

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 357

del 12 OTT.2016

Oggetto: Rete assistenziale territoriale: approvazione a stralcio riorganizzazione assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera e riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale (CA) e delle Postazioni di Emergenza Territoriale (PET).

In data 12 OTT.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 deliberazione n. 263 del 2.8.2016 questa azienda, in attuazione di quanto stabilito con DCA n. 76/2015, provvedeva ad approvare la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale dell'azienda, per come stabilito nel documento allegato alla medesima deliberazione.

Che la citata deliberazione n. 263/2016 veniva trasmessa al Dipartimento regionale tutela della salute ed al Commissario ad acta per gli adempimenti di competenza.

CONSIDERATO

Che in ordine alla riorganizzazione della rete assistenziale territoriale nell'incontro tenutosi in data 6.9.2016 presso la struttura commissariale tra i rappresentanti della direzione strategica di questa Azienda e il Commissario ad acta e il sub Commissario, si è convenuto, che in attesa degli interventi di aggiornamento del DCA 76/2015, in corso di definizione, e con particolare riferimento alla evoluzione delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria (AFT e UCCP) nonché degli altri interventi di riorganizzazione della rete assistenziale di cui trattasi, di stralciare dal piano di riorganizzazione della complessiva rete assistenziale territoriale la riorganizzazione dell'assistenza territoriale residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera e la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale (CA) e delle postazioni di emergenza territoriale (PET).

RITENUTO

Quindi, di dover procedere all'annullamento della precedente deliberazione n.263 del 2.8.2016 e di adottare a stralcio della più complessiva riorganizzazione della rete assistenziale territoriale solo i punti di seguito indicati:

1. Riorganizzazione dell'assistenza territoriale residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione extraospedaliera.
2. Riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale (CA) e delle postazioni di emergenza territoriale (PET) in coerenza con gli indirizzi di cui al DCA n. 76/2015 e al DCA n. 30/2016 per come modificato dal DCA n. 64/2016.

DATO ATTO

Che in ordine al precedente punto 1. questa ASP dovendo intervenire a stralcio della complessiva rete territoriale, per come concordato nell'incontro del 6.9.2016 con la struttura commissariale regionale, al fine di pervenire alla definizione di un piano di riorganizzazione per quanto possibile condiviso con le strutture interessate, procedeva a convocare i rappresentanti legali delle strutture private accreditate, ad un apposito incontro tenutosi presso la sede dell'Azienda in data 19.09.2016 nel corso del quale, dopo ampia e circostanziata discussione, non si perveniva ad una proposta unitaria da parte delle strutture interessate che, peraltro, evidenziavano le numerose criticità assistenziali, con ripercussioni occupazionali e di budget, conseguenti ad una riorganizzazione che prevede un taglio di ben 100 p.l. di assistenza residenziale rispetto a quelli attuali, oltre che una riduzione di 23.323 prestazioni di riabilitazione estensiva territoriale extraospedaliera rispetto a quelle attuali;

Che successivamente il presidente dell'associazione UNEBA maggiormente rappresentativa delle strutture, richiedeva un aggiornamento ad un successivo incontro fissato per il 23.9.2016 di cui veniva, peraltro, richiesto un ulteriore rinvio per il giorno 28.9.2016.

Che anche l'incontro del 28.9.2016, sempre su richiesta della UNEBA, veniva rinviato a giorno 30.09.2016.

Che nell'incontro del 30.9.2016 tenutosi presso la sede dell'ASP tra i rappresentanti legali delle strutture e i rappresentanti dell'Azienda veniva consegnata all'Azienda una proposta unitaria controfirmata da tutti i rappresentanti delle strutture interessate, che veniva allegata al verbale dell'incontro per costituirne parte integrante e sostanziale.

RITENUTO

Che in coerenza con la proposta unitaria formulata dalle strutture interessate ed al fine di superare le criticità assistenziali, occupazionali e di budget dagli stessi evidenziati e in coerenza con gli indirizzi programmatici di cui al DCA n. 76/2015, si può adottare il piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione extraospedaliera per come definito nel documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.

