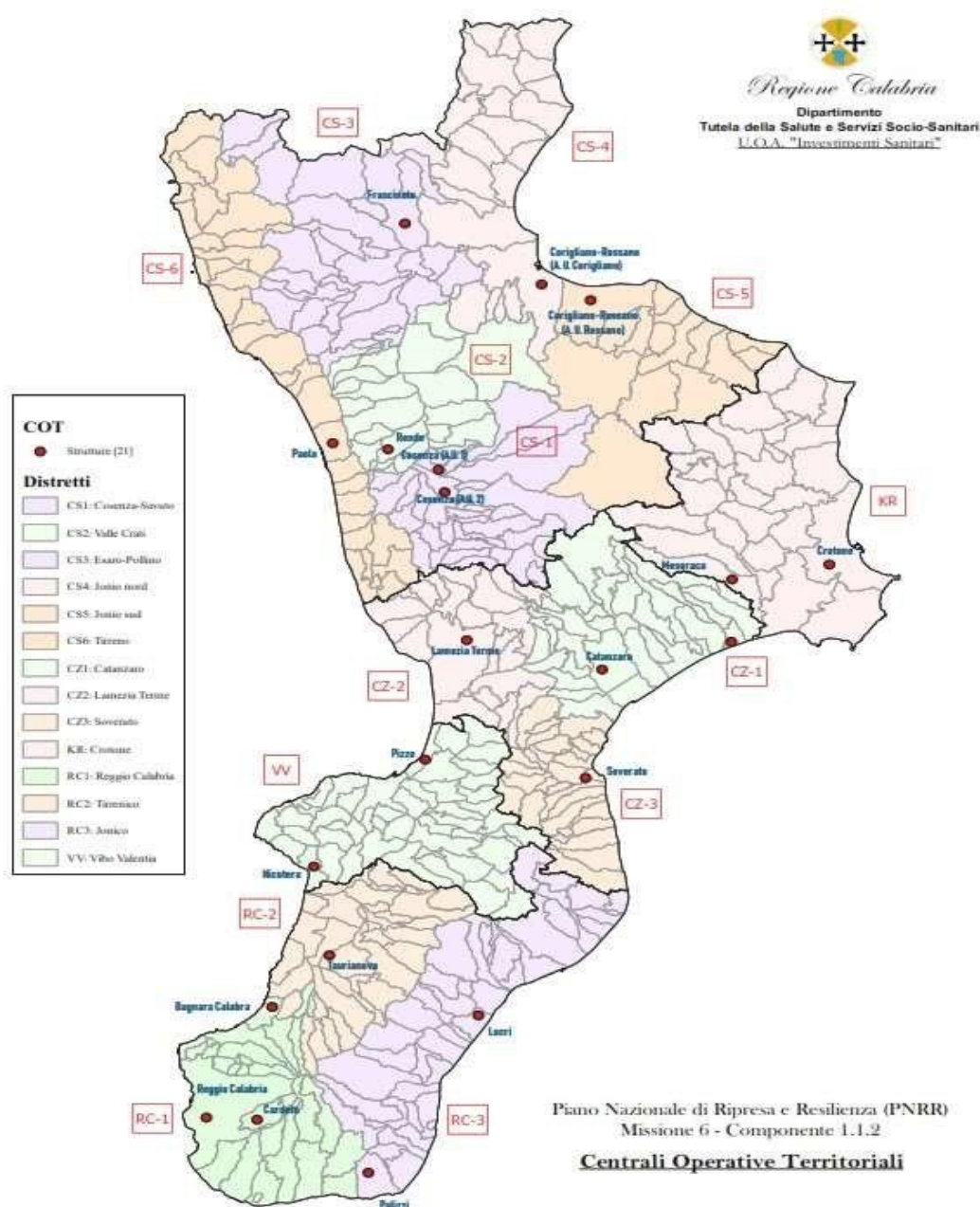
Di seguito, nella tabella 25 si riporta l'ubicazione delle Centrali Operative Territoriali per Azienda Sanitaria Provinciale.

Tabella 25. Sede COT per ASP

AZIENDA	SEDE COT
ASP Cosenza	Corigliano-Rossano (A.U. Rossano) – Distretto Ionio Sud
ASP Cosenza	Corigliano-Rossano (A.U. Corigliano) – Distretto Ionio Nord
ASP Cosenza	Cosenza Distretto Cosenza Savuto
ASP Cosenza	Rende (Quattromiglia) – Distretto Valle Crati
ASP Cosenza	Paola Distretto Tirreno
ASP Cosenza	Castrovillari Distretto Esaro Pollino
ASP Cosenza	Via Degli Stadi
ASP Crotone	Crotone Poliambulatorio

ASP Crotone	Mesoraca Località Campizzi
ASP Catanzaro	Botricello Nuova Costruzione
ASP Catanzaro	Catanzaro Distretto
ASP Catanzaro	Soverato Nuova Costruzione
ASP Catanzaro	Lamezia Terme Distretto
ASP Vibo Valentia	Pizzo Struttura Sanitaria
ASP Vibo Valentia	Nicotera Via Filippella snc
ASP Reggio Calabria	Locri SAUB
ASP Reggio Calabria	Palizzi Struttura Sanitaria
ASP Reggio Calabria	Reggio Calabria Poliambulatorio (ex INAIL)
ASP Reggio Calabria	Bagnara Calabra Poliambulatorio
ASP Reggio Calabria	Cardeto Palazzo Municipale
ASP Reggio Calabria	Taurianova Poliambulatorio

Fonte: CIS



Per il dettaglio dell'importo assegnato per la realizzazione degli interventi relativi alle COT per la Regione Calabria si rimanda al Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo.

Il cronoprogramma PNRR, recepito mediante la definizione del Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo, prevede il raggiungimento di specifiche Milestone e Target nelle tempistiche di seguito elencate.

Milestone/target	Descrizione	Termini di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022	ITA
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022	ITA
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	ITA
Target	Assegnazione codici CIG /Provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	ITA
Target	Assegnazione codici CIG /Provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022	ITA
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle centrali Operative Territoriali	T2 2023	ITA
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	ITA
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	UE
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	ITA

Fonte: CIS

La COT è una nuova tipologia di Centrale che si aggiunge all'interno dell'insieme di Centrali Operative già tradizionalmente attive, quali le Centrali 118 e le CO NUE 112, e a quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117.

Ogni tipologia di centrale operativa deve essere collocata in una zona a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, posizionata al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III). La COT può essere posizionata sia in presidi autonomi a proprio utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti) sia all'interno una struttura sanitaria già operativa (edifici e/o porzioni della struttura), come i nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari.

A prescindere dal collocamento delle COT, deve essere garantito un facile accesso alla struttura, nella quale deve essere prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza.

Le diverse funzioni possono essere classificate in macro-aree, valide sia per COT collocate in un presidio autonomo sia per quelle posizionate in una struttura sanitaria esistente. A ciascuna macro-area corrispondono diverse aree funzionali. Ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse Unità Ambientali classificabili in spazi per:

- le unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale;
- i servizi annessi e di supporto, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

Per le COT collocate dentro presidi esistenti è possibile prevedere aree funzionali che possono essere utilizzate congiuntamente sia dal personale della Centrale Operativa che dal personale della struttura sanitaria.

Le funzioni operative possono essere classificate secondo 2 macro-aree:

- Macro-area CENTRALE OPERATIVA che ospita l'area che comprende la sala operativa e i relativi uffici direzionali e amministrativi;

- Macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area è suddivisa in:
 - a) servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
 - b) servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
 - c) locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

Le predette aree sono valide sia per le COT collocate in un presidio autonomo sia in strutture sanitarie già operative, con le quali possono avere in condivisione i locali facenti parte dell'Area dei Servizi Generali e Logistici.

Per le COT inserite all'interno di presidi esistenti, l'area funzionale della macro-area centrale operativa è obbligatoria ed esclusiva, se destinata unicamente agli operatori della COT, ma può anche essere in condivisione, se il loro utilizzo è rivolto congiuntamente anche al personale della struttura sanitaria ospitante. Nell'area funzionale della macro-area centrale operativa sono previsti: la sala operativa, organizzata in openspace o in uffici e l'ufficio direzionale e amministrativo.

All'interno della macro-area Centrale Operativa deve essere previsti nello specifico una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:

1. Locale per attrezzature tecnologiche e informatiche;
2. Archivio e deposito/magazzino;
3. Servizi igienici per il personale suddivisi per genere.

È preferibile ove possibile e, in particolar modo per le COT previste in presidi autonomi di nuova realizzazione, collocare la sala operativa in ambienti open space. Se la COT è collocata in un presidio autonomo, è richiesto un unico ingresso; diversamente, se la COT è allocata all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante.

La macro-area servizi generali e logistici ospita tutte le aree funzionali di supporto alle attività operative della COT:

1. SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per il personale;
2. AREA LOGISTICA in cui si considerano i depositi archivio, ecc.;
3. LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.

In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività, i servizi generali e logistici sono obbligatori.

In caso di COT insediata all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o OdC diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

In caso di COT realizzata all'interno di edifici esistenti e già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse), diverse aree funzionali non sanitarie -associate alla macro-area Servizi Generali e Logistici- possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio: aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc., come indicato nella la tabella seguente.

In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

Unità Funzionali della COT			Indicazioni COT
MACROAREA	AREE FUNZIONALI		AREE FUNZIONALI
CENTRALE OPERATIVA	CENTRALE OPERATIVA		
	<i>Centrale operativa con postazioni lavoro</i>	AREA OPERATIVA (sala operativa, locali per attrezzature tecnologiche, uffici direzionali e amministrativi, ecc.)	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	<i>Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale</i>	ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura</i>	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA LOCALI TECNICI		
	<i>CT, centrali gas, collegamenti impiantistici, sottocentrali, ecc.</i>	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione

2.3.2 Standard di personale e strumentazione

Lo standard di personale per 1 Centrale Operativa Territoriale come riportato nel DM 77/2022 è il seguente:

- 1 Coordinatore infermieristico;
- 3-5 Infermieri;
- 1-2 unità di personale di supporto;

Nelle COT saranno presenti MMG a rapporto orario nell'ambito dell'organizzazione distrettuale per le attività previste dall'AIR.

La COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Per svolgere la propria funzione la COT deve operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA). Tali collegamenti devono essere codificati e strutturati in modo tale da consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;

- e. raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT, per garantire le funzioni di cui al comma precedente, oltre a interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, deve stabilire modalità formalizzate di comunicazione e i relativi strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all'altro, la COT deve farsi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito. In questo caso, la COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi setting per i casi gestiti nel proprio ambito territoriale.

La COT garantisce il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina. Nello specifico, la COT assicura il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari.

Per svolgere le proprie funzioni basilari la COT deve godere di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma. La COT deve raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'accesso e nell'inserimento di tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

2.4 Centrali Operative 116117

La Centrale Operativa 116117 è la sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti, individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007. Offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 con il fine di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e a servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza e con le COT. L'operatore sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato fornisce assistenza sociosanitaria, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente. La centrale unica indirizza l'utente al distretto di appartenenza.

Lo standard da DM 77/2022 prevede 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti, incrementabile sulla base della numerosità della popolazione e raccoglie le chiamate di uno o più distretti sanitari.

2.2.2 Standard di personale e strumentazione

Gli standard previsti per le CdC da DM 77/2022 vengono di seguito enunciati.

Lo standard strutturale della Casa di Comunità HUB è il seguente:

- Case della Comunità Spoke e ambulatori di MMG e PLS, tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.
- Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle CdC, avendo in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle CdC accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Lo standard di personale all'interno della Casa di Comunità HUB è il seguente:

- 7-11 Infermieri;
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Il modello organizzativo delle CdC HUB, al fine di assicurare i servizi previsti, prevede che ci siano 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) così organizzati, come indicato dal DM 77:

- il Coordinatore Infermieristico;
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC HUB e Spoke è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale è aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e deve essere svolta presso la CdC HUB e Spoke.

2.5 Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

L'UCA è un'équipe mobile distrettuale che ha il compito di gestire e supportare la presa in carico di individui o comunità le cui condizioni clinico-assistenziali riscontrate siano di particolare complessità, determinando una comprovata difficoltà operativa. L'UCA opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo della telemedicina, ha come sede operativa la CdC hub e supporta, non sostituendoli, i professionisti responsabili della presa in carico del paziente. L'UCA, come previsto dal DM 77/2022, può essere attivata in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in OdC o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità HUB alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

Lo standard territoriale come da DM 77/2022 è:

- 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti.

Utilizzando lo standard di cui sopra, si riporta la quantificazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) per ASP.

Tabella 26. Numero di UCA per ASP

Ambito territoriale	Popolazione residente (ISTAT 2022)	UCA
ASP CS	674.543	7
ASP CZ	343.673	4
ASP KR	163.553	2
ASP VV	151.558	2
ASP RC	522.127	6
TOTALE	1.855.454	21

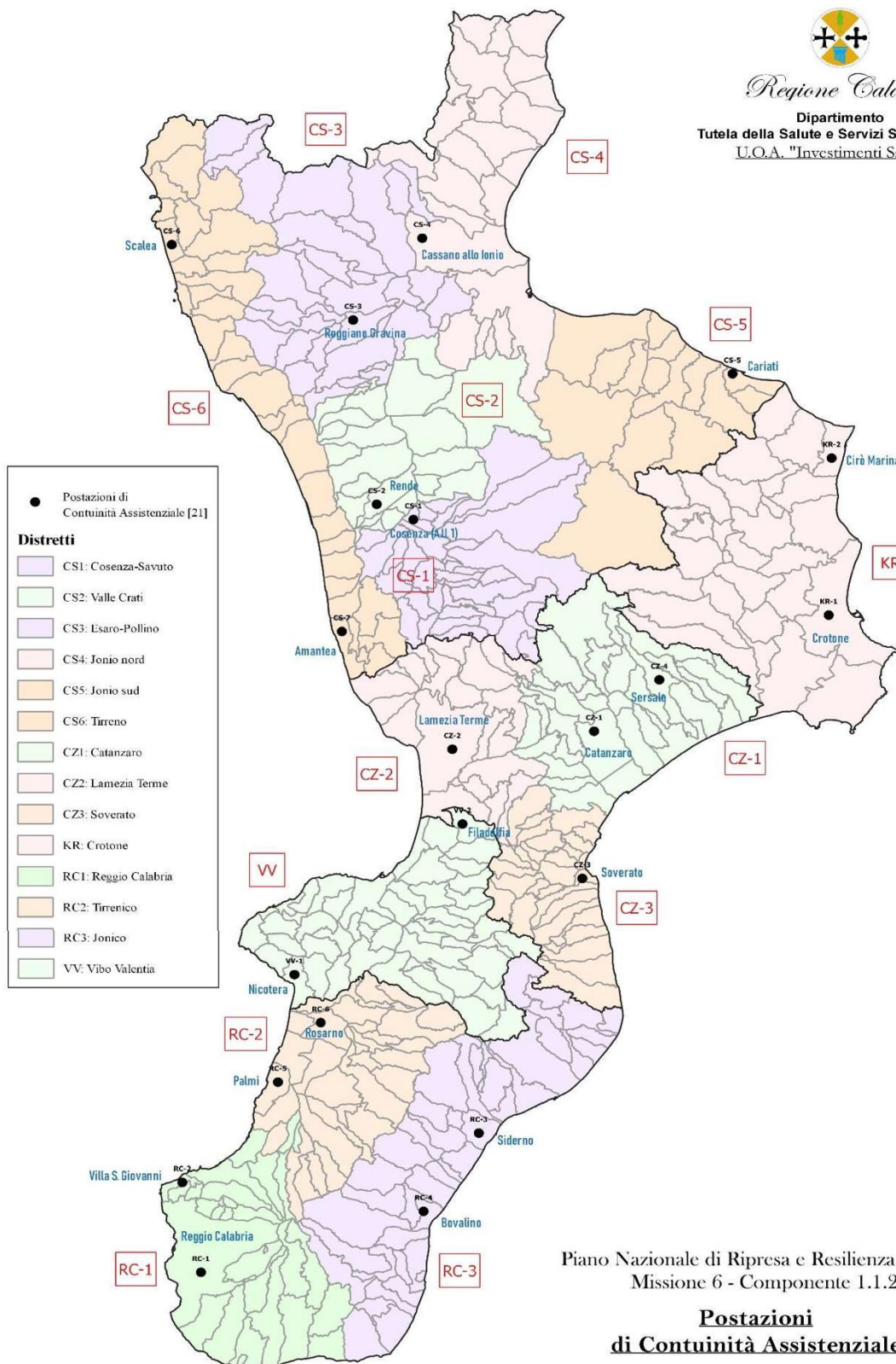
Tabella 27. Distribuzione UCA per ASP

N° UCA	Azienda	Comune
UCA-CS-1	ASP COSENZA	COSENZA
UCA-CS-2	ASP COSENZA	RENDE
UCA-CS-3	ASP COSENZA	ROGGIANO GRAVINA
UCA-CS-4	ASP COSENZA	CASSANO ALL'IONIO
UCA-CS-5	ASP COSENZA	CARIATI
UCA-CS-6	ASP COSENZA	SCALEA
UCA-CS-7	ASP COSENZA	AMANTEA
UCA-CZ-1	ASP CATANZARO	CATANZARO
UCA-CZ-2	ASP CATANZARO	LAMEZIA TERME
UCA-CZ-3	ASP CATANZARO	SOVERATO
UCA-CZ-4	ASP CATANZARO	SERSALE
UCA-KR-1	ASP CROTONE	CROTONE
UCA-KR-2	ASP CROTONE	CIRÒ MARINA
UCA-VV-1	ASP VIBO VALENTIA	NICOTERA
UCA-VV-2	ASP VIBO VALENTIA	FILADELFIA
UCA-RC-1	ASP REGGIO CALABRIA	REGGIO DI CALABRIA
UCA-RC-2	ASP REGGIO CALABRIA	VILLA SAN GIOVANNI
UCA-RC-3	ASP REGGIO CALABRIA	SIDERNO
UCA-RC-4	ASP REGGIO CALABRIA	BOVALINO
UCA-RC-5	ASP REGGIO CALABRIA	PALMI
UCA-RC-6	ASP REGGIO CALABRIA	ROSARNO



Regione Calabria

Dipartimento
Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari
U.O.A. "Investimenti Sanitari"



2.5.1 Ricognizione dello stato attuale

La Regione Calabria è stata la prima regione in Italia a formalizzare l'istituzione delle UCA con Legge Regionale n. 21 del 7/07/2022 "Interventi normativi sulle Leggi Regionali n. 32/2021, n. 11/2004, n. 42/2017, n. 13/1979, n. 7/1996, n. 8/1996, n. 36/1986 e misure in materia di personale, nonché in materia di trasporto e di circolazione di veicoli storici". Con tale documento, la Legge Regionale n. 11/2004 "Piano Regionale per la Salute 2004/2006" viene integrata con l'inserimento dell'Art. 11-bis in cui si definiscono la mission e l'istituzione delle UCA. Le finalità della creazione di tali unità, esplicitate nella norma, sono di consentire al

MMG/PLS/medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria e contenere il ricorso al pronto soccorso ospedaliero, in considerazione del perdurare della pandemia da COVID-19. Le UCA operano all'interno dei servizi di continuità assistenziale delle ASP e assicurano anche la gestione dei pazienti COVID-19 in continuità con le unità speciali di continuità assistenziale istituite con DGPR n. 25 del 29 marzo 2020.

2.5.2 Standard di personale

Lo standard enunciato dal DM 77/2022 prevede per le UCA la presenza di:

- 1 Medico;
 - 1 Infermiere
- ogni 100.000 abitanti.

2.6 Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è un servizio distrettuale che ha il fine di erogare al domicilio interventi di intensità e complessità assistenziale di livello variabile nell'ambito di percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Le risposte assistenziali sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale da parte di un'unità valutativa dedicata e scaturiscono nella formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI). La programmazione sanitaria regionale si pone l'obiettivo di identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, anche quando il domicilio è di tipo comunitario e non privato (strutture integrate per non autosufficienti) e che sfrutti anche le possibilità offerte dalle nuove tecnologie come la domotica, la telemedicina e la digitalizzazione. Pertanto, il potenziamento dell'assistenza integrata territoriale risulta essere una priorità della programmazione regionale, intensificando le prestazioni domiciliari e diminuendo contestualmente il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate.

Le risposte assistenziali previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare vengono individuate a seguito della valutazione multidisciplinare e multidimensionale delle condizioni del paziente, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). La presa in carico dell'assistito avviene attraverso il coinvolgimento dell'équipe multidimensionale della UVM, che si avvale di figure professionali con competenze socio-sanitarie, convocate a seconda del caso in esame, ed anche di un team specializzato per i servizi delle Cure domiciliari integrale e delle Cure domiciliari palliative. A seguito della valutazione del caso, la UVM specializzata per le cure domiciliari e palliative, elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che, a seconda del bisogno di cura individuato dalla UVM, attiva il servizio per i servizi CDI-CPD. L'integrazione funzionale tra l'assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali avviene grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vanno tenute distinte dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino.

Tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI.

Viene assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

La Regione garantisce l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul territorio.

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare- SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa e operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali.

Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.

Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Lo standard è pari al 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La mission assistenziale è quella di garantire le prestazioni di assistenza domiciliare di cui al DPGR 12/2011 e 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 PUA, 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
- g. COT

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, equipe 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 Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVaMA) per gli adulti ed

anziani (DCA 36 del 21/03/2014), la Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile (SVAMDI/ICF) per i disabili (DCA 71 del 20/10/2014).

3. Definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

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

- obiettivo da raggiungere (verificabile e misurabile);
- regime prestazionale (domiciliare, residenziale, semiresidenziale)
- tipologia di servizi e prestazioni da erogare
- figure professionali da impiegare (team assistenziale);
- data di avvio, cadenza degli interventi e durata del piano con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- 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

1. Erogazione delle prestazioni definite nel PAI per la durata stabilita;

2. Rivalutazione al termine del PAI

La tabella seguente riporta i differenti profili assistenziali così come definiti dal DPCM del 12 gennaio 2017. Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza e giornate di cura relative al periodo di presa in carico.

