

DELIBERA
DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 263

del 02 AGO.2016

Oggetto: Riorganizzazione rete assistenziale territoriale Asp Crotone

In data 02 AGO.2016 nei locali della sede legale dell'ASP di Crotone sita in Crotone alla Via M. Nicoletta angolo G. di Vittorio, su conforme proposta del direttore della U.O. Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal medesimo direttore.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PREMESSO

Che con DCA n. 14 del 2 aprile 2015 è stato approvato il Programma Operativo 2013-2015 (P.O. 2013-2015);

Che il citato DCA 14/2015 prevede, tra l'altro, il riequilibrio ospedale-territorio, a sua volta articolato in diverse fasi operative in cui sono inserite le specifiche azioni riferibili al riordino della rete territoriale e di seguito riportate:

- Strumenti di governo della rete territoriale;
- Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione delle Cure Domiciliari, con l'indicazione delle azioni mirate al raggiungimento degli standard nazionali riferiti alla popolazione anziana >65 anni (linee guida sulle cure domiciliari, definizione di profili assistenziali);
- Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori ...);

Che per potere sviluppare le azioni contenute nei precedenti punti è stato necessario provvedere ad una riprogettazione organizzativa, finalizzata allo sviluppo progressivo di adeguate risposte assistenziali, sia in sede territoriale sia al domicilio del paziente, e ad una più puntuale ridefinizione del fabbisogno di prestazioni;

Che pertanto con successivo DCA n. 76 del 6 luglio 2015 il Commissario ad acta ha approvato il documento di riorganizzazione della rete territoriale allegato al medesimo DCA per costituirne parte integrante e sostanziale e che qui si intende integralmente richiamato.

Che si è proceduto, in particolare alla verifica dei fabbisogni esistenti sul territorio in merito all'assistenza residenziale extra-ospedaliera, per tutte le tipologie di utenza;

CONSIDERATO

che il potenziamento dell'attività territoriale risulta elemento chiave per la qualificazione di tutto il sistema sanitario regionale, anche al fine di garantire il perseguimento degli obiettivi di rientro dal deficit.

DATO ATTO

Che già con nota n. 20249 del 24/2/2016 questa ASP provvedeva a trasmettere al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria specifica proposta di riordino della rete assistenziale territoriale dell'ASP di Crotone.

Che nella predetta proposta non erano ancora stati definiti gli aspetti relativi al processo di riconversione e riduzione dell'eccedenza di posti letto di riabilitazione residenziali e semiresidenziali e delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera.

CONSIDERATO

Che questa azienda al fine di definire il provvedimento di riordino della rete assistenziale territoriale ha provveduto, tra l'altro, a svolgere specifici incontri con i rappresentanti di ciascuna delle strutture interessate al processo di riconversione e riduzione dei p.l. esistenti definendo con gli stessi il piano di cui alle tabelle del documento allegato alla presente deliberazione.

RITENUTO

Di approvare la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale dell'ASP di Crotone per come risultante dal documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.

VISTE

Le disposizioni normative nazionali e regionali in materia.

VISTA

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

SENTITO

Il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

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

Di prendere atto del DCA n. 79/2015 recante "Approvazione documento di riorganizzazione della rete territoriale".

Di approvare la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale dell'ASP di Crotone per come risultante dal documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.

Di trasmettere copia del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria.

Di trasmettere copia del presente atto al Commisario ad acta per il piano di rientro dal deficit del settore sanitario della Regione Calabria.

Il Direttore della U.O. Programmazione Sanitaria
Dr. Giuseppe Fratto

Il Direttore Amministrativo
Avv. Giuseppe Fico

Il Direttore Sanitario
Dr. Agostino Talerico

Il Commissario Straordinario
Dr. Sergio Arena

UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETARIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si Certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge
all'Albo Pretorio, dell'ASP in data 02 AGO.2016 con protocollo n.

077

Crotone lì 02 AGO.2016

Il Responsabile del Procedimento

Valter Cosentino

.....
Cosentino

Il Direttore U.O. Affari Generali

Il Direttore f.f. Ufficio

Affari Generali e Legali

.....
Dr.ssa Anna GIORDANO

Valter Cosentino

Cosentino

**Commissario Straordinario
Dr. Sergio Arena**

D.C.A. n. 76/2015

**RIORGANIZZAZIONE RETE
ASSISTENZIALE TERRITORIALE
ASP CROTONE**



**Crotone
Agosto 2016**



Presentazione del Piano di riorganizzazione e implementazioni della nuova rete assistenziale territoriale dell'ASP di Crotone

La presente riorganizzazione della rete territoriale dell'ASP di Crotone è redatta in esecuzione delle disposizioni di cui al DCA n. 76 del 6 luglio 2015 e secondo le indicazioni programmatiche definite dallo stesso DCA.

Il presente piano, in linea con il citato documento regionale allegato al citato DCA 76/2015, è articolato nelle seguenti tre sezioni:

- Sezione Prima
Il territorio nella gestione strategica dell' erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.
- Sezione Seconda
L'integrazione Ospedale Territorio e ambito Sociosanitario: la riorganizzazione sociosanitaria del territorio a favore della continuità delle cure e della messa a regime della rete ospedaliera.
- Sezione Terza
Il piano operativo di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale e distrettuale.

Il processo di attuazione concreta nella nostra ASP dei provvedimenti di riordino e razionalizzazione della rete territoriale definiti nel DCA n. 76/2015 deve rappresentare l'occasione per avviare un circuito virtuoso che consenta da una parte la razionalizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria territoriale nel comprensorio e dall'altra il miglioramento, lo sviluppo e la sostenibilità economica del sistema sanitario locale.

Con l'adozione del presente provvedimento l'Azienda ha inteso adottato un documento denso di contenuti e capace di offrire alla Regione un puntuale proposta in ordine all'attuazione e l'implementazione a livello locale delle disposizioni e degli indirizzi relativi al riordino della rete assistenziale territoriale di cui al DCA n. 76/2015.

I concetti di appropriatezza delle prestazioni erogate, continuità assistenziale e integrazione ospedale/territorio, percorsi diagnostici, terapeuti e assistenziali, nonché di governo economico e razionale uso delle risorse, sono assunte come parole d'ordine di tutti i processi operativi e di miglioramento previsti nel presente piano di riorganizzazione e implementazione della rete assistenziale territoriale, ciò nella consapevolezza che l'obiettivo prioritario è rappresentato dalla centralità del cittadino-utente soddisfatto nei suoi bisogni sanitari e assistenziali e dal rispetto dei vincoli stabiliti dalla programmazione regionale e dalla razionalizzazione e contenimento della spesa.

In relazione alla concreta attuazione a livello locale dei provvedimenti di riordino relativi alla rete territoriale di cui alla presente proposta, l'attuale articolazione delle strutture organizzative e logistiche interessate è ridefinita per come specificatamente indicato nelle tre sezioni di cui la presente proposta si compone, chee risulta, tra l'altro, coerente con quanto al riguardo stabilito nel nuovo atto aziendale di recente approvato con deliberazione n. 253 del 21/07/2016.

Nell'ambito del nuovo Programma Operativo 2013-2015 approvato con DCA n.14/2015 e più in particolare con l'approvazione del DCA n. 76/2015 recante "*Riequilibrio Ospedale territorio - Approvazione documento di riorganizzazione della rete Territoriale*" adottato dal Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, sono stati definiti gli indirizzi programmatici e le azioni per la riorganizzazione e l'implementazione della nuova rete assistenziale territoriale, prevedendo rilevanti e significativi interventi di razionalizzazione e miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria territoriale da rendere ai cittadini calabresi.

E' sulla base degli specifici indirizzi di cui ai richiamati decreti del Commissario ad acta n. 14/2015 e n. 76/2015, e tenuto conto anche delle vigenti disposizioni di legge nazionali adottate in materia, che il presente piano di riordino e razionalizzazione della rete assistenziale territoriale dell'ASP di Crotone viene adottata per come indicato nelle tre sezioni di seguito riportate.



SEZIONE PRIMA

IL TERRITORIO NELLA GESTIONE STRATEGICA DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI



1. IL TERRITORIO NELLA GESTIONE STRATEGICA DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI

1.1 Il riordino della rete assistenziale territoriale

Il processo di riorganizzazione del sistema sanitario in corso di definizione nella nostra regione è rivolto ad ottimizzare l'appropriatezza delle risposte fornite dalle diverse reti assistenziali, con l'obiettivo di garantire la centralità delle persone nell'ambito di tali reti integrate e coordinate fra loro e di far fronte nel modo più adeguato a bisogni di salute sempre più complessi, in gran parte generati dalla crescente diffusione di patologie croniche a rilevante impatto sociale, conciliando altresì le esigenze di equità e di solidarietà con il quadro delle risorse disponibili.

Nell'ambito di tale processo in atto, la struttura commissariale regionale ha individuato fra le proprie strategie prioritarie oltre al riordino rete ospedaliera, emergenza-urgenza e reti tempo dipendenti, oggi in fase avanzata di attuazione, il rafforzamento e la riqualificazione della rete territoriale, realizzando nel contempo la massima integrazione fra le funzioni sanitarie e quelle socio-assistenziali destinate a garantire il percorso complessivo di presa in carico della persona, a garanzia della continuità assistenziale.

Fra le linee di azione a fondamento di tale processo, individuate nell'ambito del vigente quadro normativo e programmatico nazionale e regionale, emergono la valorizzazione ed il consolidamento:

- del ruolo del Distretto quale articolazione organizzativa ed operativa fondamentale dell'ASP per il governo della rete territoriale;
- del ruolo del sistema dell'Assistenza primaria, quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario, competente a garantire la continuità delle cure attraverso il rapporto diretto con la popolazione, la presenza capillare sul territorio distrettuale e la funzione di filtro, integrazione e coordinamento rispetto alla risposta specialistica ed ospedaliera.
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, che risponde all'obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- il rafforzamento della rete delle cure palliative, ambito in cui l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico, in cui la multiprofessionalità diventa una risorsa per la dignità della persona;
- la rimodulazione dell'assistenza residenziale sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali, considerando le strutture residenziali come parti integranti del Sistema, specie nel gravoso ambito della non autosufficienza;
- lo sviluppo di interventi organizzati per l'effettiva integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali atti a garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio senza soluzione di continuità. L'obiettivo è di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare della persona anziana, favorendo il rientro al domicilio: un rientro che dovrà essere guidato, supportato, tutelato.

Centrale, in tale processo, è il ruolo delle cure primarie che, riorganizzate per Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come previsto dal Patto per la Salute e dalla L. 189/2012, assicurano nelle 24 ore la piena presa in carico del paziente, in collaborazione con gli specialisti (ospedalieri e territoriali).

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

La definizione e la contestualizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeuti Assistenziali (PDTA) rivolti alle cronicità e/o ai percorsi riabilitativi, o profili integrati di cura, induce le varie componenti professionali che operano nei percorsi assistenziali, dell'ospedale e del territorio, ad assicurare concretamente un efficace rapporto interprofessionale, con un maggiore apporto di competenze a favore dell'assistito.

Tale percorso di rimodulazione della rete territoriale si colloca nel seguente contesto normativo nazionale e regionale:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente gli indirizzi di riferimento rispetto alle funzioni,



al ruolo ed al modo di operare del distretto (articoli 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies). In particolare l'art. 3-quinquies attribuisce alle Regioni il compito di disciplinare l'organizzazione del distretto in modo da garantirne alcune funzioni fondamentali, quali:

- *"l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici";*
 - *il coordinamento fra MMG/PDLS, strutture operative a gestione diretta, servizi specialistici ambulatoriali e strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate;*
 - *l'erogazione delle prestazioni afferenti all'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.*
- Il Piano Operativo 2013-2015, adottato con DCA n. 14/2015, che individua gli obiettivi strategici rivolti al rafforzamento dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, nel rispetto della normativa sul contenimento della spesa pubblica e del generale contesto di progressiva contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale. Le principali linee direttrici definite nel Piano Operativo e nei provvedimenti regionali emanati in attuazione dello stesso, con particolare riferimento al DCA n. 76 del 6 luglio 2015, riguardo alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono le seguenti:
- riordino dell'Assistenza primaria, comprendenti la medicina generale intesa in tutti le sue funzioni e la pediatria di territorio, mediante lo sviluppo dei modelli di associazionismo già previsti dal vigente contratto nazionale per la medicina generale (Aggregazioni Funzionali Territoriali), con il distretto che svolge un ruolo di governo e di coordinamento territoriale;
 - potenziamento della rete territoriale attraverso la realizzazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.): strutture polifunzionali distrettuali prioritariamente destinate all'assistenza continuativa, nell'arco dell'intera giornata, alle cronicità e alla risoluzione di problematiche cliniche a bassa complessità ed intensità assistenziale;
 - coordinamento tra strutture ospedaliere e rete territoriale con l'obiettivo di semplificare e di "accompagnare" l'intero percorso di cura del paziente, perseguendo quell'integrazione ospedale territorio finalizzata anche a risolvere il sempre più pressante problema dell'improprio sovraffollamento delle strutture ospedaliere.

Le disposizioni e i provvedimenti regionali sopra richiamati, predisposti anche ai sensi della legge n. 135 del 7.8.2012 e in sintonia con gli obiettivi e gli indirizzi rivolti alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema delle cure primarie contenuti nell'art. 1 della legge 8.11.2012, n. 189, sono adottati nella piena condivisione delle seguenti ragioni:

- il processo di deospedalizzazione, se non è accompagnato da un contestuale rafforzamento dei servizi sul territorio, determina di fatto l'impossibilità per i cittadini di usufruire dell'assistenza sanitaria;
- il cambiamento radicale dello stato di salute, dovuto anche al progressivo invecchiamento della popolazione e caratterizzato dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, può essere affrontato solo con la messa a punto di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio interdisciplinare rispetto al paziente per garantire l'efficacia e la continuità delle cure.

Il processo di riordino della rete territoriale avviato con i sopra richiamati provvedimenti regionali è altresì in sintonia con gli indirizzi ed i principi già contenuti nella più recente normativa nazionale rappresentata dai seguenti provvedimenti:

- Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014 contenente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, con particolare riferimento all'art. 5 "Assistenza territoriale" che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo strategico dei Distretti sanitari, sia del sistema dell'Assistenza primaria, con l'istituzione della rete AFT/UCCP ed il suo orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi.
- Decreto 2.4.2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", con particolare riferimento al punto 10 "Continuità ospedale-territorio", dove si prevede che si proceda, contestualmente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali: intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'ospedale.



1.2 Considerazioni culturali

In prospettiva la popolazione tenderà a invecchiare (gli anziani diventeranno grandi anziani e gli adulti entreranno nella fascia anziana), con un ricambio insufficiente a compensare tale tendenza. Le modifiche demografiche ed epidemiologiche in atto richiedono un adeguamento delle risposte assistenziali: attualmente nella nostra regione e nella nostra ASP l'ospedale si fa carico di circa il 30 % della cronicità in regime di ricovero e cura, con un forte spreco di risorse economiche e umane.

La cura dei pazienti cronici richiede non tanto un aumento di risorse, quanto piuttosto un'inversione di tendenza culturale. A fronte di una medicina oggi sempre più specializzata, i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza.

E se le strutture ospedaliere restano la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia, le altre prestazioni sanitarie, quali visite mediche, visite ed esami specialistici, consumo di farmaci, trovano il luogo più appropriato di erogazione sul territorio, che comprende anche il domicilio dei pazienti.

1.3 I costi

L'assistenza socio sanitaria territoriale rappresenta uno dei tre macro-livelli di assistenza insieme alla prevenzione ed all'assistenza ospedaliera. I percorsi di cura territoriali dei residenti si snodano attraverso una rete di servizi che comprende, in un continuum, un insieme articolato ed eterogeneo di interventi, riferibili alle seguenti tre macrotipologie di servizi:

- Assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale)
- Assistenza specialistica territoriale
- Attività erogate dalle strutture distrettuali dell'ASP e da strutture private territoriali accreditate con il SSR (assistenza domiciliare e residenziale socio-sanitaria ad anziani non autosufficienti, disabili, minori, salute mentale, ecc.).

Occorre quindi superare il retaggio di una cultura sanitaria ospedalocentrica che fa ritenere ancora oggi che tutte le prestazioni sanitarie vengano erogate in ospedale. Quest'ultimo dovrebbe essere utilizzato solo per le acuzie, come previsto dal provvedimento di riordino della rete ospedaliera di cui al DCA n. 9/2015, demandando il resto alla prevenzione e al territorio.

Non a caso per raggiungere i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (DPCM del 29 novembre 2001 e s.m.i) la spesa prevista è:

- del 44% per l'attività ospedaliera;
- del 51% per l'attività distrettuale (medicina di base 7%, Farmaceutica 11,78%, Specialistica 13,30%, Territoriale 18,92%);
- del 5% per la prevenzione.

Le migliori realtà regionali italiane sono riuscite a ridurre la spesa ospedaliera sotto il 40% a vantaggio di quella territoriale ormai stabilizzata sopra il 55%; poche raggiungono il 5% per la prevenzione.

Esiste anche un problema di costi.

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

Per quanto riguarda la nostra Regione e sostanzialmente anche per la nostra ASP la spesa per l'assistenza sanitaria è così suddivisa secondo il modello LA 2013:

- 41,95 % per l'attività ospedaliera;
- 52,97 % per l'attività territoriale;
- 5,07 % per la prevenzione.

Il modello LA non riporta una classificazione dei costi reali dal momento che, come è a tutti noto, l'attività territoriale è del tutto insufficiente e la prevenzione è ancora allo stato embrionale come emerge dalla valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); l'elevata percentuale della Prevenzione in particolare per la parte relativa agli screening oncologici è dovuta solo al costo del personale in numero fortemente ridondante, analoga considerazione vale anche per la parte di spesa relativa all'assistenza territoriale.

1.4 Condivisione della strategia e proposta aziendale per il governo dei servizi territoriali

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone tenuto conto del contesto normativo regionale e nazionale sopra richiamato e considerato che il territorio nella gestione strategica dell'erogazione

dei servizi sanitari e sociosanitari riveste un ruolo fondamentale sia per la garanzia delle prestazioni da assicurare all'utenza sia per il governo e la razionalizzazione dei costi, con il presente atto ha inteso provvedere all'adozione di una proposta progettuale di riordino della rete territoriale prevedendo, tra l'altro, l'articolazione di un modello organizzativo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale fondato sui seguenti principi:

- la chiara individuazione dei centri di responsabilità e delle relative competenze in ordine al governo della rete dei servizi presenti sul territorio;
- la trasversalità e l'intersectorialità nel governo del territorio, al fine di perseguire concretamente l'integrazione tra medicina specialistica e ospedaliera e medicina di territorio, le quali devono essere interagenti e complementari, all'interno del percorso di presa in carico e continuità assistenziale delineato per ogni paziente, sulla base della valutazione del bisogno clinico-assistenziale in forma multiprofessionale e in un ottica multidisciplinare.