Che in coerenza con gli indirizzi di cui al DCA n. 76/2015 e al DCA n. 30/2016 per come modificato dal DCA n. 64/2016, si può adottare il piano di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale (CA) e dei punti di emergenza territoriale (PET) per come definito nel documento allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale.

VISTE

Le disposizioni nazionali e regionali in materia nonché i decreti del Commissario ad acta al riguardo adottati.

VISTA

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

SENTITO

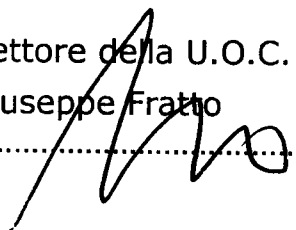
Il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

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

1. Adottare ed approvare, a stralcio della riorganizzazione complessiva della rete assistenziale territoriale dell'azienda, la riorganizzazione dell'assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera per come definita nel documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.
2. Adottare ed approvare, a stralcio della riorganizzazione complessiva della rete assistenziale territoriale, la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale (CA) e dei punti di emergenza territoriale (PET) per come definita nel documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.
3. Annullare la precedente deliberazione n. 263 del 2.8.2016.
4. Trasmettere, per quanto di rispettiva competenza, copia del presente atto:
 - al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute Regione Calabria.
 - al Commissario ad acta per il piano di rientro dal deficit del settore sanitario della Regione Calabria.

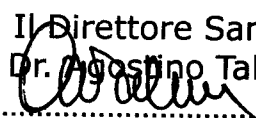
Il Direttore della U.O.C. Programmazione sanitaria e pianificazione strategica
Dr. Giuseppe Fratto

.....


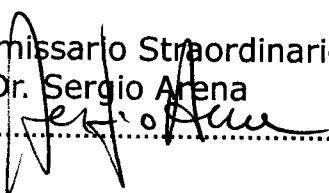
Il Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Fico

.....


Il Direttore Sanitario
Dr. Agostino Talerico

.....


Il Commissario Straordinario
Dr. Sergio Arena

.....


UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si Certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge
all'Albo Pretorio dell'ASP in data 13 OTT.2016 con protocollo n.
103

Crotone lì 13 OTT.2016

Il Responsabile del Procedimento

Valter Cosentino

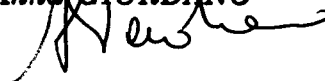
.....


Il Direttore U.O. Affari Generali

Il Direttore f.f. Ufficio

.....**Affari Generali e Legali**.....

Dr.ssa Anna GIORDANO



*Commissario Straordinario
Dr. Sergio Arena*

**Documento allegato alla deliberazione
del Commissario Straordinario n. 357 del 12.10.2016**

RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

- ❖ **Riorganizzazione assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera**
- ❖ **Riorganizzazione servizio di continuità assistenziale (CA) e punti di emergenza territoriale (PET)**

**Crotone
Ottobre 2016**

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

1. Premessa

A stralcio della più complessiva riorganizzazione della rete assistenziale territoriale ed in attesa dei provvedimenti di aggiornamento del DCA n. 76/2015 che saranno adottati della struttura commissariale, questa ASP con il presente atto ha provveduto definire uno specifico piano di riorganizzazione dell'assistenza residenziali, semiresidenziali e di riabilitazione territoriale extraospedaliera, in coerenza e secondo gli indirizzi programmatici di cui al richiamato DCA 76/2015.

In ordine alla classificazione delle strutture per intensità assistenziale (Mattone 12) e alla classificazione per tipologia di prestazioni si fa rinvio a quanto già riportato al punto 3.3.2 del documento allegato al DCA n. 76/2015.

Il presente piano è quindi relativo alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie di seguito indicate con riferimento alla riorganizzazione delle strutture per intensità assistenziale, alla ricognizione dello stato attuale, alla definizione del nuovo fabbisogno e ai principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo della residenzialità con specifico riferimento alle seguenti tipologie di assistenza:

- Residenzialità e Semiresidenzialità Anziani
- Residenzialità Disabili
- Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera
- Residenzialità e Semiresidenzialità Dipendenze Patologiche
- Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS
- Residenzialità e Semiresidenzialità Salute Mentale
- Residenzialità e Semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Territoriale Residenziale e Semiresidenziale per Minori

Per ciascuna delle tipologie di assistenza il presente documento di riorganizzazione prevede lo stato attuale dell'offerta azienda, il nuovo fabbisogno di residenzialità nonché principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione.