Tabella 28. 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.		$CIA \leq 0,14$	Meno di 1 accesso a settimana, o fino a 4 accessi al mese	5/7 gg
Prestazioni mediche o 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	$CIA > 0,14 \leq 0,30$	Da 1 a 2 accessi a settimana, o da 5 a 8 accessi al mese	5/7 gg
	Cure domiciliari integrate di II livello	$CIA \geq 0,31 \leq 0,50$	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

2.6.1 Ricognizione dello stato attuale

La Regione ha approvato con DPGR 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.

Dal monitoraggio effettuato dal Ministero della Salute per come riportato nel verbale del 26 aprile e 18 maggio 2022 risulta:

Assistenza domiciliare	2019	2020	2021 (provvisori)	Valori di riferimento	Fonte
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 – 0,30). GEA: Giornate effettive di assistenza	1,29	1,35	0	Sufficienza: $\geq 2,6$ Eccellenza: ≥ 4	NSG (D22Z)
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	1,15	0,93	0	Sufficienza: $\geq 1,9$ Eccellenza: $\geq 2,5$	
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	0,4	0,33	0	Sufficienza: $\geq 1,5$ Eccellenza: ≥ 2	

2.6.2 Fabbisogno

Il target comunitario M6C1-6 riferito al sub-investimento M6C1 1.2.1 “*Casa come primo luogo di cura (ADI)*”, che prevede l’aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Al fine di garantire la convergenza intorno al 10 % tra tutte le Regioni e le Province autonome, tutti i valori regionali riconducibili alle percentuali delle prese in carico degli assistiti in assistenza domiciliare al 31 dicembre 2025 previsti al di sotto del 9,48% vengono riportati al 9,48% e i valori al di sopra del 10,98% vengano riportati al 10,98%. Come da Allegato al Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 23.01.2023 pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie n. 55 del 06.03.2023 concernente la ripartizione delle risorse PNRR - Missione 6 Component 1 Investimento 1.2.1 - Assistenza domiciliare, per la Regione Calabria la percentuale è fissata al 9,48%. Si intende perseguire tale obiettivo, stabilendo nel 2023 il target degli over 65 al 6%, nel 2024 all’8% e, infine, nel 2025 raggiungere il 9,48%. Le risorse riconducibili al sub-investimento M6 C1 – 1.2.1 “*Casa come primo luogo di cura (ADI)*” sono determinate in euro 2.720.000.000,00. In particolare, per la Regione Calabria si prevede una ripartizione delle risorse PNRR per l’investimento, nelle annualità 2023/2024/2025, per un totale di euro 128.698.975. Alle quali si aggiunge quanto previsto dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, che prevede la ripartizione annuale delle risorse per il personale territoriale, a partire dall’annualità 2021, per un importo pari ad euro 63.111.264.

Nella Tabella seguente si rappresenta la popolazione con età uguale o superiore ai 65 anni per ASP di riferimento della Regione Calabria e il numero di casi da trattare per raggiungere il target definito dal DM 77/2022.

Tabella 29. Popolazione con età uguale o superiore ai 65 anni per ASP e target da trattare

ASP	Popolazione (al 1° gennaio 2022)	Popolazione ≥ 65 anni (al 1° gennaio 2022)	N. casi da trattare in assistenza domiciliare (target 9,48%)
Cosenza	674.543	159.200	15.093
Crotone	163.553	35.451	3.361
Catanzaro	343.673	81.156	7.694
Vibo Valentia	151.558	35.373	3.354
Reggio di Calabria	522.127	119.172	11.298
TOTALE	1.855.454	430.352	40.800

Fonte: Istat, <https://demo.istat.it/>. Tale parametro va ricalcolato sulla base della popolazione al 1° gennaio di ogni anno.

Si rimanda alla tabella di cui all’Allegato 2 per la stima dettagliata del fabbisogno programmato.

L’offerta attualmente attiva sul territorio è erogata da strutture private accreditate presenti nell’ASP di Crotone per un totale di 754 Prestazioni pro/die.

2.6.3 Assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo (SV) od di minima coscienza (SMC)

Come previsto nel DCA 65/2020, 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 s.m.i., 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.

L'attività sperimentale ha portato alla definizione di un fabbisogno regionale di 54 pazienti che attualmente viene erogata da un'unica struttura regionale accreditata presso l'ASP di Crotone.

Sulla base della valutazione degli esiti dei progetti OBERON e OBERON 2.0, e comunque all'interno del quadro complessivo delle compatibilità assistenziali ed economiche della programmazione regionale, il modello organizzativo potrà essere sviluppato anche per altre tipologie di pazienti con particolare riferimento a quelli affetti da patologie neurologiche avanzate e disabilità gravi.

2.7 Ospedali di Comunità

L'OdC è la struttura territoriale di ricovero che svolge una funzione intermedia tra l'ospedale e il domicilio del paziente. Il fine principale è di evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in strutture più prossime al domicilio. Si rivolge a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche a prognosi breve (risoluzione del quadro entro i 30 giorni), necessitano

di interventi sanitari a bassa intensità clinica ovvero di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e/o familiare). Il numero di posti letto disponibili nell'OdC non deve essere superare ai venti. Oltre alla presa in carico della situazione clinica contingente, tra gli obiettivi del ricovero vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, la capacità di auto-cura, la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni e riconoscimento precoce di sintomi di instabilità, il tutto rivolto sia ai pazienti che ai familiari/caregiver.

Il ricovero, di durata non superiore ai 30 giorni, può avvenire su proposta di MMG o PLS, medico di continuità assistenziale, medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero, medico del pronto soccorso.

L'approccio alla gestione delle attività nell'OdC è di tipo multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale. La responsabilità igienico-sanitaria è in capo ad un medico, sia esso dipendente o convenzionato con il SSN, mentre la responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. L'assistenza infermieristica è garantita 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con il supporto di Operatori Sociosanitari, persegue gli obiettivi del PAI e garantisce la presa in carico e la continuità assistenziale, anche gestendo le transizioni nei diversi setting interfacciandosi con la COT. L'assistenza medica è assicurata nel turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7, nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, da personale medico del ruolo unico a rapporto orario da medici operanti nella struttura (a seguito di specifici accordi locali), la pronta disponibilità potrà essere anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia.

La localizzazione nel territorio della regione Calabria degli OdC ha seguito un criterio di collocazione in siti scarsamente assistiti da presidi sanitari, cercando di rispondere a necessità sia assistenziali della popolazione residente che orografiche.

2.7.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione

Il numero di OdC da realizzare entro il 2026 previsto è di 20 strutture, di cui 15 a valere su fondi PNRR. Di seguito si rappresenta il numero di OdC per ASP, suddividendo gli stessi in base alle specifiche di realizzazione (da edificare o da riconvertire).

Tabella 30. Numero di OdC per ASP

ASP	OdC da edificare	OdC da riconvertire
Cosenza	0	9
Crotone	0	1
Catanzaro	1	3
Vibo Valentia	0	2
Reggio di Calabria	0	4
TOTALE	1	19

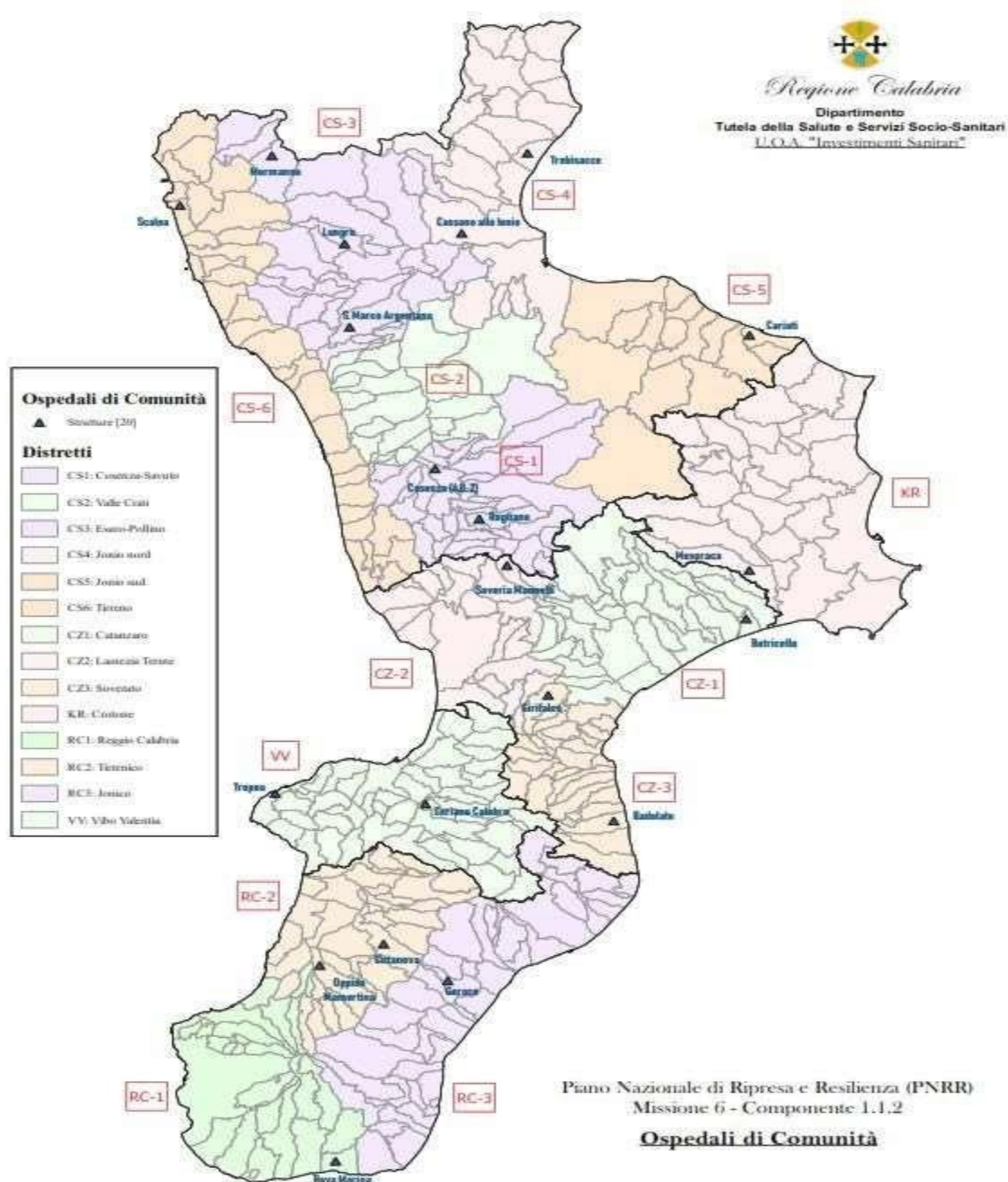
Si riporta di seguito l'ubicazione degli Ospedali di Comunità per ASP.

Tabella 31. Ubicazione OdC per ASP

Azienda	Sede OdC
ASP Catanzaro	Badolato
ASP Catanzaro	Botricello
ASP Catanzaro	Girifalco
ASP Catanzaro	Soveria Mannelli
ASP Cosenza	Cariati
ASP Cosenza	Cassano All'ionio
ASP Cosenza	Cosenza
ASP Cosenza	Lungro

ASP Cosenza	Mormanno
ASP Cosenza	Rogliano
ASP Cosenza	San Marco Argentano
ASP Cosenza	Scalea
ASP Cosenza	Trebisacce
ASP Crotone	Mesoraca
ASP Reggio Calabria	Bova Marina
ASP Reggio Calabria	Cittanova
ASP Reggio Calabria	Gerace
ASP Reggio Calabria	Oppido Mamertina
ASP Vibo Valentia	Soriano Calabro
ASP Vibo Valentia	Tropea

Fonte: Allegato 2 CIS



Per il dettaglio dell'importo assegnato per la realizzazione degli interventi relativi agli OdC per la Regione Calabria si rimanda al Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo. Il cronoprogramma PNRR, recepito mediante la definizione del Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo, prevede il raggiungimento di specifiche Milestone e Target nelle tempistiche di seguito elencate.

Milestone/target	Descrizione	Termini di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	ITA
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	ITA
Target	Assegnazione dei codici CIG/Provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	ITA
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	ITA
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	UE

Fonte: CIS

Modello organizzativo degli Ospedali di Comunità

Le funzioni dell'OdC si articolano in n. 2 macro-aree omogenee per tipologia di funzione:

- 1) Macro-Area DEGENZA, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione, composta da 1 o 2 moduli da 20 posti letto ciascuno;
- 2) Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI, che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici.

Questa macro-area può essere suddivisa in:

1. servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.);
2. servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
3. servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, ecc.);
4. locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali e ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici), che possono essere:

1. unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
2. unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
3. unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

La Macro-area Degenza ospita esclusivamente l'area degenza comprendente tutti i servizi di ricovero degli utenti. In essa sono previste le seguenti unità ambientali:

- a) camere di degenza singola o doppia (tripla o quadrupla), comprensive di servizio igienico dedicato;
- b) camere protette, comprensive di servizio igienico dedicato;
- c) ambulatorie e locali medicazioni;
- d) locale dedicato all'attività riabilitativa;
- e) soggiorno comune.

All'interno della macro-area degenza devono essere previsti nello specifico, come indicato nell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, Allegato A, punto 2 dei requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale:

- per il percorso pubblico: un'area comune di attesa per utenti (accompagnatori e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
- per il percorso sanitario una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali: o depositi sporco/pulito; o un deposito attrezzature e presidi medici; o un locale infermieri e relativa postazione controllo infermieri; o un locale medici; o una tisaneria; o servizi igienici per il personale suddivisi per genere.

Con riferimento all'Intesa Stato-Regioni sui Requisiti Minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale l'OdC deve essere dotato di camere singole e da 2 a 4 posti letto. Vista la specifica categoria di utenti fragili e le criticità delle camere quaduple messe in luce dalla pandemia da COVID-19, è preferibile realizzare camere esclusivamente singole e doppie (e non triple e quaduple), salvo ovviamente particolari esigenze specifiche del contesto edilizio-territoriale di riferimento. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, cioè camere singole con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera, in prossimità delle aree infermieristiche e delle palestre riabilitative, secondo i riferimenti di legge. Tali ambienti devono essere attrezzati con arredi appropriati alla tipologia di utenza a tutela della loro sicurezza e incolumità.

La Macro-area Servizi Generali e Logistici ospita tutti i servizi relativi a:

- a) SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per gli utenti e il personale sanitario;
- b) AREA LOGISTICA in cui si considerano le aree dei magazzini economici, l'isola ecologica, ecc.;
- c) LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.

In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività sanitaria, i servizi generali e logistici sono Obbligatori. Nella macro-area Servizi Generali e Logistici, tra le aree funzionali ritenute facoltative vi sono la Cucina e la Lavanderia. Si tratta di servizi raccomandati per lo svolgimento delle attività sanitarie, ma quest'ultime possono essere effettuate in outsourcing.

In caso di OdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di OdC integrate con CdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro-area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc. In relazione ai flussi principali è preferibile un unico ingresso pubblico centrale e riconoscibile che possa indirizzare l'utente verso le funzioni presenti nella struttura e la presenza di possibili accessi secondari (sanitari, merci, ecc.) che possano – in caso di esigenza – supportare la gestione di flussi separati di entrata e/o uscita. Se l'OdC è allocato all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante ma separabili in caso di emergenza. È preferibile, ove possibile, garantire due corridoi per suddividere i percorsi del pubblico e quelli sanitari, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire ascensori differenziati. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura attraverso due matrici che evidenziano rispettivamente:

- la relazione funzionale, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio;
- la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all'interno della struttura.

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti. Tali degenze devono essere di tipo singolo ed essere le più prossime alla postazione controllo infermieri.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

2.7.3 Ospedale di comunità pediatrico

Nell'ambito del processo di riorganizzazione del DCA n. 65/2020, al fine di dare recepimento al Par. 11 del DM 77/2022, rubricato "Ospedale di Comunità", viene previsto in questo provvedimento generale di programmazione il fabbisogno di un Ospedale di comunità pediatrico. All'interno dell'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 20/02/2020 sono stati previsti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

In particolare, l'Allegato A all'Intesa ha esteso gli stessi, per analogia, anche per gli Ospedali di comunità pediatrici: l'OdC pediatrico può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

Standard e target di utenza

L'OdC pediatrico ha un numero limitato di posti letto di norma tra 15 e 20 ogni 100.000 abitanti rientranti nell'età pediatrica, con la previsione di estendere fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto. Possono accedere all'OdC pazienti pediatrici con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 gg). In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati ai pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

Responsabilità e modalità di accesso

La gestione e l'attività nell'OdC pediatrici sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale. Sulla gestione delle attività, la responsabilità igienico sanitaria e la responsabilità gestionale-organizzativa complessiva si applica quanto previsto per gli OdC di cui al DM 77/2022. La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita ad un pediatra di libera scelta se OdC pediatrico. La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze e la sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

Per l'accesso all'OdC pediatrico, l'accesso avviene su prescrizione del pediatra di libera scelta.

Requisiti organizzativi e standard clinico-assistenziali

L'OdC, pur avendo autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari e a tal fine devono essere predisposte procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale. L'assistenza è garantita da: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Pediatra di libera scelta per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

2.8 Rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età nella fase temporale del fine vita, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole. Con la Legge 15 marzo 2010, n. 38 sono stati previsti principi e disposizioni normative volte a garantire un'assistenza qualificata appropriata in ambito palliativo, per il malato e la sua famiglia. La Rete di Cure Palliative rappresenta "una aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti". I requisiti specifici sono stati individuati nell'Intesa Stato-Regioni del 25/07/2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) e

forniscono indicazioni in merito alle dimensioni strutturali e di processo che devono caratterizzare le strutture che compongono le reti regionali e locali di cure palliative.

Il DPCM del 12/01/2017 prevede, infatti, che gli interventi in ambito palliativo possono essere erogati in ospedale (sia sotto forma di consulenze ai reparti di ricovero, sia in ambulatorio), al domicilio o in hospice. L'erogazione delle cure palliative avviene per percorsi assistenziali integrati e richiede l'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a seguito della valutazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali della persona da prendere in carico.

2.8.1 Ricognizione dello stato attuale e programmazione

Il DCA n. 77/2015 ha previsto la Rete Regionale delle cure palliative e una diversa distribuzione dei posti Hospice. Attualmente, la Regione Calabria ha attivato 6 Hospice per un totale di 60 posti letto su 94 programmati. Solo un Hospice (quello di Cassano allo Jonio) è pubblico, mentre gli altri 5 sono privati accreditati.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare in cure palliative ancora essa non è distribuita uniformemente su tutto il territorio regionale.

Tabella 32. Programmazione della Rete Hospice in Calabria nel DCA 65/2020

ASP	Denominazione	Distretto Sanitario	Comune	Posti letto Pubblico / Privato		Stato
Cosenza	Ex PO S. Giuseppe Moscati	Jonio Nord	Cassano Allo Jonio	10	Pubblico	Attivo
Cosenza	Villa Gioiosa	Valle Crati	Montalto Uffugo	10	Privato	Attivo
Cosenza	Ex PO di Rogliano	Cosenza Savuto	Rogliano	14		In programmazione
Catanzaro	San Vitaliano	Catanzaro	Catanzaro	10	Privato	Attivo
Catanzaro	S. Andrea Apostolo	Soverato	S. Andrea Apostolo	10	Privato	Attivo
Crotone	San Dionigi	Unico Aziendale	Crotone	10	Privato	Attivo
Vibo Valentia	PO Tropea	Tropea	Tropea	10		In programmazione
Reggio Calabria	Ex PO Siderno	Jonico	Siderno	10		In programmazione
Reggio Calabria	Via delle stelle	Centro	Reggio Calabria	10		Attivo

Con il DM 77/2022 è stata novellata la rete delle cure palliative, mediante la previsione della presa in carico del paziente e la garanzia della continuità assistenziale H 24 con totale presa in carico per i pazienti in cure palliative e l'attivazione degli hospice già previsti in sede di programmazione regionale.

2.8.2 Standard di personale e strumentazione

Gli standard previsti dal DM 77 sono i seguenti:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 33. Fabbisogno posti letto/abitanti (Hospice)

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	54
Catanzaro	343.673	27
Crotone	163.553	13
Vibo Valentia	151.558	12
Reggio di Calabria	522.127	42
TOTALE	1.855.454	148

* si prevede un fabbisogno pari a 8/10 posti letto su 100.000 abitanti (std. DM 77/2022)

Per ciò che concerne i Trattamenti domiciliari, con DCA n.81 del 2016 si è reso necessario assegnare fino a 4 trattamenti domiciliari pro/die per posto letto. Dunque, si propone di confermare tale programmazione. Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 34. Fabbisogno trattamenti domiciliari pro/die per posto letto (Cure Palliative)

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	216
Catanzaro	343.673	110
Crotone	163.553	52
Vibo Valentia	151.558	48
Reggio di Calabria	522.127	167
TOTALE	1.855.454	594

* si prevede un fabbisogno pari a 4 Trattamenti domiciliari pro/die per posto letto (DCA 81/2016)

2.8.3 Hospice pediatrico

Si tratta di una struttura residenziale alternativa all'ospedale che accoglie bambini con necessità assistenziali complesse per addestrare i genitori alle cure, per eseguire controlli, per dare sollievo alla famiglia o nei giorni di fine vita. L'Hospice cerca il più possibile di creare un ambiente simile alla casa del bambino. Accoglie bambini che possono giovare di cure palliative pediatriche, per brevi periodi. L'Hospice Pediatrico è l'anello fondamentale della "Rete Regionale di Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore", che la legge n. 38 del 2010 ha istituito. La legge prevede la realizzazione di almeno un Hospice Pediatrico in ogni regione. L'Hospice Pediatrico pertanto accoglie i bambini residenti nella regione e collabora con tutte le strutture ospedaliere, con il pediatra di famiglia e i medici di Medicina Generale, con tutte le ASL della regione e i Servizi Sociali.

