

**DELIBERA
DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Deliberazione n. **016**/2020

OGGETTO: Presa atto DCA n. 65/2020. Adozione Piano aziendale Riorganizzazione Rete Territoriale.

STRUTTURA PROPONENTE:

- UOC Programmazione sanitaria e pianificazione strategica e sviluppo organizzativo
- Dipartimento Programmazione e Controllo

Data di presentazione della proposta ____ / ____ /2020

In data **24 APR 2020** /2020 nei locali della sede legale dell'ASP di Crotone sita in via Mario Nicoletta, il Commissario Straordinario, Dr. Gilberto Gentili, adotta la seguente deliberazione sulla base della proposta di seguito riportata.

Su conforme proposta nonché sulla base della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dal Direttore FF della UOC Programmazione Sanitaria Pianificazione Strategica e Sviluppo Organizzativo e dal Direttore FF del Dipartimento Programmazione e Controllo

Premesso

che con DCA n. 65/2020 recante "Programma Operativo 2019/2021 - Riorganizzazione della Rete Territoriale" il Commissario ad acta ha approvato la riorganizzazione della rete territoriale.

Visto

In particolare l'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del citato DCA n. 65/2020.

Dato atto

che il citato DCA 65/2020 stabilisce, tra l'altro, che le Aziende Sanitarie Provinciali della Regione devono procedere all'adozione dei nuovi Piani aziendali di riorganizzazione della rete territoriale inerenti anche il fabbisogno di prestazioni territoriali.

che i predetti piani aziendali di riorganizzazione della rete territoriale devono essere approvati con apposito provvedimento dei Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione, atteso che i precedenti piani non sono più efficaci e, conseguentemente sono revocati i decreti commissariali n. 108/2018, 109/2018, 110/2018, 229/2018 e 91/2019 di approvazione, rispettivamente, dei Piani aziendali di riorganizzazione della rete territoriale delle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria.

che per come espressamente stabilito dal citato DCA 65/2020 l'attuazione della riorganizzazione della rete territoriale aziendale, costituisce obiettivo prioritario dei

Commissari Straordinari /Commissioni Straordinarie Prefettizie delle Aziende Sanitarie Provinciali.

Valutato

che la Regione Calabria con DCA n. 76 del 6.7.2015, successivamente integrato e modificato dai DCA n. 113 del 3.11.2016 e n. 166 del 13.12.2017 ha adottato i precedenti documenti di riorganizzazione della rete territoriale.

Considerato

Che questa Azienda con deliberazione n. 357 del 12 ottobre 2016, in attuazione di quanto stabilito con DCA n. 76/2015 per come integrato dal successivo DCA 113/2016, provvedeva ad approvare la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale per come stabilito nel documento allegato alla medesima deliberazione.

Che con DCA n. 114 del 3 novembre 2016 veniva approvata la riorganizzazione della rete assistenziale dell'ASP per come definita con la citata deliberazione n. 357/2016.

Che in attuazione del citato DCA 114/2016 le strutture sanitarie e sociosanitarie presenti sul territorio aziendale hanno provveduto a presentare, al competente Dipartimento Regionale Tutela della Salute, le specifiche istanze di riconversione previste dal precedente piano di riorganizzazione della rete territoriale aziendale e sono quindi oggi in possesso dei relativi DCA di autorizzazione e accreditamento conseguenti alle riconversioni di attività sanitarie e sociosanitarie precedentemente accreditate, che così per come espressamente stabilito nel successivo DCA n.166 del 13.12.2017 mantengono quindi la loro validità.

Ritenuto

Di doversi procedere all'adozione del piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per come definito nel documento allegato alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale.

Precisato

che in coerenza con il DCA 65/2020, il piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, allegato alla presente deliberazione, è articolato in tre diversi capitoli che in coerenza con gli indirizzi indicati nell'allegato 1 del DCA 65/2020 attengono e definiscono i seguenti aspetti:

Capitolo I

- Il territorio nella gestione strategica dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.
- L'integrazione ospedale-territorio, il ruolo del distretto e lo sviluppo delle cure primarie.