Più specificatamente, premesso e considerato quanto sopra, in ottemperanza alle disposizioni regionali di cui al DCA n.76/2014 e tenuto conto anche di quanto al riguardo previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, l'ASP con il presente provvedimento provvede ad approvare ed adottare un piano di riordino, razionalizzazione e implementazione della nuova rete assistenziale territoriale locale.

1.5 Gli strumenti organizzativi dell'integrazione

Ovviamente l'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 il management aziendale ha previsto di dotarsi di adeguati strumenti organizzativi dell'integrazione.

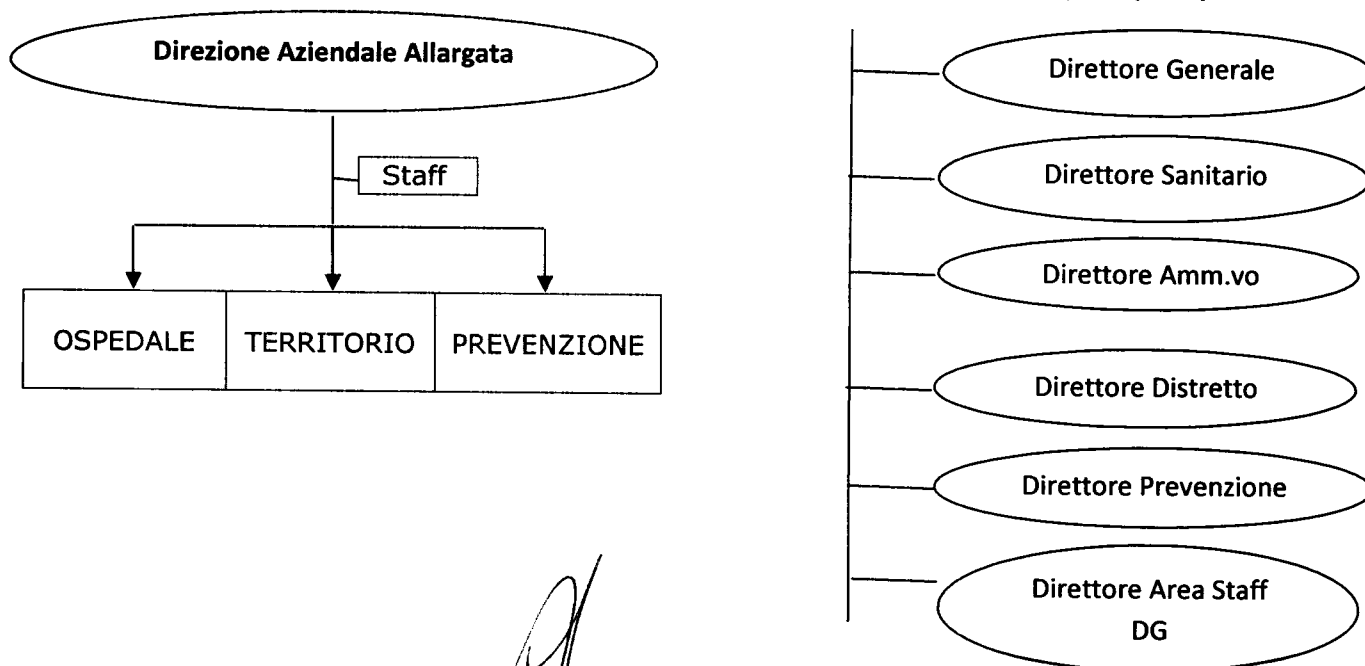
Tali strumenti, che peraltro già lo stesso DCA 76/2015 indica, sono quelli di seguito sinteticamente riportati e già definiti nei loro aspetti organizzativi e di funzionamento nel nuovo atto aziendale.

A tal fine viene pertanto istituita la Direzione Aziendale Allargata (D.A.A.). La stessa è composta da: Direttore Generale (DG), Direttore Sanitario (DS), Direttore Amministrativo (DA) + Direttore Dip. Prevenzione, Direttore del Distretto, Direttore Area Staff della Direzione.

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

- alla prevenzione (ad es. screening oncologici, vaccinazioni, etc.)
- al territorio (ad esempio rapporti con Medici di Medicina Generali (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Salute Mentale, Dipendenze, etc.);
- ai costi (relativi al budget, all'acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da strutture pubbliche e private, all'efficienza e all'appropriatezza delle prestazioni erogate, etc.).

Viene quindi redatto un verbale della riunione firmato dal DG ed inviato al Dipartimento regionale della Salute e alla Struttura Commissariale. Nella tabella che segue è riportato lo schema organizzativo e funzionale per la costituzione della Direzione Aziendale Allargata (DAA).



SEZIONE SECONDA

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: LA RIORGANIZZAZIONE SOCIOSANITARIA DEL TERRITORIO A FAVORE DELLA CONTINUITA' DELLE CURE E DELLA MESSA A REGIME DELLA RETE OSPEDALIERA



2. PRINCIPI GENERALI PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E RIORGANIZZAZIONE SOCIO SANITARIA DEL TERRITORIO

2.1 Obiettivi e proposte aziendali

La rete territoriale programmata in modo integrato con quella ospedaliera e dell'emergenza urgenza, rappresenta una reale innovazione organizzativa in quanto rende possibile lo sviluppo di un modello effettivo di presa in carico del paziente integrata e continuativa, fornendo una qualificata risposta ai bisogni assistenziali complessi anche delle persone affette da patologie croniche. Attraverso la gestione integrata, assicurata dal Distretto, trovano risposta ai bisogni sociosanitari gli utenti con profili di salute classificati in base alla complessità delle patologie croniche e, quindi, a rischio di ospedalizzazione per le loro complicanze.

In tale contesto risulta centrale il ruolo delle cure primarie che, riorganizzate per Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come previsto dal Patto per la Salute e dalla L. 189/2012, assicurano nelle 24 ore la piena presa in carico del paziente, in collaborazione con gli specialisti (ospedalieri e territoriali). Tutto ciò avviene attraverso la programmazione dei percorsi di prevenzione e di intervento sociosanitario già a livello delle strutture più prossime al singolo cittadino, le AFT e le UCCP, che utilizzano protocolli/strumenti condivisi a livello regionale, validati e verificati attraverso le linee e gli strumenti organizzativi del Distretto e sotto la responsabilità del Direttore.

La definizione e la contestualizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeuti Assistenziali (PDTA) rivolti alle cronicità e/o ai percorsi riabilitativi, o profili integrati di cura, induce le varie componenti professionali che operano nei percorsi assistenziali, dell'ospedale e del territorio, ad assicurare concretamente un efficace rapporto interprofessionale, con un maggiore apporto di competenze a favore dell'assistito. In tale contesto, l'approccio "d'iniziativa" tende a ridurre in modo significativo l'accesso al Pronto Soccorso ed il ricorso inappropriato all'ospedale, luogo del trattamento esclusivo per le acuzie.

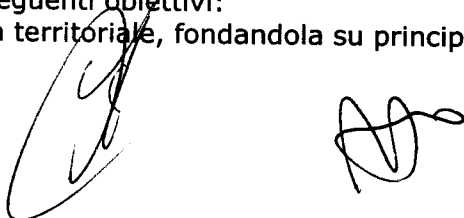
In quest'ottica:

- in coerenza con le indicazioni e le disposizioni di cui ai provvedimenti regionali sopra richiamati, predisposti anche ai sensi della legge n. 135 del 7.8.2012 e in sintonia con gli obiettivi e gli indirizzi rivolti alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema delle cure primarie contenuti nell'art. 1 della legge 8.11.2012, n. 189, tenuto conto, inoltre, dei provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera definita con il DCA n. 9 del 02/04/2015, in linea con gli standard quantitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi previsti dal Regolamento Nazionale, che consente, tra l'altro, di recuperare risorse da destinare anche alla rete territoriale.
- in sintonia con gli indirizzi ed i principi già contenuti nella più recente normativa nazionale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014 contenente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, con particolare riferimento all'art. 5 "Assistenza territoriale" che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo strategico dei Distretti sanitari, sia del sistema dell'Assistenza primaria, con l'istituzione della rete AFT/UCCP ed il suo orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi.
- tenuto conto delle disposizioni normative di cui al Decreto 2.4.2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", con particolare riferimento al punto 10 "Continuità ospedale-territorio", dove si prevede che si proceda, contestualmente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali: intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'ospedale.

La nostra Azienda intende riorganizzare il proprio modello di governance del territorio al fine di realizzare un approccio più adeguato ai bisogni del cittadino, fornendo al paziente fragile anche un servizio di civiltà nel proprio ambiente sociale senza costringerlo a percorsi molto gravosi per lui, per i suoi cari e per la comunità.

Tale percorso di riorganizzazione persegue pertanto i seguenti obiettivi:

- a. Migliorare l'organizzazione del sistema di assistenza territoriale, fondandola su principi quali:



- la centralità del paziente e della persona
 - la prossimità dei percorsi per le cronicità
 - la tempestività di intervento ed efficienza
 - il coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene ai processi di integrazione sociosanitaria
 - l'elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche
 - la semplificazione e la trasparenza organizzativa,
- b. Garantire l'informazione e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura.
- c. Migliorare le modalità di integrazione con i servizi sociali comunali e del terzo settore.

Occorre in sostanza perseguire la strutturazione di reti territoriali, connesse con le reti ospedaliere, in modo tale da garantire: da un lato la corretta presa in carico del cittadino in tutte le fasi e passaggi del suo percorso di salute; dall'altra la continuità delle cure in un sistema integrato dove i livelli di intensità degli interventi possano essere modulati dall'ospedale al territorio e viceversa.

Ciò rappresenta un obiettivo di cultura sanitaria e di "civiltà assistenziale" nella misura in cui evita inutili e dispendiosi passaggi del paziente tra i vari soggetti erogatori del S.S.R. e locale, restituendogli una sensazione di attenzione e di presenza da parte della sanità pubblica.

Il modello di riordino della rete dei servizi territoriali delineato nel presente provvedimento si fonda sui seguenti principi ispiratori, contenuti, peraltro, nel documento di programmazione regionale della rete territoriale allegato al DCA 76/2015:

- è orientato a perseguire un riequilibrio funzionale del sistema sanitario fondato sull'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, partendo dai bisogni di salute della popolazione;
- intende realizzare e garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale e viceversa, nella fase post dimissione ospedaliera;
- mira a garantire la partecipazione, nell'adozione delle scelte strategiche inerenti le politiche sanitarie e socio-sanitarie territoriali, sia dei cittadini e della comunità locale, sia degli operatori che operano nel sistema.

Le direttrici del modello organizzativo della rete territoriale, di seguito sviluppate, sono le seguenti:

- la rete dei servizi e delle attività del Distretto e dell'Assistenza primaria nell'organizzazione del Sistema Sanitario Locale.
- la rete degli altri servizi territoriali dell'azienda (dipartimenti territoriali e trasmurati: Prevenzione, Salute Mentale, Materno-Infantile, ecc.)
- l'integrazione con i servizi socio-assistenziali
- l'integrazione ospedale-territorio per la continuità assistenziale, specie nelle funzioni di collegamento tra i macrolivelli assistenziali, con particolare riferimento al processo di ricovero e di dimissione.

2.2 L'integrazione Ospedale - Territorio

L'integrazione fra le attività sanitarie ospedaliere e quelle territoriali è fondamentale per assicurare la corretta erogazione di numerose attività sanitarie e/o programmi assistenziali.

L'Azienda, attraverso l'integrazione della rete ospedaliera e di quella territoriale intende assicurare:

- la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale e riabilitativo compresa l'attività di prevenzione, il trattamento della cronicità e delle patologie a lungo decorso, la personalizzazione dell'assistenza primaria, farmaceutica e specialistica, nonché la continuità assistenziale.
- una maggiore appropriatezza delle prestazioni e un contenimento della spesa sanitaria con riduzione dell'accesso al Pronto Soccorso ospedaliero (anche mediante ambulatori dedicati ai codici bianchi) e dei ricoveri impropri.
- la riduzione delle liste d'attesa.

I punti di interconnessione Ospedale-Territorio riguardano in particolare:

- Collegamento tra medici delle cure primarie, medici di continuità assistenziale e rete territoriale dell'emergenza urgenza per rispondere alla necessità di costituire dei punti di riferimento alternativi all'ospedale, per i casi urgenti gestibili a livello territoriale.
- Dimissioni protette per pazienti ricoverati e dimessi con problemi di autosufficienza, da inserire nel circuito delle cure domiciliari o, ove necessario, residenziali.



- Dimissione facilitata, in particolare dei pazienti cronici e dei pazienti post-acuzie. Le dimissioni facilitate garantiscono la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente (MMG, PLS, ADI e Specialistica ambulatoriale, Servizio Sociale).

Lo strumento prioritario per l'integrazione ospedale-territorio è rappresentato dalla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) ai fini della continuità assistenziale.

In quest'ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione.

Vanno inoltre programmate e formalizzate congiuntamente le presenze di operatori ospedalieri in sedi distrettuali e viceversa.

Il coordinamento fra la rete dei servizi assistenziali territoriali e quella dei servizi assistenziali ospedalieri è assicurato dal Direttore di Distretto e governata dalla Direzione Aziendale Allargata (DAA) di cui alla precedente sezione prima del presente provvedimento.

2.3 Il ruolo del Distretto nel modello organizzativo della nuova rete territoriale e per il governo del territorio.

La ridefinizione del modello organizzativo territoriale parte dal rilancio del ruolo e delle funzioni del Distretto, considerato che la rete territoriale, in base agli indirizzi al riguardo definiti dagli atti di programmazione sanitaria regionale e in coerenza con le disposizioni previste dal D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i., artt. 3- quater e seg., è innanzitutto costituita dai Distretti.

Il Distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa dell'ASP, svolge una funzione essenziale nella governance del sistema territoriale; quale garante della presa in carico e continuità nei percorsi di salute della popolazione, assicura l'espletamento delle funzioni e delle relative attività territoriali indicate dall'art. 3-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., orientandole secondo gli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale.

La suddetta normativa affida pertanto al Distretto, oltre ad una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi, anche un funzione di garanzia e di "accompagnamento" nell'accesso dei servizi. Nell'ambito di tale funzione, il distretto ha il compito di valutare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e di pianificarne le modalità di soddisfazione, anche attraverso un forte coinvolgimento degli Enti locali.

2.3.1 Linee d'indirizzo per la riorganizzazione delle funzioni del Distretto

Il Distretto è l'articolazione dell'Azienda deputata a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

Come tale il Distretto rappresenta:

- l'ambito organizzativo territoriale dell'assistenza primaria e delle relative forme associative;
- il livello organizzativo dell'A.S.P. per il governo, l'erogazione e la gestione del budget relativo ai servizi territoriali, anche in continuità con quelli ospedalieri: sia per le aree produttive a gestione diretta da parte del Distretto, sia per le aree rispetto alle quali il Distretto esercita un ruolo di coordinamento funzionale e di condivisione dei volumi di attività da erogare a garanzia dei percorsi assistenziali integrati, nonché di contrattazione del budget assegnato alla struttura erogatrice;
- la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del sistema sanitario locale con i cittadini, la comunità locale e il volontariato.

In considerazione del ruolo attribuito e in coerenza con la programmazione strategica aziendale e regionale, il Distretto svolge la propria attività istituzionale di tutela della salute della popolazione residente attraverso:

- a. l'analisi dei bisogni di salute rilevati sul territorio.
- b. i rapporti istituzionali, rispetto ai quali il Direttore del Distretto coadiuva e supporta la Direzione aziendale nell'interfaccia con il Comitato dei Sindaci di distretto e la Conferenza dei Sindaci dell'ASP, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il volontariato e privato sociale, ecc..
- c. l'organizzazione, ovvero il coordinamento della propria attività con il presidio ospedaliero unico aziendale e con le altre articolazioni organizzative aziendali.




- d. la verifica, finalizzata ad assicurare i livelli di attività (prestazioni o percorsi diagnosticoterapeutico-assistenziali e relativo budget) ritenuti necessari e appropriati per assolvere ai reali bisogni di salute della popolazione, come evidenziati nell'analisi e previsti nell'ambito della programmazione territoriale, in coerenza con gli obiettivi strategici e il budget assegnato a livello aziendale.
- e. il monitoraggio della produzione, articolato in:
- monitoraggio continuo del processo di erogazione delle attività e controllo dei processi organizzativi finalizzato a garantire la trasversalità e l'interrelazione nella rete dei servizi;
 - monitoraggio e valutazione qualitativa dell'attività e dei relativi costi indotti dai MMG, PDLS e Specialisti, con particolare riferimento al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, nonché all'interazione con il macrolivello ospedaliero in relazione ai ricoveri ed ai percorsi post dimissione dei propri assistiti;
 - verifica della corretta gestione del personale assegnato;
 - gestione e verifica dei flussi informativi aziendali, regionali e ministeriali riguardanti i dati di attività e l'impiego delle risorse aziendali;
 - raccordo con il controllo di gestione, al fine di mantenere un monitoraggio costante degli assetti erogativi in relazione alle risorse assegnate e agevolare la produzione di un sistema di reporting delle attività territoriali che supporti l'attività gestionale delle strutture afferenti alla rete territoriale.

Gli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale caratterizzano le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

Il buon funzionamento del Distretto è condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale, responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute.

In quanto riferimento per l'erogazione delle prestazioni individuate dai livelli essenziali di assistenza, il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell'integrazione:

- di tutte le attività di assistenza sanitaria di base e di assistenza specialistica, erogate con modalità ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali.
- delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale di cui all'art. 3-septies, lettera a, comma 2, del D.Lgs. n. 229/99 e s.m.i.
- delle attività ad elevata integrazione sociosanitaria.
- delle attività di prevenzione rivolte alla persona.

Il Distretto realizza i propri obiettivi nella unitarietà degli interventi, con una visione globale dei problemi e una gestione integrata delle responsabilità e delle risorse.

L'evoluzione normativa nazionale e regionale ha delineato il Distretto come il livello di attività sanitarie e socio-sanitarie più prossime alle comunità locali, fulcro del sistema dei servizi sanitari.

In tale quadro l'articolazione territoriale in Distretti deve perseguire obiettivi di razionalizzazione, sviluppo e riqualificazione attraverso:

- una chiara distinzione fra livello e responsabilità organizzative e produttive.
- una maggiore personalizzazione del prodotto aziendale sanitario, portandolo in un ambito più vicino e a misura del cittadino e del complesso della realtà locale, nel quale la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute.
- un riordino del territorio aziendale attraverso una rete di servizi sanitari di base sempre più ampia e a portata del cittadino che, partendo dal Distretto quale unità di base, si sviluppi attraverso una rete produttiva territoriale, articolata a livello distrettuale e integrata con il sociale, quale risposta a tutte le esigenze e i bisogni sanitari di tipo extraospedaliero.

Una configurazione quindi del Distretto che passi da quella attuale, operante in modo settoriale, prevalentemente concentrata sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, ad una configurazione incentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita alla globalità della presa in carico dell'utente e non alle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive ed ai servizi distrettuali.

Lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale devono essere caratterizzati, con riferimento alle funzioni strategiche del Distretto, alla valutazione dei bisogni sanitari, ai problemi di controllo dell'offerta, al miglioramento dell'accesso ai servizi, alla promozione dell'integrazione sociosanitaria, alla progettazione personalizzata delle risposte, alla continuità assistenziale, alla

creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel Distretto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Per sviluppare queste funzioni strategiche, l'Azienda ha inteso, anche attraverso l'adozione della presente proposta, ridefinire l'attuale modello organizzativo dell'assistenza distrettuale assicurando che il Distretto sia in grado di:

- dirigere unitariamente il sistema di erogazione, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie per affrontarli previste da uno specifico strumento, normativamente previsto e fino ad ora non utilizzato, quale il Programma delle Attività Territoriali.
- promuovere l'integrazione sociosanitaria.
- predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale.
- mettere in atto strategie per facilitare la piena integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale, anche promuovendo e valorizzando forme associative di lavoro tra medici.
- rendere contigue e possibilmente unitarie la medicina specialistica ospedaliera e territoriale, con un'organizzazione in cui vengono erogate le prestazioni appropriate nei luoghi adeguati, in quantità e qualità tali da soddisfare i bisogni di salute della popolazione.
- promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori.
- mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulle liste di attesa, sulla qualità dei progetti personalizzati e sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi.

2.3.2 Funzioni e attività generali del Distretto

In armonia con il quadro di riferimento delineato ed al fine sviluppare il nuovo ruolo assegnato all'assistenza distrettuale, il modello organizzativo di cui alla presente proposta prevede che il Distretto deve:

- assicurare i servizi dell'assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle delle altre strutture operative dell'Azienda.
- gestire con competenza ed economicità le risorse attribuite (budget complessivo del Distretto) e definite in rapporto ai bisogni e agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.
- sviluppare la sua autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, rilevabile da specifica contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.
- monitorare e realizzare il Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., proposto dalla direzione del distretto, sulla base delle risorse assegnate, e approvato dalla Direzione Strategica Aziendale.
- assicurare l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi: fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi.
- collaborare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ai fini di garantire una informazione tempestiva e corretta e la gestione dei reclami. Per questi in particolare, considerati come elemento cruciale della relazione tra i servizi e il cittadino, è affidato al Distretto il duplice compito di analisi delle cause e di garanzia e controllo delle azioni intraprese per il superamento delle criticità, potendo per questo contare sulla collaborazione di tutti i responsabili della produzione.
- assicurare la centralità del ruolo svolto dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali territoriali, insieme con gli altri profili professionali sanitari, amministrativi e tecnici, nell'operatività del Distretto e nella sua organizzazione e gestione, valutandone la loro azione nel più ampio quadro dei fattori produttivi utilizzati nel Distretto;

Il nuovo modello organizzativo deve inoltre poter garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di continuità assistenziale e presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative del Distretto, con particolare riferimento ai servizi specialistici ambulatoriali a gestione diretta e da privati accreditati, ai servizi gestione diretta di assistenza domiciliare e

ai servizi di assistenza residenziale e di riabilitazione territoriale resi dagli erogatori pubblici e privati accreditati;

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale intervenendo in particolar modo sulla produttività ed efficacia sanitaria delle prestazioni erogate e sulle liste d'attesa;
- le attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- le attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- le attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- le attività o servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata;
- le attività o servizi domiciliari per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Le prestazioni, attività e servizi sopra indicate dovranno essere svolte in maniera integrata e coordinata nel territorio in modo da fornire risposte di assistenza di base e specialistica come un "continuum" di cure che rispondono in maniera compiuta ai bisogni delle persone filtrando gli accessi ospedalieri secondo criteri di appropriatezza e fornendo anche risposte a ciclo continuativo o diurno.

2.3.3 Gestione qualitativa dell'offerta distrettuale

Al fine di migliorare la qualità percepita dei servizi sanitari, che allo stato non risulta affatto soddisfacente per il cittadino utente che tali servizi utilizza, il nuovo modello dell'assistenza distrettuale deve consentire di migliorare ulteriormente la qualità percepita dei servizi sanitari, delle attività e dei servizi sociosanitari offerti dal distretto.

Le principali criticità da superare sono riconoscibili nelle difficoltà che il cittadino incontra nell'accesso quotidiano ai servizi, nelle insufficienti informazioni sulle prestazioni, nella insufficiente conoscenza delle strutture erogatrici, delle liste di attesa, dei percorsi assistenziali.

Per affrontare e risolvere questi problemi con la presente proposta l'ASP ha individuato le tre priorità da perseguire e realizzare nel distretto e che qui di seguito sono riportate:

- l'allargamento degli orari di accesso ai servizi con particolare riferimento alle attività di specialistica ambulatoriale rimodulando gli orari degli ambulatori e degli specialisti che sono stati fin qui più adeguati alle esigenze dei professionisti che vi operano e non a quelle degli utenti;
- la costituzione e il miglioramento dei punti unici di accesso (PUA) per tutti i servizi e le attività distrettuali da definirsi congiuntamente con l'URP;
- la semplificazione delle procedure di prenotazione e selezione delle risposte sviluppando ulteriormente il sistema del CUP aziendale.

2.3.4 Alternative positive ai ricoveri e qualificazione delle cure domiciliari

Obiettivo strategico dell'azienda è quello rappresentato dall'adozione costante e prioritaria di azioni e provvedimenti correlati alla realizzazione di percorsi di cura alternative ai ricoveri e qualificative dell'assistenza domiciliare e distrettuale. A tal fine il nuovo modello distrettuale deve svolgere un ruolo prioritario e strategico in tal senso e pertanto, nel quadro degli specifici programmi aziendali di assistenza territoriale, dovranno trovare concreta realizzazione le azioni e i provvedimenti attuativi delle specifiche linee strategiche aziendali qui di seguito sinteticamente indicate.

Curare a casa

L'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari, dovendosi ancora consolidare il principio generale che la casa resta il migliore luogo di prevenzione cura e riabilitazione, per giungere "nel lungo periodo" ad affidare all'Ospedale un ruolo assistenziale appropriato per le fasi di acuzie che richiedono elevata intensità di assistenza e concentrazione fisica di competenze e tecnologie.

Per queste devono essere garantite adeguate risorse, valorizzabili anche con gli interventi di riordino della rete ospedaliera che riconduce il numero di posti letto ospedalieri a quelli strettamente necessari per le tipologie di cure erogate per i quali è ormai doveroso garantire standards strutturali e organizzativi di livello elevato.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, tenendo conto di quanto al riguardo stabilito dal provvedimento di riordino delle cure domiciliari già adottato con specifico provvedimento aziendale (delibera DG n. 13 del 2.2.2010 e aggiornato in attuazione delle successive disposizioni regionali di cui al DCA), sono state definite tipologie differenziate di



risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e della loro intensità, specificando le procedure di attivazione e organizzazione e le tipologie di attività e di costo.

Una nuova visione dell'assistenza nelle residenze per anziani

La visione moderna di assistenza domiciliare deve integrarsi con l'assistenza residenziale, in particolare di quella per gli anziani, di cui il Distretto dovrà sempre più assumere capacità di governo clinico e di regia.

La scelta di inserire in una residenza una persona anziana si configura come una scelta che per lo più diventa irreversibile. È una decisione che va quindi presa con grande cautela e lasciando il più ampio possibile potere di contrattualità alla persona. Le implicazioni di carattere etico, giuridico, sociale sono rilevanti. Quindi questa opzione assistenziale è da intendersi per quanto possibile temporanea, realmente condivisa ed accettata; in grado di garantire una qualità di vita accettabile, predisposta per favorire la partecipazione attiva dei familiari e delle persone, al fine di mantenere legami significativi tra l'anziano e la sua comunità di provenienza. In questo senso la logica di impostazione dell'assistenza residenziale deve collocarsi molto più in prossimità delle cure domiciliari piuttosto che di quelle ospedaliere.

Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

Il nuovo modello organizzativo delle cure domiciliari già adottato dall'azienda con il già citato provvedimento n. 13 del 2.2.2010 consente oggi un significativo miglioramento e dovrà ulteriormente essere attuato in ogni sua parte in tutto il territorio distrettuale. Esso consente, peraltro, oltre che l'effettivo miglioramento della soddisfazione dei bisogni sanitari dell'utenza, anche significativi contenimenti dei costi specie per ciò che riguarda la spesa per farmaci e presidi.

Curare a casa richiede un cambiamento di prospettiva sostanziale: dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici, alle strutture e alle prestazioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni al suo domicilio.

Ciò può avvenire con le diverse modalità operative di intervento a casa previste nel nuovo modello di cure domiciliari sopra richiamato e deve rappresentare l'impegno prioritario del direttore del distretto.

Condizioni necessarie sono: la corretta ed adeguata pianificazione organica delle unità di offerta del territorio aziendale, la valutazione multidimensionale, la globalità e intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sanitari e sociali, la valutazione dei costi delle decisioni, la collaborazione della famiglia, la valutazione evolutiva degli esiti.

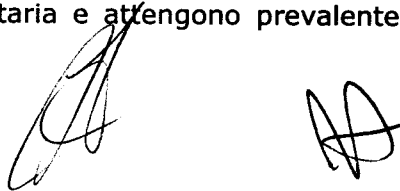
2.3.5 L'integrazione sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria è una funzione propria dell'assistenza distrettuale, gli interlocutori dell'integrazione sociosanitaria sono da una parte il Distretto, che assicura i servizi di assistenza primaria relativamente alle attività sanitarie e dall'altra i Comuni, che rappresentano la comunità locale, ne curano gli interessi, ne promuovono lo sviluppo e assicurano l'assistenza sociale.

Nel distretto deve essere quindi garantita l'integrazione socio-sanitaria tenuto conto delle specificazioni di seguito riportate anche con riferimento ai costi da sostenere:

- a. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.
- b. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:
 - Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite;
 - Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le prestazioni del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
 - Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e sono assicurate dall'Azienda attraverso il distretto.

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle seguenti aree assistenziali:



- Materno - infantile
- Anziani
- Disabili
- Patologie psichiatriche
- Dipendenze patologiche
- Patologie per infezioni da HIV
- Patologie in fase terminale
- Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Tali prestazioni sono assicurate dall'Azienda a livello distrettuale secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dagli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché da specifici progetti-obiettivo nazionali e regionali.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono anche al loro finanziamento.

Il Direttore del distretto, di concerto con il Comitato dei Sindaci individua di volta in volta le modalità organizzative e le azioni per garantire l'integrazione sociosanitaria.

2.4 Situazione attuale e criticità. Proposte e prospettive di miglioramento e sviluppo per l'assistenza distrettuale

Il DCA n. 76/2015 per la riconfigurazione dei distretti oggi esistenti in Calabria prevede che il numero dei distretti delle ASP dovrà essere ridefinito prendendo a riferimento il parametro tendenziale di circa 100.000 abitanti e, quindi, in decremento numerico rispetto alla situazione attuale.

Nel caso specifico della nostra realtà aziendale l'articolazione distrettuale oggi esistente vede la presenza di tre distretti (Crotone, Cirò Marina e Mesoraca, con una popolazione residente rispettivamente di 104.789 abitanti, di 40.093 abitanti e di 27.492 abitanti) ciascuno configurato come struttura complessa a sua volta articolata in strutture semplici.

Nella situazione attuale i tre Distretti dell'Azienda si configurano tuttavia più come una struttura di gestione di alcuni servizi territoriali e sociosanitari che come un effettivo centro di responsabilità per la tutela della salute dei cittadini ed il governo dei relativi percorsi assistenziali.

Il nuovo piano operativo regionale 2013-2015 approvato con DCA n. 14/2015 ed ancor più il DCA n. 76/2015 specifico per il riordino della rete assistenziale territoriale, stabiliscono che il rafforzamento del ruolo del Distretto presuppone la riconsiderazione delle attuali articolazioni e l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, idonee a superare la parcellizzazione oggi rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono la funzione di governance, né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria di servizi, interventi, prestazioni e per garantire le necessarie efficienze organizzative.

L'azienda, pertanto, in ragione della limitata entità della popolazione complessivamente residente, 172.374 abitanti, con l'adozione del nuovo atto aziendale ha previsto un solo distretto per tutta l'area territoriale dell'ASP configurato come struttura organizzativa complessa articolata in tre aree territoriali subdistrettuali coincidenti con i Comuni afferenti agli attuali tre distretti (Crotone, Mesoraca e Cirò Marina), peraltro, già omogeneamente definiti dall'azienda tenuto conto: - delle caratteristiche demografiche, sociali, epidemiologiche e morfologiche del territorio; - della rete della viabilità e dei trasporti e quindi dalla accessibilità ai servizi territoriali e ospedalieri; - del grado di vicinanza ai punti di emergenza territoriali e alle strutture ospedaliere del dipartimento di emergenza urgenza e accettazione.

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

Inoltre è opportuno sottolineare come la nostra proposta orientata verso la costituzione di un Distretto unico, indipendentemente dalle dimensioni del bacino di riferimento, è finalizzata a privilegiare la dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa.

L'ambito territoriale del distretto unico aziendale coincide quindi con l'intero territorio dell'ASP, gli ambiti territoriali delle tre aree subdistrettuali in cui è articolato il distretto unico con i relativi Comuni e la popolazione di appartenenza, sono ridefiniti per come indicato nella tabella che segue.




ASP CROTONE
DISTRETTO UNICO AZIENDALE

	COMUNE	Popolazione			
		Maschi	Femmine	Totale	
DISTRETTO UNICO ASP CROTONE	Belvedere Spinello	1.149	1.253	2.402	Area Territoriale Sub Distrettuale Crotone
	Crotone	29.463	31.123	60.586	
	Caccuri	864	919	1.783	
	Castelsilano	578	608	1.186	
	Cerenzia	642	646	1.288	
	Cutro	4.960	5.281	10.241	
	Isola Capo Rizzuto	7.419	7.301	14.720	
	Rocca di Neto	2.733	2.859	5.592	
	San Mauro	1.139	1.187	2.326	
	Savelli	714	783	1.497	
	Scandale	1.554	1.614	3.186	
	Sub Totale	51.215	53.574	104.789	
	Carfizzi	367	415	782	Area Territoriale Sub Distrettuale Cirò Marina
	Casabona	1.436	1.570	3.006	
	Cirò	1.676	1.805	3.481	
	Cirò Marina	7.140	7.300	14.440	
	Crucoli	1.581	1.685	3.266	
	Melissa	1.633	1.657	3.290	
	Pallagorio	729	760	1.489	
	San Nicola dell'Alto	476	547	1.023	
	Strongoli	3.015	3.157	6.172	
	Umbriatico	488	479	967	
	Verzino	1.061	1.116	2.177	
	Sub Totale	19.602	20.491	40.093	
	Cotronei	2.681	2.847	5.528	Area Territoriale Sub Distrettuale Mesoraca
	Mesoraca	3.306	3.536	8.842	
	Petilia Policastro	4.685	4.787	9.472	
	Roccabernarda	1.683	1.685	3.368	
	Santa Severina	1.110	1.172	2.282	
	Sub Totale	13.465	14.027	27.492	
	Totale Generale	84.282	88.092	172.374	

Gli indirizzi contenuti nella presente proposta sono finalizzati a realizzare un effettivo rilancio del ruolo e delle funzioni del Distretto quale:

- braccio organizzativo e operativo dell'ASP per il governo del territorio e per la garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute;
- "garante" istituzionale e facilitatore della rete dei rapporti tra assistenza primaria, ospedale e servizi socio-sanitari territoriali;
- presa in carico e interfaccia per l'attivazione/organizzazione di tutti gli interventi correlati all'appropriatezza del percorso assistenziale, dal domicilio agli ambulatori, ai presidi sanitari, con particolare riferimento alla fase post dimissioni ospedaliere.

La configurazione organizzativa e di funzionamento del nuovo distretto unico aziendale sarà definita, per gli specifici aspetti organizzativi e di funzionamento, in occasione dell'adozione del nuovo atto aziendale, in ogni caso il distretto unico aziendale sarà configurato come struttura complessa al suo interno articolato in strutture semplici in numero compatibile con gli specifici standard di strutture territoriali assegnate alla nostra Azienda dalla Struttura Commissariale regionale.

2.5 Le funzioni sociosanitarie del distretto

Il Distretto contribuisce a migliorare lo stato di salute della comunità attraverso il governo e la gestione di una rete integrata di servizi socio-sanitari assicurando competenza, disponibilità e prontezza di risposta nel più ampio rispetto della dignità della persona umana e dei suoi primari diritti di salute. Le attività assistenziali del distretto scaturiscono dalla definizione dei bisogni di salute della comunità (*diagnosi di comunità*).

La comunità deve quindi essere intesa nella prospettiva nuova di responsabilizzazione collettiva (*community governance*) e, conseguentemente, di programmazione partecipata nell'affermarsi della centralità della dimensione territoriale.

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

L'analisi deve essere integrata da dati demografici, epidemiologici e sociali di ogni territorio (Profilo di Salute), nel rispetto dell'assunto che solo il 30% della Salute dipende dalla Sanità (OMS) dipendendo il 70% da altri determinanti di salute quali gli stili di vita, l'ambiente, la cultura, l'economia etc.

Al distretto spetta anche l'attività di coordinamento e di raccordo tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie. La programmazione distrettuale, strettamente interconnessa con quella sociale (Piano di Zona), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata.

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

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

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

Il Distretto orienta la propria programmazione e le relative attività ispirandosi al modello della *Community Oriented Primary Care*, definibile come *l'erogazione dell'assistenza primaria ad una comunità specifica congiunta con lo sforzo sistematico di identificare e affrontare i maggiori problemi di salute di tale comunità mediante un'efficace modificazione dei servizi di assistenza primaria*.

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

In estrema sintesi, il distretto garantisce, nel rispetto degli atti di programmazione di livello regionale - aziendale - distrettuale, l'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito del PAT ed afferenti alle seguenti aree funzionali che afferiranno alle specifiche unità organizzative.

- Area delle cure primarie:
 - *assistenza sanitaria di base (medicina generale - pediatria di libera scelta - continuità assistenziale)*
 - *assistenza specialistica ambulatoriale*
 - *assistenza domiciliare*
 - *assistenza residenziale e semiresidenziale*
 - *assistenza riabilitativa territoriale extraospedaliera*
 - *anziani e disabili*
 - *sanità penitenziaria*
- Area dei servizi:
 - *assistenza farmaceutica*
 - *assistenza protesica*
 - *servizi amministrativi*
 - *CUP*
 - *assistenza sociale*



- Area cure palliative e terapia del dolore
 - *cure palliative*
 - *terapia del dolore*

2.6 Il Direttore del Distretto

Il Direttore del Distretto, nominato in base all'art. 3-sexies, comma 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., svolge ed assicura prioritariamente le seguenti funzioni:

- coordina le attività produttive gestite direttamente o indirettamente dal distretto;
- promuove e presidia l'integrazione organizzativa tra le strutture territoriali per la garanzia di un coordinato svolgimento dei percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale.