Standard e programmazione

Il fabbisogno di un hospice pediatrico a valenza regionale viene inserito in questo documento di programmazione, sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 25/07/2012.

Si precisa che nel DCA 77/2015 si prevedevano per l'area di Catanzaro almeno 4 posti letto dedicati all'Hospice pediatrico da allocare presso l'U.O. di Onco-ematologia pediatrica dell'A. O. "Pugliese- Ciaccio" oltre a 16 posti letto di Hospice per adulti, da allocare presso una struttura sanitaria pubblica dismessa di Catanzaro.

La programmazione del DCA 77/2015 viene incrementata dagli attuali 4 fino ad un massimo di 8 posti letto, tenuto conto della popolazione pediatrica della Regione Calabria.

2.9 Consultori familiari

La peculiarità del servizio consultoriale è il lavoro di equipe multidisciplinare e multiprofessionale che collaborano, al fine di soddisfare i bisogni di salute delle cittadine e dei cittadini e a garantire un'assistenza umanizzata secondo il modello multidimensionale ad accesso diretto e gratuito.

È deputato alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura, garantendo prestazioni (anche domiciliari) mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche e riabilitative rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. L'attività del consultorio è caratterizzata da un approccio multidisciplinare, olistico e intersettoriale e di integrazione a tutti i livelli.

Le attività consultoriali fanno riferimento ai progetti strategici indicati dal POMI con la modalità dell'offerta attiva di seguito riportati:

- Il percorso nascita
- Adolescenti
- Prevenzione, con diagnosi precoce dei tumori della sfera dell'apparato genitale femminile

I Consultori familiari (CF) sono stati istituiti con la legge 405/1975, al fine di fornire "assistenza alla famiglia e alla maternità" (art.1). Le principali attività consultoriali sono le seguenti:

- progetti di integrazione sociale e sanitaria per le problematiche adolescenziali;
- percorso nascita;
- prevenzione dell'abbandono e della depressione post-partum;
- progetti di integrazione territorio-ospedale nel sostegno dell'allattamento;
- programma di assistenza alla coppia;

In particolare, il CF garantisce le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della donna, dei singoli, delle coppie e delle famiglie, con équipe multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale ed altre figure professionali localmente individuate quali dietista, dietologo, andrologo, genetista, senologo ecc.) che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici.

Il CF si integra con i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, in particolare con quelli dedicati alla presa in carico della persona ovvero rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni di vita", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione). Pertanto, si richiede un approccio intersettoriale nell'ambito del quale sono coinvolti molteplici attori dedicati alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

2.9.1 Priorità e raccomandazioni

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) - D.M. del 24/4/2000, Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000 - assegna un ruolo strategico centrale ai Consultori Familiari e ne specifica la mission:

- integrazione dei servizi di I (promozione della salute), II (cure specialistiche e diagnostica ambulatoriali) e III livello (cure intensive e diagnostica complessa), per garantire l'azione sinergica ed evitare inversioni e sovrapposizione di ruoli;
- messa a punto di progetti strategici di promozione della salute su obiettivi prioritari;
- di operare secondo il modello dell'empowerment e con la modalità dell'offerta attiva;
- che la programmazione, la valutazione e la formazione costituiscano un circuito virtuoso.

Il POMI consiglia un organico multidisciplinare, per realizzare le attività anzidette. Il DPCM LEA 2017 all'art. 24, recante "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie" richiama integralmente il ruolo dei Consulori e il POMI nell'ambito dell'assistenza distrettuale.

2.9.2 Ricognizione dello stato attuale e programmazione

Laddove il numero di Consulori Familiari e la vastità del territorio dell'ASP è prevista la costituzione di una Unità Operativa Complessa di Tutela della Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, che armonizzi e coordini le attività clinico-assistenziali e gestisca le attività a Progetto previste a livello nazionale regionale o locale. Tale struttura, prettamente territoriale, è subordinata al Dipartimento Materno Infantile interaziendale ed è sovraordinata ai Consulori Familiari, mantiene i rapporti con i Punti Nascita, garantendo continuità assistenziale e collabora con la struttura identificata per l'organizzazione degli Screening Oncologici. Inoltre, per quanto concerne l'assistenza psico-sociale redige protocolli d'intesa con gli enti locali e con i tribunali dei minori per le tematiche relative alla genitorialità, all'affido e alle famiglie con criticità.

La Regione Calabria ha partecipato allo studio nazionale "Analisi delle attività della rete dei CF per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi", affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità (ISS), pertanto maggiori elementi di dettaglio sulle attività dei singoli consultori si avranno con la pubblicazione dei risultati.

La Regione Calabria, in attuazione alla l. n. 405/1975, ha istituito nell'ambito del proprio territorio i suddetti consultori con l. r. 26 dell'8 settembre 1977. Di recente il DPGR n. 28/2012 ha programmato 70 Consulori Familiari, distribuiti nei Distretti previsti dagli atti aziendali delle ASP.

Lo standard, indicato all'art. 3 del D. l. 1° dicembre 1995, n. 509, prevede 1 consultorio ogni 20.000 abitanti. Tale parametro viene ripreso nel DM 77/2022, il quale aggiunge che l'attività consultoriale può svolgersi anche all'interno delle CdC.

Tabella 35. Numero di consultori previsti da standard DM 77/2022

ASP	Popolazione (al 1° gennaio 2022)	N. Consulori da standard DM 77/2022	N. consultori attivi
Cosenza	674.543	34	23
Crotone	163.553	8	6
Catanzaro	343.673	17	5
Vibo Valentia	151.558	8	3
Reggio di Calabria	522.127	26	22
TOTALE	1.855.454	93	59

Al riguardo si precisa che l'eventuale integrazione tra la rete delle Case di comunità e quella dei Consulori familiari debba tener conto della facile raggiungibilità di quest'ultimi, rispetto ai servizi sanitari e socioassistenziali, preferibilmente a piano terra e senza barriere architettoniche, in ambienti accoglienti e nel rispetto della normativa sull'edilizia sanitaria e delle diverse esigenze della popolazione di ogni età maschile e femminile (DM 24 aprile 2000 "Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000).

In virtù dell'integrazione della rete delle Case di comunità e dei Consulori, prevista dal DM 77/2022, si prevede di applicare anche a questi ultimi il modello Hub e Spoke, al fine di garantire la trasversalità degli interventi sull'intero territorio regionale e di assicurare specifiche expertise clinico assistenziali di I e II livello, in relazione alle esigenze dell'utenza, come di seguito esplicitato:

- **il modello Spoke** va incardinato nel **primo livello** e garantisce 36 ore settimanali di attività lavorativa garantite da ostetriche, assistente sociale e oss.
- **il modello Hub** va incardinato nel **secondo livello** e garantisce 12 ore settimanali 6/7 gg oltre a quanto garantito dal 1° livello. Le attività saranno svolte da un team multidisciplinare costituito da ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale, oss ed altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con

funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp).

Per quanto riguarda la definizione delle attività specifiche da svolgersi si rimanda ad un documento programmatico regionale successivo. Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile. Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

Al fine di dare applicazione al modello sopraindicato e di implementare la rete prevista dal DPGR 28/2012, i consultori rientranti nelle attività di secondo livello costituiranno l'Hub del modello organizzativo da programmare; i consultori incardinati nel primo livello saranno individuati come spoke.

Consultori DPGR Catanzaro			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro (Via Font. Vecchia)	I livello – Spoke
		Catanzaro (Mater Domini)	II livello – HUB (H12)
		Taverna	I livello – Spoke
		Cropani	I livello – Spoke
		Catanzaro Lido	I livello – Spoke
		Chiaravalle	I livello – Spoke
		Girifalco	I livello – Spoke
		Soverato	II livello – HUB (H12)
		Badolato	I livello – Spoke
		Maida	I livello – Spoke
		Lamezia Terme	I livello – Spoke
		Soveria Mannelli	I livello – Spoke
Totale		12	

Consultori DPGR Cosenza			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Cosenza	Cosenza	Acri	I livello - Spoke
		Scalea	I livello - Spoke
		Diamante	I livello - Spoke
		Amantea	II livello - HUB (H12)
		Paola	I livello - Spoke
		Castrovillari	I livello - Spoke
		San Marco Argentano	I livello - Spoke
		San Lorenzo Del Vallo	I livello - Spoke
		Mormanno	I livello - Spoke
		San Sosti	I livello - Spoke
		Cosenza Piazza de Chiara	I livello - Spoke
		Cosenza Via Popilia	I livello - Spoke
		Celico	I livello - Spoke

		Rende	II livello - HUB (H12)
		Montalto Uffugo	I livello - Spoke
		Rogliano	I livello - Spoke
		San Giovanni in Fiore	I livello - Spoke
		Rossano	I livello - Spoke
		Cariati	I livello - Spoke
		Corigliano	I livello - Spoke
		Trebisacce	II livello - HUB (H12)
		Cassano allo Ionio	II livello - HUB (H12)
		Oriolo	I livello - Spoke
Totale*		23	

*Il Consultorio previsto a Cosenza in Piazza Santa Teresa, come da comunicazione da parte dell'ASP di Cosenza, previsto nel DPGR 28 del 2012 risulta dismesso.

Consultori DPGR Crotone			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Crotone	Crotone	Roccabernarda	I livello - Spoke
		Cutro	I livello - Spoke
		Strongoli	I livello - Spoke
		Petilia Policastro	I livello - Spoke
		Cirò Marina	II livello - HUB (H12)
		Crotone	II livello - HUB (H12)
Totale		6	

Consultori DPGR Vibo Valentia			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Vibo Valentia	Vibo Valentia	Filadelfia	II livello - HUB (H12)
		Mileto	I livello - Spoke
		Serra San Bruno	I livello - Spoke
		Tropea	I livello - Spoke
		Soriano Calabro	II livello - HUB (H12)
		Vibo Valentia	I livello - Spoke
Totale		6	

Consultori DPGR Reggio di Calabria			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Reggio di Calabria	Reggio di Calabria	Villa San Giovanni	I livello - Spoke
		Stilo	I livello - Spoke
		Siderno	I livello - Spoke
		Sant'Eufemia d'Aspromonte	I livello - Spoke
		Reggio di Calabria - San Marco	I livello - Spoke
		Rosarno	I livello - Spoke
		Roccella	I livello - Spoke

		Reggio di Calabria - Pellaro	I livello - Spoke
		Polistena	I livello - Spoke
		Palmi	II livello - HUB (H12)
		Oppido Mamertina	I livello - Spoke
		Melito Porto Salvo	II livello - HUB (H12)
		Locri	I livello - Spoke
		Laureana di Borrello	I livello - Spoke
		Gioiosa Ionica	I livello - Spoke
		Gioia Tauro	I livello - Spoke
		Cittanova	I livello - Spoke
		Reggio di Calabria - Gallico	I livello - Spoke
		Reggio di Calabria - Gebbione	II livello - HUB (H12)
		Bianco	I livello - Spoke
		Bovalino	I livello - Spoke
		Taurianova	I livello - Spoke
Totale		22	

Fermo restando la rete consultoriale prevista dal DPGR 28/2012 in precedenza illustrata e tenendo conto dello standard calcolato dal DM 77/2022, si rende necessario implementarne il numero per il soddisfacimento dello stesso (Delta) allocando i consultori nella rete delle Case di Comunità. Di seguito si riporta il numero dei consultori previsti secondo il suddetto criterio e le ASP in cui saranno distribuiti.

PROVINCIA	POPOLAZIONE	CONSULTORI ATTUALI TOTALI	CONSULTORI PREVISTI DA STD	DELTA
Cosenza	674.543	23	34	11
Crotone	163.553	6	8	2
Catanzaro	343.673	12	17	5
Vibo Valentia	151.558	6	8	2
Reggio di Calabria	522.127	22	26	4
Totale	1.855.454	69	93	24

Consultori DPGR Catanzaro			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Catanzaro	Catanzaro	Catanzaro	I livello - Spoke
		Nocera Terinese	II livello - HUB
		San Mango D'Aquino	I livello - Spoke
		Sersale	II livello - HUB
		Squillace	I livello - Spoke
Totale		5	

Consultori DPGR Cosenza			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Cosenza	Cosenza	Crosia	II livello - HUB (H12)
		Roggiano Gravina	II livello - HUB (H12)
		Cetraro	I livello - Spoke
		Longobucco	I livello - Spoke
		Luzzi	I livello - Spoke
		Parenti	I livello - Spoke
		Rocca imperiale	I livello - Spoke
		San Giorgio Albanese	I livello - Spoke
		Spezzano della Sila	I livello - Spoke
		Verbicaro	I livello - Spoke
		Cosenza	II livello - HUB (H12)
Totale		11	

Consultori DPGR Crotone			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Crotone	Crotone	Isola di Capo Rizzuto	I livello - Spoke
		Verzino	I livello - Spoke
Totale		2	

Consultori DPGR Reggio di Calabria			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Reggio di Calabria	Reggio di Calabria	Caulonia	II livello - HUB (H12)
		Antonimina	I livello - Spoke
		Bagnara Calabria	I livello - Spoke
		Cinquefrondi	I livello - Spoke
Totale		4	

Consultori DPGR Vibo Valentia			
ENTE DEL SSR	PROVINCIA	COMUNE	LIVELLO
ASP Vibo Valentia	Vibo Valentia	Nicotera	II livello - HUB (H12)
Totale		1	

Ai fini del soddisfacimento dello standard calcolato, si prevede la collocazione di un ulteriore consultorio presso la sede distrettuale dell'ASP di Vibo Valentia.

2.9.3 Standard di personale e strumentazione

Gli standard previsti per i CF dal DM 77/2022 vengono di seguito enunciati.

Standard strutturali:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.

Standard di personale:

- si rinvia al POMI che non specifica uno standard numerico, bensì indica che il consultorio si avvale delle seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale). A questi si aggiungono, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo e il genetista.

2.9.4 L'ipotesi di un modello sperimentale di “cerniera” tra le reti territoriale ed ospedaliera: gli Ospedali Territoriali (OT)

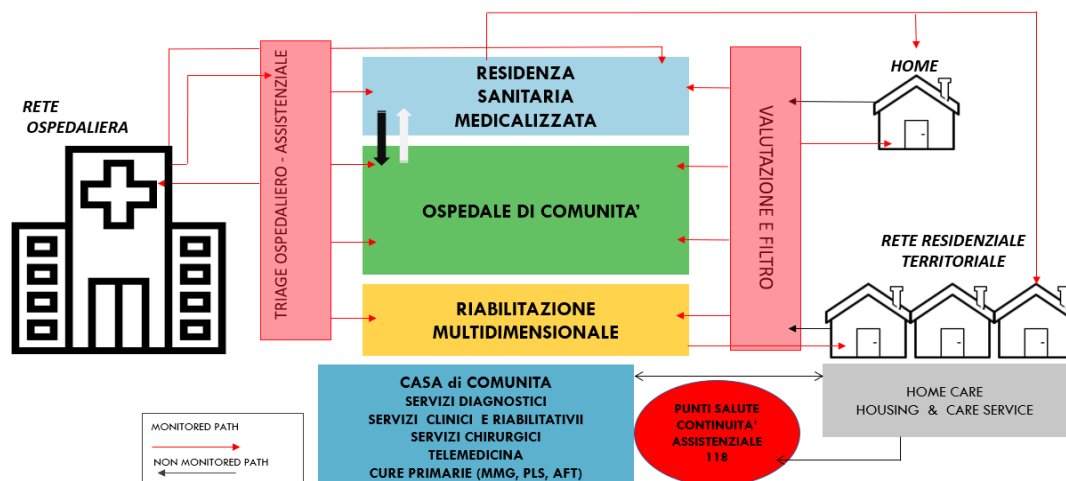
L'analisi del fabbisogno sanitario di una popolazione come quella calabrese evidenzia le caratteristiche quantitative e qualitative tipiche di una popolazione soggetta a un progressivo innalzamento dell'età media e al conseguente incremento della quota di popolazione afflitta da una o più patologie croniche.

Un fabbisogno traducibile nella necessità di assicurare regimi erogativi sanitari a minore intensità sanitaria e maggiore componente assistenziale, ma costanti e prolungati nel tempo.

Allo scopo di anticipare gli effetti attesi di spiazzamento della struttura di offerta rispetto all'evoluzione della domanda, è intenzione valutare in via sperimentale un possibile modello di risposta del sistema sanitario calabrese combinando all'interno di un contenitore strutturale unitario (ex strutture ospedaliere o strutture ospedaliere suscettibili di evoluzione) alcuni dei modelli di risposta presenti nel sistema, quali le residenze sanitarie a elevata componente medicalizzata, con le strutture di prossimità da realizzarsi nell'ambito del PNRR, quali gli ospedali di comunità e soprattutto le case di comunità HUB, con l'obiettivo di creare poli di riferimento che in termini di funzioni sanitarie e assistenziali espresse siano in grado di coprire buona parte del fabbisogno della popolazione dell'ambito territoriale di riferimento.

La sperimentazione del modello verrà sviluppata sulla base dell'analisi preventiva del fabbisogno in termini di ricovero, prestazioni ambulatoriali e accessi al sistema di emergenza urgenza espresso dalla popolazione dell'area di riferimento (distretto o ambito circondariale di insidenza desumibile dall'impiego dei Sistemi Locali di Lavoro – SLL elaborati da ISTAT) su base pluriennale.

Conseguentemente a questo, la configurazione dei contenuti dell'OT, ferma restando la presenza necessaria dei regimi degenziali/residenziali, poliambulatoriali diagnostici, medici e chirurgici, di assistenza territoriale e di risposta alle esigenze di primo intervento sanitario, andrà modulandosi sulla base delle caratteristiche epidemiologiche del fabbisogno sanitario rilevato in termini di volumi e di intensità sanitaria ed assistenziale.



2.10 Dipartimenti di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m. Agisce mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. In ottemperanza al DPCM LEA del 12 gennaio 2017, il Dipartimento di Prevenzione garantisce supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita le seguenti funzioni:

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Salute animale e igiene urbana veterinaria;
- Sicurezza alimentare, tutela della salute dei consumatori;
- Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Attività medico legali per finalità pubbliche.

Svolge inoltre attività di preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc. operando in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata e supportando le attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio.

Standard massimo di popolazione per dipartimento di prevenzione indicato dal DM 77/2022 è di 1 dipartimento per 500.000 abitanti.

Tabella 36. Numero di Dipartimenti di Prevenzione numero di Dipartimenti previsti nella regione Calabria

AREA	Popolazione (al 1° gennaio 2022)	N. Dipartimenti di Prevenzione attivi
Nord	674.543	1
Centro	658.784	1
Sud	522.127	1
TOTALE	1.855.454	3

Nord: Cosenza **Centro:** Crotone, Catanzaro, Vibo Valentia **Sud:** Reggio Calabria

2.11 Telemedicina

La telemedicina rappresenta uno strumento di presa in carico innovativo che permette di far comunicare medico e paziente a distanza, agevolando l'erogazione di servizi sanitari mediante l'utilizzo delle Information and Communication Technologies (ICT).

A livello nazionale, il quadro normativo di riferimento comprende i seguenti atti:

- “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” adottato con intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 febbraio 2014 sul documento recante (Repertorio Atti n. 16/CSR del 20/02/2014);
- "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR);
- “Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie” adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni il 18 novembre 2021 (Repertorio Atti n. 231/CSR);
- Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», adottato dalla Regione Calabria con Decreto n. 65 del 10 giugno 2022.
- Decreto del Ministro della Salute del 21 settembre 2022, recante “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio” con il quale sono approvate le «Linee guida per i Servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio», di cui all'art. 12, comma 15 -undecies, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179. 2», pubblicato in Gazzetta Ufficiale serie generale n. 256 del 2 novembre 2022.

In attuazione della Missione 6 del PNRR, il Decreto ministeriale 21 settembre 2022 prevede disposizioni obbligatorie relative ai requisiti minimi per l'esercizio della telemedicina, superando le “Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina” del 2014 e le “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina del 17/12/2020” che prevedevano standard di servizio certamente consigliabili, ma non vincolanti.

Il Decreto Ministeriale 21 settembre 2022 si rivolge alle Regioni e Province autonome e ha funzione di stabilire degli standard tecnici e di servizio che gli Enti territoriali dovranno implementare nella progettazione dei propri servizi, affinché l'offerta sanitaria di telemedicina diventi diffusa e omogenea nell'ottica del perseguimento della realizzazione della Missione 6 del PNRR. Nell'ambito di tale cornice, al fine di fissare i requisiti tecnici indispensabili per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina; l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali, in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD), ai sensi del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, fornirà indicazioni in merito a requisiti funzionali e livelli di servizio per la progettazione dei servizi di telemedicina da parte delle regioni e province autonome.

Il Decreto ministeriale del 21 settembre 2022 individua le caratteristiche tecniche, organizzative e funzionali delle prestazioni di telemedicina, in particolare:

1. la definizione delle prestazioni di telemedicina e l'individuazione dei servizi minimi;
 - a. il decreto ministeriale individua e definisce le prestazioni minime di telemedicina che le Regioni e le Provincie autonome dovranno garantire sono, dunque, la televisita, il teleconsulto/teleconsulenza, teleassistenza e il telemonitoraggio. Con riferimento alle singole definizioni delle prestazioni, il Decreto ha confermato la natura complementare della televisita, rispetto all'atto medico in presenza: «La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza». (Decreto Ministeriale 21 settembre 2022). Pertanto, il ricorso alla televisita integra le prestazioni sanitarie erogate in presenza.
2. le caratteristiche della popolazione di pazienti eleggibili e il soggetto responsabile della valutazione dell'eleggibilità del paziente;
 - b. il paziente che può avere accesso alle prestazioni in telemedicina è l'assistito che risulta “*eleggibile del punto di vista clinico, tecnologico, culturale e di autonomia o di disponibilità di un caregiver, qualora necessario, per la fruizione dei servizi di telemedicina*”.
3. la natura del software impiegato nei servizi di telemedicina;
 - c. il Decreto indica che il ricorso ad un software certificato come dispositivo medico è necessario solo nei casi in cui sia utilizzato un software che effettivamente presenta la funzionalità di un dm (finalità medica ed elaborazione dei dati).