2 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 e quindi anche de, 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. Questa azienda con l'adozione del nuovo atto aziendale ha provveduto al superamento di tali criticità con una specifica rimodulazione del modello di presa in carico.

Il Distretto rappresenta, difatti, 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 socioassistenziale, di estremo rilievo per completare un adeguato sistema di cure primarie (il problema di fondo del sistema di cure territoriali è proprio l'inappropriata medicalizzazione dei bisogni assistenziali).

L'assetto organizzativo disegnato nel nuovo atto aziendale relativamente al ruolo del Distretto assegna allo stesso 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 con un accesso univoco al sistema curante che si presenta così aggregato e non più disperso attraverso la creazione di una rete di Punti Unici di Accesso (PUA) di livello distrettuale, cui segue una fase di valutazione multidimensionale 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).

In particolare l'accesso sarà garantito da una unica UVM di livello distrettuale; la rete dei PUA sarà articolata in ciascuna delle tre aree territoriali in cui è suddiviso il distretto sanitario unico dell'azienda.

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 (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 (UVM)
- c. definizione di un piano personalizzato di assistenza (appropriatezza di livello) con definizione della *tipologia* di interventi assistenziali, delle *figure professionali* coinvolte, del *sottoambito* di cura, della *durata* dell'intervento assistenziale a connotazione:
 - domiciliare
 - semiresidenziale / residenziale
 - riabilitativa estensiva territoriale extraospedaliera

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

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 macro-processo, 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 una 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 dimis-

sione e le inoltra al PUA del distretto competente per territorio dell'assistito.
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 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 at- tiva	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

Abitan- ti > 65 anni	Offerta accre- ditata RSAM R1	Offerta accre- ditata RSA R2	Offerta accre- ditata CP R3	Offerta accre- ditata DPCR 1/2011	Offerta Pubbli- ca atti- va RSAM R1	Offerta Pubbli- ca atti- va RSA R2	Offerta Pubbli- ca atti- va CP R3	Offerta Pubblica attiva totale	Offer- ta 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 con il suddetto DPGR 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 articolarlo 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.

La inappropriately 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 program- mato	X 1000 anziani	RSAM R1	RSA R2	CP R3	Totale fab- bisogno program- mato	Offerta at- tuale attiva e pro- grammata totale	Diffe- renza verso offerta attuale
30.658	310	10.1	53	150	107	310	383	- 73

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità anziani.

Nella nostra realtà si rende necessario in coerenza con le linee programmatiche del DCA 76/2015 ridurre l'offerta di residenzialità anziani R3, attivare nuovi moduli di residenzialità anziani R2 e attivare nuovi moduli di R1 (RSAM) che allo stato non risultano tra l'offerta attiva e quindi inesistenti.

L'azienda nel formulare la presente proposta di riorganizzazione della residenzialità anziani ha tenuto conto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi e quindi l'intera domanda è garantita all'utenza solo da strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi;
- che la proposta unitariamente presentata dalle strutture accreditate tende al superamento delle criticità assistenziali, di esubero di personale e di contrazione dei budget attuali dagli stessi evidenziati a causa della drastica riduzione dell'offerta esistente;
- che l'alto indice di appropriatezza registrato sui casi rivalutati (per come sopra evidenziato) denota una adeguata risposta al bisogno e alla domanda assistenziale;
- che la rilevante riduzione di p.l. R3 non compensata dell'incremento dei nuovi p.l. di R1 è tale da non poter garantire la domanda oggi esistente.