Limitatamente alle funzioni di integrazione, facenti capo istituzionalmente alla figura del Direttore del Distretto (rif. D.Lgs 502/1992, art. 3-sexies), si determina un rapporto di sovra ordinazione funzionale del medesimo nei confronti dei responsabili delle strutture territoriali analogamente alla figura del Direttore medico di Presidio nei confronti delle strutture ospedaliere.

Il Direttore del Distretto si avvale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), come previsto e disciplinato dall'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., a cui partecipano di diritto anche i dirigenti responsabili delle aree territoriali sub-distrettuali configurati come struttura semplice per come sopra indicato.

Nella nostra proposta trattandosi di un unico distretto aziendale non si pone alcun problema di coordinamento interdistrettuale che viene garantito dalla Direzione del distretto unico aziendale assicurando omogeneità ed equità di procedure, criteri gestionali/valutativi e percorsi nello svolgimento delle funzioni territoriali e distrettuali, fermi restando gli orientamenti programmatici connessi alle specificità del fabbisogno delle diverse aree subdistrettuali e tenuto conto degli indirizzi, degli obiettivi e del budget annualmente assegnati al distretto unico dell'ASP.

Inoltre, il direttore del distretto partecipa quale componente alla Direzione Aziendale Allargata (DAA) di cui il management aziendale ha previsto di dotarsi quale adeguato strumento organizzativo dell'integrazione, peraltro già previsto dallo stesso DCA 76/2015, le cui finalità e funzioni sono sinteticamente riportati nella sezione prima del presente documento e che saranno definiti nei loro aspetti organizzativi e di funzionamento in sede di redazione del nuovo Atto Aziendale.

Il direttore del distretto costituisce, inoltre, il riferimento univoco:

- per la Direzione Aziendale, per gli ambiti di attività dell'assistenza distrettuale e territoriale;
- per il raccordo con i produttori di servizi pubblici (AO/AOU, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Strutture Complesse e Semplici dell'ASP) e privati accreditati, ai fini della programmazione congiunta in relazione al fabbisogno del territorio, nonché agli obiettivi e al budget annualmente assegnati dall'Azienda nell'ambito del Piano delle Performance per le attività territoriali/distrettuali;
- per il raccordo con l'area socio-assistenziale ai fini della programmazione e gestione congiunta delle attività afferenti all'area socio-sanitaria anche con i Comuni.

2.7 Il Sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali

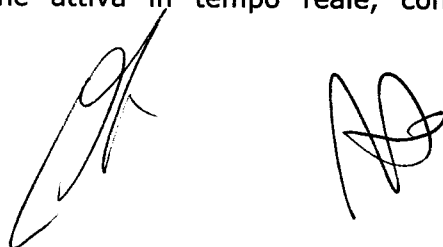
Il supporto informativo necessario per l'ottimale funzionalità del Distretto può essere distinto in due tipologie:

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

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

La nuova organizzazione del Distretto presuppone l'esistenza delle seguenti condizioni:

1. che la struttura distrettuale abbia un accesso mirato al S.I. attraverso cruscotti specifici relativi ai propri residenti, contenenti gli indicatori e le misure definite nel Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) di cui al punto successivo, relativamente alle attività di competenza del Distretto;
2. che la struttura distrettuale possa procedere ad un dialogo informatizzato con le altre strutture dell'ASP e del SSR per una gestione attiva in tempo reale, con particolare riferimento:



- agli assistiti segnalati dall'ospedale, per i quali si rende necessaria l'attivazione di percorsi che prevedono cure domiciliari, inserimenti in strutture residenziali/semiresidenziali sociosanitarie oppure dei follow up ambulatoriali nel sistema della cure primarie;
- alla gestione dei PDTA per pazienti cronici, che prevede contatti periodici in cui il sistema sanitario territoriale (infermiere del distretto o della rete AFT/UCCP) contatta l'assistito per l'esecuzione delle previste prestazioni diagnostiche/terapeutiche, come calendarizzate nel rispettivo Piano individuale definito con il MMG e/o gli specialisti ospedalieri e territoriali;
- alla gestione delle risorse disponibili presso tutti i punti di erogazione del sistema sanitario pubblico e privato accreditato per ottimizzarne l'uso a risposta dei fabbisogni.

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

La Regione Calabria con il progetto regionale SIGEMONA, di informatizzazione territoriale, segue nel suo impianto, la logica di processo descritta nel paragrafo precedente, proponendo un modulo di accesso ai servizi (PUA), un modulo dedicato alla valutazione multidimensionale ed uno relativo ai servizi di erogazione.

Il sistema informativo correlato al Progetto SIGEMONA, con la finalità di creare un sistema informativo dedicato alla sanità territoriale, si ispira alla logica di processo delineato con il DPGR n. 12/2011, estendendola ai differenti tasselli assistenziali afferenti a tale livello di assistenza.

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

L'informazione, una volta gestita a livello di front office, è pronta per essere lavorata nella componente back office del medesimo modulo PUA.

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

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

- *modulo ADI* (da cui si genera il flusso SIAD)
- *modulo ADP* (assistenza domiciliare programmata)
- *modulo Residenzialità* (da cui si genera il flusso FAR)
- *modulo Salute Mentale* (da cui si genera il flusso SISM)
- *modulo Consultori*
- *modulo Neuropsichiatria Infantile*
- *modulo Cure Palliative*
- *modulo NAD*

2.8 Il Programma delle Attività Territoriali (PAT)

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il Distretto definisce il Programma delle Attività Territoriali o distrettuali (PAT), coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Tale Programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione sanitaria e socio sanitaria ha durata coincidente con quella del P.O. regionale e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio e del piano della performance 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, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate. In fase di prima attuazione, compatibilmente con i tempi di approvazione del presente piano da parte della regione il PAT dovrà essere adottato entro il 31.12.2016 e riguarderà l'attività dell'anno 2017.




Contestualmente all'adozione del bilancio aziendale e del piano della performance, il PAT verrà aggiornato ed integrato con la programmazione triennale.

Il PAT comprende, in appositi capitoli, anche la pianificazione delle attività dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali, con particolare riferimento a quelle svolte a livello distrettuale.

A tal fine il PAT sarà orientato ad armonizzare eventuali indirizzi e priorità specifiche di un'area distrettuale con gli obiettivi fissati della pianificazione nazionale, regionale e aziendale della materia.

Il PAT individua inoltre, sulla base di indicatori misurabili le modalità di verifica e valutazione degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività.

Il PAT rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali gestiti dai Comuni singoli o associati, al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento.

Il PAT è proposto dal Direttore del Distretto, sulla base degli obiettivi specifici e delle risorse assegnate (budget), previa negoziazione e coordinamento con i responsabili delle strutture territoriali competenti nelle diverse aree di attività e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

La proposta di Programma, corredata del parere del Comitato dei Sindaci di Distretto/Conferenza dei Sindaci è trasmessa al Direttore Generale per i successivi adempimenti.

2.9 Il riordino delle forme organizzative dell'assistenza primaria sul territorio

Nell'ambito degli interventi di riordino dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, la normativa nazionale sottolinea l'esigenza di procedere ad incisivi interventi di riorganizzazione del sistema delle cure primarie con l'obiettivo di promuovere una medicina di territorio:

- sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario;
- che rivesta, agli occhi dei cittadini, la stessa autorevolezza dell'ospedale attraverso reti capillarmente diffuse sul territorio;
- fondata sulla sistematica interazione tra i medici di famiglia, i servizi specialistici, l'area infermieristica e l'area socio-sanitaria, quale modello di riferimento per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza a favore delle malattie croniche.

L'obiettivo da perseguire è, in sostanza, quello di "rimodellare" l'organizzazione territoriale dell'assistenza primaria favorendo forme associative sempre più integrate e multiprofessionali, onde realizzare la presa in carico globale del paziente, spostandone l'asse assistenziale sul territorio e lasciando al presidio ospedaliero la gestione delle acuzie e delle complessità diagnostico terapeutiche.

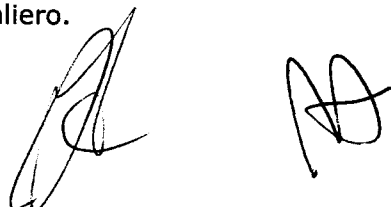
Il disegno strategico di riordino dell'assistenza primaria mira altresì a promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla sanità di "attesa", improntata sulla gestione della malattia quando questa si presenta a quella di "iniziativa", improntata sulla gestione della malattia in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, attraverso la valorizzazione:

- dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti;
- delle iniziative di promozione ed educazione alla salute.

Il quadro normativo di riferimento nazionale e regionale

Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria trae i propri indirizzi dalle seguenti norme nazionali e regionali:

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29.7.2009, artt. 26 bis e 26 ter, che introduce la disciplina delle nuove forme organizzative:
 - aggregazioni funzionali territoriali (AFT), finalizzate all'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG/PDLS per il conseguimento degli obiettivi di assistenza;
 - unità complesse di cure primarie (UCCP), finalizzate ad assicurare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e di diagnostica di base, realizzando nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 per tutti i giorni della settimana e garantendo un'effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare dai pazienti cronici, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso ospedaliero.



- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali 29.7.2009, art. 30 bis.
- Legge n.189 dell'8.11.2012, art. 1 che, nell'individuare gli interventi finalizzati al riordino dell'assistenza sanitaria territoriale in forma integrata con il sociale e con i servizi ospedalieri, disciplina l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP) delle cure primarie.
- "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" di cui all'Accordo Stato-Regioni del 7.2.2013 che disciplina gli interventi finalizzati ad assicurare la continuità delle cure primarie nell'arco dell'intera giornata.
- Patto della Salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014, art. 5 – assistenza territoriale – che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo strategico dei distretti sanitari, sia del sistema delle cure primarie, con l'istituzione delle UCCP e delle AFT e il loro orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi.
- Decreto n. 70/2015, Regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5.8.2014, che prevede che le Regioni riorganizzino la rete ospedaliera in base al modello hub & spoke e che contestualmente procedano al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali, quale intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio e un utilizzo appropriato dell'ospedale.
- Piattaforma SISAC per il rinnovo dell'ACN MMG/PDLS/SAI limitatamente alla parte normativa, presentata ad aprile 2014, laddove si prevede, il *"superamento di tutte le forme organizzative esistenti nel sistema delle cure primarie e la loro sostituzione con le A.F.T. e U.C.C.P."*, nonché *"il riutilizzo, secondo modalità definite dalle Regioni, delle indennità e degli incentivi oggi erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo (es. associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale), allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle A.F.T. e delle U.C.C.P., in un quadro di invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati"*.

A livello regionale, in attesa di specifiche linee di indirizzo strategico regionale per le proposte attuative aziendali, il riordino dell'Assistenza primaria è delineato nell'ambito dei seguenti DCA adottati dal Commissario ad acta:

- DCA n. 14 del 2.4.2015, recante "Approvazione Programma Operativo 2013-2015" collegato al Piano regionale di rientro, che nell'ambito del Programma 14 - Riequilibrio Ospedale-Territorio, Intervento P14.5) prevede la riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo.
- DCA n. 76/2015 recante "Riequilibrio Ospedale territorio - Approvazione documento di riorganizzazione della rete Territoriale" punto 2.3 relativo alle cure primarie, all'implementazione della rete delle cure primarie, agli strumenti per l'integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale e alle azioni di riorganizzazione delle AFT e UCCP e delle Case della Salute.

2.10 Dalle attuali forme associative dell'assistenza primaria alle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria

Nella nostra realtà aziendale l'attuale articolazione dell'assistenza primaria e delle relative forme associative sul territorio è sintetizzata nell'tabella che segue.

% Adesioni a forme associative dei MMG			
% Ass. Semplice	% Ass. Rete	% Ass. Gruppo	% Ass. Mista
44.2%	6.9%	14.3%	0.0%

% Adesioni a forme associative dei PLS		
% Ass. Semplice	% Ass. Rete	% Ass. Gruppo
59.5%	11.4%	4.0%

Il nuovo quadro programmatico regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria, esito del

perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni in conformità a quanto previsto dalla L. n. 189/2012 (c.d. "legge Balduzzi").

Nel dettaglio le nuove forme organizzative dell'assistenza primaria sono team multi professionali, costituite da medici e pediatri di famiglia, specialisti ambulatoriali, medici della continuità assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- erogano un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7;
- sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Vengono, pertanto, a costituire il fulcro su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale. Inoltre per perseguire l'obiettivo di equità ed uniformità nella erogazione dell'assistenza su tutto il territorio, si pone la necessità di definire uno strumento unico con cui esplicitare criteri di qualità ed obiettivi da perseguire valido per l'intera regione.

Allo scopo vengono specificati i seguenti criteri:

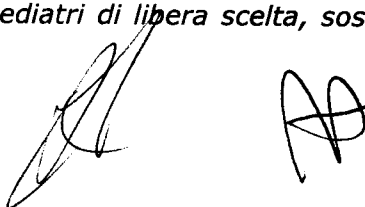
- ciascuna nuova forma organizzativa dell'assistenza primaria (UCCP e AFT correlate) dovrà essere disciplinata da uno specifico "Contratto di esercizio tipo", conformemente ad apposito schema di riferimento elaborato a livello regionale, inoltre, dovrà concorrere alla tenuta economico-finanziaria del Sistema, precisando che gli indicatori e gli standard di sostenibilità economica saranno correlati agli obiettivi assegnati alle ASP, definiti con specifico provvedimento della struttura commissariale.
- nell'ambito dell'assistenza ai malati cronici e della implementazione dei PDTA sarà elaborato a livello regionale un elenco di indicatori, da cui ogni ASP selezionerà un set di indicatori più rilevanti a livello locale e definirà i relativi pesi e i valori soglia più appropriati. La lista degli indicatori verrà sottoposta a revisione annualmente.
- l'integrazione con le professioni sanitarie, i medici di continuità assistenziale e gli specialisti (dipendenti e convenzionati) dovrà essere realizzata secondo l'organizzazione aziendale e conformemente ai PDTA che definiscono il ruolo di ciascun soggetto e i relativi indicatori.
- la sede unica o di riferimento della UCCP costituisce a tutti gli effetti un *presidio territoriale*, attorno cui vengono organizzate le risorse distrettuali (personale infermieristico, specialisti, assistenti sociali, ecc.) al fine di gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento.
- Inoltre, conformemente a quanto disposto dalla stessa L. n. 189/2012, risulta strategico provvedere alla all'implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali organizzazioni funzionali, caratterizzate dall'appartenenza obbligatoria dei Medici Convenzionati, che assumono funzioni di programmazione e coordinamento, rappresentano cioè una sorta di "regia" per il confronto, la condivisione dei PDTA e l'implementazione dell'audit tra le forme associative (team multiprofessionali) presenti nel proprio ambito di riferimento. Il criterio di programmazione prevede di norma una AFT ogni 25.000 abitanti fatte salve le specificità delle aree a bassa densità abitativa.

2.10.1 UCCP-AFT. Prime proposte operative aziendali per l'evoluzione verso le nuove forme organizzative dell'assistenza primaria.

Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria, nella configurazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito AFT) e di Unità Complesse di Cure Primarie (di seguito UCCP), come individuate e definite dalla vigente normativa nazionale, sono tendenzialmente destinate a garantire, nel nuovo disegno organizzativo della rete territoriale, l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio, attraverso la gestione collaborativa ed integrata del paziente e dei suoi percorsi assistenziali.

Nell'ottica di realizzare l'uniformità assistenziale su tutto il territorio, in coerenza con le strategie di governo e di programmazione aziendale e distrettuale, le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria sono destinate a sostituire, in un disegno di rete organicamente articolato e accessibile nelle diverse aree del territorio, coordinato con il livello ospedaliero, tutte le forme associative monoprofessionali e multiprofessionali, gestionali e funzionali, oggi esistenti nel panorama territoriale della nostra ASP.

Come previsto dal Patto per Salute, art. 5, comma 3, "entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN" e comunque entro il periodo di vigenza del Patto (2016), "le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sostituendo le



diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni".

In attesa di specifiche linee strategiche regionali che al riguardo saranno adottate l'ASP di Crotone, tenuto conto dei primi indirizzi al riguardo contenuti nel DCA 76/2015 e tenuto conto delle disposizioni normative nazionali che rappresentano comunque il tendenziale riferimento per la definizione della piattaforma relativa ai nuovi Accordi Collettivi nazionali e integrativi regionali per i professionisti convenzionati, ai quali si rinvia per tutto quanto non definito nella presente proposta, con la presente proposta intende fornire specifici elementi per la strutturazione organizzativa e di funzionamento delle AFT e delle UCCP nel territorio dell'ASP per come di seguito indicati.

Proposta per Aggregazioni Funzionali Territoriali MMG//PDLS (AFT)

Le Aggregazioni funzionali territoriali sono definite quali reti monoprofessionali (MMG/PDLS) "che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi" (L. n. 189/2012, art. 1, co.1).

Il modello organizzativo che viene qui proposto è parte del processo di implementazione della rete territoriale, sostiene lo sviluppo delle forme associative più evolute al fine di acquisire il maggior numero possibile di assistiti e garantire una risposta appropriata, lungo le 12 ore, alle richieste dei pazienti, in ogni parte del territorio del distretto.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT svolgono funzioni di coordinamento, e non di erogazione, tra gli studi medici in esse presenti. Con le Aggregazioni Funzionali Territoriali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

L'Azienda propone di individuare le AFT in relazione ai seguenti criteri: riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale; popolazione assistita non superiore a 25.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 10/15, organizzati in team.

L'estensione territoriale della AFT risulterà dalla convergenza di due fattori: limitazione all'estensione al fine di facilitarne l'accessibilità; caratteristiche morfologiche del territorio (urbano, rurale, montano).

La AFT è costituita con atto del Direttore Generale, previo parere del Comitato Aziendale. La delibera individuerà i nominativi dei MMG facenti parte della AFT. Entro trenta giorni dalla costituzione della AFT, i medici che ne fanno parte designano, mediante consultazione avviata dalla Azienda, il Medico coordinatore che sarà nominato dal Direttore Generale, in base alle procedure definite nel Comitato aziendale. L'AFT è composta da un numero di medici (MMG/PDLS) compreso fra i 10 e i 15.

La popolazione assistita afferente a ciascuna AFT non è superiore a 25.000 abitanti e rappresenta il bacino d'utenza dei medici che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti dei singoli medici.

Nella realtà urbana del Comune di Crotone sarà possibile prevedere aggregazioni anche maggiori, mentre nelle realtà territoriali montane o a scarsa densità abitativa potranno essere previste organizzazioni più snelle ed articolate, tali comunque da garantire la completa copertura assistenziale anche nelle aree più disagiate del territorio.