Il decreto ministeriale individua e definisce le prestazioni minime di telemedicina che le Regioni e le Provincie autonome dovranno garantire sono, dunque, la televisita, il teleconsulto/teleconsulenza, teleassistenza e il telemonitoraggio. Tali servizi sono oggetto di realizzazione della progettualità PNRR che prevede la realizzazione di una piattaforma nazionale (sub-investimento 1.2.3.1) e dei servizi di telemedicina (sub-investimento 1.2.3.2).

Modello digitale e organizzativo

Si descrive il modello digitale e organizzativo che si intende realizzare per l'attuazione dell'assistenza domiciliare del territorio calabrese, inserendosi, pertanto, nel contesto degli interventi previsti nella riforma dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022.

Tutti gli interventi della M6C1 sono volti al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di “casa come primo luogo di cura”.

Gli elementi fondamentali della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, volti a perseguire tale principio e quindi con un impatto sull'organizzazione delle cure domiciliari, sono principalmente:

- la Casa della Comunità (CdC), in cui lavorano in modalità integrata e multidisciplinare professionisti, per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio Sanitario Nazionale e dei Comuni, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente;
- il Medico di Medicina Generale – Pediatra di Libera scelta (MMG/PLS), che nel nuovo assetto organizzativo delle cure primarie consolida il rapporto fiduciario con l'assistito, svolgendo il ruolo di responsabile clinico del rapporto di cura e rappresentando il principale attore all'interno del modello HUB-SPOKE delle Case della Comunità;
- la Centrale Operativa Territoriale (COT) quale modello organizzativo di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- l'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) che facilita e monitora i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, utilizzando anche strumenti digitali e di telemedicina.

- Si definisce, pertanto, il modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi attraverso team multiprofessionali secondo quanto previsto a legislazione vigente anche a distanza.

Le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare sono:

- a) il servizio di assistenza domiciliare;
- b) la pianificazione degli accessi domiciliari tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti;
- c) il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto.

Analogamente ad ogni altra prestazione erogata nel setting domiciliare, anche i servizi attivati in telemedicina dovranno essere opportunamente registrati e rendicontati nell'ambito dell'alimentazione del flusso SIAD.

Modalità di accesso al servizio

L'attivazione di un "percorso di telemedicina" potrà avvenire:

- dal setting domiciliare: tutti gli attori dell'assistenza territoriale (ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre il paziente per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile all'integrazione delle cure domiciliari, e possono farlo in modo diretto oppure, qualora necessario, previa valutazione in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), anche avvalendosi della Centrale Operativa dell'ADI, ove presente, e della COT; quest'ultima modalità è opportuna quando si renda necessario l'intervento di diversi operatori ed il raccordo tra più servizi e setting;
- dal setting di ricovero: è il personale della struttura, che ravvede la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina; in questo caso segnala le proprie indicazioni e proposte al momento della richiesta di presa in carico di dimissione "protetta" alla COT, che provvede all'organizzazione ed attivazione dei servizi e professionisti preposti alla valutazione, ove non già attivati dalla struttura di ricovero, e, in caso positivo, alla successiva garanzia della presa in carico.

Ogni qualvolta la presa in carico dal setting di ricovero o domiciliare prospetti interventi complessi ed in team multidisciplinare e/o multiprofessionale si procede alla valutazione del caso in sede di UVM ed alla definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito e, quando necessario, anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

Matrice degli attori e delle responsabilità

Nell'ambito specifico di fruizione di servizi di telemedicina gli attori sono:

- Paziente a domicilio; eventualmente supportato dal caregiver adeguatamente formato, utilizza la strumentazione messa a disposizione (es. eseguendo la rilevazione dei parametri, aggiornando la APP, compilando questionari o caricando foto/video di medicazioni/ferite, ecc.);
- MMG/PLS/Medico del Distretto/Specialista; in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga;
- Équipe delle cure domiciliari o il professionista sanitario; provvede alla formazione della persona assistita/caregiver all'uso della piattaforma, eroga la prestazione da remoto, valuta il livello di raggiungimento degli obiettivi, valuta lo stato generale e di salute della persona e del caregiver, gestisce il piano di lavoro (agende dedicate), attiva servizi necessari in caso di urgenza;
- Centrale Operativa dell'ADI; funge da raccordo dell'équipe delle cure domiciliari, provvede all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti in carico e coordina i piani di lavoro in agende dedicate;
- COT; garantisce la continuità dell'assistenza tra un setting e l'altro in caso di transizioni necessarie, attivandone opportunamente i servizi;
- Centro Servizi per la telemedicina; garantisce le manutenzioni periodiche e per la risoluzione tempestiva di malfunzionamenti dei dispositivi tecnologici e della strumentazione messa a disposizione del paziente.

Con riferimento alla fruizione di servizi di telemedicina, vengono declinate le seguenti responsabilità:

- la responsabilità della erogazione della prestazione è in capo al professionista sanitario erogante la prestazione;
- la valutazione sul livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati può essere in capo alla équipe delle cure domiciliari che ha in carico il paziente o al singolo professionista a seconda dei casi.

A tutte le attività che vengono erogate con servizi e in regime di telemedicina, si applicano le norme deontologiche proprie delle professioni sanitarie, legislative, tenendo in considerazione gli indirizzi dettati dalla bioetica. Eventuali aspetti tecnici, riconducibili ad esempio al malfunzionamento dell'attrezzatura, e che possono inficiare l'erogazione della prestazione sono in capo, per gli aspetti di competenza, al Centro Servizi per la telemedicina. Ogni attore che partecipa alla prestazione di telemedicina deve essere comunque identificabile attraverso opportuni sistemi digitali e deve essere rilevato il relativo impegno orario impiegato per ciascun assistito attraverso sistemi informatizzati, ai fini della rendicontazione automatizzata delle attività svolte.

Lo schema a matrice seguente costituisce una sintesi degli attori coinvolti nei diversi processi e delle relative responsabilità.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI TELEMEDICINA	ATTORI				
	MMG/PLS/ Medico del Distretto/ Specialista	Equipe delle cure domiciliari o Professionista sanitario	COT/Centrale operativa ADI ove esistente	Centro Servizi per la telemedicina ove esistente	Paziente a domicilio
<i>Televisita</i>	R - P - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	C
<i>Teleconsulto medico</i>	R - P - A - E	<i>Non necessariamente C</i>	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleconsulenza medico – sanitaria</i>	R - P - A - E	R - A - E	A	C	<i>Non necessariamente C</i>
<i>Teleassistenza</i>	<i>Non necessariamente R - P</i>	R - A - E	A	C	C
<i>Telemonitoraggio</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Telecontrollo</i>	R - P	S	A	C - E	C
<i>Teleriabilitazione</i>	R - P	R - A - E	A	C	C

Legenda: A = Attivatore C = Coinvolto E = Erogatore P = Prescrittore R = Richiedente S = Supporto

2.11.1 I servizi sanitari della telemedicina

La Televisita

Nel Decreto Ministeriale 21 settembre 2022 si legge, infatti, che “*la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza*”. È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver.

Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.

La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.

L'attività di televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente e può dar luogo alla prescrizione di farmaci, o di ulteriori approfondimenti clinici. Tale atto permette pertanto di trasferire informazioni sanitarie senza far muovere il paziente garantendo così la continuità delle cure e consentendo di valutare di volta in volta le scelte terapeutiche e l'andamento del quadro clinico.

In ambito domiciliare le prestazioni erogate con la televisita mirano:

- al follow up di patologia nota;
- alla conferma, aggiustamento o cambiamento delle terapie in corso;
- alla valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- alla verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

Il medico durante la televisita interagisce a distanza, in tempo reale, con il paziente anche con il supporto di un caregiver o di un operatore sanitario che può assistere/aiutare il paziente.

Prima della televisita, il medico può richiedere al paziente la condivisione di dati, informazioni, misurazioni o questionari.

Il Teleconsulto medico

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro.

Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette ad un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici riguardo la situazione clinica di un paziente. Il teleconsulto tra professionisti si può anche svolgere in modo asincrono, ossia senza che il medico richiedente sia connesso in attesa di ricevere un riscontro da parte del/i medico/medici a cui ha richiesto il consulto. Il teleconsulto può svolgersi anche con la presenza del paziente ossia si svolge in tempo reale utilizzando modalità operative analoghe a quelle della televisita e si configura come una visita multidisciplinare.

Le finalità del teleconsulto sono quelle di condividere le scelte mediche esso rappresenta anche una modalità efficace per fornire la “seconda opinione” specialistica.

La Teleconsulenza medico-sanitaria

È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso. È una consultazione tra professionisti sanitari, o tra medico e professionista sanitario, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più professionisti che hanno differenti ruoli rispetto al caso specifico, o intervengono su aspetti e competenze diverse della presa in carico del paziente. Ha lo scopo di rispondere ad una richiesta di supporto durante un percorso di cura e assistenza, e viene espletata attraverso una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per una decisione clinica e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in sua assenza; in quest'ultimo caso è anche possibile che i professionisti si consultino in modo asincrono. Pur

essendo preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico, anche quando la teleconsulenza si realizza in asincrono. È un'attività su richiesta, sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso.

La teleconsulenza può essere utilizzata anche in pazienti che necessitano di sola attività prestazionale, non sottoposta al processo di valutazione della UVM e a PAI; oppure anche in pazienti con presa in carico proattiva da parte dell'IFoC.

La Teleassistenza

È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.) e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio.

La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente. Il servizio prevede l'interazione con la persona assistita e la sua famiglia/caregiver in tempo reale. La necessità del coinvolgimento attivo di un caregiver formale o informale opportunamente formato, che possa supportare la persona assistita, sarà valutata per ogni singolo caso. Il carattere della prestazione può assumere note di multidisciplinarietà/multiprofessionalità. Le attività di teleassistenza possono integrarsi con altre attività di prestazioni medico-sanitarie erogate da remoto o in presenza, all'interno di servizi sanitari basati su sistemi di telemedicina, nei quali vengano svolti percorsi diagnostici e terapeutici.

Il Telemonitoraggio

Permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento del quadro clinico e della sua evoluzione attraverso parametri individuali, permettendo un rilevamento più frequente che integra le misurazioni effettuate nel corso di accessi domiciliari, anche al fine di verificare l'aderenza alla terapia.

Il Telecontrollo

Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura. Il telecontrollo può essere integrato con prestazioni di teleassistenza effettuate da operatori sanitari che, in caso di necessità, possono attivare interventi di supporto al telecontrollo (es. di tipo educativo e motivazionale).

Obiettivo del telecontrollo è la valutazione nel tempo del percorso clinico attraverso momenti di contatto con il paziente per la verifica delle rilevazioni attivate dallo stesso (es. parametri, stato di benessere, questionari).

2.11.2 La Piattaforma Nazionale di Telemedicina e l’Infrastruttura Regionale

Il potenziamento e l’adeguamento dei percorsi di telemedicina consente di facilitare la presa in carico, acuta e cronica, da parte delle cure territoriali, favorire la deospedalizzazione e potenziare e migliorare la qualità delle cure di prossimità. I percorsi di telemedicina sono strettamente connessi con le organizzazioni delle singole aziende e regioni. Ciononostante, tali percorsi necessitano di un governo e di monitoraggio a livello nazionale in modo da garantire: l’applicazione uniforme dei workflow clinici e delle “best practice” identificate per specifici asset assistenziali, l’applicazione uniforme e soprattutto la gestione di codifiche e dizionari terminologici, la valutazione degli outcomes clinici e di processo per la verifica dell’efficacia della presa in carico mediante percorsi di telemedicina, la validazione dei dispositivi di monitoraggio da applicare nei percorsi di telemedicina. Dal punto di vista architetturale tale obiettivo si raggiunge realizzando una piattaforma abilitante nazionale (Piattaforma Nazionale di Telemedicina - PNT) che ha la funzione di governo e validazione delle soluzioni, di verifica e applicazione e manutenzione delle regole comuni di processo (workflow clinico), delle codifiche e degli standard terminologici, di valutazione degli outcomes di utilizzo, sia per fini rendicontativi, che clinici. La piattaforma abilitante di telemedicina è connessa con i verticali di telemedicina regionali interoperabili tra loro che, integrati nei processi delle aziende sanitarie e con MMG/PLS, realizzano i servizi minimi di telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza) e costituiscono l’infrastruttura regionale di telemedicina. La Piattaforma di Telemedicina Nazionale è caratterizzata dai “servizi abilitanti” e dai “servizi minimi di telemedicina”. In particolare, i “servizi abilitanti” necessitano di essere implementati a livello nazionale, mentre i “servizi minimi di telemedicina” necessitano di essere implementati a livello regionale, dovendo raccordarsi in modo armonico con gli ecosistemi digitali specifici di ogni Regione. L’obiettivo principale della Piattaforma è comunque quello di sviluppare, ottimizzare, standardizzare ed erogare i servizi di Telemedicina valorizzando quanto già disponibile nel panorama dei contesti locali, integrando o completando il portafoglio di servizi di telemedicina nelle modalità descritte di seguito. La Piattaforma di Telemedicina Nazionale, in piena continuità con le linee d’indirizzo strategiche identificate da AgID nel Piano Triennale per l’informatica nella Pubblica Amministrazione, verrà sviluppata dal Ministero della Salute e prevederà l’integrazione con i sistemi centrali dispiegati a livello nazionale previsti per il processo di transizione digitale dei servizi erogati dalla PA.

Si riporta un elenco dei principali sistemi centrali con i quali la Piattaforma di Telemedicina Nazionale deve integrarsi:

- Sistema Pubblico Identità Digitale (SPID) / Carta d’Identità Elettronica (CIE)
- Fascicolo Sanitario Elettronico Nazionale • Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA)
- PagoPA
- Sistema Tessera Sanitaria
- Piattaforma Digitale Nazionale Dati

L’Infrastruttura Regionale di telemedicina sarà unica a livello regionale e interoperabile con quelle delle altre regioni grazie all’integrazione con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina. L’Infrastruttura Regionale garantisce anche la possibilità di modellare e applicare workflow efficaci nel contesto specifico di applicazione aziendale, previo processo di validazione e controllo degli standard e requisiti di integrazione da parte della piattaforma abilitante di telemedicina. L’Infrastruttura Regionale di telemedicina è un insieme di verticali che, tramite il gateway, alimentano EDS e l’FSE con dati, documenti ed eventi legati ai percorsi di telemedicina. Il verticale regionale di telemedicina realizza almeno i servizi di telemedicina minimi applicando standard per la produzione dei dati e documenti secondo le Linee Guida FSE, applica codifiche e workflow di processo secondo quanto previsto dalla Linee Guida Telemedicina che sono verificate dall’Infrastruttura nazionale di telemedicina con il quale è integrato. Inoltre, si integra con i servizi centrali, di autenticazione, prenotazione e pagamento delle prestazioni.

Le Aziende Sanitarie, al fine di garantire un funzionamento omogeneo dell'ecosistema, sono tenute inoltre a sviluppare le integrazioni verso i servizi abilitanti e i servizi centrali (es. integrazioni con SPID/CIE, ANA, PagoPA, etc.).

2.11.3 Il Programma Regionale di Telemedicina

Il PNRR individua nella telemedicina uno strumento fondamentale per abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari per gli assistiti. La telemedicina, quindi, evolverà da ambito sperimentale promosso solo da alcune realtà locali a componente integrante del sistema sanitario regionale e nazionale. Come tale, è fondamentale che la sua diffusione sia equa ed omogenea e che le soluzioni regionali siano interoperabili tra loro, per contribuire alla riduzione dei divari territoriali. A questo fine, sono state adottate, con Decreto Ministeriale del 21 settembre 2022, le suesposte “Linee guida per i Servizi di Telemedicina” e, in coerenza con tale provvedimento, la Regione Calabria attiverà i servizi di telemedicina minimi la cui conformità sarà già stata verificata tramite un processo di valutazione nazionale. Queste soluzioni saranno individuate tramite gare promosse dalle Regioni Capofila (Lombardia e Puglia), come stabilito tramite verbale del CITD del 15 dicembre 2021 e dal decreto interministeriale con cui il presente format viene approvato. La Regione Calabria dovrà elaborare il proprio Piano Operativo, considerando il contesto sociosanitario regionale, l'impatto atteso in termini organizzativi e le risorse impiegate, definendo:

- a) il fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale di telemedicina come definita nelle Linee Guida adottate in materia ai sensi del comma 15undecies, lettera a) dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 e successive modificazioni (“Linee guida per i Servizi di Telemedicina”) e il rispetto di Milestone e Target nonché il cronoprogramma dello specifico sub-investimento;
- b) le componenti del fabbisogno totale intendono acquisire nell'ambito del sub investimento 1.2.3.2.;
- c) la modalità di implementazione al fine di raggiungere almeno il 70% degli enti e dei professionisti sanitari del SSR.

I Servizi di telemedicina minimi da implementare sono relativi ai seguenti ambiti e alle seguenti condizioni cliniche:

Diabetico

- Diabete di tipo 1
- Diabete di tipo 2
- Altre cause

Respiratorio

- Sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS)
- Insufficienza respiratoria
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- Asma bronchiale
- Neoplasia polmonare
- Fibrosi polmonare
- Fibrosi cistica
- Bronchiectasie
- Malattie infettive polmonari
- Altre cause

Cardiologico

- Scompenso cardiaco
- Pazienti GUCH
- Pazienti ACH
- Portatori di Pacemaker
- Altre cause

Oncologico

- Distretti tumorali primitivi
- Altre cause

Neurologico

- Sclerosi Multipla
- Altre cause

Nelle more della progressiva definizione della Piattaforma e dei servizi di telemedicina, la Regione Calabria con DCA n. 40 del 12/04/2022 ha approvato il progetto “La telemedicina come perno centrale di una struttura di prossimità per la cura domiciliare della fragilità”. L’obiettivo del progetto è quello di sviluppare un modello di struttura di prossimità attraverso la sperimentazione dell’integrazione operativa del servizio multispecialistico di Telemedicina del Policlinico Universitario Materdomini dell’Università Magna Graecia di Catanzaro con le ASP di Catanzaro e Cosenza ed i loro distretti socio-sanitari con il supporto delle loro rispettive COT, nell’ottica di un’integrazione socio-sanitaria per poter definire linee di indirizzo/standard di attività quali indicazioni per estendere il modello a tutta la regione. Il progetto ha conclusione stimata 31 dicembre 2022 e ipotizza come risultati attesi l’utilizzo di routine dei servizi di telemedicina nella cura dei soggetti fragili, promozione della sanità digitale e di iniziativa.

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

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. Il DM 77/2022 fornisce alle UCCP e AFT un ruolo centrale all’interno delle CdC quali veicolo della sanità di iniziativa e di prossimità. Le UCCP e AFT nel DM 77/2022 sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica o essendone collegate funzionalmente.

Il riferimento normativo per le forme organizzative della medicina generale è rappresentato dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con la medicina generale ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni-Triennio 2016-2018 approvato il 28 aprile 2022 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Nelle more della pubblicazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR), si presenta di seguito quanto indicato dal vigente Accordo Integrativo Regionale (AIR) ponte (DCA 65/2018) con il quale la Regione 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. La Regione, sulla scorta di una specifica sperimentazione avviata sin dal 2013, ha proceduto ad approvare un AIR ponte (DCA 65/2018) per la medicina generale, tendente a far confluire il maggior numero di medici nelle forme associative (UCCP e 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 proceduto ad emanare un documento di indirizzo per l’attuazione del medesimo AIR (DCA 161/2018).

In particolare, la costruzione delle 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 65/2018 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 161/2018, 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 organizzazione garantisce la continuità dell'assistenza, h24, nonché l'integrazione interprofessionale e organizzativa tra i medici della medicina generale, all'interno del complessivo sistema delle cure primarie (distretti). Lo sviluppo di forme associate della medicina generale 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.

La sanità territoriale qui vi presentata, si sviluppa nel rispetto degli ACN di Medicina Generale (approvato il 28 aprile 2022), Pediatria di libera scelta (approvato il 28 aprile 2022) e Specialista Ambulatoriale (approvato il 20 maggio 2021).

2.12.1 UCCP

La UCCP (art. 9 capo 2 ACN medicina generale triennio 2016-2018) è una forma organizzativa multiprofessionale 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 ed i MMG/PLS che le compongono. L'UCCP persegue gli obiettivi di salute e le attività dell'Azienda Sanitaria, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale che la caratterizza, a bisogni di salute complessi. Esse garantiscono:

- la fase di accesso/accoglienza al complessivo sistema delle cure primarie, in collaborazione con i PUA e 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 di MMG e PLS al governo della domanda e della 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 comorbidità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare.

Le UCCP in sede pubblica sono connotate da: sede dell'UCCP, personale infermieristico e di supporto amministrativo 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 h24 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.

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 LEA;
- 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 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 distrettuale fino ad un massimo 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 e programmazione operativa con la Direzione di Distretto ed a valle con le AFT di riferimento

2.12.2 AFT

Raggruppamento funzionale monoprofessionale di medici del ruolo unico di assistenza primaria (medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale) che consente il coordinamento delle attività dei medici e che persegue obiettivi e attività definiti dall'Azienda. 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 condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e si riferiscono ad un bacino d'utenza non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate ad aree ad elevata densità abitativa (art. 29 comma 3, ACN medicina generale triennio 2016-2018).

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 h12, 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 tempo vigente;
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 h12.
3. *AFT a struttura complessa assistenza*: ospitano al loro interno postazioni di continuità assistenziale prevista h 24. Forniscono servizi infermieristici per la presa in carico dei pazienti fragili e per le dimissioni protette per 12 ore al giorno 5 giorni la settimana ed almeno 6 ore al dì, nei giorni prefestivi e festivi. Posseggono idonee attrezzature e sono funzionalmente collegate per l'esecuzione della telemedicina previo opportuna ed idonea dotazione tecnologica.