Nella elaborazione del piano di riorganizzazione, nel dare seguito a quanto previsto dal DCA 76/2015 in merito al riequilibrio dell'offerta sulla base dell'intensità assistenziale che prevede una significativa riduzione di posti letto di CP - R3, si è ritenuto opportuno, anche al fine di superare le criticità sopra evidenziate, di prevedere n. 48 posti letto in RSA R2 in più rispetto al fabbisogno programmato. Tale maggiore offerta è da intendersi attiva fino all'avvenuto riequilibrio regionale tra le diverse ASP, come previsto dal DCA 76/2015.

In sintesi occorre evidenziare che nell'area della residenzialità anziani dai 383 PL esistenti (150 PL di RSA anziani e 233 PL di Case Protette Anziani) si passerebbe ad un totale di 310 PL (155 PL di R2, 102 PL di R3 e 53 PL di R1) con un saldo negativo di ben 73 p.l. nell'intera area della residenzialità anziani.

Più specificatamente occorre evidenziare che tutte le strutture R3 (CP anziani) oggi esistenti avrebbero complessivamente una riduzione di posti letto pari a 131 PL, in sostanza un minore fabbisogno di p.l. del 56,23 % rispetto ai p.l. oggi esistenti.

Viceversa il fabbisogno di p.l. di RSA anziani è incrementato di 5 p.l. rispetto alla dotazione attuale mentre il fabbisogno di p.l. di RSAM è aumentato di 53 nuovi p.l. oggi non presenti.

Ciò posto l'Azienda ha ritenuto di adottare un piano di riorganizzazione della rete assistenziale residenzialità anziani allegato al presente provvedimento (Tabella 1 - residenzialità anziani -) i

cui criteri di determinazione dei nuovi fabbisogni assistenziali nonché i criteri di riconversione delle strutture sono qui di seguito sinteticamente riportati.

- I nuovi 53 posti letto di RSAM R1 previsti per la nostra azienda dalla programmazione regionale di cui al DCA 76/2015 sono stati assegnati proporzionalmente alle strutture già accreditate come RSA anziani riducendo di pari numero i p.l. di RSA anziani che a loro volta sono stati assegnati proporzionalmente alle strutture R3 maggiormente coinvolti nella riduzione dei p.l.
- Per le stesse strutture R3 sono stati, inoltre, proporzionalmente incrementati i p.l. stante la rilevante riduzione (102 su 233) dei p.l. attuali.

Nella **Tabella 1** – Area Residenzialità Anziani - allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione della residenzialità anziani distinta per struttura e posti letto.

4 SEMIRESIDENZIALITÀ ANZIANI

Offerta attuale ASP

Ad oggi non è presente nella nostra realtà alcuna offerta di prestazioni semiresidenziali 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 domiciliare, 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 che erogano prestazioni di riabilitazione semiresidenziale 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.

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

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della semiresidenzialità anziani.

I moduli semiresidenziali, di nuova istituzione, sono previsti all'interno delle strutture residenziali per anziani R3 e/o realizzati in specifiche strutture semiresidenziali.

I 42 nuovi p.l. di semiresidenzialità anziani SR1 21 e demenze SR2 21, previsti per la nostra azienda dal DCA 76/2015, sono proporzionalmente stati assegnati alle strutture R3 anche in considerazione della possibilità di previsione di più moduli (residenziali e semiresidenziali) di diverso livello di intensità nella stessa struttura e tenuto conto dell'elevato numero di p.l. ridotti di R3.

Nella **Tabella 1** allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione della semiresidenzialità anziani distinta per struttura e posti letto.

5 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 (174.328)	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 (174.328)	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 a ciclo continuativo) 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 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 assisten-

za territoriale, tali pazienti risultano ancora in carico presso strutture per disabili fisici psichici e sensoriali.