Ogni AFT è funzionalmente collegata ad una UCCP: ovvero l'UCCP assicura l'erogazione delle prestazioni di medicina generale (MMG/PDLS) tramite le AFT alla stessa collegate, garantendo la copertura assistenziale su tutto il territorio distrettuale h 24 tramite il coordinamento operativo con il servizio di Continuità assistenziale (ex Guardia Medica).

In particolare l'AFT deve garantire le seguenti funzioni e attività:

- assistenza ambulatoriale e domiciliare a favore della popolazione in carico ai MMG/PDLS che la compongono;
- l'applicazione dei PDTA definiti a livello regionale, aziendale e distrettuale a favore dei pazienti affetti da patologie croniche;
- interrelazione con tutti i professionisti del sistema sanitario (dipartimenti e strutture territoriali e ospedaliere) e con l'area socio-assistenziale, al fine di assicurare la continuità di cura agli assistiti, con particolare riferimento ai percorsi post dimissioni ospedaliere.

Proposta per Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

Le Unità complesse di cure primarie sono costituite da reti multiprofessionali, operanti in sedi uniche sotto forma di strutture polifunzionali territoriali dotate di strumentazione di base per la diagnostica di primo livello (h 12), facenti capo al Distretto al quale ne compete il governo e la gestione organizzativa.

Le UCCP operano attraverso il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle Cure primarie, dell'area specialistica territoriale, della prevenzione, dell'area infermieristica, dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale e, a garanzia della copertura h 24, della C.A. (ex G.M.).

Le UCCP operano in forma integrata, nell'ambito ed in coerenza con la programmazione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario distrettuale, al fine di:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali a livello ambulatoriale e domiciliare (MMG/PDLS tramite le AFT), delle prestazioni specialistiche (tramite le AFT previste dall'art.30 bis del vigente ACN), delle attività infermieristiche, tecnico-sanitarie, socio-sanitarie e diagnostica di base;
- garantire l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco dell'intera giornata, nelle tre declinazioni:
 - gestionale, grazie all'interazione fra l'area della medicina generale (articolata nelle AFT), il servizio di C.A. e l'area della medicina specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
 - relazionale, attraverso la presa in carico e il governo del percorso, avvalendosi di un approccio proattivo e d'iniziativa, dal territorio all'ospedale e viceversa, nella fase post dimissione ospedaliera, che si concretizza nell'ambito di protocolli operativi condivisi, definiti dal distretto con le aree:
 - della medicina specialistica e della prevenzione,
 - dell'emergenza-urgenza,
 - socio-sanitaria e socio-assistenziale;
 - informativa/informatizzata, in quanto l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale avviene in forma integrata nella rete telematica aziendale, garantendo così il collegamento e la condivisione delle informazioni cliniche riguardanti il paziente ed i relativi percorsi in essere, con le altre strutture ospedaliere e territoriali, tra cui ovviamente le AFT e i servizi di Continuità assistenziale.

Le professionalità coinvolte nelle UCCP sono:

- MMG/PDLS/MC
- Specialisti ambulatoriali interni e specialisti ospedalieri
- Personale dell'area infermieristica, tecnico-sanitaria, socio-sanitaria, socio assistenziale
- Personale amministrativo.

Il coinvolgimento degli specialisti nel contesto dell'Assistenza primaria è rivolto a garantire la continuità tra il livello primario e secondario dell'assistenza, nell'ottica di un approccio sistemico fondato sull'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare nell'ambito di protocolli diagnostico-terapeutici predefiniti (PDTA).

Proposta di articolazione territoriale UCCP

L'articolazione territoriale delle UCCP proposta per la nostra Azienda prevede:

- una o più sedi di riferimento aziendale istituite in ambito distrettuale utilizzando strutture aziendali già esistenti (si veda il dettaglio della proposta operativa in seguito indicato);
- eventuali altre sedi accessorie dislocate sul territorio distrettuale in ciascuna area sub distrettuale e collegate telematicamente alla sede centrale. I relativi ambiti operativi devono essere coincidenti con quelli di una o più AFT, garantendo la copertura dell'intero territorio, con particolare riferimento alle aree montane e/o a bassa densità abitativa.

L'UCCP si sviluppa in strutture agevolmente accessibili e fruibili da parte degli utenti, individuate dalle ASP, in ambito distrettuale, nel seguente ordine di priorità:

- Presidi territoriali aziendali oggetto di riconversione;
- Poliambulatori distrettuali;
- Casa della Salute di Mesoraca di cui alla specifica programmazione regionale;
- Altre strutture aziendali, comunali o comunque pubbliche;

Le singole UCCP potranno avere una complessità organizzativa e prestazionale diversa a seconda del contesto in cui gravitano.

Nella tabella che segue è riportata la proposta di articolazione territoriale delle UCCP/AFT nell'ambito del distretto unico aziendale.



ASP CROTONE						
PROPOSTA NUOVE FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA						
Distretto Unico Aziendale	Area Territoriale sub distrettuale	Comuni	Popolazione	Nuove forme organizzative assistenza primaria (tipologia – sede - numero)		
				UCCP	SEDE	AFT
	Area Crotone	Crotone	60.586	1	Crotone Poliambulatorio Tufolo/Corso Messina	3
		Belvedere Spin.	44.203	1	Isola Capo Rizzuto Poliambulatorio	3
		Caccuri				
		Castelsilano				
		Cerenzia				
		Cutro				
		Isola Capo Rizzuto				
		Rocca di Neto				
		San Mauro				
		Savelli				
		Scandale				
	Area Cirò Marina	Carfizzi	40.093	1	Cirò Marina Poliambulatorio	2
		Casabona				
		Cirò				
		Cirò Marina				
		Crucoli				
		Melissa				
		Pallagorio				
		San Nicola dell'Alto				
		Strongoli				
		Umbriatico				
		Verzino				
	Area Mesoraca	Cotronei	27.492	1	Mesoraca Casa della Salute	1
		Mesoraca				
		Petilia Policastro				
		Roccabernarda				
Santa Severina						
Totale Distretto Unico			172.374	4	-	9

Attività e funzioni erogate dall'UCCP

Come stabilito dall'art.5, comma 4 del Patto per la Salute, l'UCCP è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT ed i MMG/PDLS che le compongono.

Nell'ambito dell'UCCP vengono erogate le seguenti attività:

- assistenza primaria (MMG/PDLS), tramite le relative AFT alla stessa funzionalmente collegate, negli orari diurni 8-20 dei giorni feriali;
- continuità assistenziale (ex guardia medica) con orario durante le ore notturne 20-8, nei giorni festivi 8-20 e prefestivi 10-20;
- attività specialistica ambulatoriale sulla base dei bisogni dei pazienti relativi allo specifico bacino d'utenza;
- diagnostica strumentale di primo livello a supporto dell'attività dei medici operanti nell'ambito della rete UCCP/AFT, anche correlate al percorso di presa in carico del paziente e all'erogazione di PDTA per patologie croniche;
- punto prelievi della rete laboratorio;

- servizi infermieristici ambulatoriali, territoriali e domiciliari, in rapporto numerico da individuare sulla base dei bisogni di salute, delle attività istituite e dei modelli organizzativi e assistenziali orientati ad un approccio proattivo nella gestione di persone con patologie croniche;
- sportello unico socio-sanitario (con la presenza e l'integrazione con i servizi sociali), operante secondo le modalità di raccordo con la rete dei servizi socio-assistenziali;

Le prestazioni erogabili dall'UCCP si distinguono in:

- Prestazioni ordinarie di assistenza primaria, come previste e disciplinate dall'ACN e dagli AIR, erogate tramite le reti AFT funzionalmente collegate, per la presa in carico dei pazienti;
- prestazioni sanitarie ambulatoriali (diagnostiche/specialistiche), riconducibili alle classi di priorità previste dalla vigente normativa regionale;
- prestazioni sanitarie programmate a favore di pazienti fragili affetti di patologie croniche;
- prestazioni dell'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle cure domiciliari e all'assistenza residenziale, tramite le AFT funzionalmente collegate e nell'ambito degli obiettivi e dell'organizzazione definita a livello aziendale e distrettuale.

2.10.2 Collegamenti operativi fra le cure primarie e le altre reti aziendali

Il collegamento fra la rete UCCP/AFT e le altre reti produttive aziendali viene condiviso e disciplinato, attraverso la funzione distrettuale di interfaccia e di coordinamento, nell'ambito di appositi protocolli operativi che coinvolgono:

- la rete dell'emergenza-urgenza aziendale;
- l'area specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con l'obiettivo di definire percorsi integrati fra le aree specialistiche ambulatoriali del distretto e dell'ospedale in modo tale da:
 - garantire la presa in carico e la continuità assistenziale del paziente;
 - assicurare l'appropriato svolgimento dei PDTA a favore della popolazione fragile e/o affetta da patologie croniche;
- l'area socio-sanitaria, per la garanzia dell'erogazione delle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione, con particolare riferimento alla domiciliarità e residenzialità per persone non autonome e/o non autosufficienti;
- l'area dell'assistenza farmaceutica territoriale per le attività previste nell'ambito della consegna dei farmaci a domicilio del servizio farmaceutico territoriale;

2.10.2.1 Il collegamento operativo con il Sistema di Emergenza/Urgenza e l'interazione con il Servizio di Continuità Assistenziale(CA)

La rete UCCP/AFT non svolge attività di emergenza ed urgenza: quindi non è un punto della rete dell'emergenza ospedaliera e/o territoriale.

Operando nell'area delle cure primarie, l'UCCP e le AFT alla stessa collegate sono tuttavia destinate ad intercettare quelle situazioni che presentano problematiche risolvibili in forma più appropriata a livello ambulatoriale tramite la rete dell'assistenza primaria coordinata con la rete specialistica aziendale.

Per l'efficace operatività di tale collegamento devono essere definiti a livello aziendale o interaziendale protocolli condivisi che disciplinino l'interfaccia fra la rete delle cure primarie, articolata nelle UCCP e relative AFT ed il sistema di emergenza/urgenza, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione del fascicolo sanitario del paziente.

Con particolare riferimento alla condivisione informatizzata dei dati clinici, è essenziale:

- che le informazioni contenute nella scheda sanitaria del MMG possano essere condivise per via telematica con il sistema informativo dell'emergenza-urgenza;
- che al tempo stesso i referti clinici del sistema emergenza-urgenza (DEA) siano acquisibili per via informatica e in tempo reale dal sistema delle cure primarie.

Per i pazienti che presentano sintomatologie tali da non escludere un possibile rischio evolutivo e quindi la necessità di trattamenti urgenti e/o complessi, la rete UCCP/AFT attiva la rete dell'emergenza/urgenza che espletterà l'intervento secondo i protocolli operativi vigenti, per la stabilizzazione e per l'eventuale ospedalizzazione presso la struttura più idonea, per il proseguimento delle cure in considerazione del quadro clinico evidenziato.

Le strategie finalizzate al riordino della rete territoriale, per poter generare concretamente un'adeguata ed efficace risposta in grado di intercettare il bisogno espresso dai cittadini, necessitano di essere supportate con idonei strumenti che agevolino lo scambio delle informazioni e l'interfaccia in tempo reale non solo fra le reti sanitarie e socio-sanitarie ma anche fra i cittadini e le reti stesse.




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

Tale numero, oltre che dedicato al servizio di cure mediche da erogarsi negli orari di competenza della C.A., è destinato a rappresentare anche un valido riferimento sia per i pazienti e le loro famiglie sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio nonché per gli operatori dell'ospedale, al fine di agevolarne e supportarne i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

Nell'ambito del nuovo programma operativo 2013-2015 di cui al DCA n. 14/2015, tra l'altro, sono state poste le basi per la riorganizzazione del sistema regionale di C.A., in coerenza con le misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico-finanziario poste in essere nell'ambito della programmazione regionale.

Nell'ambito di tale provvedimento, il programma n. 15.1.2 prevede espressamente i seguenti interventi:

- *la riorganizzazione delle postazioni operative di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) esistenti sul territorio regionale*, sentite le OO.SS. di categoria più rappresentative a livello regionale, favorendone la progressiva integrazione organica con la rete del 118 e con la rete delle cure primarie;
- definizione di linee guida cliniche ed organizzative per l'erogazione uniforme sul territorio regionale del servizio di C.A.; promozione di adeguati piani formativi per i medici di C.A.;
- *"la centralizzazione delle chiamate ad un numero unico verde regionale afferente alle Centrali Operative del Servizio di Continuità Assistenziale e la loro allocazione presso le Centrali Operative 118, secondo l'assetto già ridefinito, pur mantenendo la piena autonomia organizzativo-funzionale dei rispettivi Servizi aziendali"*

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

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

La centralizzazione delle chiamate di C.A.

Con l'attivazione del numero unico europeo 116117 destinato al servizio di cure mediche non urgenti, ad avvenuta definizione del sopra citato modello di riferimento, le chiamate di C.A.

confluiranno, su tutto il territorio regionale, sulle Centrali Operative (di seguito: C.O.) collegate alla piattaforma tecnologica 118.

Il numero unico 116117 si affiancherà pertanto al 118, utilizzando la medesima piattaforma tecnologica, per chiamare la C.A. territoriale.

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

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

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

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

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

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

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

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

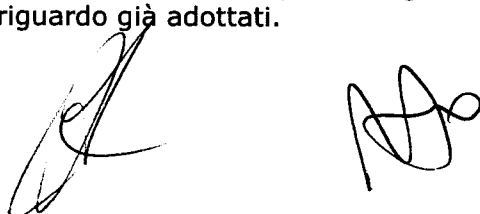
Rispetto alle chiamate indicate al punto a., rientranti nell'ordinario servizio di competenza della C.A., il servizio provvisorio provvede alla gestione clinica della richiesta e pertanto la C.O. che riceve le chiamate procede al loro smistamento sulle singole postazioni territoriali di C.A.

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

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

La proposta per la riorganizzazione del Servizio di C.A.

Contestualmente all'avvio della fase sperimentale come descritta al punto che precede, occorre in ogni caso procedere alla riorganizzazione dei servizi di C.A. al fine di pervenire ad una più corretta distribuzione degli stessi sul territorio aziendale per come, peraltro già stabilito nei provvedimenti regionali del Commissario ad acta al riguardo già adottati.



Partendo dall'attuale articolazione territoriale della C.A., e tenendo conto del nuovo assetto distrettuale e della rete delle cure primarie come delineato nei paragrafi precedenti, occorre perseguire le seguenti strategie di riordino del servizio di C.A.:

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

Il nuovo disegno organizzativo deve tendere a costituire una rete complessiva, integrata e coordinata, dell'Assistenza primaria sul territorio.

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

Altri elementi di razionalizzazione previsti sono quelli relativi ad una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, riorganizzando il servizio secondo le previsioni programmatiche delle postazioni di continuità assistenziale previste dalla programmazione regionale a fronte delle attuali 31 postazioni oggi attive per come specificato nella tabella che segue.

Riordino Postazioni Continuità Assistenziale (CA) ASP Crotone

Abitanti (ISTAT 2011)	Numero Comuni	N. Postazioni Attuali	N. Postazioni Programmate I° Step	N. Postazioni Programmate II° Step
174.605	27	31	29	27

2.10.2.2 Il collegamento operativo con i servizi territoriali dell'ASP

La rete dei servizi territoriali dell'Azienda si compone, oltre che dei servizi e delle attività del Distretto unico, di una serie di servizi territoriali cui sono affidati compiti specifici per i quali è necessario mantenere una dimensione organizzativa aziendale. In base alle caratteristiche delle funzioni svolte si distinguono: - dipartimenti territoriali, servizi territoriali aziendali, area della continuità ospedale/territorio.

A. I dipartimenti territoriali e le correlazioni con il Distretto

Esistono articolazioni del servizio sanitario aziendale che svolgono funzioni sanitarie e socio sanitarie caratterizzate dall'esistenza di linee progettuali specifiche di derivazione nazionale o regionale, (Piano Nazionale di Prevenzione, Progetto Obiettivo Materno Infantile, Piano Nazionale Salute Mentale, Piano nazionale Dipendenze Patologiche, ecc.) che comportano la finalizzazione delle attività al raggiungimento di obiettivi generali comuni.

Per questo i servizi che operano in questi ambiti svolgono funzioni sia di produzione di interventi sia di elaborazione per la progettazione locale e concorrono alla pianificazione territoriale di competenza dei distretti armonizzando i propri piani locali specifici con le priorità derivanti dalla pianificazione distrettuale (PAT, ecc.).

Di seguito vengono descritte le principali linee di riordino previste per i Dipartimenti Territoriali nella nostra ASP che saranno, ovviamente meglio definiti sul piano organizzativo e del loro funzionamento nel nuovo atto aziendale.



Dipartimento di Prevenzione (DP)

Le politiche di prevenzione e di promozione della salute e tutti gli interventi sanitari previsti per questa funzione sono indicati dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP).

Il provvedimento costituisce atto valutabile in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza (ex art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni rep. atti 2271), nonché atto necessario all'attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015.

Il PRP impegna l'Azienda alla predisposizione e alla realizzazione di un Piano locale della Prevenzione (PLP) finalizzato all'attuazione degli obiettivi stabiliti dalle linee progettuali approvate.

Il PRP contiene anche un apposito capitolo dedicato alla governance di questa funzione che prevede, tra l'altro, una revisione organizzativa da attuarsi nel corso del 2015.

A tal fine si indicano le principali direttrici di tale riordino:

- tutte le funzioni di prevenzione esercitate dal servizio sanitario vanno ricomprese nell'ambito della pianificazione regionale e locale della prevenzione;
- per sostenere la pianificazione locale della prevenzione e armonizzarla con quella territoriale del distretto l'azienda attribuisce una specifica responsabilità e specifici obiettivi al DP;
- tutte le articolazioni organizzative territoriali che esercitano funzioni e che erogano prestazioni di prevenzione, anche se localizzate nelle sedi territoriali del distretto, sono ricondotte nell'ambito del DP ivi comprese tutte le funzioni e i servizi di Medicina Legale;
- per gli interventi che richiedono la collaborazione dei servizi di prevenzione con entità organizzative esterne al DP (ad esempio con le strutture diagnostiche specialistiche per l'esecuzione degli screening) saranno elaborati specifici progetti finalizzati di attività (con indicazione delle responsabilità, delle risorse e delle metodi di valutazione) evitando la costituzione di articolazioni organizzative specifiche (anche solo funzionali);
- lo sviluppo delle funzioni distrettuali definito con il presente documento di proposta consentirà l'identificazione e la sperimentazione di forme più avanzate di integrazione tra le strutture organizzative distrettuali e quelle della prevenzione in particolare negli ambiti di erogazione delle prestazioni di prevenzione rivolte alle persone.

Il nuovo atto aziendale stabilirà in modo dettagliato l'articolazione dei servizi e delle strutture che compongono il DP.