In tale ambito potrà realizzarsi la collaborazione del MMG con i medici specialisti per la realizzazione dei PDTA 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.

Per ciascuna 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 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 LEA;
- 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 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.

2.12.3 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 161/2018), 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 attivati nelle CdC;
- alla verifica del Piano di attivazione dei servizi programmati, predisposto dalle singole ASP;
- al monitoraggio del livello di implementazione dei servizi programmati, che avverrà sulla base dei report semestrali predisposti da ciascuna Azienda.

2.12.4 AFT e UCCP attive nella regione Calabria

Al momento sono attive:

- Cosenza: 20 AFT con sede unica, di cui 18 a gestione autonoma e 2 a gestione pubblica;
- Catanzaro: 7 UCCP sperimentali (AFT ad alta complessità) autonome e 1 a gestione pubblica;
- Crotone: 5 AFT in sede unica e 12 in rete;

- Vibo Valentia: 5 AFT a sede unica e gestione autonoma, 1 Medicina in rete;
- Reggio di Calabria: nessuna AFT e nessuna UCCP.

3. Il modello a rete di integrazione e interazione dei servizi

I servizi territoriali sono pensati per integrarsi tra loro in un modello di funzionamento a rete. La rete territoriale mette in comunicazione CdC, assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi. Inoltre, la rete territoriale diventa integrata nel momento in cui si mette in comunicazione e collaborazione con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche. La rete territoriale integrata trova utilità nella presa in carico globale del paziente e maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, soggetti a frequenti ricoveri. Tra le strutture territoriali esaminate, lo strumento cardine che permette il coordinamento a rete è la COT che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti. La COT infatti si pone quale intermediario e punto di riferimento di tutte le strutture della rete territoriale mediante opportuni strumenti di integrazione, anche informatici, comuni.

3.1 Classificazione delle strutture per intensità assistenziale

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
- RDS (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 as
- Residenzialità e semiresidenzialità DCA
- Cure Domiciliari (CIA1; CIA2; CIA3)
- SRP1 Residenze psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale
- SRP2 Residenze psichiatrica sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- SRP3 Residenza psichiatrica sociosanitaria 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, nella tabella seguente è evidenziata la valenza di ogni singola struttura sanitaria (100% quota Fondo Sanitario) o sociosanitaria (% quota Fondo sociale e % quota Fondo Sanitario), la quota di compartecipazione dell'ospite così come determinata dal DPCM LEA (Tabella 37).

Tabella 37. Analisi tipologia assistenza: valenza sanitaria e sociosanitaria e relativa tariffa regionale vigente

TIPOLOGIA STRUTTURA		F. San	F.S.C.	DPCM LEA 2017	
		%	%	F. san %	F. soc %
R1 Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	Struttura sanitaria	100		100	0
R2 Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	Struttura sociosanitaria	70	30	100	0
SR1 Semiresidenziale Anziani	Struttura sociosanitaria	50	50	50	50
SR2 Semiresidenziale Demenze	Struttura sociosanitaria	50	50	50	50
R3 Casa Protetta per anziani	Struttura sociosanitaria	50	50	50	50
RD4 Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	Struttura sociosanitaria	70	30	100	0
RD5 Casa Protetta per disabili	Struttura sociosanitaria	40	60	40	60
RECC Riabilitazione ciclo continuativo	Struttura sanitaria	100		100	0
Riabilitazione ciclo diurno	Struttura sociosanitaria	70	30		
Riabilitazione Ambulatoriale individuale	Struttura sanitaria	100		100	0
Riabilitazione Ambulatoriale piccolo gruppo	Struttura	100		100	0
Riabilitazione Domiciliare	Struttura sanitaria	100		100	0
Residenza Sanitaria SLA	Struttura sanitaria	100		100	0
SRP1 Residenze psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	Struttura sanitaria	100		40	60
SRP2 Residenze psichiatrica sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria	Struttura sanitaria	100		100	0
SRP3 Residenza psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sociale	Struttura sanitaria	100		100	0
Tossicodipendenza residenzialità (terapeutica)	Struttura sanitaria	100		100	0
Tossicodipendenza residenzialità (pedagogica)	Struttura sanitaria	100		100	0
Tossicodipendenza semiresidenzialità (terapeutica)	Struttura sanitaria	100		100	0
Tossicodipendenza semiresidenzialità (pedagogica)	Struttura sanitaria	100		100	0
Hospice	Struttura sanitaria	100			
Nucleo Alzheimer	Struttura sanitaria	100		100	0
Residenziale autismo	Struttura sanitaria	100		100	0

Semiresidenziale autismo	Struttura sanitaria	70	30	100	0
Riabilitazione ciclo diurno DNA	Struttura sanitaria	70	30		
Riabilitazione ciclo continuativo DNA	Struttura sanitaria	100		100	
Riabilitazione ambulatoriale individuale DNA	Struttura sanitaria	100		100	0
Riabilitazione domiciliare DNA	Struttura sanitaria	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.

3.2 Residenzialità e Semiresidenzialità per anziani e persone non autosufficienti

Nel d.lgs. 502/92 s.m.i. viene fatto richiamo di “prestazioni residenziali e semiresidenziali”.

Si intende per prestazione residenziale e semiresidenziale il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti non autosufficienti.

La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Le fonti nazionali riguardanti le prestazioni residenziali sono le seguenti:

- L. 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 (legge finanziaria 1988)
- DPCM. 22 dicembre 1989 (atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani) – successivamente sostituito dal D.P.R. 14 gennaio 1997 (atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie.)
- DPCM 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione sociosanitaria
- DPCM 12 gennaio 2017
- DM 70/2015
- Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024.

Nel 2022, con Decreto è stato adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza in seguito al quadro di intervento prefigurato dai commi 159-171 della legge di bilancio n. 234 del 2021 che delinea azioni legate all'attuazione dei LEPS. quali non si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari a tutte le persone non autosufficienti.

I “codici di attività” individuati sono i seguenti:

R1 Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).

R2 Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.

R2D Prestazioni erogate in nuclei specializzati (*Nuclei Alzheimer*) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente “*protesico*”.

R3 Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)

SR Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni

SRD Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di “**cure intensive o estensive**” ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad “**assistenza e terapie di mantenimento**”, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

L'erogazione delle prestazioni così individuate avviene, di norma, all'interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza.

3.2.1 RESIDENZIALITÀ: Ricognizione dello stato attuale e programmazione

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

- R1 "Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata"
- R2 "Residenza Sanitaria Assistenziale"
- R3 "Casa Protetta"

L'offerta di assistenza per persone non autosufficienti attualmente 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

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

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 pari a 6,6.

Il fabbisogno complessivo programmato (pari a n. 4.304 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)

In virtù del recepimento del DM 77/2022, si evidenzia la necessità di aggiornare la distribuzione di PI per tipologie di assistenza: R1, R2 e R3.

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 38. Fabbisogno posti letto/abitanti over 65 per ASP

ASP	Abitanti >=65	Fabbisogno R1	Fabbisogno R2	Fabbisogno R3	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	159.200	159	764	669	1.592
Catanzaro	81.156	81	390	341	812
Crotone	35.451	35	170	149	355
Vibo Valentia	35.373	35	170	149	354
Reggio di Calabria	119.172	119	572	501	1.192
TOTALE	430.352	430	2.066	1.807	4.304

* si prevede un fabbisogno pari a 10 per 1000 abitanti over 65

3.2.2 SEMIRESIDENZIALITA': Ricognizione dello stato attuale e programmazione

La Regione Calabria risulta essere carente di un'offerta di semi residenzialità dedicata all'assistenza di persone 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. Di seguito quanto programmato nel DCA 65/2020 che prevede la realizzazione di moduli semiresidenziali all'interno delle strutture residenziali sociosanitarie per anziani o in specifiche strutture semiresidenziali. Si ritiene necessario aggiornare quanto già programmato da DCA 65 ai fini della definizione di un corretto 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 a 0,7 posti per 1.000 abitanti ≥ 65 , come di seguito.

Tabella 39. fabbisogno di posti in assistenza semiresidenziale, suddiviso per ciascuna ASP e calcolato utilizzando i parametri sopra indicati

ASP	Abitanti >=65	Fabbisogno SR 1	Fabbisogno SR 2	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	159.200	111	111	223
Catanzaro	81.156	57	57	114
Crotone	35.451	25	25	50
Vibo Valentia	35.373	25	25	50
Reggio di Calabria	119.172	83	83	167
TOTALE	430.352	301	301	602

* si prevede un fabbisogno pari a 0,7 posti letto ogni 1000 abitanti over 65

3.3 Residenzialità disabili: ricognizione dello stato attuale e programmazione

Le prestazioni residenziali per disabili sono erogate in Italia da una ampia varietà di strutture per lo più riconducibili ad Istituti di Riabilitazione ex art.26 L. 833/78, o a Centri e Comunità di accoglienza, che hanno caratterizzato la propria attività con contenuti più sbilanciati verso programmi riabilitativi, anche per giustificare la propria permanenza all'interno del perimetro di completa copertura del FSN. Solo una minoranza di strutture ha assunto fin dall'inizio un connotato prevalentemente sociale.

Il Decreto sulla Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14 febbraio 2001) consente di classificare queste prestazioni, in ragione del diverso impegno sanitario, in:

- Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria (art. 3, comma 2)
- Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale (art. 3, comma 1)
- Prestazioni ad elevata Integrazione Socio-Sanitaria (art. 3, comma 3).

Il Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) individua come Livello Essenziale di Assistenza la assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale riferibile ad “attività sanitaria e socio-sanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali”

Le prestazioni così individuate sono riferibili ai seguenti codici di attività:

- RD1: prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale.
- RD2: prestazioni diagnostiche, terapeutiche riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico;
- RD3: prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi
- RD4: prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare
- RD5: Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti prive di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia.

Le strutture residenziali per disabili in Calabria sono così articolate:

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

Da quanto evidenziato da DCA 65/2020 si ritiene che il fabbisogno da soddisfare coincida con il parametro utilizzato nelle precedenti programmazioni, ovvero pari 0,63 PI per 1.000 abitanti.

L'articolazione del fabbisogno per intensità assistenziale è stata definita sulla base dei seguenti criteri:

modello di definizione di struttura efficace ed efficiente, elaborato in collaborazione con Agenas adottando tali criteri il fabbisogno complessivo programmato (pari a n. 1.169 PI) 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)

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 40. Totale fabbisogno residenzialità disabili per ASP

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Fabbisogno RECC – RRE1-RRE2	Fabbisogno RD1	Fabbisogno RD4	Fabbisogno RD5	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	191	23	115	106	425
Catanzaro	343.673	97	10	58	54	217
Crotone	163.553	46	7	28	26	103
Vibo Valentia	151.558	43	5	26	24	95
Reggio di Calabria	522.127	148	20	89	82	329
TOTALE	1.855.454	526	65	316	292	1.169

* si prevede un fabbisogno pari a 0,63 per 1000 abitanti sulla popolazione attuale;
Si precisa che per RD1 si è tenuto conto del fabbisogno, eccedente rispetto allo Standard, espresso dalle ASP e correlato a peculiari caratteristiche epidemiologiche e orografiche locali

3.4 Riabilitazione estensiva extraospedaliera: ricognizione dello stato attuale e programmazione

La riabilitazione estensiva riguarda prestazioni dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, secondo quanto indicato all'art. 26 della L. n. 833/1978. Essa costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura ed è un processo nel corso del quale una persona con disabilità viene messa nelle condizioni di poter raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, fermo restando la parziale menomazione.

Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011, l'attività riabilitativa può essere erogata in:

- regime di ricovero, ordinario o diurno (day hospital);
- regime di assistenza specialistica ambulatoriale/day service presso ambulatori di medicina fisica e riabilitazione;
- ambito dell'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale

Si considerano erogabili prestazioni inerenti alle seguenti specialità riabilitative: cardiologica, respiratoria, neurologica, muscoloscheletrica.

La riabilitazione domiciliare è caratterizzata da un intervento domiciliare destinato ai pazienti che risultano intrasportabili per motivi clinici; si tratta di pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale. La valutazione dei bisogni riabilitativi è effettuata dalla UVM territoriale utilizzando tutte le informazioni disponibili (ad esempio: lettera di dimissione, cartella clinica, relazione del MMG, ecc.).

Le attività di riabilitazione svolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali si rivolgono a pazienti in condizione clinica stabilizzata che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti e che hanno necessità di un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) o per tempi minori (regime semiresidenziale). Le strutture possono erogare trattamenti di riabilitazione intensiva o estensiva, solitamente di breve durata, oppure trattamenti socio-riabilitativi di lunga durata, destinati al recupero o al mantenimento delle abilità funzionali residue per le persone con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali croniche o comunque stabilizzate, congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità. Le strutture di Riabilitazione estensiva extraospedaliera, di cui al Manuale regionale di autorizzazione e accreditamento, sono così articolate:

- RECC Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo (si fa riferimento al paragrafo precedente sulla Residenzialità Disabili)
- Riabilitazione estensiva a ciclo diurno
- Riabilitazione estensiva Ambulatoriale singola
- Riabilitazione estensiva Ambulatoriale piccolo gruppo
- Riabilitazione estensiva Domiciliare

La dotazione di offerta attuale, valutata sulla base dei dati di attività rilevati nelle singole ASP per l'anno 2020, è pari a 0,40 prestazioni/abitante/anno. Le tabelle seguenti riportano il fabbisogno totale di riabilitazione estensiva extraospedaliera 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 "Residenzialità disabili". Per il calcolo del fabbisogno di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera si adotta 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.

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 41. Totale fabbisogno riabilitazione estensiva extraospedaliera per ASP

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo diurno	Riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale (sing. + picc. Gruppo)	Riabilitazione estensiva extraospedaliera domiciliare	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	165	651	172	823
Catanzaro	343.673	84	332	88	420
Crotone	163.553	40	158	42	200
Vibo Valentia	151.558	37	146	39	185
Reggio di Calabria	522.127	128	504	133	637
TOTALE	1.855.454	454	1.791	473	2.265

* si prevede un fabbisogno pari 0,42 prestazioni /abitanti/anno

Di cui:

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

3.5 Residenzialità e Semi residenzialità salute mentale

La prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale italiana è dell'8% circa (Ministero della Salute). Nel corso degli anni si è rilevato un aumento della domanda di interventi psichiatrici: per la risoluzione di questi, si necessita della prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione delle patologie psichiatriche mediante interventi multidisciplinari caratterizzati dall'integrazione sociosanitaria. La programmazione regionale relativa alla salute mentale e dipendenze patologiche viene soddisfatta dal servizio pubblico o dal privato accreditato e si basa sulle necessità dell'utenza in carico relativamente al bacino di riferimento anche in relazione ai bisogni emergenti e della trasversalità con le aree di confine (dipendenze, minori, disabilità, anziani). Il modello organizzativo per la gestione delle attività connesse all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'area salute mentale è rappresentato dal Dipartimento Salute Mentale il quale rappresenta il garante clinico-organizzativo per tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito salute mentale, in coerenza con quanto disposto dal D.lgs. 502/92, D.lgs. 517/93 e D.lgs. 229/99 e per quanto riguarda nello specifico l'area in oggetto con il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 2010-2012. Tale modello trae fondamento dalla definizione di una rete di trattamento, ospedaliera e territoriale integrata, secondo una logica di psichiatria di comunità.

I principi che devono orientare l'assetto dei servizi di salute mentale sono i seguenti:

- centralità del paziente intesa come coinvolgimento dello stesso nel processo di cura;
- valorizzazione dell'esperienze di coinvolgimento delle famiglie;
- integrazione nelle ASP dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali;
- multidisciplinarietà dell'équipe;
- garanzia della tutela e la cura della salute mentale anche all'interno degli istituti penitenziari del territorio;
- adozione di strumenti del Governo Clinico nell'ottica di erogare prestazioni dotate di efficacia, efficienza ed economicità.

3.5.1 RESIDENZIALITA': ricognizione dello stato attuale e programmazione

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

1. SRP 1 "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".

Si evidenzia che in molte strutture esistono liste di attesa significative, mentre il ricorso a ricoveri fuori regione risulta con riferimento all'anno 2019 pari a circa 900 pazienti psichiatrici di cui circa 200 all'anno su disposizione dell'autorità giudiziaria.

Alla luce dell'analisi dell'offerta prevista da DCA 65/2020 di posti letto, pari a 3,64, è stata aggiornata la programmazione con un indice pari a 4 p.l. per 10.000 abitanti di età maggiore di 18 anni. Si ritiene opportuno modificare la precedente previsione di distribuzione dei p.l. nei differenti livelli di Strutture Residenziali psichiatriche. Le linee di indirizzo nazionali per la salute mentale, approvate dalla Conferenza unificata Stato-Regioni il 20 marzo 2008, nella mappatura della situazione contestuale rilevano la presenza di strutture corrispondenti ad un tasso di 3,1 pl /10.000 abitanti per tutte le residenzialità di salute mentale calcolato su tutta la popolazione residente. Tale dato è sostanzialmente confermato dai Report ministeriali relativi al flusso STS, prodotti dal 2009 al 2011, che descrivono un valore nazionale stabile di 3,2 p.l/10.000 ab, attribuendo alla Regione Calabria un tasso di 4 pl /10.000 ab. calcolato su tutta la popolazione residente, come previsto nel DCA 65/2020 e al fine di stabilizzare il fenomeno. Si precisa che viene rispettato quanto previsto dal DM 2 aprile 2015 n. 70 in quanto i posti letto sanitari territoriali per la salute mentale non sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri (art. 1, comma 3, lett. C) e quindi non computabili. In Calabria l'attivazione della rete territoriale delle Case di Comunità si caratterizza anche per l'offerta di servizi e di programmi di prevenzione e di salute mentale, ovvero di integrare della suddetta rete, anche alcuni dei servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza da identificarsi in coordinamento con il Dipartimento di Salute Mentale. L'obiettivo è quello di far evolvere il modello della presa in carico multispecialistica, secondo i principi del welfare di comunità. In particolare, gli interventi regionali riguarderanno l'implementazione di soluzioni per la gestione della presa in carico e della programmazione delle cure e dell'assistenza nell'ambito delle CdC e dell'assistenza domiciliare al fine di migliorare la presa in carico territoriale, integrare i percorsi di cura che riguardano le fragilità e le cronicità (es. Salute mentale, Disabilità e Dipendenze). Per la residenzialità il fabbisogno complessivo programmato (pari a n. 623 PI) 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

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 42. Totale fabbisogno residenzialità salute mentale per ASP

ASP	Abitanti >=18	Fabbisogno SRP1	Fabbisogno SRP2	Fabbisogno SRP3	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	571.247	103	91	34	228
Catanzaro	290.304	52	46	17	116
Crotone	134.672	24	22	8	54
Vibo Valentia	127.373	23	20	8	51
Reggio di Calabria	435.066	78	70	26	174
TOTALE	1.558.662	281	249	94	623

* si prevede un fabbisogno pari a 4 pl per 10000 abitanti >= 18 anni

- 45% SRP1

- 40% SRP2

- 15% SRP3

3.5.2 SEMIRESIDENZIALITÀ: ricognizione dello stato attuale e programmazione

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico educativo - riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo), collocata di preferenza nel contesto territoriale finalizzata

a favorire l'integrazione sociale. Tale struttura mirerà primariamente al recupero degli aspetti di disabilità legati a malattia mentale, al miglioramento del funzionamento psicosociale, al recupero di abilità nelle relazioni interpersonali, nella autonomia personale. Mirerà ad una integrazione nel contesto sociale di appartenenza e nella quotidianità, utilizzando la relazione interpersonale, altre opportunità risocializzanti, espressive e formative, sino anche a favorirne l'eventuale inserimento lavorativo. L'azione terapeutico riabilitativa dovrà realizzarsi con pazienti adulti che presentino disabilità sociali, relazionali e lavorative conseguenti o correlate alla malattia mentale. Capacità ricettiva fino a 20 pazienti. La Regione Calabria incentiva forme flessibili di residenzialità mediante budget di salute con successivi provvedimenti regionali. Come riportato da DCA 65/2020, l'offerta di centri diurni psichiatrici per la Regione Calabria è rappresentata da 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 che rappresenta l'attuale offerta attiva.

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

Tabella 43. Totale centri diurni da programmare per singola ASP

ASP	Abitanti >=18	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	571.247	10
Catanzaro	290.304	5
Crotone	134.672	2
Vibo Valentia	127.373	2
Reggio di Calabria	435.066	7
TOTALE	1.558.662	26

* si prevede un fabbisogno pari a 1 centro diurno x 100.000 abitanti (popolazione over 18)

Si tiene in considerazione un aumentato del fabbisogno nel post Covid

3.6 Residenzialità e Semi residenzialità Autismo: Ricognizione dello stato Attuale e programmazione

Con il termine Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) si identifica un gruppo di disordini del neurosviluppo, a verosimile genesi multifattoriale che presentano le seguenti caratteristiche:

- vengono generalmente riconosciuti entro i primi tre anni di età e tendono a perdurare lungo tutto il ciclo di vita;
- influenzano particolarmente comunicazione e interazione sociale della persona (compromissione, ritardo o atipicità dello sviluppo delle competenze sociali e della comunicazione verbale e non verbale);
- compromettono il comportamento e gli interessi, che possono essere ristretti, ripetitivi, stereotipati;
- inducono una particolare sensibilità agli stimoli sensoriali.

La Legge 134/2015 “Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie” pone la base per l’attuazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo una prospettiva integrata bio-psicosociale, assunta come paradigma di ogni futuro intervento.

La Regione Calabria con DCA 256/2018 recepisce “Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico" (Provvedimento Conferenza Unificata Rep. atti n. 53/CU del 10 maggio 2018) e approva il relativo piano operativo regionale.