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	Fabbisogno programmato	X 1.000 abitanti	RECC RRE1 RRE2	SLA RD1	RSA RD4	CP RD5	Totale fabbisogno programmato	Offerta attuale attiva e programmata totale	Differenza verso offerta attuale
171.666 (174.328)	111	0.64	50	3	30	28	111	213	- 102

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità disabili

Tenuto conto delle criticità assistenziali, di personale e di budget che l'elevato numero di p.l. da ridurre (110 rispetto ai 213 esistenti), ha fatto ritenere necessario proporre un incremento di 2 p.l. per le CP RD5, di 10 p.l. per RSA RD4 e di 7 p.l. per SLA RD1 che portano il fabbisogno complessivo dell'offerta attuale da 213 p.l. a 110 p.l. con una riduzione pari a 103 p.l. rispetto agli attuali. Tra l'altro, si consideri che se lo standard previsto dal DCA 76/2015 fosse stato applicato alla attuale popolazione (174.328 ab.), si registrerebbe un maggiore fabbisogno programmato per 2662 abitanti in più.

Nella **Tabella 1** - area disabili - allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione della residenzialità disabili distinta per struttura e posti letto.

6 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 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. ambulatoriale	Prestaz. Abitanti/anno	Riabil. Domiciliare	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.

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 inappropriata. 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 inappropriata 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

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera

Così come espressamente indicato nel Decreto n. 18 del 22/10/2010 per quel che riguarda le prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale, domiciliare e diurna, il nuovo fabbisogno definito dal DCA 76/2015 prevede una diminuzione del numero delle prestazioni infatti, si passa dalle 61.480 prestazioni ambulatoriali attuali alle 48.066 previste e dalle 34.800 prestazioni domiciliari attuali alle 12.703 previste; mentre si registra l'attivazione di prestazioni di riabilitazione estensiva diurna con un fabbisogno di 12.188 prestazioni, che sono state attribuite alle strutture che perdono i volumi prestazionali ambulatoriali e domiciliari. E' inoltre stata proposta la riconversione delle prestazioni eccedenti i volumi programmati in altrettante prestazioni equivalenti di assistenza domiciliare.

Nella **Tabella 2** allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera distinta per struttura e posti letto.

7 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.

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 semi-residenziale, eventualmente non soddisfatte, per le diverse tipologie di utenza, quali:

- Madre - bambino o coppie
- Comorbidità psichiatrica
- Alcolodipendenti

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	-

Nella **Tabella 1** allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione della residenzialità e semiresidenzialità per dipendenze patologiche distinta per strutture e p.l.

8 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 riferi-

mento 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.

L'ASP, allo stato, continuerà ad assicurare attraverso le proprie strutture ospedaliere (SOSD di malattie infettive) e territoriali (ADI).

9 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 DPGR n. 31 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.

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 (poi-

ché 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 appartamento 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

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità psichiatrica

Nella nostra realtà si rende necessario in coerenza con le linee programmatiche del DCA 76/2015 incrementare l'offerta di residenzialità psichiatrica di cui, allo stato, risultano tra l'offerta attiva una offerta di 10 p.l. a front di quella programmata pari a 50 p.l..

L'azienda nel formulare la presente proposta di riorganizzazione della residenzialità psichiatrica ha tenuto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi e quindi l'intera domanda è garantita all'utenza solo da strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi;
- della proposta unitariamente presentata dalle strutture accreditate che hanno evidenziato che l'incremento dell'offerta programmata solo parzialmente consente di superare le criticità assistenziali, di esubero di personale e di contrazione dei budget attuali derivanti dalla riduzione

- dei p.l. della residenzialità per disabili che a tutt'oggi, in assenza di una offerta adeguata di p.l. di residenzialità psichiatrica, sono costrette a trattare anche i casi di assistenza psichiatrica;
- di un fabbisogno definito dal competente DSM dell'ASP è risultato pari a pari a 80 p.l. a fronte degli attuali 10 p.l. e degli ulteriori 40 programmati dal DCA 76/2015;
 - del fatto che un numero significativo di pazienti sono allo stato inseriti in maniera inappropriata nelle attuali case protette per disabili fisici psichici e sensoriali, peraltro significativamente ridotte dalla programmazione del DCA 76/2015, mentre sarebbero più appropriatamente da trattare in strutture psichiatriche SPR1;
 - del numero significativo di ricoveri disposti dall'autorità giudiziaria oggi trattati nelle attuali strutture per disabili peraltro ridotte di 102 p.l.