Dipartimento Materno Infantile (DMI)

Dal punto di vista sanitario, nell'area materno-infantile (MI), trovano posto attualmente: I Consultori familiari, le Strutture ospedaliere di ostetricia e ginecologia, le Attività specialistica ostetrica di poliambulatorio, i Punti-nascita, TIN, Strutture di pediatria, Strutture di NPI, Pediatria di famiglia, Pediatria di comunità, Consultori pediatrici, Consultori per adolescenti, servizi residenziali e semiresidenziali per minori (comunità terapeutiche, comunità riabilitative psicosociali, centri diurni, etc).

Dal punto di vista socio-assistenziale, i servizi per minori quali comunità educative residenziali, affidi, sostegno alla disabilità, ecc.

Dal punto di vista educativo, gli asili nido, scuole materne, scuole dell'obbligo, educativa di strada, ecc.

Le relazioni di rete con tutte le altre agenzie del territorio coinvolte sull'area MI sono garantite attraverso rapporti definiti e consolidati (Servizi sociali-Comuni, Scuole, Tribunale).

Gli ambiti di azione dell'area MI sono :

- assistenza alla coppia nella pianificazione familiare;
- assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio;
- assistenza al neonato sano e patologico;
- promozione e tutela della salute del bambino;
- promozione e tutela della salute dell'adolescente;
- assistenza al bambino con bisogni particolari e malattie croniche;
- riabilitazione dei minori;
- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici relativi all'infanzia ed alla donna.

La definizione dei tre percorsi basali (nascita, crescita, patologia cronica) e la loro collocazione all'interno di uno stesso ne permette il governo.

Dal punto di vista funzionale si formulano, per la razionalizzazione e il potenziamento delle azioni in corso, le seguenti linee di indirizzo:

- la domanda prevalente è una domanda di promozione della salute e di prevenzione (circa l'85% delle gravidanze sono fisiologiche, circa l'85% dei neonati nasce sano).

Per tale ragione risulta necessario:

- un potenziamento delle attività consultoriali attraverso un riconoscimento organizzativo adeguato e un'assegnazione di operatori che tenga conto delle funzioni ad esso attribuite (contraccezione compresa quella d'emergenza, ecografie ostetriche di 1° livello, applicazione 194, gravidanza fisiologica, prevenzione serena, prevenzione infezioni sessualmente trasmesse);
- un contenimento della medicalizzazione della gravidanza e del parto (% cesarei, % ecografie in gravidanza, % gravidanze seguite dall'ostetrica, etc)
- un'analisi territoriale dei Bilanci di salute svolti dai pediatri di famiglia lungo il percorso di crescita del bambino con obiettivi specifici effettuata dal DMI con la finalità di leggerli come indicatori di salute/di domanda di specialistica
- una ridefinizione della presa in carico pediatrica che riequilibri l'eccesso di ricorso al Pronto Soccorso/DEA ed alla ospedalizzazione inappropriata (anche determinata da obiettivi prestazionali errati quali il tasso di occupazione PL in reparti pediatrici).
- La domanda di cura nelle situazioni di patologia richiede un superamento delle modalità di risposta non integrate fra loro, ed in particolare:
 - il consolidamento e lo sviluppo della rete locale e interaziendale di presa in carico delle gravidanze a rischio con attenzione al PN cui riferire la donna per il parto;
 - la relazione tra l'attività specialistica degli Hub e gli operatori di riferimento del territorio (PdF,...) nelle patologie acute e croniche del minore.
 - l'integrazione delle diverse figure professionali (NPI, psicologi, logopedisti, fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, educatori...) all'interno di un unico luogo e con un unico coordinamento che garantisca al minore con patologia cronica ed alla sua famiglia risposte appropriate, condivise, anche in ottemperanza agli obblighi giuridici assegnati alla NPI.
- Relativamente alla NPI negli anni si è assistito (fonte dati Npi-Net/Smile) ad un incremento della domanda di salute con passaggio della prevalenza da un 5.75% (sulla pop 0-17) all'8.07% in 8 anni, con aumento della multimorbilità, cronicità e fragilità. Si ritengono, pertanto, definitivamente superate le modalità organizzative che non garantiscono l'azione coordinata dei servizi e delle professionalità coinvolte nella presa in carico del minore (ad esempio le NPI esclusivamente monoprofessionali).

In conseguenza della natura e delle caratteristiche delle funzioni descritte, sul piano organizzativo si indicano le seguenti linee di indirizzo:

- il DMI è dipartimento strutturale transmurale, integrato con modalità funzionale con i pediatri di famiglia, con le attività di psicologia dell'area materno-infantile e di RRF dell'età evolutiva, con i dipartimenti di prevenzione e con il distretto;
- il DMI, inoltre, nella nostra realtà regionale è configurato dipartimento interaziendale;
- il DMI programma la sua attività in base al profilo di salute della sua popolazione ed agli obiettivi regionale e aziendali.

Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze

E' l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio dall'ASP.

Il DSM è dotato di servizi per l'assistenza diurna (i Centri di Salute Mentale - CSM), servizi semiresidenziali (i Centri Diurni) servizi residenziali (strutture residenziali distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) e servizi ospedalieri (i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC e i Day Hospital). L'offerta assistenziale, nel caso specifico della nostra ASP è completata dalle strutture residenziali territoriali private accreditate.

Le principali direttrici funzionali di riordino per l'immediato futuro da meglio definire nei suoi aspetti organizzativi e di funzionamento con l'adozione del nuovo atto aziendale sono di seguito riportati:

- sviluppo della progettazione locale basate su una approfondita conoscenza dei bisogni di salute mentale e sulla identificazione di obiettivi di riabilitazione e inclusione sociale in condivisione con i diversi soggetti interessati (pazienti, famigliari, associazioni, enti locali, terzo settore, erogatori di servizi, ecc.);
- attuazione dei provvedimenti regionali finalizzati al riordino della materia, al miglioramento dei trattamenti e alla riduzione delle disomogeneità (in particolare completamento del programma di valutazione dei bisogni sanitari dei pazienti attualmente inseriti in strutture residenziali);
- completamento e pieno utilizzo del sistema informativo specifico con attivazione di sistemi di valutazione degli esiti e conseguenti strumenti di remunerazione delle attività realizzate;

- potenziamento delle attività domiciliari;
- completamento del percorso di superamento degli OPG per quanto di competenza aziendale.

Dal punto di vista organizzativo occorre perseguire:

- il raggiungimento dell'obiettivo di un posto letto in SPDC ogni 10.000 abitanti (con 16 letti per servizio) collocati esclusivamente nella rete ospedaliera pubblica. La funzione e l'organizzazione del SPDC è integrata con quella dei servizi territoriali dai quali dipende anche quando il servizio è strutturalmente inserito in un ospedale spoke come quello dell'ASP;
- la semplificazione della struttura del DSM rimuovendo le separazioni organizzative e amministrative.

L'atto aziendale stabilirà in modo dettagliato l'articolazione dei servizi e delle strutture organizzative che compongono il DSM, valutando la opportunità di rimodulare l'attuale organizzazione territoriale sulla base del nuovo distretto unico aziendale di cui alla presente proposta.

Dipendenze patologiche

L'accordo Stato Regioni del 15 marzo 1999 ha fornito indicazioni per la Riorganizzazione dei sistemi di assistenza ai Tossicodipendenti.

Le azioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle diverse forme di patologia delle Dipendenze sono disciplinate nella nostra regione dalla DGR che fornisce indirizzi per realizzare gli interventi in modo uniforme su tutto il territorio regionale.

Alla base di tali indirizzi si riconoscono:

- l'elaborazione del Piano Locale delle Dipendenze;
- la partecipazione alla valutazione dei bisogni anche tramite l'estensione della funzione di osservazione epidemiologica all'intero ambito della salute mentale;
- la definizione di un budget regionale e locale di spesa per la residenzialità;
- il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione dei diversi soggetti nella pianificazione e nell'uso delle risorse;

Lo sviluppo futuro richiede la individuazione di uno standard di intervento per tutti i servizi per la presa in carico dei cittadini che hanno problemi di abuso rispetto alle sostanze illegali, alle bevande alcoliche, al tabacco, problemi di dipendenza da comportamenti senza sostanze (gioco d'azzardo, internet ecc.), interventi di prevenzione rivolti sia verso una popolazione in cui non sono evidenti comportamenti a rischio, che ad un target in cui sono già in atto comportamenti problematici (scuole, luoghi di frequentazione della popolazione giovanile).

Dal punto di vista funzionale, le azioni e le esperienze si articolano in:

- attività clinica di diagnosi, trattamento e riabilitazione
- attività di prevenzione e interventi rivolti alla popolazione giovanile
- attività di prossimità, riduzione del danno e di prevenzione delle patologie correlate
- progetti (Integrazione con i medici di Medicina Generale, Interventi a carattere locale sul gioco d'azzardo patologico (GAP), Interventi a carattere locale sull'inclusione lavorativa, interventi di prevenzione e diffusione epatite C)

L'atto aziendale stabilirà in modo dettagliato l'articolazione dei servizi e delle strutture organizzative che compongono il DPD valutando la opportunità di una aggregazione funzionale con il DSM.

B. I servizi territoriali aziendali e le correlazioni con il distretto

Interessano funzioni che riguardano ambiti specifici per i quali è necessario mantenere una dimensione organizzativa aziendale per ragioni di identità disciplinare, per la natura delle relazioni esterne coinvolte e per assicurare possibili economie di scala.

Servizio Farmaceutico Territoriale

Svolge specifiche funzioni di programmazione e gestione dell'assistenza farmaceutica agendo sui seguenti ambiti:

- farmaceutica convenzionata (in particolare per la partecipazione a programmi locali e regionali di politica del farmaco, per il monitoraggio dei profili prescrittivi e dei consumi e per la vigilanza e il controllo sulla corretta applicazione delle indicazioni normative in materia)
- Vigilanza farmacie, depositi medicinali e altre strutture territoriali (anche in collaborazione con altri servizi)
- Documentazione sul farmaco e farmacovigilanza (in particolare per l'allestimento di indicazioni sull'appropriatezza d'uso dei prodotti, la formazione e l'informazione, la partecipazione al sistema di sorveglianza e a studi specifici)

- Assistenza farmaceutica diretta e distrettuale (in particolare per la programmazione e la gestione delle funzioni di erogazione dell'assistenza farmaceutica distrettuale)

Con il nuovo atto aziendale è stata la rete farmaceutica e gli specifici aspetti organizzativi e di funzionamento del servizio farmaceutico territoriale.

C. L'area della continuità tra ospedale e territorio e reti integrate ospedale territorio

L'invecchiamento della popolazione, la presenza di patologie croniche a rilevante impatto sociale, le disabilità motorie-sensitive costituiscono una problematica sicuramente in crescita e di particolare rilevanza per i risvolti clinico-assistenziali e riabilitativi che investono gli Ospedali ed il territorio.

La principale criticità è correlata alla difficoltà di interazione fra strutture e funzioni ospedaliere e territoriali che devono intervenire in modo appropriato temporalmente e quali-quantitativamente nei percorsi di cura ed assistenziali.

Questa fragilità induce spesso inappropriata nell'uso di risorse sanitarie con outcome inferiori alle attese.

Appare quindi necessario che l'Azienda sviluppi una specifica progettualità organizzativa per la gestione della continuità ospedale-territorio, prevedendo la partecipazione di strutture e funzioni sia aziendali (ospedaliere e territoriali) che extra aziendali pubbliche e private, secondo un modello di rete che definisca il ruolo di ciascuna struttura/funzione all'interno di percorsi aziendali clinico-assistenziali riabilitativi predefiniti.

L'Azienda, nella definizione dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale, secondo i criteri e le modalità già indicate dagli specifici provvedimenti al riguardo adottati dalla struttura commissariale intende coinvolgere obbligatoriamente la struttura ospedaliera aziendale che dovrà assicurare il proprio intervento coerentemente con le specifiche funzioni e professionalità.

Il progetto organizzativo deve articolarsi su specifici percorsi e per specifici problemi e avvalersi di tutti i possibili strumenti utili a finalizzare le azioni delle articolazioni organizzative coinvolte.

Si indicheranno, pertanto, gli strumenti tipici delle articolazioni dipartimentali coinvolte (sistemi informativi dedicati, responsabilità diretta dell'impiego delle risorse umane e finanziarie assegnate) e strumenti specifici dei progetti finalizzati: sistemi di valutazione dei risultati raggiunti e metodi di remunerazione per percorsi o per risultato.

Afferiscono all'area della continuità assistenziale i seguenti programmi ed iniziative in corso nelle varie articolazioni del servizio sanitario regionale, che dovranno essere ricondotti organizzativamente all'ambito distrettuale:

- **l'ospedalizzazione a domicilio**

Trattasi di un setting assistenziale, simile a quello riscontrabile nell'attività di ricovero ospedaliero per acuti, destinato a pazienti che necessitano di cure di tipo ospedaliero per le quali non è necessario un monitoraggio intensivo e le cui condizioni abitative e la collaborazione della famiglia ne consentono una sorveglianza continua. Tali forme assistenziali sono attualmente caratterizzate dalla presa in carico del paziente a totale responsabilità dell'ospedale oppure dalla presa in carico a cura dei servizi territoriali: quindi con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera.

- **l'assistenza diagnostica e specialistica domiciliare**

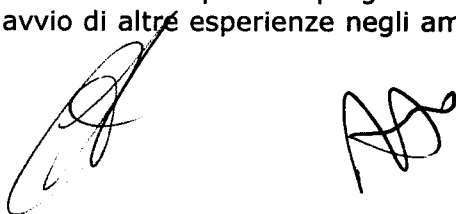
Consiste nell'effettuazione al domicilio del paziente di indagini diagnostiche di semplice esecuzione e di basso contenuto tecnologico a sostegno di percorsi di deospedalizzazione. In particolare, trattasi di programmi di diagnostica domiciliare e delle attività di svariate reti specialistiche che operano anche interventi domiciliari di diagnosi e cura (cure palliative, terapia del dolore, ecc.).

- **la continuità assistenziale a valenza sanitaria**

Rappresenta un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinicointernistica, che pur è presente in modo significativo; deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale.

- **progetti sperimentali di teleassistenza e di telemedicina**, finalizzati a realizzare un sistema di cure integrate e continuative tra ospedale e territorio (area dell'assistenza primaria), con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (es. scompenso cardiaco, BPCO).

Il PAT relativo all'anno 2017 dovrà contenere una dettagliata analisi di tutte le forme organizzative esistenti sul territorio distrettuale e definire specifici programmi per la loro stabilizzazione e sviluppo, nonché per l'eventuale avvio di altre esperienze negli ambiti territoriali che ne sono attualmente privi.



D. Il raccordo con la rete dei servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.

L'esigenza di cura e assistenza della popolazione in stato di fragilità, sia essa derivante da una patologia o da un contesto sociale, richiede l'attivazione di servizi non esclusivamente sanitari. La presa in carico di queste persone sempre più necessita di interventi di sostegno di carattere assistenziale ed integrato socio-sanitario.

In Calabria l'integrazione tra i due comparti, sanitario e sociale, si è andata sviluppando nel tempo con elementi di criticità, che ancora permangono e sono caratterizzati da una non sufficiente attenzione dei Comuni alle problematiche legate a fasce di popolazione vulnerabili e in costante aumento a causa dell'andamento demografico.

Analogamente a quanto sta avvenendo per l'assetto sanitario regionale, anche l'area dell'integrazione socio-sanitaria mostra l'esigenza di urgenti interventi organizzativi al fine di rispondere ai bisogni crescenti ed alla limitata disponibilità di risorse nazionali, regionali e comunali.

L'azienda, di conseguenza, in attesa degli auspicati interventi regionali, intende proporre, con il coinvolgimento dei Comuni, specifici interventi sull'assetto organizzativo socio-sanitario locale, al fine di rispondere in maniera positiva alla richiesta di intervento più volte pervenuta dal territorio, laddove la necessità di convergenza tra i due ambiti, sanitario e sociale, diventa sempre di più un'esigenza ineludibile per il miglioramento della programmazione e di una più efficace allocazione delle risorse.

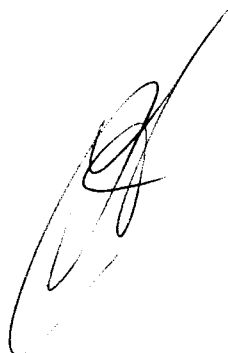
Questa convergenza richiede quindi che al Distretto unico aziendale, così come individuato e proposto dal presente modello organizzativo, corrispondano ambiti territoriali ottimali, rappresentati da Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali territoriali. Al fine di rispondere correttamente ai principi di efficienza, omogeneità ed equità territoriale dovrà essere sviluppato un percorso congiunto tra Azienda ed Enti locali al fine di individuare un adeguato modello organizzativo in grado di permettere lo svolgimento delle attività integrate socio-sanitarie in ambiti territoriali omogenei.

La presente proposta fornisce gli indirizzi essenziali della programmazione in ambito sociosanitario e socio-assistenziale, puntualizzando modalità di raccordo stabili tra la Direzione del distretto e i Comuni nella ricerca di modalità operative condivise.

All'interno di questa cornice, a livello locale, anche la programmazione e l'attività degli Enti gestori e dell'Azienda necessita di uno strumento programmatico congiunto nel quale devono essere individuati obbligatoriamente quattro elementi:

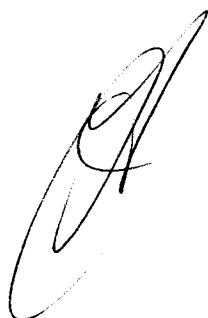
- analisi dei bisogni;
- obiettivi di servizio;
- indicatori di risultato;
- budget assegnato dai due ambiti.

Questo strumento programmatico di carattere non descrittivo ma operativo, risulta vincolante per le parti, deve inoltre indicare gli strumenti concordati per gestire il budget complessivo.



SEZIONE TERZA

RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NELL'ASP DI CROTONE



3. RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

3.1 Modello di governo della rete territoriale e strumenti operativi

Fermo restando quanto proposto dall'ASP nella sezione seconda del presente documento in materia di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale con specifico riferimento alla riorganizzazione dell'assistenza distrettuale e delle cure primarie a cui si rimanda, nella presente sezione viene sviluppata la proposta aziendale specifica in ordine al modello di governo della rete territoriale relativamente al riordino della specialistica e delle prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale extraospedaliera nonché agli strumenti ad esso correlati con particolare riferimento al modello di presa in carico e alla valutazione multidimensionale.

L'investimento sul Territorio e, di conseguenza, l'attribuzione di un ruolo rinnovato al Distretto sono finalizzati a rendere il Sistema più vicino al paziente, evitandogli inutili spostamenti, assicurandogli una risposta certa, adeguata alla tipologia di bisogno, continuativa e coordinata, competente e responsabile. Per questo il nuovo quadro programmatico delineato dalle specifiche indicazioni nazionali e regionali ha introdotto il concetto di filiera dell'assistenza, rappresentando come le varie strutture territoriali debbano concorrere con gradualità all'erogazione dell'assistenza, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico.