Le caratteristiche intrinseche e la coesistenza di co-morbilità neurologiche, psichiatriche e mediche rendono le persone affette da autismo una popolazione fragile che necessita di massima attenzione nell’ambito delle

strategie di prevenzione e controllo, di continuità della presa in carico e dell'accesso ai servizi educativi, sociali e sanitari.

Di fondamentale importanza risulta essere la realizzazione di una rete integrata e interdisciplinare, che faciliti l'individuazione precoce delle persone a rischio, supporti i percorsi di diagnosi differenziale ed il riconoscimento delle eventuali comorbidità e patologie associate, garantisca in modo sostenibile la cura, l'abilitazione e riabilitazione della persona, in base a priorità specifiche e intensità differenziate per fasce d'età e profili di funzionamento. Per le persone adulte con disturbi dello spettro autistico (ASD), soprattutto se con necessità di supporto più consistenti, il miglioramento della qualità di vita rappresenta un riferimento di grande utilità per la programmazione degli interventi, l'organizzazione dei servizi e le indicazioni legislative e procedurali.

È pertanto necessario sviluppare e implementare un modello multidisciplinare e interistituzionale integrato quale presupposto fondamentale per garantire la continuità della presa in carico.

Per quanto riguarda in particolare la residenzialità, è importante evidenziare come le tipologie di strutture che sul territorio accolgono persone con disturbo dello spettro autistico e/o disabilità intellettiva in età adulta abbiano caratteristiche differenti: dalle Residenze Sanitarie Disabili, alle Comunità sociosanitarie, agli appartamenti protetti, alle comunità di area sociale o con caratteristiche familiari. Assai diverse possono essere anche le tipologie di utenti accolti, per età, comorbidità, livello di funzionamento, autonomia, presenza e grado di comportamenti disfunzionali e diverse le possibili numerosità degli utenti accolti, da due o tre soggetti fino a diverse decine.

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.

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.

A livello nazionale non esiste una stima epidemiologica dei disturbi dello spettro autistico; dal DCA 65//2020 emerge che le stime sono state rilevate sui casi prevalenti (Piemonte 2/1000, Emilia-Romagna 2-4/1000 Fonte Istituto Superiore di Sanità), prevedendo un'offerta minima di 36 pl.

Allo stato, l'offerta attiva sul territorio risulta essere la seguente:

- 12 pl di Residenzialità Autismo nell'ASP di Cosenza;
- 10 pl di Residenzialità Autismo nell'ASP di Reggio Calabria.

In merito alla Semi residenzialità si riporta un'offerta attiva pari a:

- 10 prestazioni pro/die presso l'ASP di Cosenza;
- 10 prestazioni pro/die presso l'ASP di Catanzaro.

Per la nuova programmazione, a seguito di un confronto con gli esperti, si stima un totale di 88 pl per soddisfare il fabbisogno relativo alla residenzialità e di 467 prestazioni pro/die relative alla semiresidenzialità.

3.7 Prestazioni ambulatoriali Autismo: Programmazione

In termini qualitativi, le conoscenze sui bisogni delle persone con disturbi dello spettro autistico ci indirizzano verso una programmazione che preveda strutture in grado di assicurare la continuità del percorso assistenziale, in base alla situazione clinica e all'intensità del supporto necessario.

A seguito delle sentenze T.A.R. Calabria n. 853/2021 si intende conformare questo documento di riorganizzazione territoriale alle previsioni del Dpcm del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento del LEA e dunque si inseriscono i profili evidenziati rilevati dal giudice amministrativo.

Successivamente, in ottemperanza della sentenza T.A.R. Calabria n. 703/2022, si prevede il fabbisogno assistenziale di prestazioni in regime ambulatoriale per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico.

Attualmente le informazioni relative ai dati epidemiologici risultano essere disomogenee per le varie Regioni. In via sperimentale, per la determinazione del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali, si fa riferimento ai rapporti ISTISAN 17/16 “Offerta sanitaria e sociosanitaria per bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico in Italia” che prevedono la prevalenza di 4,5 ogni 1000 (mille) abitanti nella fascia di età 2-17. Inoltre, sono state previste 3 prestazioni a settimana per ogni minore.

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 44. Prestazioni Ambulatoriali Autismo

ASP	Abitanti 2 - 17 anni al 1° Gennaio 2022	Incidenza sulla popolazione di riferimento	Prestazioni ambulatoriali settimanali	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	93.908	423	1.268	1.268
Catanzaro	48.465	218	654	654
Crotone	26.251	118	354	354
Vibo Valentia	21.957	99	296	296
Reggio Calabria	79.120	356	1.068	1.068
TOTALE	269.701	1.214	3.641	3.641

*si prevede un fabbisogno pari a 3 prestazioni/settimana per caso.

Lo std di calcolo utilizzato è sopra riportato.

Nella tabella complessiva che racchiude i setting assistenziali, viene effettuata la suddivisione in fasce d'età. La quale riflette differenze nel fabbisogno quali-quantitativo di prestazioni per i soggetti affetti da Disturbi dello Spettro Autistico. Nello specifico, viene effettuato l’Inquadramento diagnostico e valutazione delle capacità motorie, del linguaggio, della performance cognitiva e del grado di interazione sociale - preminenti nel periodo prescolare e mediati dai genitori- trattamenti educativo-comportamentali e supporto scolastico per la fascia intermedia, trattamenti farmacologici nei casi di comorbidità psichiatrica più frequente nei soggetti adolescenti.

3.8 Residenzialità e Semi residenzialità per dipendenze patologiche: ricognizione dello stato attuale e programmazione

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive la dipendenza patologica come una “condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall’interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni”.

Queste reazioni, precisa l’OMS, “comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, così da provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”.

In questa definizione viene quindi sottolineato il comportamento ripetitivo della dipendenza insieme al malessere causato dalla privazione della sostanza. Sono queste le caratteristiche tipiche di tutte le forme di dipendenza.

Le dipendenze si possono suddividere in diverse categorie principali:

- dipendenze da sostanze, ovvero si tratta della forma di dipendenza più comune e riguarda l’assunzione continuativa e ripetuta di alcool o di sostanze stupefacenti, come la cocaina o la cannabis;
- dipendenze comportamentali, la più diffusa è il gioco d’azzardo, fenomeno in forte crescita in Italia. Il gioco d’azzardo è stato recentemente inserito nel DSM 5 (Manuale dei Disturbi Mentali) e definito come “incapacità di resistere alla tentazione persistente, ricorrente e mal adattiva di giocare somme di denaro elevate”.
- dipendenza affettiva, che si riferisce alle situazioni in cui l’individuo sviluppa un attaccamento emotivo e

fisico ad un'altra persona. I servizi preposti alla cura delle dipendenze sono i Ser.D, specializzati nel trattamento di tutte le forme di dipendenza che abbiamo precedentemente citato e all'interno dei quali opera un'équipe multidisciplinare formata da medici, infermieri, assistenti sociali, educatori e psicologi.

L'offerta attuale dei servizi residenziali e semiresidenziali per soggetti con dipendenza patologica è totalmente erogata da strutture private. L'analisi del fabbisogno evidenzia una notevole presenza di strutture accreditate non contrattualizzate e un forte aumento di richiesta di assistenza per dipendenza da gioco d'azzardo patologico, alcool dipendenze e co-morbidità psichiatrica.

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).

La nuova Programmazione Regionale si pone l'obiettivo di rispondere all'incremento di domanda rafforzando l'offerta pubblica, tenendo conto anche del sovrannumero di strutture accreditate per questo setting assistenziale.

Per le Strutture Residenziali si ritiene di poter confermare il parametro già definito nelle precedenti programmazioni, pari a 0,25 PI x 1000 abitanti.

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 45. Residenzialità terapeutica - pedagogica per dipendenze patologiche

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	169
Catanzaro	343.673	86
Crotone	163.553	41
Vibo Valentia	151.558	38
Reggio di Calabria	522.127	131
TOTALE	1.855.454	464

Per le Strutture Semiresidenziali si ritiene di poter confermare il parametro già definito nelle precedenti programmazioni, pari a 0,06 PI x 1000 abitanti.

Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno previsto per ASP.

Tabella 46. Semi residenzialità terapeutica - pedagogica per dipendenze patologiche

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	674.543	40
Catanzaro	343.673	21
Crotone	163.553	10
Vibo Valentia	151.558	9
Reggio di Calabria	522.127	31
TOTALE	1.855.454	111

3.9 Residenzialità e Semiresidenzialità per i Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione

I Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione anche detti semplicemente Disturbi dell'alimentazione sono patologie complesse caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare, un'eccessiva preoccupazione per il peso con alterata percezione dell’immagine corporea. I disturbi dell'alimentazione possono presentarsi in associazione ad altri disturbi psichici come, ad esempio, disturbi d’ansia e disturbi dell’umore. Attualmente questi disturbi rappresentano un importante problema di salute pubblica, visto che per l’anoressia e per la bulimia, negli ultimi decenni, c’è stato un progressivo abbassamento dell’età di insorgenza, tanto che sono sempre più frequenti diagnosi in età preadolescenziale e nell’infanzia. Data la loro complessità, l’intervento precoce riveste un’importanza particolare; è essenziale una grande collaborazione tra figure professionali con differenti specializzazioni (medici specialisti in psichiatria, in pediatria, in scienza dell’alimentazione e in medicina interna, dietisti, psicologi e psicoterapeuti), ai fini di una diagnosi precoce, di una tempestiva presa in carico all’interno di un percorso multidisciplinare e di un miglioramento dell’evoluzione a lungo termine. Dal momento che tale setting è da svilupparsi in Regione Calabria, si ritiene opportuno programmare, in via sperimentale, un fabbisogno di:

- N. 55 p.l. di Residenzialità;
- N. 58 p.l. di Semiresidenzialità;
- N. 728 Prestazioni ambulatoriali.

3.10 Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS

Il virus dell’immunodeficienza umana (HIV) è un virus a RNA che appartiene alla famiglia virale dei retrovirus. Tale virus distrugge progressivamente i linfociti T CD4, componenti importanti del sistema immunitario, rendendo l’organismo suscettibile all’attacco di molti microrganismi. La comparsa, nella fase più avanzata, di complicanze dovute ad altre infezioni definisce lo sviluppo della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) nella forma conclamata.

Riferimenti giuridico/amministrativi

Nazionali:

- Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS (PNAIDS);
- Legge n. 135 del 05.06.1990: Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS.

Regionali:

- DCA - N. 78 DEL 05 APRILE 2018, recante “Recepimento Intesa Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 26 Ottobre 2017, (Rep. Atti n.180/C\$R), "Piano Nazionale di Interventi contro 'HIV e AIDS (PNAIDS)".

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Sistema di sorveglianza dei casi di AIDS costituiscono due basi di dati che vengono permanentemente aggiornate dall’afflusso continuo delle segnalazioni inviate al Centro Operativo AIDS (COA) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Gli ultimi dati pubblicati per la Calabria sono riportati di seguito:

- Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in Calabria e incidenza per anno di diagnosi.

Periodo 2015-2019

(Fonte: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale).

Calabria	2015	2016	2017	2018	2019	Totale
	30	17	12	9	4	72

- Calcolo incidenza per 100.000 residenti /anno

Calabria	2015	2016	2017	2018	2019
	1,5	0,9	0,6	0,5	0,2

Sulla base delle stime dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2030 il 73% delle persone con HIV avrà più di 50 anni e l'80% di questi presenterà almeno una comorbidità.

Il COA segnala dal 2014 al 2017 in Calabria 82 nuove diagnosi di infezione di HIV, pari allo 0,6% dei nuovi casi in Italia, per una incidenza di poco più di 1 caso ogni 100.000 abitanti.

Si conferma il fabbisogno dei 18 posti letto a ciclo continuativo, già attivi nell'ASP di Reggio Calabria. (Fonte DCA 65/2020).

3.11 Salute Mentale e Riabilitazione in Età evolutiva (Residenzialità per minori)

L'accesso ai servizi per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva è in aumento in tutto il mondo, e lo stesso avviene in Italia. Nelle regioni che hanno strutturato un sistema di servizi di neuropsichiatria infantile (NPI), l'aumento della prevalenza trattata è mediamente del 6-7% annuo, con un aumento complessivo intorno al 40-45 % negli ultimi 6-8 anni. Anche in Veneto i servizi dedicati hanno trattato circa 60.000 utenti ogni anno con una prevalenza di circa 700 assistiti per 10.000 residenti di età inferiore a 18 anni. La neuropsichiatria infantile si pone come servizio deputato ad accogliere i bisogni sanitari dei minori, assumendo la responsabilità di gestirne i percorsi di accesso, la valutazione, la formulazione del Progetto Quadro, la stesura del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) e la realizzazione dei processi terapeutici nei casi meno complessi e direttamente attuabili. La NPI mantiene la presa in carico sanitaria all'interno delle reti collaborative più complesse, ove sia necessario erogare un percorso di cura che richieda un modello assistenziale integrato, anche tra ospedale e territorio, nell'ambito di una rete specialistica dedicata. Il modello di riferimento deve consentire la gestione di percorsi terapeutico-assistenziali di quadri molto eterogenei come, ad esempio, i disturbi dello spettro autistico, gli esordi psicotici precoci, i disturbi alimentari, i disturbi del neurosviluppo. È necessario rafforzare il concetto di presa in carico nel contesto delle reti di integrazione intra- ed extradistrettuali e la stretta collaborazione all'interno del coordinamento svolto da altre agenzie, segnatamente dalle UO distrettuali competenti. Nel caso di patologie di particolare impatto o che necessitino di specifici percorsi di integrazione e continuità vanno definite reti dedicate così come strutture, anche residenziali e semi-residenziali, con coordinamento condiviso. Per l'accoglienza dei giovanissimi durante le manifestazioni acute andranno implementate unità d'offerta che si pongano come luoghi intermedi fra i servizi pediatrici e la psichiatria così da poter venire incontro ai loro bisogni con particolare riguardo al benessere ed umanizzazione delle cure e della presa in carico. Bisogna prevedere ed implementare il necessario raccordo con le figure dei MMG e dei PLS, per la costruzione di percorsi integrati per la presa in carico da parte di queste figure professionali delle situazioni cliniche meno problematiche. In particolare, le risposte alla psicopatologia dell'adolescenza richiedono una forte integrazione con competenze presenti nei Dipartimenti di salute mentale (DSM) e nei Dipartimenti per le dipendenze (DD), nonché un forte collegamento con professionisti ed agenzie (PLS, MMG, insegnanti, consultori, servizi sociale etc.) che si rapportano con gli adolescenti e devono acquisire le competenze di base per identificare precocemente l'insorgenza di disturbi potenzialmente gravi avviando interventi tanto più efficaci quanto più tempestivi. In questo ambito specifico risultano fondamentali la presa in carico e la governance sanitaria per la definizione dei percorsi di cura più appropriati, sia in termini territoriali con attività ambulatoriali e/o domiciliari in stretto raccordo che residenziali e/o semiresidenziali ove necessario.

Vanno pertanto sostenuti e potenziati:

- la presa in carico continuativa dei disturbi psicopatologici dell'età evolutiva, che comprende le prestazioni diagnostiche, l'attuazione terapeutica, il supporto riabilitativo, l'indicazione educativa; la presa in carico include in modo indispensabile e inderogabile la famiglia e i suoi contesti di vita;
- il ricorso all'Unità di Valutazione Multi-Dimensionale (UVMD) nei casi complessi, prevedendo l'individuazione del referente del caso che favorisca una maggiore efficacia dei PTRI;
- la rete dei servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri (residenziali e semiresidenziali) a favore dei soggetti in età evolutiva affetti da disturbi psicopatologici, ivi inclusi i minori con provvedimento dell'Autorità giudiziaria;
- le modalità di transizione verso i servizi dell'età adulta laddove necessario;

- lo sviluppo e la sperimentazione di un sistema e di un flusso informativo regionale in grado di registrare l'utenza e l'attività, nelle more della definizione a livello nazionale del sistema e flusso informativo in questo settore.

Vanno definiti ed applicati adeguati PDTA con indicatori di valutazione degli esiti di cura sia ospedalieri che territoriali, anche in riferimento alle risorse umane e strumentali utilizzate.

I Centri regionali di riferimento per l'autismo sono così organizzati: il primo si occuperà della diagnosi precoce, degli accertamenti eziologici e degli approfondimenti internistici, l'altro delle persone adolescenti e giovani adulte, favorendo le autonomie personali, riabilitative e sociali nonché l'inserimento lavorativo. Per ogni persona sarà definito un Piano di Assistenza personalizzato, valutandone l'andamento nel tempo e svolgendo attività di supporto alla famiglia.

L'assistenza alla persona si svolge inoltre attraverso strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, la qualità dei servizi erogati sarà monitorata anche mantenendo un riferimento che funga da regia regionale.

Ad oggi non risulta un'offerta attiva in termini di Residenzialità e/o Semiresidenzialità per minori. Allo stato attuale, tutti i servizi di Neuropsichiatria Infantile presenti nella regione vengono erogati attraverso prestazioni ambulatoriali.

Come riportato nel DCA 65/2020, in Calabria 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 ritiene, pertanto, di confermare l'attivazione in via sperimentale e transitoria di 30 pl.

3.12 Attività Ambulatoriale per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) costituiscono un gruppo di condizioni cliniche (in particolare: dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia), che spesso tendono ad associarsi ma che possono verificarsi anche in maniera isolata.

I DSA sono disturbi circoscritti a domini cognitivi specifici, che non interessano il funzionamento cognitivo più generale, ma le loro conseguenze possono comunque essere pervasive, e interessare molti ambiti del funzionamento cognitivo, come anche dell'adattamento personale e sociale. La loro espressività è molto eterogenea e può interessare vari ambiti del sistema cognitivo linguistico (ad esempio, l'attenzione, le funzioni esecutive, la memoria, l'accesso lessicale, ecc.), a volte co-occorrendo con altri disturbi del neurosviluppo sottesi da queste funzioni, quali il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (a cui spesso ci si riferisce con la sigla inglese di ADHD), il disturbo primario del linguaggio (DPL), o il disturbo di coordinazione motoria (DCM).

Si considerano i dati relativi agli alunni con certificazione di DSA frequentanti le scuole del sistema calabrese di istruzione dal III anno di corso della scuola primaria alla scuola secondaria di II grado e i dati relativi agli alunni "a rischio DSA", ossia ai bambini frequentanti la scuola dell'infanzia e i primi due anni della scuola primaria a cui è stato riconosciuto un possibile disturbo di apprendimento.

La normativa di riferimento per i DSA in ambito scolastico è la seguente:

- la Legge n.170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico";
- il Decreto attuativo (D.M.5669/2011) e le "Linee Guida per il diritto allo studio degli studenti con DSA".

In riferimento all'anno scolastico 2020/2021, gli alunni a cui è stato diagnosticato un disturbo d'apprendimento si sono attestati intorno al 5,4% del numero complessivo dei frequentanti, come da incidenza calcolata a livello nazionale e riportata all'interno dei dati raccolti dal Ministero dell'Istruzione con le Rilevazioni sulle scuole. Si tratta di alunni frequentanti il III, IV e V anno della scuola primaria, la scuola secondaria di I e di II grado in possesso di certificazione di DSA ai sensi della L.170/2010.

Come già registrato negli anni precedenti nelle rilevazioni del MIUR, la percentuale più contenuta è presente in

Calabria che è pari a 1,6%.

In via sperimentale, per il calcolo del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali, si considera quanto segue:

- incidenza pari a 1,6 %
- fascia di popolazione interessata alle prestazioni: età compresa tra 8 e 18 anni.

Tabella 47. Prestazioni ambulatoriali DSA

ASP	Abitanti 8 - 18 anni al 1° Gennaio 2022	Prestazioni ambulatoriali	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	67.727	3.251	10.972
Catanzaro	34.842	1.672	5.644
Crotone	19.177	920	3.107
Vibo Valentia	16.246	780	2.632
Reggio Calabria	57.285	2.750	9.280
TOTALE	195.277	9.373	31.635

*si prevede un fabbisogno pari a 3 prestazioni/settimana per caso.

Lo std di calcolo utilizzato è sopra riportato.

Inoltre, per gli alunni frequentanti la scuola dell'infanzia e i primi due anni della scuola primaria vengono individuati probabili disturbi di apprendimento che tuttavia non possono essere considerati ancora come diagnosi DSA. In via sperimentale, al fine di calcolare le pre-diagnosi, come riportato nelle Rilevazioni sulle scuole del MIUR, si usa il tasso di incidenza nazionale dello 0,23% sul numero complessivo di alunni frequentanti la scuola dell'infanzia e i primi due anni di scuola primaria calabrese.

Tabella 48. Prestazioni ambulatoriali per probabili Disturbi Specifici di Apprendimento

ASP	Abitanti 3 - 7 anni al 1° Gennaio 2022	Incidenza sulla popolazione di riferimento	Prestazioni ambulatoriali settimanali	Totale Fabbisogno Programmato *
Cosenza	27.675	64	191	191
Catanzaro	14.416	33	99	99
Crotone	7.488	17	52	52
Vibo Valentia	6.188	14	43	43
Reggio Calabria	22.951	53	158	158
TOTALE	78.718	181	543	543

*si prevede un fabbisogno pari a 3 prestazioni/settimana per caso.

4. Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi e stima economica

4.1 Metodologia e calcolo del fabbisogno di personale

L'attuazione del piano territoriale fin qui rappresentato necessita di riorganizzazioni e investimenti a più livelli: tecnologico, infrastrutturale, professionale, ecc. La valutazione del fabbisogno del personale ha dunque un ruolo chiave per la corretta e piena attuazione del piano. Gli standard di personale e strutturali previsti da DM 77/2022 sono stati indicati per singolo intervento e vengono di seguito riassunti.

Per gli standard di calcolo si rimanda agli specifici paragrafi.