Capitolo II

- piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale.
- Modello di governo della rete territoriale.
- Modello di presa in carico ex art. 21 DPCM 12 gennaio 2017- percorsi assistenziali integrati.
- Strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati per tipologia di assistenza.
- Il Sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali.
- Prestazioni Specialistiche.

Capitolo III

- Riorganizzazione dell'assistenza territoriale residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale e domiciliare e relativi fabbisogni:

- o Residenzialità anziani
- o Semiresidenzialità anziani
- o Residenzialità disabili
- o Riabilitazione estensiva extraospedaliera
- o Residenzialità e semiresidenzialità dipendenze patologiche
- o Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS
- o Residenzialità salute mentale
- o Semiresidenzialità salute mentale
- o Residenzialità e semiresidenzialità autismo
- o Residenzialità e semiresidenzialità disturbi del comportamento alimentare (DCA)
- o Cure domiciliari
- o Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per minori
- o Residenzialità Hospice

Per tutto quanto sopra considerato, valutato e specificato

SI PROPONE

1. Di prendere atto del DCA n. 65/2020 recante "Programma Operativo 2019/2021 - Riorganizzazione della Rete Territoriale".
2. Di adottare il Piano Aziendale di Riorganizzazione della Rete Territoriale per come definito nel documento allegato alla presente deliberazione di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale.
3. Di trasmettere il presente atto al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e politiche sanitarie Dirigente del Settore Servizi Territoriali e Personale Convenzionato.
4. Di trasmettere il presente atto al Commissario ad acta per il PdR dal deficit del settore sanitario della Regione Calabria.

Il Direttore FF della UOC

Programmazione sanitaria e pianificazione strategica e sviluppo organizzativo

Dr. Alessandro Bisbano

Il Direttore FF del Dipartimento Programmazione e Controllo

Dr.ssa Angelina Rizzuti

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Ritenuto di condividerne il contenuto.

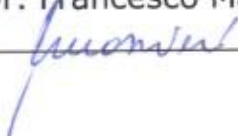
Sentiti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

DELIBERA

Di approvare la superiore proposta che qui si intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dai Direttori delle strutture proponenti.

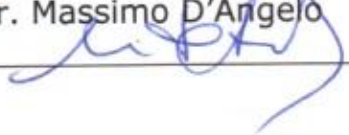
Il Direttore Amministrativo

Dr. Francesco Masciari



Il Direttore Sanitario

Dr. Massimo D'Angelo



Il Commissario Straordinario

Dr. Gilberto Gentili



UFFICIO AFFARI GENERALI

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'ASP di Crotone il 24 APR. 2020 con protocollo della Segreteria Generale n. 061

Crotone li _____

Il Responsabile

~~IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO~~
COLL. MIN. VO PROF.
Rag. Francesco SORVILLO



Commissario Straordinario
Dr. Gilberto Gentili

Allegato
Delibera Commissario Straordinario
n. _____ del _____

PIANO AZIENDALE
RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE

Attuazione DCA n. 65/2020

Crotone
Aprile 2020

PREMESSA

Nell'ambito del più complessivo processo di riqualificazione e razionalizzazione del SSR il Commissario ad acta per il PdR con l'adozione del Programma Operativo 2019/2021, ha individuato, tra l'altro, l'obiettivo di rafforzamento e riqualificazione dei servizi territoriali, adottando il DCA n. 65 del 10 marzo 2020 recante "Riorganizzazione della rete territoriale" che oltre a definire le linee di programmazione, gli indirizzi, i principi e i criteri della nuova rete di assistenza territoriale stabilisce che le Aziende Sanitarie Provinciali devono procedere all'adozione dei Piani aziendali di riorganizzazione della rete territoriale definendo nel contempo il relativo fabbisogno di prestazioni territoriali.