Per quanto sopra specificato è stato quindi ritenuto necessario un incremento del fabbisogno di p.l. di residenzialità salute mentale previsto dal DCA 76/2015 che presenta, peraltro, un volume complessivo di posti letto inferiore rispetto a quello fissato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, quantificato nella "Griglia LEA", nonché al fabbisogno indicato dal competente DSM dell'azienda.

Nella **Tabella 1** - area residenzialità salute mentale - allegata al presente piano è riportata la riorganizzazione della residenzialità psichiatrica distinta per struttura e posti letto.

10 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

11 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. In considerazione delle eccezioni mosse in merito in sede di incontro tecnico presso la struttura commissariale si è osservato come lo spaccettamento del modulo di 12 p.l. previsti dal DCA 76/2015 per l'intera area centro non può essere accolto in quanto in contrasto con gli indirizzi e i criteri contenuti nel citato DCA 76/2015, concordando di concentrare l'intero modulo di 12 p.l. nella ASP di Catanzaro.

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

In ordine al nuovo fabbisogno di residenzialità disturbi del comportamento alimentare programmato per la nostra ASP vale quanto già specificato al precedente punto.

12 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

In ordine al nuovo fabbisogno di semiresidenzialità disturbi del comportamento alimentare programmato per la nostra ASP vale quanto già specificato al precedente punto.

13 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 2015

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:

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

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 dall'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.

14 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.

15 TABELLE ALLEGATE

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA E CORRELATA PROPOSTA DI RICONVERSIONE DELLE STRUTTURE ESISTENTI

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, è riportato il piano complessivo di riorganizzazione della rete residenziale e semiresidenziale dell'azienda, distinto per tipologia assistenziale, posti letto e strutture erogatrici; nella **Tabella 2** che segue, allegata per costituirne parte integrante e sostanziale del presente atto, è riportato il piano complessivo di riorganizzazione della prestazioni di assistenza riabilitativa estensiva extraospedaliera dell'Azienda distinto per tipologia prestazionale, prestazioni e strutture erogatrici.

Si da atto che il presente piano è adottato in coerenza con indirizzi, criteri e vincoli contenuti nel DCA n. 76/2015.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE - DCA N. 78/2015 - RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

RIORGANIZZAZIONE RESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA										RIORDINO RETE ASSISTENZIALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
DESCRIZIONE	P.L. ESISTENTI	FABBISOGNO PROGRAMMATO P.L. DCA 76/2015	DIFFERENZA	FABBISOGNO POSTI LETTO DOPO RIORDINO PER INTENSITA' ASSISTENZIALE	RSA Centro S. Giuseppe	RSA s. Rita	C.P. Villa Ermelinda			C.P. Villa del Rosario			C.P. Savelli Hospital			C.P. Casa Giardino			C.P. Teodoro			C.P. Disabili Canusa			C.P. Disabili S. Santo			RSA Disab. S. Covelli			Centro Riabilit. ciclo contin. San Giuseppe			Ras. Psich. Venzino Solidale			Centro CAST. Onlus Resid.			Agora Kroton Resid.			Exodus			CC.R.I.S.S. Semir.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
							differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti	differenza	p.l. dopo riordino	p.l. esistenti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
RESIDENZIALITA' ANZIANI	ANZIANI RSA R2	150		5	97	RSA R2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE - DCA n. 76/2015 -RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RIABILITATIVA ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

DENOMINAZIONE STRUTTURE																							
RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA RIABILITATIVA ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA					ANMIC Riabilitazione			Life			San Giuseppe			Starbene			Turano			Proposta di riconversione in prestazioni ADI equivalenti			
DESCRIZIONE		prestazioni erogate	FABBISOGNO PROGRAMMATO DCA 76/2015	DIFFERENZA	differenza			differenza			differenza			differenza			differenza						
		offerta attuale			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	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	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	0	
	Ciclo Diurno	0	12.188	12.188	0	25	25	0	20	20		0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	
TOTALE		96.280	72.957	-23.323	140	110	-30	72	57	-15	36	28	-8	36	28	-8	36	28	-8	36	28	-8	46

RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA) E DELLE POSTAZIONI DI EMERGENZA TERRITORIALI (PET)

1 SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA)

Fra gli obiettivi perseguiti nell'intervento di riordino della rete territoriale 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. e dal successivo DCA n. 30/2016 per come ridefinito con DCA n. 64/2016.