Tabella 49. Standard DM 77/2022 di personale per CdC Hub

Personale DM 77/2022 CdC Hub	Dotazione minima	Dotazione massima
Infermieri	7	11
Assistente sociale	1	1
Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo)	5	8
Totale	13	20

Tabella 50. Standard DM 77/2022 di personale per COT

Personale DM 77/2022 COT	Dotazione minima	Dotazione massima
Coordinatore infermieristico	1	1
Infermieri	3	5
Personale di Supporto	1	2
Totale	5	8

Tabella 51. Standard DM 77/2022 di personale per OdC

Personale DM 77/2022 OdC	Dotazione minima	Dotazione massima
Infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico)	7	9
Operatori Sociosanitari	4	6
Altro personale sanitario con funzioni riabilitative	1	2
Medico (4,5 ore/die, 6 giorni su 7)	1	1
Totale	13	18

Tabella 52. Personale per Consultorio Familiare

Personale Consultorio Familiare	Dotazione
Ostetrica	1
Ginecologo	1
Psicologo	1
Infermiere	1
TNPE – TERP*	2
Personale di Supporto - Sociosanitario	1
Personale di Supporto - Amministrativo	1

*Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età Evolutiva e Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Per quanto riguarda le UCA, il DM 77/2022 indica uno standard di una équipe composta da 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

Infine, nel già menzionato Decreto è previsto **1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti** con la precisazione che tale standard è da intendersi come numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola (non in aggiunta agli infermieri previsti nelle tabelle di cui sopra).

(Per il calcolo dettagliato si rimanda al paragrafo 2.2.3).

L'applicazione di tali standard all'organizzazione, descritta nei capitoli precedenti, permette di effettuare una stima di personale necessario da collocare nelle differenti strutture e ASP, quantificato nelle tabelle sottostanti.

Tabella 53. Dotazione totale di personale nelle CdC Hub e Spoke per ASP

Case della comunità										
ASP	Totale CdC Hub	Totale CdC Spoke	Infermieri		Assistente sociale		Personale di Supporto Sociosanitario		Personale di Supporto Amministrativo	
			Hub*	Spoke*	Hub	Spoke	Hub*	Spoke*	Hub*	Spoke*
Catanzaro	8	4	80	20	8	4	32	8	24	8
Cosenza	16	8	160	40	16	8	64	16	48	16
Crotone	3	4	30	20	3	4	12	8	9	8
Vibo Valentia	3	2	30	10	3	2	12	4	9	4
Reggio di Calabria	11	8	110	40	11	8	44	16	33	16
TOTALE	41	26	410	130	41	26	164	52	123	52

*Si prevede una dotazione media di:

- Infermieri per CdC Hub pari a 10 e per CdC Spoke pari a 5;
- Personale di Supporto Sociosanitario per CdC Hub pari a 4 e per CdC Spoke pari a 2;
- Personale di Supporto Amministrativo per CdC Hub pari a 3 e per CdC Spoke pari a 2.

Tabella 54. Dotazione totale di personale nelle COT per ASP

Centrali Operative Territoriali (COT)				
ASP	Totale COT	Coordinatore Infermieristico	Infermieri	Personale di Supporto
Catanzaro	4	4	16	8
Cosenza	7	7	28	14
Crotone	2	2	8	4
Vibo Valentia	2	2	8	4
Reggio di Calabria	6	6	24	12
TOTALE	21	21	84	42

*Si prevede una dotazione media di:

- 4 Infermieri per ogni COT;
- 2 Unità di Personale a Supporto per ogni COT.

Tabella 55. Dotazione totale di personale nell'OdC per ASP

Ospedali di Comunità (OdC)						
ASP	Totale OdC	Coordinatore Infermieristico	Infermieri	Operatori Sociosanitari	Altro personale sanitario con funzioni riabilitative	Medico (4,5 ore/die, 6 giorni su 7)
Catanzaro	4	4	32	20	8	4
Cosenza	9	9	72	45	18	9
Crotone	1	1	8	5	2	1
Vibo Valentia	2	2	16	10	4	2
Reggio di Calabria	4	4	32	20	8	4
TOTALE	20	20	160	100	40	20

*Si prevede una dotazione media di:

- 8 Infermieri per ogni OdC;
- 5 Operatori Sociosanitari per ogni OdC;
- 2 Unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative per ogni OdC.

Tabella 56. Dotazione di personale UCA in riferimento alla popolazione secondo lo standard DM 77/2022

Unità di Continuità Assistenziale			
ASP	Popolazione (al 1° gennaio 2022)	UCA da Dm 77/2022	
		Medici	Infermieri
Catanzaro	163.553	3	3
Cosenza	674.543	7	7
Crotone	343.673	2	2
Vibo Valentia	151.558	2	2
Reggio di Calabria	522.127	5	5
TOTALE	1.855.454	18*	18*

Lo standard DM 77/2022 prevede per le UCA la presenza di 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

*Calcolato sul totale della popolazione regionale e non come somma delle righe precedenti.

Tabella 57. Dotazione di personale per Consultorio Familiare secondo lo standard DM 77/2022 suddivisa per ASP

Consultori								
ASP	N. Consultori da standard DM 77/2022	Ostetrica	Ginecologo	Psicologo	Infermiere	TNPE – TERP	Personale di Supporto - Sociosanitario	Personale di Supporto - Amministrativo
Catanzaro	17	17	17	17	17	34	17	17
Cosenza	34	34	34	34	34	68	34	34
Crotone	8	8	8	8	8	16	8	8
Vibo Valentia	8	8	8	8	8	16	8	8

Reggio di Calabria	26	26	26	26	26	52	26	26
TOTALE	93	93	93	93	93	186	93	93

4.2 Stima impatto economico

Si riportano i **costi unitari annuali** per ogni profilo professionale, comprensivi degli oneri riflessi, ricavati dai CCNL e dai ACN/AIR di riferimento.

Tabella 58. Costi annui unitari per il Personale

Figura professionale	Costi unitari medi da CCNL e costi orari lordi da ACN/AIR (comprensivi di oneri riflessi)
Infermieri	36.000 €
Coordinatore Infermieristico	48.000 €
Assistenti Sociali	32.000 €
Personale Socio-Sanitario	28.000 €
Personale Amministrativo	30.000 €
Medici Uca (12h/Die) (3744 Ore/Anno) - Orario	35 €
Medici Odc-Cot (4,5h/Die) (1404 Ore/Anno) - Orario	35 €
Personale Di Supporto	28.000 €
Personale Sanitario - Riabilitativo	34.000 €
Ostetriche	38.000 €
Ginecologi	90.000 €
Psicologi	90.000 €
Tnpee-Terp	34.000 €

Di seguito si prospettano i costi complessivi in merito all'attivazione dei servizi di cui sopra.

Tabella 59. Costi annui Personale CdC

Case della comunità									
ASP		Infermieri (Costo Unitario = € 36.000/anno)		Assistenti Sociali (Costo Unitario = € 32.000/anno)		Personale di supporto Socio-Sanitario (Costo Unitario = € 28.000/anno)		Personale Amministrativo (Costo Unitario = € 30.000/anno)	
		N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale
Catanzaro	Hub	80	2.880.000 €	8	256.000 €	32	896.000 €	24	720.000 €
	Spoke	20	720.000 €	4	128.000 €	8	224.000 €	8	240.000 €
Cosenza	Hub	160	5.760.000 €	16	512.000 €	64	1.792.000 €	48	1.440.000 €
	Spoke	40	1.440.000 €	8	256.000 €	16	448.000 €	16	480.000 €
Crotone	Hub	30	1.080.000 €	3	96.000 €	12	336.000 €	9	270.000 €
	Spoke	20	720.000 €	4	128.000 €	8	224.000 €	8	240.000 €
Vibo Valentia	Hub	30	1.080.000 €	3	96.000 €	12	336.000 €	9	270.000 €
	Spoke	10	360.000 €	2	64.000 €	4	112.000 €	4	120.000 €
Reggio Calabria	Hub	110	3.960.000 €	11	352.000 €	44	1.232.000 €	33	990.000 €
	Spoke	40	1.440.000 €	8	256.000 €	16	448.000 €	16	480.000 €
Totale		540	19.440.000 €	67	2.144.000 €	216	6.048.000 €	175	5.250.000 €
Totale Case della Comunità						32.882.000 €			

Tabella 60. Costi annui unitari per il Personale COT

Centrali Operative Territoriali (COT)						
ASP	Coordinatore Infermieristico (Costo unitario = 48.000 €/anno)		Infermieri (Costo unitario = 36.000 €/anno)		Personale di supporto (Costo unitario = 28.000 €/anno)	
	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale
Catanzaro	4	192.000 €	16	576.000 €	8	224.000 €
Cosenza	7	336.000 €	28	1.008.000 €	14	392.000 €
Crotone	2	96.000 €	8	288.000 €	4	112.000 €
Vibo Valentia	2	96.000 €	8	288.000 €	4	112.000 €
Reggio Calabria	6	288.000 €	24	864.000 €	12	336.000 €
Totale	21	1.008.000 €	84	3.024.000 €	42	1.176.000 €
Totale Centrali Operative Territoriale (COT)					5.208.000 €	

Tabella 61. Costi annui unitari per il Personale OdC

Ospedali di Comunità (OdC)										
ASP	Coordinatore Infermieristico (Costo Unitario = € 48.000/anno)		Infermieri (Costo Unitario = € 36.000/anno)		Operatori Socio-Sanitari (Costo Unitario = € 28.000/anno)		Personale sanitario - riabilitativo (Costo Unitario = € 34.000/anno)		Medico (4,5 ore/die, 6 giorni su 7) (Costo Unitario = 35 €/ora)	
	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale
Catanzaro	4	192.000 €	32	1.152.000 €	20	560.000 €	8	272.000 €	4	196.560 €
Cosenza	9	432.000 €	72	2.592.000 €	45	1.260.000 €	18	612.000 €	9	442.260 €
Crotone	1	48.000 €	8	288.000 €	5	140.000 €	2	68.000 €	1	49.140 €
Vibo Valentia	2	96.000 €	16	576.000 €	10	280.000 €	4	136.000 €	2	98.280 €
Reggio Calabria	4	192.000 €	32	1.152.000 €	20	560.000 €	8	272.000 €	4	196.560 €
Totale	20	960.000 €	160	5.760.000 €	100	2.800.000 €	40	1.360.000 €	20	982.800 €
Totale Ospedali di Comunità (OdC)								11.862.800 €		

Tabella 62. Costi annui unitari per il Personale UCA

Unità di Continuità Assistenziale				
ASP	Medico UCA (12 ore/die, 6 giorni su 7) (Costo unitario = 35 €/ora)		Infermieri (Costo unitario = 36.000 €/anno)	
	N°	Costo totale	N°	Costo totale
Catanzaro	3	393.120 €	3	108.000 €
Cosenza	7	917.280 €	7	252.000 €
Crotone	2	262.080 €	2	72.000 €
Vibo Valentia	2	262.080 €	2	72.000 €
Reggio Calabria	5	655.200 €	5	180.000 €
Totale	19	2.489.760 €	19	684.000 €
Totale Unità di Continuità Assistenziale				3.173.760 €

Tabella 63. Costi annui unitari per il Personale Consulteri Familiari

Consulteri Familiari														
ASP	Ostetrica (Costo unitario = 38.000 €/anno)		Ginecologo (Costo unitario = 90.000 €/anno)		Psicologo (Costo unitario = 90.000 €/anno)		Infermieri (Costo unitario = 36.000 €/anno)		TNPE-TERP (Costo unitario = 34.000 €/anno)		Personale di supporto Socio-Sanitario (Costo unitario = 28.000 €/anno)		Personale di supporto Amministrativo (Costo unitario = 30.000 €/anno)	
	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale	N°	Costo totale
Catanzaro	17	646.000 €	17	1.530.000 €	17	1.530.000 €	17	612.000 €	34	1.156.000 €	17	476.000 €	17	510.000 €
Cosenza	34	1.292.000 €	34	3.060.000 €	34	3.060.000 €	34	1.224.000 €	68	2.312.000 €	34	952.000 €	34	1.020.000 €
Crotone	8	304.000 €	8	720.000 €	8	720.000 €	8	288.000 €	16	544.000 €	8	224.000 €	8	240.000 €
Vibo Valentia	8	304.000 €	8	720.000 €	8	720.000 €	8	288.000 €	16	544.000 €	8	224.000 €	8	240.000 €
Reggio Calabria	26	988.000 €	26	2.340.000 €	26	2.340.000 €	26	936.000 €	52	1.768.000 €	26	728.000 €	26	780.000 €
Totale	93	3.534.000 €	93	8.370.000 €	93	8.370.000 €	93	3.348.000 €	186	6.324.000 €	93	2.604.000 €	93	2.790.000 €
Totale Consulteri Familiari										35.340.000 €				

In merito alla previsione della spesa economica per gli **Infermieri di Famiglia e Comunità** collocati nella Macro-Area delle Cure Primarie si stima quanto di seguito:

Numero IFoC	Costo Totale (Costo unitario 36.000 €/anno)
618	22.248.000 €

5. Piani di formazione del personale

Per lo sviluppo della qualità dei servizi sanitari è indispensabile il contributo dei professionisti che operano nei diversi ambiti della Sanità. Rappresentano l'interfaccia tra il sistema ed i cittadini e la risorsa più importante del sistema sanitario nel suo complesso. Un ruolo decisivo è svolto in tal senso dalla formazione su aspetti tecnici e manageriali.

Nel sistema sanitario e sociosanitario sono già in atto significative evoluzioni delle componenti organizzative e assistenziali, conseguenti all'obiettivo manifestarsi e consolidarsi di fenomeni di natura: epidemiologica, demografica, tecnico-scientifica, formativo/professionale. Pertanto, si vuole valorizzare il fabbisogno delle professioni sanitarie alla luce delle previsioni del DM 77/2022, dell'analisi dei fattori epidemiologici, dei flussi migratori dei giovani professionisti e della riattivazione dei percorsi formativi e dell'ampliamento dell'offerta formativa. Al fine di affrontare le sfide suddette, si rimanda alla redazione di un apposito Piano di formazione.

6. Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività

Per il dettaglio delle azioni e dei cronoprogrammi attuativi degli investimenti del PNRR-M6 “Salute della Regione Calabria, si rimanda al Piano Operativo Regionale, approvato con DCA n. 59/2022 e parte integrante del CIS sottoscritto in data 30 maggio 2022.

Case della Comunità

Il progetto delle Case della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi sociosanitari sul territorio, migliorandone la qualità. Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio di strutture sanitarie che consentano l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza per una risposta integrata alle esigenze di assistenza.

Sulla base di quanto previsto dal DM 77 le strutture programmate sono quelle indicate al paragrafo 2.2; come già indicato, si rappresenta che il Contratto Istituzionale di Sviluppo finanzia il seguente numero di Case di Comunità (CdC):

- CdC HUB n° 14
- CdC Spoke n° 47

per un totale di 61 Case di Comunità.

Le 61 Case della Comunità (CdC) previste nella regione Calabria dovranno essere dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multi professionale.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

Tabella 64. Totale CdC

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	4	18	22
ASP Catanzaro	1	10	11
ASP Crotone	0	6	6
ASP Vibo Valentia	0	5	5
ASP Reggio Calabria	0	17	17
Totale	5	56	61

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti, secondo il seguente cronoprogramma procedurale:

Tabella 65. Cronoprogramma CdC

Descrizione	Termine di esecuzione
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	30/03/2023
Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	30/09/2023
Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	30/03/2026

Centrali Operative Territoriali

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.

Le 21 Centrali Operative Territoriali (COT) costituiranno uno strumento organizzativo innovativo che svolgerà una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale:

Tabella 66. Totale COT

Ente del SSR	Numero Centrali Operative Territoriali da edificare	Numero Centrali Operative Territoriali da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	0	7	7
ASP Catanzaro	2	2	4
ASP Crotone	0	2	2
ASP Vibo Valentia	0	2	2
ASP Reggio Calabria	0	6	6
Totale	2	19	21

Le strutture deriveranno da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti, secondo il seguente cronoprogramma procedurale:

Tabella 67. Cronoprogramma COT

Descrizione	Termine di esecuzione
Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	30/06/2023
Centrali operative pienamente funzionanti	30/03/2024
Completamento interventi per interconnessione aziendale	30/03/2024

Ospedali di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

I 20 Ospedali di Comunità (OdC) saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

Tabella 68. Totale OdC

Ente del SSR	Numero Ospedali di Comunità da edificare	Numero Ospedali di Comunità da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	0	9	9
ASP Catanzaro	1	3	4
ASP Crotone	0	1	1
ASP Vibo Valentia	0	2	2
ASP Reggio Calabria	0	4	4
Totale	1	19	20

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti, secondo il seguente cronoprogramma procedurale:

Tabella 69. Cronoprogramma OdC

Descrizione	Termine di esecuzione
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	30/03/2023
Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	30/09/2023
Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	30/03/2026

7. Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione

La messa in atto di un sistema di monitoraggio delle azioni di riorganizzazione è una fase fondamentale del sistema di sviluppo della rete sanitaria territoriale.

Le attività a questa relative sono sottoposte a monitoraggio sistematico, anche con l'utilizzo di indicatori:

- di primo livello, che si alimentano grazie ai flussi informativi disponibili e riguardano aspetti legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio;
- di secondo livello, che non si alimentano in base ai flussi informativi correnti e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori sostitutivi della valutazione dell'assistenza territoriale.

L'attività di monitoraggio e di misurazione dei risultati deve, inoltre, permettere di evidenziare aree di criticità, le quali sono destinatarie delle attività di miglioramento. Il monitoraggio del nuovo assetto dei servizi e delle attività territoriali previsto nel D.M. 77/2022 include la dimensione organizzativa, che fa riferimento a standard organizzativi e tecnologici, accanto alle dimensioni della qualità e dei risultati conseguiti. Tale azione si connette con il "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (NSG).

Sviluppo e linee di intervento

Il presente documento recepisce quanto riportato nel D.M. 77/2022. In particolare: «Il monitoraggio semestrale degli standard previsti dal Regolamento è assicurato dal Ministero della salute per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. L'AGENAS, procederà ad elaborare una relazione, che invierà al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture

dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Ai fini del monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, si rinvia all'Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto. La verifica di attuazione del presente Regolamento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005».

Per "Audit & Feedback" (A&F) si intende un intervento che prevede, in seguito alla raccolta di dati a vari livelli sulla organizzazione e al loro confronto con standard prestabiliti, la consegna agli attori dei dati relativi alla loro performance e la valutazione della propria attività, ai fini della standardizzazione o correzione. In tale ambito risulta importante a livello regionale e nelle aziende sanitarie sviluppare sistemi di rilevazione in grado di fornire dati per misurare le diverse dimensioni della performance. L'utilizzo di un sistema di indicatori consente di valutare efficienza ed efficacia, appropriatezza e sicurezza, per promuovere il miglioramento continuo della qualità e dell'equità delle cure.

I principi guida sono:

- valutazione dalla prospettiva dei pazienti;
- continuità delle cure tra setting di cura differenti;
- interdipendenze delle reti di offerta.

Di seguito è illustrato un elenco di criteri per il monitoraggio:

- stato di salute della popolazione
- fabbisogno (rapporto tra unità di rilevazione e abitanti)
- risorse (personale addetto per ciascuna Unità di rilevazione, risorse finanziarie dedicate, strutture presenti, risorse tecnologiche)
- organizzativi (tipologia di servizi presenti in ciascuna Unità di rilevazione)
- qualità dei servizi e delle attività erogate
- risultati organizzativi (efficienza e appropriatezza organizzativa)
- risultati di salute (efficacia e appropriatezza clinica)
- sicurezza delle cure
- qualità percepita e umanizzazione delle cure.

Gli indicatori di monitoraggio del D.M. 77/2022 sono costruiti con i dati dei Flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Flussi NSIS: Flusso FAR, Flusso SIAD...). Inoltre, si procederà ad elaborare schede di monitoraggio per ciascun investimento, mediante il sistema REGIS e sulla base di tempistiche europee.

Tavolo regionale per il monitoraggio

Secondo l'art. 2 del D.M. 77/2022 le Regioni e le ASL sono i soggetti che attuano il monitoraggio degli standard previsti dal D.M. Le ASL inseriscono e trasmettono i dati raccolti dai propri distretti e a livello aziendale. Le regioni/PA effettuano controlli sulla qualità dei dati delle ASL, li convalidano e trasmettono i dati di livello regionale.

La riorganizzazione territoriale prevede un'attività di governo e un piano di monitoraggio di livello nazionale, coerente con le scadenze PNRR, e regionale con l'attivo contributo delle singole aziende sanitarie. Il monitoraggio deve avere come punto di riferimento principale la misurazione di milestone e target (europei e italiani) funzionali al raggiungimento degli obiettivi del PNRR.

A livello di aziendale, ogni ASP procederà alla realizzazione dei singoli interventi secondo gli atti aziendali di programmazione con un piano di monitoraggio definito dalle singole aziende. A livello regionale verrà previsto un calendario di incontri periodici con le ASP in modo da mappare lo stato di attuazione e realizzazione degli interventi e le relative criticità. La rilevazione dello stato di avanzamento di ogni attività prevista sarà pertanto

indicatore di realizzazione della presente riforma e avverrà, a livello regionale, con l'attivo coinvolgimento delle ASP, a cadenza definita dalla Regione.

Il monitoraggio viene effettuato su:

- l'adozione degli atti di programmazione regionale e aziendali relativi all'assistenza territoriale ai sensi del D.M. 77/2022;
- la definizione dell'atto di programmazione previsto dall'art. 8 degli Accordi collettivi nazionali MMG e PLS (Intesa Stato-Regioni del 28.04.2022) in merito alle AFT e alle forme organizzative multiprofessionali;
- la deliberazione del piano dei fabbisogni di personale che tiene conto delle nuove strutture territoriali da attivare, anche per quanto riguarda gli infermieri di famiglia;
- la previsione di un piano di formazione continua e interprofessionale del personale addetto alle strutture previste dal D.M. 77/2022;
- l'attivazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari (Intesa Stato-Regioni del 04.08.2021);
- le dimensioni strutturali e organizzative previste dal PNRR e dal D.M. 77/2022 (case di comunità, centrali operative territoriali, ospedali di comunità, assistenza domiciliare e le specifiche Aree descritte nei precedenti capitoli del presente Documento);
- gli indicatori di monitoraggio del D.M. 77/2022, del NGS, del PNE, ecc.;

I Criteri per il monitoraggio sono rappresentati, nell'Allegato 2 al D.M. 77/2022, da indicatori:

- di fabbisogno (rapporto tra unità di rilevazione e abitanti);
- di risorse (personale addetto per ciascuna Unità di rilevazione);
- organizzativi (tipologia di servizi presenti in ciascuna Unità di rilevazione);
- performance;
- qualità;
- risultati organizzativi;
- risultati di salute.