Più in dettaglio sono obiettivi strategici per il riordino, la riqualificazione e l'implementazione dell'assistenza territoriale:

- il potenziamento dell'assistenza domiciliare, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, che risponde all'obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- il rafforzamento della rete delle cure palliative, ambito in cui l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico, in cui la multiprofessionalità diventa una risorsa per la dignità della persona;
- la rimodulazione dell'assistenza residenziale sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali, considerando le strutture residenziali come parti integranti del Sistema, specie nel gravoso ambito della non autosufficienza;
- lo sviluppo di strutture residenziali e semiresidenziali necessarie per garantire, quando necessario, un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio senza soluzione di continuità. L'obiettivo è di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare della persona anziana, favorendo il rientro al domicilio: un rientro che dovrà essere guidato, supportato, tutelato.

Il modello organizzativo distrettuale proposto nella sezione due del presente documento, a cui si rimanda, si pone, infatti, come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, con particolare riferimento alla sua dimensione organizzativa ed alla sua dimensione clinico-assistenziale, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali.

Inoltre è opportuno sottolineare come la nostra ASP, per come meglio specificato nella sezione due della presente proposta, è orientata verso la costituzione di un Distretto unico, indipendentemente dalle dimensioni del bacino di riferimento (nel caso della nostra ASP peraltro ridotte dimensioni), privilegiando la dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa.

I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali in linea con quanto sancito dall'Accordo della Conferenza unificata (Art. 8 del DL n. 281/1997) relativamente alle linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree.

L'ASP garantiscono l'accesso unitario ai servizi sanitari e socioassistenziali per la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale sulla base del modello regionale di presa in carico sotto descritto.

3.1.1 Il modello di presa in carico e gli strumenti di valutazione standardizzati per tipologia di assistenza

Allo stato emergono criticità di fondo del SSR calabrese, relativamente alla *debolezza del sistema di presa in carico* dei bisogni assistenziali complessi. Appare del tutto evidente la necessità di rimodulazione (e di omogeneizzazione) delle attività distrettuali.



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

L'assetto organizzativo disegnato nella sezione seconda della presente proposta relativamente al ruolo del Distretto assegna il ruolo di definizione dei bisogni assistenziali della comunità (programmazione) e di gestione dei servizi (produzione) al Distretto.

Tale scelta, appare, allo stato, l'unica perseguibile proprio nella prospettiva di dover riaggregare i tasselli di un modello assistenziale territoriale ancora vincolato a logiche prestazionali e, quindi, caratterizzate dalla frammentazione (e dalla conseguente mancanza di una prospettiva univoca) delle unità di produzione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



- responsabile medico
- infermiere professionale
- assistente sociale
- amministrativo

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

La proceduralizzazione delle dimissioni protette passa attraverso la definizione di un percorso flessibile, da definire anche in ragione delle singole realtà operative, ma comunque ricollegabile al complessivo impianto processuale.

- Fase dell'accesso.

L'ospedale (direzione sanitaria di presidio) accoglie le richieste di accesso alle procedure di dimissioni che pervengono dai reparti entro un termine stabilito dalla data presunta di dimissione e le inoltra al PUA del distretto competente per territorio.

Il reparto attiva la segnalazione compilando la scheda sanitaria SVAMA.

- Fase della valutazione multidimensionale/definizione PAI

La valutazione avviene nel reparto di degenza integrando le professionalità dello stesso reparto (medico - infermiere) con quelle dell'UVM distrettuale al fine di definire (grazie al completamento della SVAMA) il PAI.

3.2 Riorganizzazione prestazioni di specialistica ambulatoriale

Relativamente alle prestazioni di assistenza specialistica l'intervento prioritario da perseguire nell'attuazione locale degli indirizzi regionali al riguardo contenuti nel DCA n. 76/2015 e nel DCA n. 84/2015 è finalizzato al riallineamento dell'offerta agli standard di riferimento di prestazioni/anno/abitante.

3.2.1 Rete dei laboratori

Con specifico riferimento alla riorganizzazione dei laboratori nel rimandare a quanto contenuto nel DCA n. 84/2015 con il quale è stata approvata la rete regionale dei laboratori pubblici e privati per come descritta nel documento "Riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati" nonché a quanto al riguardo contenuto nel DCA 76/2015 punto 3.2.

Nell'attesa della definitiva implementazione della nuova rete dei laboratori, specie di quella privata, si riporta qui di seguito la specifica determinazione aziendale di riordino della rete laboratoristica locale pubblica ridefinita in termini di fabbisogno di prestazioni e di rete di offerta pubblica per come indicato nelle Tabelle che seguono.

Tabella Fabbisogno di prestazioni

Tipologia prestazioni di laboratorio	N. Prestazioni per abitante anno	N. Prestazioni anno complessive	N. Totale prestazioni erogate nel 2014
Prestazioni di Laboratorio Analisi per esterni Pubblico/privato (escluso prelievo)	9.1	1.588.860	1.507.831
Prestazioni di laboratorio Pronto Soccorso	1.3	227.058	218.825
Prestazioni di laboratorio per ricoverati	4.4	768.504	680.585
TOTALI	14.8	2.584.422	2.407.241

Tenuto conto del fabbisogno di prestazioni di laboratorio di cui alla tabella che precede e considerate le prestazioni di laboratorio effettivamente erogate nell'anno 2014 dalle strutture pubbliche e private accreditate, il fabbisogno di prestazioni di laboratorio è rideterminato, pur

essendo sostanzialmente già allineata l'offerta allo standard programmato, per come stabilito nel prospetto che segue e fatti salvi, ovviamente, gli interventi correlati all'appropriatezza prescrittiva.

Tipologia prestazioni di laboratorio	Fabbisogno Prestazioni anno complessive	Prestazioni complessive erogate anno 2014 (pubblico/privato)	Previsione di piano riorganizzazione valore %	Previsione di piano riorganizzazione valore assoluto
Laboratorio Analisi	2.584.422	2.407.241	+ 9.6 % su produzione 2014	+ 177.181 produzione 2014

Tabella Riordino rete di offerta pubblica

Prima degli interventi di riordino della rete laboratoristica pubblica nell'ASP insistono tre laboratori pubblici a gestione diretta localizzati uno nel poliambulatorio del distretto di Cirò Marina, uno nel poliambulatorio del distretto di Mesoraca e uno nel Presidio Ospedaliero di Crotone che assicura oltre alle prestazioni di laboratorio per esterni anche quelle richieste dal Pronto Soccorso e dalle unità operative di ricovero.

Il riordino dell'offerta pubblica di prestazioni di laboratorio, peraltro già realizzato, prevede una articolazione della rete laboratoristica pubblica, coerente con gli indirizzi regionali al riguardo approvati, sinteticamente illustrata nella tabella che segue.

Proposta di riorganizzazione rete pubblica laboratori

Descrizione	Sede laboratorio unico aziendale	Punti prelievo
Laboratorio Analisi automatici e specialistici	Presidio Ospedaliero di Crotone	Ex Laboratorio analisi poliambulatorio Cirò M. Ex Laboratorio analisi poliambulatorio Mesoraca UCCP/AFT Area Territoriale Intradistrettuale di Crotone, di Cirò Marina e di Mesoraca
Laboratorio Microbiologia e Virologia	0	-
Struttura organizzativa complessa	0	-
Struttura organizzativa semplice dipartimentale	1	-

3.2.2 Altre prestazioni di specialistica ambulatoriale

In attesa dell'atto regionale previsto al punto 3.2 dell'allegato al DCA n. 76/2015 relativamente al fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale ai fini della riorganizzazione dell'offerta sulla base della nuova organizzazione delle cure primarie, l'ASP ritiene, anche al fine di procedere comunque ad una razionalizzazione dell'offerta di prestazioni di radiodiagnostica e delle branche a visita di poter adottare al riguardo la specifica formulazione di seguito indicata.

Il fabbisogno complessivo di prestazioni di radiodiagnostica e branche a visita compreso FKT, tenuto conto dello standard indicato dall'allegato 3 del DPGR 18/2010 definisce per la nostra azienda, dotata di una popolazione di 173.370 abitanti, il fabbisogno di prestazioni specialistiche di cui alla tabella che segue, comprensivo degli erogatori pubblici e degli erogatori privati operanti nell'ASP.

Tipologia prestazioni di specialistica ambulatoriale	Prestazioni anno pro capite (allegato 3 DPGR 18/2010)	Fabbisogno prestazioni anno complessive
Radiodiagnostica	0.6	104.022
Branche a visita	3.1	537.447
TOTALI	3.7	641.469

Il confronto dei fabbisogni sopra indicati con l'effettiva produzione di prestazioni erogate riferita all'anno 2014 evidenzia, per come indicato nella tabella che segue, che nel complesso nella nostra ASP si registra una effettiva produzione di prestazioni di radiodiagnostica inferiore al fabbisogno programmato e una effettiva produzione di prestazioni per branche a visita, ivi compreso le prestazioni di FKT, non superiore al fabbisogno programmato.

Tipologia di prestazioni di specialistica ambulatoriale	Fabbisogno Prestazioni anno complessive	Totale prestazioni complessive erogate nell'anno 2014			Differenza fabbisogno programmato/prestazioni erogate
		pubblico	privato	totale	
Radiodiagnostica	104.022	48.178	19.350	67.528	- 36.494
Branche a visita	537.447	230.180	246.835	477.015	- 60.432
TOTALI	641.469	478.358	266.185	744.543	+ 103.074

Occorre, quindi, evidenziare che al fine di riallineare il fabbisogno delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di radiodiagnostica e branche a visita con lo standard fissato è necessario incrementare se pur di poco la produzione di prestazioni di radiodiagnostica e la produzione di prestazioni di branche a visita.

Pertanto il piano di riordino aziendale delle prestazioni di specialistica erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private operanti nell'ASP è rideterminato per come stabilito nel prospetto sopra riportato

3.2.3 Rete trasfusionale

Relativamente alla rete trasfusionale si precisa che in attuazione del DPGR-CA n. 58 del 26/06/2014 di riorganizzazione della rete trasfusionale, successivamente ratificato dal Commissario ad Acta con DCA n. 61 del 07/10/2014 e più recentemente con DCA n. 68 del giugno 2015 recante "Accreditamento servizi trasfusionali e autorizzazione e accreditamento unità di raccolta associative" l'ASP ha già provveduto alla riorganizzazione del centro trasfusionale del Presidio Ospedaliero di Crotone ed al suo accreditamento e autorizzazione, prevedendo, tra l'altro, per la stessa unità operativa una struttura semplice dipartimentale a fronte dalla preesistente struttura complessa.

3.3 Il riordino della rete della residenzialità semiresidenzialità nonché della riabilitazione territoriale extraospedaliera

Nel rinviare a quanto indicato al punto 3.3 del documento allegato al DCA n. 76/2015 le specifiche materie della classificazione delle strutture per intensità assistenziale, dell'offerta regionale di assistenza territoriale extraospedaliera, della classificazione delle strutture per

intensità assistenziale (Mattone 12) nonché delle azioni di riorganizzazione delle strutture per intensità assistenziale (Mattone 12), l'ASP ha inteso definire uno specifico piano di riordino delle strutture territoriali residenziali, semiresidenziali e territoriali extraospedaliere in linea con gli indirizzi regionali di cui al citato DCA 76/2015.

Più in particolare il piano di cui trattasi è relativo alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie di seguito indicate con riferimento alla ricognizione dello stato attuale, alla definizione del fabbisogno e ai principi - indirizzi criteri per lo sviluppo della residenzialità.

- Residenzialità Anziani
- Semiresidenzialità Anziani
- Residenzialità Disabili
- Riabilitazione estensiva extraospedaliera
- Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche
- Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS
- Residenzialità Salute Mentale
- Semiresidenzialità Salute Mentale
- Residenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
- Semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza territoriale residenziale e semi residenziale per minori
- Percorsi di cura a forte integrazione ospedale territorio - Reti Terapia del Dolore e Cure palliative - Rete Hospice

3.3.1 Residenzialità Anziani

Offerta attuale ASP

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

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

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

Abitanti > 65 anni	Offerta accreditata RSAM R1	Offerta accreditata RSA R2	Offerta accreditata CP R3	Offerta accreditata DPGR 1/2011	Offerta Pubblica attiva RSAM R1	Offerta Pubblica attiva RSA R2	Offerta Pubblica attiva CP R3	Offerta Pubblica attiva totale	Offerta Totale attiva
30.658	0	150	233	383	0	0	0	0	383

Definizione del fabbisogno e appropriatezza ricoveri rivalutati

L'offerta attuale, valutata sulla base dei dati di attività rilevati nelle singole ASP, è pari a 7,0 posti letto per 1.000 abitanti anziani.

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

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

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

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

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

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

Nuovo fabbisogno residenzialità anziani

Il nuovo fabbisogno indicato nel documento allegato al DCA n. 76/2015 ed in particolare al punto 3.4.2 nella Tabella 16 prevede che il fabbisogno da programmare ai fini della soddisfazione della domanda appropriata è pari a 8.9 p.l. per 1000 abitanti over 65 anni.

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

Abitanti > 65 anni	Fabbisogno programmato	X 1000 anziani	RSAM R1	RSA R2	CP R3	Totale fabbisogno programmato	Offerta attuale attiva e programmata totale	Differen za verso offerta attuale
30.658	310	10.1	53	150	107	310	383	- 73

Nella nostra realtà si rende necessario ridurre l'offerta di R3 (CP) e attivare moduli di R1 (RSAM) allo stato inesistenti.

Per come, peraltro, espressamente previsto dal documento allegato al DCA 76/2015, in considerazione della presenza di un' offerta consolidata e specializzata presente nella nostra ASP, l'eventuale riequilibrio dei posti letto (-73) è ridefinito per come indicato nella **Tabella 1** allegata al presente piano, definita, peraltro, in accordo con ciascuna delle strutture oggi esistenti e coinvolti nel processo di riconversione.

3.5 Semiresidenzialità Anziani

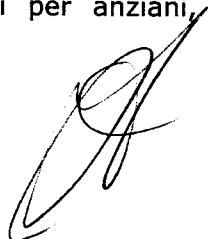
Offerta attuale ASP

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

Definizione del fabbisogno

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 le quali prevedono, per ciascun livello di intensità di assistenza (SR1/SR2), un fabbisogno pari 0,7 posti per 1.000 abitanti >65.

Occorre al riguardo evidenziare e precisare che nella nostra ASP allo stato non risultano presenti strutture pubbliche o private semiresidenziali per anziani, pertanto l'offerta attiva è oggi inesistente.




Di contro il fabbisogno e l'offerta programma prevista nel documento allegato al DCA 76/2015 punto 3.5, è stabilito pari a 0.7 posti per 1.000 abitanti >65 anni.

Pertanto nella nostra ASP il fabbisogno programmato di offerta di semiresidenzialità anziani (SR1) e demenze (SR2) è definito per come indicato nella presente proposta e specificato tabella che segue.

Fabbisogno di semiresidenzialità anziani e demenza ASP Crotone

Abitanti > 65	Fabbisogno programmato anziani SR1	Fabbisogno programmato demenze SR2
30.658	21	21

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

3.6 Residenzialità Disabili

Offerta Attuale ASP

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

Abitanti	Offerta accreditata DPGR 1/2011	Offerta pubblica attiva	Totale Offerta attiva	X 1000 abitanti	Offerta Programmata pubblica	Totale offerta	X 1000 abitanti
171.666	213	0	213	1.2	0	213	1.24

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

Abitanti	RECC RRE1 RRE2 (*)	RSA RD4	CP RD5	Offerta accreditata DPGR 1/2011	Offerta Pubblica attiva RSA RD4	Offerta Pubblica attiva CP RD5	Offerta Pubblica attiva totale	Offerta Totale
171.666	56	42	115	213	0	0	0	213

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

Definizione del fabbisogno

Il Documento allegato al DCA 76/2015 al punto 3.6.2 per l'assistenza territoriale ai disabili (congiuntamente per la riabilitazione estensiva) identifica quale riferimento un indice di fabbisogno di p.l. residenziali pari a 0.55 per 1.000 abitanti.

Inoltre, il dipartimento sanità della Regione di recente ha proceduto ad una rivalutazione dei pazienti ricoverati nelle strutture ai fini di analizzare l'offerta attuale nei diversi setting assistenziali. Tale percorso ha consentito di rivalutare il fabbisogno complessivo già previsto dalla stessa regione con DPGR n. 18/2010.

La ricognizione, effettuata in particolare dalle UVM delle ASP ha consentito di rivalutare gli ospiti mediante l'uso dello strumento standardizzato di valutazione SVAMA, ciò in considerazione che la scheda più specifica per le persone disabili, ossia la SVaMDI è stata adottata solo successivamente con DCA n. 71 del 20 ottobre 2014.

La ricognizione ha consentito di rilevare i reali bisogni assistenziali dell'utenza e conseguentemente l'appropriatezza dei ricoveri presso le strutture di cui trattasi.

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

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

Nuovo fabbisogno residenzialità disabili

Il nuovo fabbisogno indicato nel documento allegato al DCA n. 76/2015 al punto 3.6.2 Tabella 25 prevede un fabbisogno programmato ai fini della soddisfazione della domanda appropriata è pari a 0.64 p.l. per 1000 abitanti.

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

Abitanti	Fabbisog no program mato	X 1.000 abitanti	RECC RRE1 RRE2	SLA RD1	RSA RD4	CP RD5	Totale fabbisog no program mato	Offerta attuale attiva e programma ta totale	Differen za verso offerta attuale
171.666	111	0.64	50	3	30	28	111	213	- 102

Per come evidenziato nella tabella che precede nella nostra realtà relativamente all'offerta attuale per tipologia di assistenza/livelli di intensità assistenziale emergono criticità da affrontare ai fini del riequilibrio dell'offerta.

Per come, peraltro, espressamente previsto dal documento allegato al DCA 76/2015, in considerazione della presenza di un' offerta consolidata e specializzata presente nella nostra ASP, l'eventuale riequilibrio dei posti letto (-102) è ridefinito per come indicato nella **Tabella 1** allegata al presente piano, definita, peraltro, in accordo con ciascuna delle strutture oggi esistenti e coinvolti nel processo di riconversione.