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 regionale, si propone che la struttura commissariale 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 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 e sopra richiamati. Partendo dall'attuale articolazione territoriale della C.A., e tenendo conto del nuovo assetto distrettuale e della rete delle cure primarie come delineato nel nuovo atto aziendale recentemente adottato dell'ASP, 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 paziente già in carico ai MMG;
- valutare l'inserimento della presenza infermieristica nella C.O., a supporto delle attività mediche, con particolare riferimento a quelle inerenti all'area delle cronicità.

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 delle postazioni di continuità assistenziale previste dalla programmazione regionale di cui al DPGR n. 94/2012, al DCA 76/2015 e al DCA 30/2016 per come modificato dal DCA 64/2016 che a fronte delle attuali 31 postazioni attive nella nostra ASP prevede un ridimensionamento per come specificato nella tabella che segue, in coerenza con gli indirizzi, i criteri e i vincoli al riguardo definiti dalla DPGR 94/2012, dal DCA 76/2015 e dal DCA 30/2016 per come modificato dal DCA 64/2016.

Postazioni di continuità assistenziale
Attuali e dopo Riorganizzazione

Abitanti	Numero Comuni	N. Postazioni Attuali	N. Postazioni Programmate I° STEP	N. Postazioni Programmate II° STEP
174.605	27	31	29	27

COMUNE	Abitanti	Numero Postazioni CA Attuali	Postazioni CA dopo Riordino I° STEP 31.12.2016	Postazioni CA dopo Riordino II° STEP 30.06.2017
Belvedere Spinello	2.319	1	1	Entro la data del 30.06.2017 saranno soppresse altre tre postazioni di continuità assistenziale come da programmazione regionale. Ciò in considerazione che l'attuale stato della viabilità interna, già difficile in condizioni normali a causa delle particolarità orografiche del territorio, presenta ad oggi numerose interruzioni a causa delle quali il raggiungimento dei Comuni specie nelle zone della presila crotonese risulta difficoltoso e i tempi di percorrenza talvolta raddoppiati.
Crotone	61.131	3	2	
Caccuri	1.653	1	1	
Castelsilano	1.051	1	1	
Cerenzia	1.166	1	1	
Cutro	10.533	1	1	
Isola Capo Rizzuto	17.552	2	2	
Rocca di Neto	5.696	1	1	
San Mauro	2.180	1	1	
Savelli	1.287	1	1	
Scandale	3.250	1	1	
Carfizzi	671	1	1	
San Nicola dell'Alto	846	1	1	
Casabona	2.746	1	1	
Ciro	2.996	1	1	
Ciro Marina	14.973	1	1	
Crucoli	3.165	1	1	
Melissa	3.640	1	1	
Pallagorio	1.242	1	1	
Strangoli	6.596	1	1	
Umbriatico	883	1	1	
Verzino	1.884	1	1	
Cotronei	5.459	1	1	
Mesoraca	6.574	1	1	
Petilia Policastro	9.230	2	2	
Roccabernarda	3.430	1	1	
Santa Severina	2.175	1	1	
TOTALE	174.328	31	30	27

2. POSTAZIONI DI EMERGENZA TERRITORIALE (PET)

Premesso che il DPGR n. 94/2012 ha aggiornato la formula per la definizione dei mezzi medicalizzati con i nuovi parametri previsti dal Monitor 27 già applicati nelle altre regioni.

Che il correttivo, che da 60 kmq passa a 45 kmq, ha determinato un lieve incremento delle postazioni, considerato sulla base delle peculiarità della Regione Calabria rispetto alla orografia del territorio ed alla scarsa percorribilità viaria, ci si uniforma quindi all'obiettivo di rafforzare la rete territoriale di soccorso come condizione essenziale - ancorchè transitoria - per garantire i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera in un contesto che vede il Territorio ancora non completamente implementato.