Il monitoraggio della realizzazione delle strutture e quello economico finanziario degli investimenti sono stati attivati con il Sistema REGIS. Il quale è lo strumento unico di supporto ai processi di programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e rendicontazione del PNRR. Dovrà essere garantito il rispetto delle tempistiche PNRR mediante il compimento delle rilevazioni e la produzione della documentazione richiesta dal livello centrale, anche utilizzando gli strumenti a supporto del debito informativo della regione nei confronti del livello centrale.

Allegato 1: Sintesi Offerta Attiva al 31/12/2022

ASP	Abitanti >=65	Offerta Attiva R1			Offerta Attiva R2			Offerta Attiva R3			Totale Offerta Attiva al 31/12/2022
		Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	
Cosenza	159.200	40	37	77	0	528	528	0	319	319	924
Catanzaro	81.156	0	0	0	0	338	338	0	292	292	630
Crotone	35.451	0	0	0	20	25	45	0	105	105	150
Vibo Valentia	35.373	0	32	32	0	224	224	0	39	39	295
Reggio Calabria	119.172	0	10	10	0	205	205	0	126	126	341
TOTALE	430.352	40	79	119	20	1.320	1.340	0	881	881	2.340

ASP	Popolazione (al 01/01/2022)	Offerta Attiva RECC – RRE1-RRE2			Offerta Attiva RD1			Offerta Attiva RD4			Offerta Attiva RD5			Totale Offerta Attiva al 31/12/2022
		Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	
Cosenza	674.543	0	179	179	0	0	0	0	81	81	0	120	120	201
Catanzaro	343.673	0	56	56	0	15	15	10	73	83	30	58	88	186
Crotone	163.553	0	56	56	0	10	10	0	40	40	0	30	30	80
Vibo Valentia	151.558	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	30	30
Reggio Calabria	522.127	0	156	156	0	0	0	0	20	20	0	0	0	20
TOTALE	1.855.454	0	447	447	0	25	25	10	214	224	30	238	268	517

ASP	Abitanti >=18	Offerta Attiva SRP1			Offerta Attiva SRP2			Offerta Attiva SRP3			Totale Offerta Attiva al 31/12/2022
		Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	
Cosenza	571.247	0	88	88	0	0	0	0	0	0	88
Catanzaro	290.304	20	34	54	20	34	54	8	0	8	116
Crotone	134.672	0	80	80	0	0	0	0	0	0	80
Vibo Valentia	127.373	0	8	8	0	0	0	0	0	0	8
Reggio Calabria	435.066	0	20	20	0	10	10	0	0	0	30
TOTALE	1.558.662	20	230	250	20	44	64	8	0	8	322

ASP	Abitanti >=65	Offerta Attiva SR1			Offerta Attiva SR2			Totale Offerta Attiva al 31/12/2022
		Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	
COSENZA	159.200	0	0	0	0	0	0	0
Catanzaro	81.156	0	0	0	0	0	0	0
Crotone	35.451	0	17	17	0	0	0	17
Vibo Valentia	35.373	0	0	0	0	0	0	0
Reggio Calabria	119.172	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	430.352	0	17	17	0	0	0	17

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Offerta Attiva Riabilitazione estensiva extraospedaliera a ciclo diurno			Offerta Attiva Riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale piccolo gruppo			Offerta Attiva Riabilitazione estensiva extraospedaliera domiciliare			Totale Offerta Attiva al 31/12/2022
		Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	Pubblica	Privata	Totale	
COSENZA	674.543	0	60	60	0	619	619	0	250	250	869
Catanzaro	343.673	0	37	37	0	100	100	0	18	18	118
Crotone	163.553	0	0	0	0	70	70	0	0	0	70
Vibo Valentia	151.558	0	0	0	0	220	220	0	120	120	340
Reggio Calabria	522.127	0	136	136	0	730	730	0	37	37	767
TOTALE	1.855.454	0	233	233	0	1.739	1.739	0	425	425	2.164

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Offerta Attiva R1 -Hospice		
		Pubblica	Privata	Totale al 31/12/2022
Cosenza	674.543	10	0	10
Catanzaro	343.673	0	18	18
Crotone	163.553	0	10	10
Vibo Valentia	151.558	0	0	0
Reggio di Calabria	522.127	0	0	0
TOTALE	1.855.454	10	28	38

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Offerta Attiva Hospice Trattamenti domiciliari		
		Pubblica	Privata	Totale al 31/12/2022
Cosenza	674.543	0	0	0
Catanzaro	343.673	0	31	31
Crotone	163.553	0	40	40
Vibo Valentia	151.558	0	0	0
Reggio di Calabria	522.127	0	0	0
TOTALE	1.855.454	0	71	71

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Offerta Attiva Residenzialità terapeutica- pedagogica per dipendenze patologiche		
		Pubblica	Privata	Totale al 31/12/2022
Cosenza	674.543	0	0	0
Catanzaro	343.673	0	30	30
Crotone	163.553	0	43	43
Vibo Valentia	151.558	0	50	50
Reggio di Calabria	522.127	0	21	21
TOTALE	1.855.454	0	144	144

Allegato 2: Programmazione Assistenza Territoriale

PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE					
SETTING ASSISTENZIALI	FABBISOGNO ASSISTENZA TERRITORIALE	OFFERTA ATTIVA AL 31/12/2022	OFFERTA ATTIVABILE* (comprensiva attivazioni PNRR/ex DM 77)	ATTIVAZIONI EX NOVO	NOTE
	A	B	C	D=A-(B+C)	
R1- Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata / nuove attivazioni previste collegate al setting assistenziale Ospedali Territoriali ex DM 77	430	119	233	78	Previsti moduli di 20 posti letto di RSAM negli 8 ospedali Territoriali
RSA (R2)/ nuove attivazioni previste collegate al setting assistenziale degli Ospedali di Comunità ex DM 77	2066	1340	454	272	Si assume che il nuovo setting assistenziale previsto nelle Case di Comunità assorbirà parte del target di RSA
Casa Protetta (R3) / nuove attivazioni previste collegate al setting assistenziale degli Ospedali di Comunità ex DM 77	1807	881	540	386	Si assume che il nuovo setting assistenzaiale previsto nelle Case di comunità assorbirà parte del target di CP
SR 1 – Semiresidenziale Anziani	301	17	12	272	
SR 2 – Semiresidenziale Demenze	301	0	0	301	
REEC – RRE1-RRE2 (Riabilitazione estensiva ciclo continuativo)	526	447	185	-	Si è tenuto conto del fabbisogno -eccedente rispetto alla griglia LEA- espresso dalle ASP e correlato a peculiari caratteristiche epidemiologiche e orogeografiche locali
RD1 Residenza Sanitaria SLA e malattie neurodegenerative	65	25	0	40	Si è tenuto conto del fabbisogno -eccedente rispetto alla griglia LEA- espresso dalle ASP e correlato a peculiari caratteristiche epidemiologiche e orogeografiche locali
RD4 Residenza Sanitaria Assistenza Disabili	316	224	20	72	
RD5 Casa Protetta Disabili	292	268	7	17	
Riabilitazione a ciclo diurno/ nuove attivazioni previste collegate al setting assistenziale delle Case di Comunità ex DM 77	454	233	182	39	Si assume che il nuovo setting assistenziale previsto nelle Case di Comunità assorbirà parte del target di Riabilitazione a ciclo diurno
Riabilitazione ambulatoriale singola di piccolo gruppo	1791	1739	230	-	L'implementazione dell'offerta attivabile garantisce da sola il raggiungimento del relativo valore della griglia LEA
Riabilitazione domiciliare / nuove attivazioni previste collegate al setting assistenziale delle Case di comunità ex DM 77	473	425	33	15	Si assume che il nuovo setting assistenziale previsto nelle Case di comunità assorbirà parte del target di Riabilitazione Domiciliare
Residenzialità terapeutica- pedagogica per dipendenze patologiche	464	144	318	2	
Semiresidenzialità terapeutico – pedagogica per dipendenze patologiche	111	26	68	17	
SRP1 Residenza psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	281	250	24	30	
SRP2 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	249	64	86	99	
SRP3 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale	94	8	6	80	
Centri Diurni Psichiatrici	26	1	15	10	Fabbisogno aumentato nel post Covid
Residenzialità Autismo	88	22	12	54	Il fabbisogno definito dalle ASP è sottostimato in quanto il setting è poco presente in Calabria
Semiresidenzialità Autismo	467	20	0	447	Il fabbisogno definito dalle ASP è sottostimato in quanto il setting è poco presente in Calabria
Prestazioni ambulatoriali di assistenza intensiva – periodo prescolare	1820	0	18	1802	
Prestazioni ambulatoriali di assistenza estensiva – periodo scolastico	1092	0	18	1074	
Prestazioni ambulatoriali di assistenza estensiva – periodo puberale/adolescenziale	728	0	18	710	
Diaturbi specifici dell' apprendimento (DSA 3/7 anni)	543	0	0	543	
Diaturbi specifici dell' apprendimento (DSA 8/18 anni)	9373	0	0	9373	
Residenzialità disturbo della nutrizione e alimentazione	55	0	22	33	Il fabbisogno definito dalle ASP è sottostimato in quanto il setting è poco presente in Calabria
Semiresidenzialità disturbo della nutrizione e alimentazione	58	0	10	48	Il fabbisogno definito dalle ASP è sottostimato in quanto il setting è poco presente in Calabria
Prestazioni ambulatoriali disturbo delle nutrizione e alimentazione	300	0	0	300	
Assistenza Residenziale Minori	30	0	18	12	
R1 - Hospice / nuove attivazioni previste ex DM 77	148	38	110	-	Motivi socio-culturali correlati alla struttura familiare calabrese sono alla base di un fabbisogno percepito di posti Hospice inferiori alla Griglia Lea
Hospice Trattamenti domiciliari (4 Trattamenti domiciliari per posto letto DCA 81/2016) ex DM 77	594	71	159	364	
Hospice Pediatrico (dca 77/2015) ex DM 77	22	0	0	22	
Residenzialità per persone affette da HIV	18	0	18	0	
* – Strutture pubbliche allo stato non attive e strutture private accreditate non contrattualizzate					

Legenda :
(R1-R2-R3-REEC-RD1-RD4-RD5-Residenzialità per dipendenze patologiche-SRP1-SRP2-SRP3-Residenzialità Autismo-Residenzialita Disturbo del Comportamento Alimentare- R1 - Hospice): indicatore fabbisogno Posti Letto
(SR1-SR2-Riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale e di piccolo gruppo, a ciclo diurno, domiciliare , Semiresidenzialità per dipendenze patologiche, Semiresidenzialità Autismo, Semiresidenzialità Disturbi del Comportamento Alimenatre Hospice trattamenti Domiciliari) indicatore Fabbisogno Prestazioni Pro-die
Prestazioni Ambulatoriali Autismo / Disturbi specifici dell' apprendimento): Indicatore Fabbisogno 3 prestazioni a settimana per caso (in media)
Prestazioni Ambulatoriali DNA: indicatore Fabbisogno 2 prestazioni a settimana per caso (in media)

Target PNRR/ex DM 77: over 65 assistiti in ADI				
Setting	Prevalenza assistenziale	Target annualità 2023	Target annualità 2024	Target annualità 2025
ADI – Assistenza Domiciliare Integrata	100%	24450	32599	40797
		target 1 PNRR 6% Over 65 assistiti	target 2 PNRR 8% Over 65 assistiti	target finale PNRR 65 assistiti 9,48% Over
Livello base (CIA fino al 14%)	40%	9780	13040	16300
Livello 1 (CIA tra il 14% e il 30%)	30%	7335	9780	12225
Livello 2 (CIA tra il 31% e il 50%)	15%	3668	4890	6112
Livello 3 (CIA maggiore del 50%)	15%	3668	4890	6112

Fabbisogno annuale ADI 2023 - 2025				
Setting	Prevalenza assistenziale	Fabbisogno Accessi mensili annualità 2023	Fabbisogno Accessi mensili annualità 2024	Fabbisogno Accessi mensili annualità 2025
ADI – Assistenza domiciliare integrata / fabbisogno accessi medi mensili	100%	24450 Over 65 assistiti	32599 over 65 assistiti	40797 over 65 assistiti
		target 1 PNRR 6% Over 65 assistiti	target 2 PNRR 8% Over 65 assistiti	target finale PNRR 65 assistiti 9,48% Over
Fabbisogno accessi mensili Livello base (CIA fino al 14%)	40%	685	913	1141
Fabbisogno accessi mensili Livello 1 (CIA tra il 14% e il 30%)	30%	1614	2152	2690
Fabbisogno accessi mensili Livello 2 (CIA tra il 31% e il 50%)	15%	1486	1980	2475
Fabbisogno accessi mensili Livello 3 (CIA maggiore del 50%)	15%	2036	2714	3392

Stima Economica ADI 2023 - 2025				
Setting	Prevalenza assistenziale	Stima previsione spesa ADI annualità 2023	Stima previsione spesa ADI annualità 2024	Stima previsione spesa ADI Annualità 2025
ADI – Assistenza domiciliare integrata / stima economica	100%	24450 Over 65 assistiti	32599 over 65 assistiti	40797 over 65 assistiti
		target 1 PNRR 6% Over 65 assistiti	target 2 PNRR 8% Over 65 assistiti	target finale PNRR Over 65 assistiti 9,48%
Stima economica Fabbisogno accessi mensili Livello base (CIA fino al 14%)	40%	€ 1.109.700,00	€ 1.479.060,00	€ 1.848.420,00
Stima economica Fabbisogno accessi mensili Livello 1 (CIA tra il 14% e il 30%)	30%	€ 8.178.912,72	€ 10.905.216,96	€ 13.631.521,20
Stima economica Fabbisogno accessi mensili Livello 2 (CIA tra il 31% e il 50%)	15%	€ 13.862.596,80	€ 18.471.024,00	€ 23.088.780,00
Stima Economica Fabbisogno accessi mensili Livello 3 (CIA maggiore del 50%)	15%	€ 36.114.047,80	€ 48.140.238,57	€ 60.166.429,34
Totale	-	€ 59.265.257,32	€ 78.995.539,53	€ 98.735.150,54

Ai fini della definizione del fabbisogno degli accessi per l'ADI, viene effettuato il rapporto tra le giornate mensili di assistenza (DCA n. 144/2018) e un mese convenzionale (trenta giorni), da moltiplicare per il numero della popolazione target da prendere in carico.

I costi sono stati stimati moltiplicando le tariffe mensili per il numero di accessi previsti per CIA.

Allegato 3: Stima Economica Programmazione Territoriale

REGIONE CALABRIA										
SETTING ASSISTENZIALI	FABBISOGNO ASSISTENZA TERRITORIALE	INCREMENTO OFFERTA ATTIVABILE (comprensiva attivazioni PNRR-ex DM77)	INCREMENTO ATTIVAZIONI EX NOVO	INCREMENTO PROGRAMMAZI ONE ASSISTENZA TERRITORIALE	TARIFFA COMPLETA	QUOTA SSR	TARIFFA	TASSO OCCUPAZIONE	GIORNATA ANNO	VALORE ECONOMICO STIMATO DELL’ INCREMENTO OFFERTA TERRITORIALE
	A	B	C	D=B+C	E	F	G= E*F	H	I	L=D*G*H*I
R1- Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	430	233	78	311	€ 200,11	100,00%	€ 200,11	98,00%	365	€ 22.261.176,92
RSA (R2)	2066	454	272	726	€ 139,91	70,00%	€ 97,94	98,00%	365	€ 25.433.279,12
Casa Protetta (R3) -Cds	1807	540	386	926	€ 121,42	50,00%	€ 60,71	98,00%	365	€ 20.108.985,44
SR 1 – Semiresidenziale Anziani	301	12	272	284	€ 68,49	50,00%	€ 34,25	98,00%	290	€ 2.764.009,84
SR 2 – Semiresidenziale Demenze	301	0	301	301	€ 68,72	50,00%	€ 34,36	98,00%	290	€ 2.939.298,71
REEC – RRE1-RRE2 (Riabilitazione estensiva ciclo continuativo)	526	185	0	185	€ 180,58	100,00%	€ 180,58	98,00%	365	€ 11.949.791,21
RD1- Residenza Sanitaria SLA e malattie neurodegenerative	65	0	40	40	€ 282,26	100,00%	€ 282,26	100,00%	365	€ 4.120.996,00
RD4 Residenza Sanitaria Assistenza Disabili	316	20	72	92	€ 152,20	70,00%	€ 106,54	98,00%	365	€ 3.506.060,94
RD5 Casa Protetta Disabili	292	7	17	24	€ 117,99	40,00%	€ 47,20	98,00%	365	€ 405.168,22
Residenzialità terapeutica - pedagogica per dipendenze patologiche	464	318	2	320	€ 68,50	100,00%	€ 68,50	98,00%	365	€ 7.840.784,00
Semiresidenzialità terapeutica - pedagogica per dipendenze patologiche	111	68	17	85	€ 45,00	100,00%	€ 45,00	98,00%	365	€ 1.368.202,50
SRP1 Residenza psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	281	24	30	54	€ 130,36	100,00%	€ 130,36	98,00%	365	€ 2.518.007,69
SRP2 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	249	86	99	185	€ 116,27	100,00%	€ 116,27	98,00%	365	€ 7.694.109,12
SRP3 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale	94	6	80	86	€ 29,40	100,00%	€ 29,40	98,00%	365	€ 904.408,68
Residenzialità Autismo	88	12	54	66	€ 206,02	100,00%	€ 206,02	98,00%	365	€ 4.863.761,36
Semiresidenzialità Autismo	467	0	447	447	€ 116,37	70,00%	€ 81,46	98,00%	313	€ 11.169.069,95
Residenzialità disturbo della nutrizione e alimentazione	55	22	33	55	€ 201,35	100,00%	€ 201,35	98,00%	365	€ 3.961.259,23
Semiresidenzialità disturbo della nutrizione e alimentazione	58	10	48	58	€ 68,69	70,00%	€ 48,08	98,00%	365	€ 997.558,77
R1 - Hospice / nuove attivazioni previste ex DM 77	148	110	0	110	€ 263,06	100,00%	€ 263,06	100,00%	365	€ 10.561.859,00
Hospice Trattamenti domiciliari (4 Trattamenti domiciliari per posto letto DCA 81/2016) ex DM 77	594	159	364	523	€ 100,00	100,00%	€ 100,00	98,00%	365	€ 18.707.710,00
TOTALE (U)										€ 164.075.496,68

Si precisa che data l'indisponibilità della tarriffazione, nella tabella sopra riportata non viene indicata la previsione economica relativa alle prestazioni ambulatoriali di nuova programmazione.

Allegato 4: Stima Economica Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

ADI – Assistenza Domiciliare Integrata				
Missione 6 Component1-Investimento 1.2.1-Assistenza Domiciliare			Totale Stima economica Annualità 2023-2025	DELTA
Risorse PNRR e DL 34 commi 4,5		Totale Risorse PNRR / Risorse da DL 34 – commi 4 e 5		
Risorse da PNRR – Anticipazione Annualità 2022	€ 4.042.712,00	€ 61.166.227,00	€ 59.265.257,32	€ 1.900.969,68
Risorse da DL 34 – commi 4 e 5	€ 15.777.816,00			
Risorse da PNRR – Annualità 2023 Erogazione a titolo di anticipazione, del 50% delle risorse previste per la medesima annualità, subordinata al raggiungimento degli obiettivi specifici(incremento totale pazienti over65) previsti per l’ anno precedente 2022	€ 25.567.883,00			
Risorse da DL 34 – commi 4 e 5	€ 15.777.816,00			
Risorse da DL 34 – commi 4 e 5 per Assistenza Domiciliare Integrata Erogazione, a titolo di rimborso, del 50% delle risorse riferite all’ annualità precedente (2023),e, a titolo di anticipazione, del 50% delle risorse previste per l’ anno 2024, subordinata al raggiungimento degli obiettivi specifici (incremento totale pazienti over65) previsti per l’ anno 2023	€ 47.051.351,00	€ 62.829.167,00	€ 78.995.539,53	-€ 16.166.372,53
Risorse da DL 34 – commi 4 e 5	€ 15.777.816,00			
Risorse da PNRR – Annualità 2025 Erogazione, a titolo di rimborso, del 50% delle risorse riferite all’ annualità precedente (2024),e, a titolo di anticipazione, del 50% delle risorse previste per l’ anno 2025, subordinata al raggiungimento degli obiettivi specifici (incremento totale pazienti over65) previsti per l’ anno 2024	€ 67.814.840,00	€ 67.814.840,00	€ 98.735.150,54	-€ 30.920.310,54
Risorse da PNRR – Annualità 2025 Erogazione, a titolo di rimborso, del 50% delle risorse riferite all’ annualità precedente (2025), subordinata al raggiungimento degli obiettivi finali (incremento totale pazienti over65)				
Risorse da DL 34 – commi 4 e 5				
Totale risorse PNRR / Risorse da DL 34 – commi 4 e 5 per Assistenza Domiciliare Integrata	€ 191.810.234,00		€ 236.995.947,40	-€ 45.185.713,40

Il maggior fabbisogno economico prospettico, emergente dal quadro previsionale, troverà copertura nell’orizzonte di programmazione attraverso la finalizzazione verso tale setting assistenziale di quote incrementali delle risorse annuali destinate al settore sanitario nonché mediante la rivisitazione dello schema tariffario e della rimodulazione dei contenuti prestazionali dei CIA sulla base degli esiti conseguenti all’attuazione del modello ADI prefigurato.