Per come, peraltro, espressamente previsto dal documento allegato al DCA 76/2015, al punto 3.6.3 recante "Principi - indirizzi - criteri per lo sviluppo della residenzialità disabili" si definiscono le seguenti precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete territoriale sia compatibile con i vincoli e le indicazioni di seguito riportate:

- Lo sviluppo delle strutture sanitarie di Riabilitazione Estensiva a Ciclo Continuativo RECC (RRE1- RRE2) deve obbligatoriamente prevedere tempi di ricovero massimi. Tali strutture svolgono un ruolo importante nel processo di continuità assistenziale che segue la dimissione ospedaliera e sono pertanto in grado di offrire risposte ai pazienti recanti esiti di una patologia acuta (ictus cerebrale, interventi di chirurgia ortopedica e chirurgici maggiori, etc.) che necessitano di intervento riabilitativo di durata massima prevedibile pari a 45/60 giorni per come già stabilito dalle vigenti disposizioni regionali in materia. L' accesso e la presa in carico da parte della struttura deve avvenire nel più breve tempo possibile anche ai fini della continuità terapeutica, fermo restando verifica del piano terapeutico individuale da parte della UVM del distretto. Le stesse strutture devono anche essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal domicilio a seguito di riacutizzazione di patologia cronica o degenerativa progressiva che necessitano di intervento riabilitativo di durata massima prevedibile pari a 60/ 90 giorni. Tali ricoveri sono, peraltro, rinnovabili in relazione alle effettive necessità assistenziali del paziente interessato.
- In considerazione della presenza di un'offerta consolidata e specializzata presente nella nostra ASP l'eventuale riequilibrio dei posti letto potrà avvenire attraverso processi di riconversione dell'offerta eccedente rispetto a tipologie di prestazioni di riabilitazione residenziale allo stato non presenti nell'offerta territoriale pubblica e privata dell'ASP, ovvero, anche con accordi di

collaborazione tra ASP viciniori. La soluzione di "compensare" i posti letto tra ASP confinanti permette, di colmare le carenze attuali senza ridurre l'offerta in eccesso in modo repentino. Contestualmente è però necessario avviare il percorso di riconversione delle strutture esistenti al fine di riequilibrare l'offerta attuale con il fabbisogno programmato e bilanciare l'offerta dei posti letto nelle tipologie prestazioni la cui offerta risulta allo stato carenti o addirittura inesistente.

- Possibilità di previsione di più moduli di diverso livello di assistenza nella stessa struttura al fine di favorire i percorsi assistenziali.
- Ai fini dell'appropriatezza organizzativa occorre favorire l'assegnazione di eventuali nuovi posti letto oggi non presenti nella struttura di offerta territoriale aziendale in strutture che abbiano presentato nell'anno precedente: - processi di presa in carico e sistema di valutazione dei pazienti in ingresso controllato dal Distretto e, ove necessario, condiviso con le strutture ospedaliere di riferimento; - maggior coerenza fra la tipologia dei pazienti ospitati e la tipologia di assistenza; - percentuale di pazienti dimessi a domicilio (strutture intermedie) (> 50%).

3.7 Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Offerta attuale ASP

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

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

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

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

Abitanti	Riabil. Ciclo diurno	Prestaz. Abitanti/ anno	Riabil. ambula toriale	Prestaz. Abitanti/ anno	Riabil. Domicili are	Prestaz. Abitanti/ anno	Totale offerta attuale	Prestaz. Abitanti/ anno
171.666	-	-	61.480	0.36	34.800	0.20	96.280	0.56

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

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

Definizione del fabbisogno

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

Ai fini della valutazione del fabbisogno appropriato di prestazioni, è stata effettuata una rivalutazione dell'utenza presente nelle strutture. In particolare, le Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie hanno rivalutato gli ospiti mediante l'utilizzo di una scheda appositamente definita. Sono state altresì rilevate le liste di attesa per singola ASP.

La rivalutazione per tutte le tipologie di erogazione si è svolta nel periodo luglio / ottobre 2014.

I pazienti rivalutati sono stati 3.722 di cui:

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

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

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

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

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

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

Nuovo fabbisogno riabilitazione estensiva extraospedaliera

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

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

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

Fabbisogno Totale - Riabilitazione estensiva extraospedaliera

Abitanti	Fabbisogno totale (0.42)	Totale offerta attuale prestazioni/anno	Prestazioni abitanti/anno	Delta vs fabbisogno
171.666	72.958	96.280	0.56	-23.322

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

Fabbisogno riabilitazione estensiva ciclo diurno

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

Fabbisogno riabilitazione estensiva ambulatoriale

Abitanti	Fabbisogno totale (0.28)	Offerta attuale riabilitazione ambulatoriale prestazioni/anno	Prestazioni abitanti/anno	Delta vs fabbisogno
171.666	48.066	61.480	0.36	- 13.414

Fabbisogno riabilitazione estensiva domiciliare

Abitanti	Fabbisogno totale (0.074)	Offerta attuale riabilitazione domiciliare prestazioni/anno	Prestazioni abitanti/anno	Delta vs fabbisogno
171.666	12.703	34.800	0.20	- 22.097

In considerazione della presenza di un' offerta consolidata e specializzata presente nella nostra ASP, l'eventuale riequilibrio delle prestazioni di riabilitazione estensiva è ridefinito per come indicato nella **Tabella 2** allegata al presente piano, definita, peraltro, in accordo con ciascuna delle strutture oggi esistenti e coinvolti nel processo di riconversione.

3.8 Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche

Offerta attuale ASP

La tabella che segue riporta i posti letto attuali nella nostra ASP articolati per tipologia di assistenza. Ai fini dell'analisi, sono stati inoltre considerati i dati relativi ai posti letto e le prestazioni contrattualizzate dall'ASP per l'anno 2013.

Offerta Attuale Residenzialità Dipendenze

Abitanti	Offerta Accred. DPGR 1/2011	P.L. contrattualizzati anno 2013	Offerta pubblica attiva	Offerta totale
171.666	50	26	-	50

Offerta Attuale Semiresidenzialità Dipendenze

Abitanti	Offerta Accred. DPGR 1/2011	P.L. contrattualizzati anno 2013	Offerta pubblica attiva	Offerta totale
171.666	10	7	-	10

Definizione del fabbisogno

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

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

- Madre - bambino o coppie
- Comorbidità psichiatrica
- Alcol dipendenti

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

Tuttavia il gioco patologico d'azzardo rappresenta sempre più una dipendenza in forte espansione nella nostra Regione e nella nostra ASP.

L'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza della ludopatia operata con DL 13 settembre 2012, n. 158 impone la definizione di una modalità di risposta adeguata da prevedere nell'ambito dei servizi per l'assistenza alle persone con dipendenza patologica.

In tal senso saranno attivati specifici percorsi assistenziali nell'ambito dei Servizi e dei Centri diurni programmati nel presente documento.

Nuovo fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità dipendenze

Relativamente all'analisi effettuata ed alla necessità di differenziare l'offerta esistente, si ritiene di poter confermare il parametro previsto dal DPGR18/2010 pari a 0,25 x 1000 abitanti per la residenzialità dipendenze e pari a 0.06 x 1000 abitanti per la semiresidenzialità dipendenze. Gli standard di fabbisogno sopra indicati, definito nel documento allegato al DCA 76/2015 punto 3.8.2 applicati alla nostra realtà aziendale determinano il fabbisogno specificato nelle tabelle che seguono.

Fabbisogno Residenzialità Dipendenze

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

Fabbisogno Semiresidenzialità Dipendenze

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

3.9 Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS

Offerta attuale

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

Ad oggi pertanto non sono disponibili posti letto residenziali e/o semi residenziali accreditati in tutta la Regione. Nella nostra ASP storicamente è presente presso la U.O. di malattie infettive del P.O. di Crotone un servizio di cure ambulatoriali e domiciliari rivolto a pazienti affetti da HIV/AIDS.

Gli ultimi dati disponibili sono quelli forniti dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare i dati, relativi al 2013, evidenziano come stabile il numero delle nuove diagnosi HIV, così come stabile è il numero di casi di AIDS.

Elemento rilevante è la diminuzione di decessi in persone con AIDS, dovuta evidentemente alle terapie antiretrovirali. Al contempo lo stesso COA ribadisce come la maggior parte delle persone con AIDS non ha effettuato terapie antiretrovirali, evidenziando come, una maggiore offerta di cura, potrebbe consentire una ulteriore importante diminuzione dei decessi.

Nuovo fabbisogno di residenzialità

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




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

In tal senso si ritiene opportuno, attendere che nei prossimi mesi, il dipartimento adotti idonee linee guida che definiscano requisiti e modalità operative di gestione dei servizi.

3.10 Residenzialità Salute Mentale

Offerta attuale

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

- Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale con presenza di operatori nelle 24 h;
- Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, con presenza di tutor nelle 24 h;
- Residenza Psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale - Gruppo di Convivenza.

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

Totale Offerta Residenzialità psichiatrica

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

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

Definizione del fabbisogno

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

Sulla scorta di quanto precedentemente previsto dalle linee Guida di cui al DPGR31 del 7/03/2013, la Regione ha intrapreso un percorso che ha permesso, attraverso la rivalutazione dei pazienti e l'analisi dell'offerta attuale nei diversi setting assistenziali, di rivedere il fabbisogno stimato con DPGR n. 18/2010 e di articolarlo per livello di intensità assistenziale.

Ai fini della valutazione della domanda di prestazioni, è stata effettuata una rivalutazione dell'utenza presente nelle strutture. In particolare, le Unità di Valutazione Multidimensionale, integrate con personale del Dipartimento di Salute Mentale, delle Aziende Sanitarie hanno effettuato la valutazione del profilo psicopatologico e dei bisogni assistenziali di tutti i soggetti inseriti in strutture residenziali. La ricognizione ha consentito di rilevare i reali bisogni assistenziali dell'utenza e conseguentemente l'appropriatezza dei ricoveri. La valutazione dei pazienti è stata effettuata nei primi mesi del 2014.

Complessivamente le UVM hanno valutato n. 595 pazienti degenti nelle strutture residenziali psichiatriche private accreditate e nelle strutture residenziali pubbliche.

Più precisamente sono stati valutati:

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

Sono stati, inoltre, valutati n. 133 utenti psichiatrici degenti nelle Case Protette per disabili (poiché la legge regionale 24/2008 prevede la possibilità di trattamento di pazienti psichiatrici in

casa protetta per disabili fino all'approvazione di linee guida regionali in materia di salute mentale) presenti nell' ASP di Cosenza e di Crotone.

Più precisamente, sono stati valutati nell' ASP di Cosenza n. 57 utenti psichiatrici e nell' ASP di Crotone n. 76 utenti psichiatrici.

L'analisi ha, altresì, riguardato la verifica dell'offerta attuale per tipologia di assistenza/livelli di intensità assistenziale.

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

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

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

Nuovo fabbisogno residenzialità psichiatrica

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

Residenzialità psichiatrica - Fabbisogno programmato

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

Fabbisogno articolato per intensità assistenziale

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

In considerazione della presenza di un' offerta consolidata e specializzata presente nella nostra ASP, tenuto conto di un fabbisogno definito dal DSM dell'ASP pari a 80 p.l. a fronte degli attuali 50 programmati dal DCA 76/2015 il nuovo fabbisogno dell'ASP è ridefinito per come indicato nella **Tabella 1** allegata al presente piano, definita, peraltro, in accordo con ciascuna delle strutture oggi esistenti e coinvolti nel processo di riconversione.

3.11 Semiresidenzialità Salute Mentale

Offerta attuale

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

Non sono presenti allo stato Centro Diurno privati accreditati.

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




Offerta attuale - Centri diurni psichiatrici

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

Nuovo fabbisogno - Centri diurni psichiatrici

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

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

Fabbisogno Centri Diurni Psichiatrici

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

3.12 Residenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Strutture residenziali per autismo

Offerta attuale

L'offerta attuale di Residenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella nostra Azienda allo stato vede una totale assenza di posti letto residenziali per tale tipologia di assistenza territoriale.

Nuovo Fabbisogno

Nella tabella che segue è riportato il nuovo fabbisogno di residenzialità autismo e disturbi del comportamento alimentare programmato per la nostra ASP

Fabbisogno residenzialità autismo

Area	ASP	Abitanti 18-30 anni	Fabbisogno programmato	X 1000 abitanti
Centro	Crotone	116.474	4	0.10
	Catanzaro		4	
	Vibo Valentia		4	
			12	

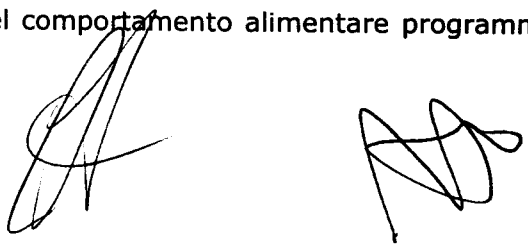
Strutture residenziali per i disturbi del comportamento alimentare

Offerta attuale

L'offerta attuale di Residenzialità per Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella nostra Azienda allo stato vede una totale assenza di posti letto residenziali per tale tipologia di assistenza territoriale.

Nuovo Fabbisogno

Il nuovo fabbisogno di residenzialità disturbi del comportamento alimentare programmato per la nostra ASP è stabilito in 4 + 4 posti letto.



3.13 Semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Offerta attuale

L'offerta attuale di semiresidenzialità per Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella nostra Azienda allo stato vede una totale assenza di strutture semiresidenziali per tale tipologia di assistenza territoriale.

Nuovo Fabbisogno

Il nuovo fabbisogno di semiresidenzialità per autismo e disturbi del comportamento alimentare programmato per la nostra ASP è stabilito in 3 posti letto.

3.14 Assistenza Domiciliare

Offerta attuale

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

Il ritardo di realizzazione dei complessivi processi riorganizzativi della rete territoriale ed il relativo blocco del turnover hanno determinato una parziale applicazione DPGR 12/2011 dovuta principalmente alla carenza di personale dedicato (soprattutto afferente al ruolo infermieristico e del comparto in genere). Si è fatto così ricorso al lavoro in regime di straordinario di personale ospedaliero e comunque a forme particolarmente onerose e poco efficaci sotto il profilo della qualità dell'assistenza.

Il ruolo assistenziale dell'AD è, viceversa, ritenuto strategico e prioritario nell'ambito dei processi di rimodulazione organizzativa del SSR calabrese anche in ragione della necessità di accompagnare il difficile percorso di traslazione del baricentro assistenziale dall'ospedale al territorio.

Alla luce dei dati ISTAT nella Regione Calabria il target di pazienti assistiti in AD dovrebbe essere di 13.698, con specifica ripartizione nei differenti sottoambiti provinciali. L'esame dei modelli FLS.21 relativi all'anno 2013 consente di delineare lo scenario operativo di seguito riportato.

Casi trattati in AD - anno 2013

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

Definizione del fabbisogno

Applicando al contesto regionale i vincoli derivanti dal monitoraggio del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (Griglia LEA), si individua, come parametro standard, una percentuale di anziani over 65 da trattare in ADI $\geq 4\%$ (con scostamento minimo individuato pari a 3,5%).

Applicando tale parametro alla popolazione allo gennaio 2013, si ottiene quale valore target da raggiungere

Fabbisogno ADI Anziani

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

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

Processo assistenziale e classificazione dell'Assistenza Domiciliare

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

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

La logica processuale è sinteticamente quindi riassumibile nelle seguenti fasi:

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

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

Profili assistenziali - Assistenza Domiciliare

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

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

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

3.15 Sintesi prossime azioni da svolgere per l'attivazione del piano assistenza territoriale programmato

Il presente paragrafo descrive le prossime azioni da svolgere per l'implementazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale contenuto nella presente proposta aziendale e riferito alle diverse tipologie di assistenza di seguito elencate:

- residenzialità e semiresidenzialità anziani;
- residenzialità disabili;
- riabilitazione estensiva extraospedaliera;
- residenzialità e semiresidenzialità per le Dipendenze patologiche;
- Residenzialità e semiresidenzialità Salute Mentale;
- Residenzialità e semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA);
- Assistenza Domiciliare;

Prossime azioni da svolgere

- Presentazione, in coerenza con i criteri e gli obiettivi sopra enunciati, dei Piani operativi di riorganizzazione e di implementazione dell'offerta di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare programmata da parte dell' ASP al Dipartimento Tutela della Salute nei termini dalla stesso stabiliti. Le proposte aziendali di cui al presente documento contengono i tempi e le modalità per la concreta attuazione della riorganizzazione.
- Analisi e successiva approvazione con apposito Decreto commissariale, delle proposte di riorganizzazione e implementazione dell'offerta di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, entro 30 giorni dalla data di recepimento della proposta ASP.



- Avvio delle azioni di implementazione operativa da parte dell' ASP, successivamente alla negoziazione del budget.
- Avvio da parte dell'ASP del monitoraggio dello stato di attuazione della rete con cadenza trimestrale, a partire dalla data di avvio delle azioni di implementazione operativa.

3.16 Assistenza territoriale residenziale e semi residenziale per minori

Offerta attuale

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

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

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

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

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

Definizione del fabbisogno

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

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

3.17 Percorso regionale di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) nell'ambito della residenzialità extraospedaliera per la salute mentale

In merito occorre precisare che allo stato, per l'area territoriale della nostra ASP, non sono previste dalla programmazione regionale Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) .

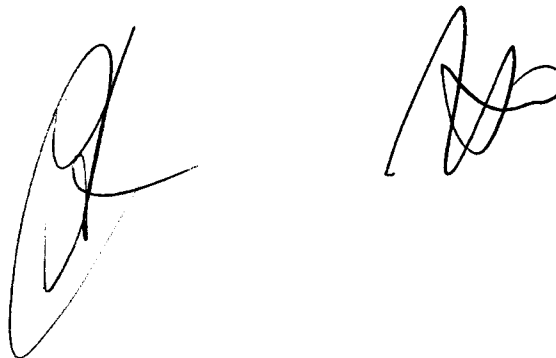



TABELLE ALLEGATE

ASP CROTONE PIANO DI RIORGANIZZAZIONE E RICONVERSIONE STRUTTURE RESIDENZIALI SEMIRESIDENZIALI E DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA

Nel precisare che allo stato non sono presenti nell'ASP di Crotone strutture pubbliche che erogano le prestazioni di cui trattasi, nella **Tabella 1** che segue, allegata per costituirne parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, è riportato il piano complessivo di riorganizzazione della rete residenziale extraospedaliera dell'ASP distinto per categoria prestazionale, posti letto e strutture erogatrici; nella **Tabella 2** che segue, allegata per costituirne parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, è riportato, inoltre, il piano di riorganizzazione della prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva extraospedaliera dell'ASP distinto per categoria prestazionale, prestazioni e strutture erogatrici.

Il piano di cui alle citate tabelle 1 e 2 è stato condiviso con ciascuna delle strutture coinvolte nel processo di riduzione e riconversione di posti letto e prestazioni di riabilitazione.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the text.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE - ATTUAZIONE DCA n. 76/2015 - RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RIABILITATIVA ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA				DENOMINAZIONE STRUTTURE																					
DESCRIZIONE	prestazioni erogate	FABBISOGNO PROGRAMMATO DCA 76/2015	DIFFERENZA	ANMIC Riabilitazione			Life			San Giuseppe			Starbene			Turano			Proposta di riconversione in prestazioni ADI equivalenti						
				prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza	prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza	prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza	prestazioni accreditate annue pro die esistenti	fabbisogno prestazioni dopo riordino	differenza										
Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera	Ambulatoriale	61.480	48.066	13.414	80	63	-17	24	19	-5	36	28	-8	36	28	-8	36	28	-8	36	28	-8	37	48	46
	Domiciliare	34.800	12.703	22.097	60	22	-38	48	18	-30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	
	Ciclo Diurno	0	12.188	-12.188	0	25	25	0	20	20		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	
TOTALE				96.280	72.957	23323	140	110	-30	72	57	-15	36	28	-8	36	28	-8	36	28	-8	37	48	46	