Tenuto conto di quanto sopra richiamato nonché di quanto al riguardo contenuto nella relazione tecnica del dirigente responsabile della Centrale Operativa del 118 di Crotone, che ad ogni buon fine si allega alla presente, la riorganizzazione delle PET per la nostra ASP prevede un numero di PET dopo riorganizzazione per come indicato nella tabella che segue, in coerenza con gli indirizzi, i criteri e i vincoli al riguardo definiti dalla DPGR 94/2012, dal DCA 76/2015 e dal DCA 30/2016 per come modificato dal DCA 64/2016.

Postazioni di Emergenza Territoriale
Attuali e dopo Riorganizzazione

Numero PET Attuali	Sede operativa	Numero PET dopo riorganizzazione	Sede operativa
5	1. Mesoraca (M.S.A.) 2. Cirò Marina (M.S.A.) 3. Crotone 1 (M.S.A.) 4. Crotone 2 (M.S.A.) 5. Isola Capo Rizzuto (M.S.B.) - oggi in convenzione -	6	1. Mesoraca (M.S.A.) 2. Cirò Marina (M.S.A.) 3. Crotone 1 (M.S.A.) 4. Crotone 2 (M.S.A.) 5. Isola Capo Rizzuto (M.S.A.) 6. Rocca di Neto (MSB) in convenzione - Prestazioni ambulanza P.O. di Crotone (*)

(*)Prestazioni di ambulanza con il solo autista governate dalla Direzione Medica del P.O. di Crotone ed utilizzate esclusivamente per trasporto ordinario a parziale supporto dell'attività analoga in capo al 118 in un regime di autonomia da questo, che necessita di essere riorganizzato e regolamentato (DPGR n. 94/2012)

Il piano di riorganizzazione delle PET per come sinteticamente riportato nella tabella che precede, indica il numero delle postazioni PET attuali e quelle dopo la riorganizzazione; al riguardo occorre precisare che l'attuale PET localizzata nel Comune di Isola Capo Rizzuto (MSbase) oggi gestita in convenzione, con il presente provvedimento di riorganizzazione è programmata a gestione diretta ASP con ambulanza medicalizzata con medico e infermiere a bordo (M.S.A.).

La sesta PET programmata (oggi non presente) sarà localizzata nel Comune di Rocca di Neto e sarà a gestione in convenzione (M.S.B.) con autista e soccorritore a bordo; la stessa PET consentirà di ricondurre gli attuali tempi allarme Target entro lo standard per tutti i Comuni ricadenti in nell'area della SS 107 e della presila Crotonese (31.905 abitanti) colmando così e le criticità oggi registrate per i comuni di tale area.

Per il dettaglio dei tempi allarme-target si rinvia all'allegata relazione tecnica del dirigente medico responsabile della Centrale Operativa del 118 di Crotone.

Azioni di riorganizzazione

Le azioni di riorganizzazione prioritarie da attuare e i tempi sono definiti per come qui di seguito specificato:

- Prevedere, per l'attuale PET localizzata nel Comune di Isola Capo Rizzuto, oggi gestita in convenzione, la programmazione a gestione diretta ASP con ambulanza medicalizzata con

medico e infermiere a bordo (M.S.A.), con un fabbisogno di personale pari a 6 medici e 6 infermieri oltre che la dotazione di una ambulanza, entro il 31.03.2017.

- Attivare la sesta PET (MSA), utile a coprire le criticità dell'area 107 e della Pre-Sila Crotonese, localizzando la stessa nel Comune di Rocca di Neto, che verrà gestita in convenzione con autista e soccorritore a bordo, per come sopra evidenziato, entro il 31.03.2016.
- Completare la dotazione organica del personale delle attuali PET con il fabbisogno di sei unità Infermieristiche di cui 5 in Centrale Operativa e una unità per la PET di Cirò Marina.
- Attuare l'attività di assestment dei mezzi di soccorso (con indicazione dell'anno di immatricolazione e dotazioni tecnologiche), entro il 31/12/2016.
- Avvio attività di adeguamento elettromedicali e rinnovo parco ambulanze e carrello maxi-emergenza, entro il 31/03/2017.