In attuazione, quindi, di quanto stabilito dal citato DCA n. 65/2020 questa ASP ha provveduto a definire e adottare il presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale in coerenza e secondo gli indirizzi programmatici regionali riportati nell'Allegato 1 del DCA 65/2020.

Il presente piano è articolato in tre capitoli principali che sono qui di seguito sinteticamente riportati.

Il Capitolo I che attiene al ruolo del territorio nella gestione strategica dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari e all'integrazione Ospedale-Territorio, con specifico riferimento al ruolo del Distretto e allo sviluppo delle cure primarie.

Il Capitolo II che attiene al piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con specifico riferimento al modello di governo della rete territoriale, agli strumenti per il governo della rete medesima ed al modello di presa in carico ex art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017 e ai percorsi assistenziali integrati.

Il Capitolo III che attiene alla riorganizzazione dell'assistenza riabilitativa territoriale, residenziale e semiresidenziale e estensiva extraospedaliera e al correlato aggiornamento dei fabbisogni assistenziali ad essa correlati.

Con l'adozione del presente provvedimento l'ASP di Crotone ha inteso adottato un documento denso di contenuti e capace di offrire alla Struttura Commissariale Regionale e al Dipartimento Regionale Tutela della Salute una puntuale proposta di riorganizzazione della rete territoriale aziendale in coerenza con la programmazione regionale di cui al citato DCA 65/2020 e con i LEA definiti con DPCM 12 gennaio 2017.

In realtà l'ASP di Crotone in attuazione dei precedenti provvedimenti regionali di programmazione della rete territoriale ed in particolare in attuazione del DCA 76/2015, per come integrato con successivo DCA 113/2016, aveva già provveduto, con deliberazione n. 357/2016, approvata dalla regione con DCA n. 114/2016, alla riorganizzazione della propria rete territoriale. Con il successivo DCA 166/2017 la regione procedeva ad una parziale modifica del DCA 113/2016 e nel contempo revocava i precedenti DCA di approvazione delle reti territoriali delle ASP ivi compresa quella dell'ASP di Crotone che nel frattempo aveva già provveduto nel concreto ad attuare la rete territoriale aziendale per come definita dalla citata deliberazione aziendale n. 357/2016 ed approvata con DCA 114/2016 per effetto del quale era già avvenuta la programmata riconversione delle strutture interessate con specifici DCA anch'essi approvati dalla struttura commissariale.

Precisato quanto sopra, con l'adozione del presente atto di riorganizzazione della rete territoriale aziendale, l'ASP di Crotone ha provveduto, ovviamente, ad aggiornata la precedente rete in coerenza con le nuove disposizioni regionali oggi definite dal DCA 65/2020.

Con l'adozione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con quanto stabilito dal DPCM 12 gennaio 2017, e in attuazione degli indirizzi e dei vincoli definiti dalla programmazione regionale di cui al citato DCA n.65/2020, si è provveduto, anche all'approvazione dei fabbisogni di prestazioni di assistenza territoriale e alla correlata riorganizzazione dell'offerta sul territorio aziendale.

CAPITOLO I

IL TERRITORIO NELLA GESTIONE STRATEGICA DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI E L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO, IL RUOLO DEL DISTRETTO E LO SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

Con specifico riferimento agli indirizzi programmatici indicati ai punti 1 e 2 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020 occorre evidenziare che questa ASP con l'adozione dell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 253/2016, approvato dalla Struttura Commissariale con DCA n.83/2016 e con l'adozione dei precedenti provvedimenti aziendali di riorganizzazione della rete territoriale di cui alla deliberazione 357/2016 attuativi del DCA 76/2016 e 113/2016, ha già proceduto a definire e configurare il ruolo fondamentale del territorio nella gestione strategica dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari nonché il ruolo e l'organizzazione del Distretto e delle Cure Primarie, che, peraltro, risultano coerenti con quanto oggi previsto e indicato ai punti 1 e 2 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020.

Su tali punti il presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale rappresenta una revisione necessaria di adeguamento al DCA 65/2020 recante riorganizzazione rete territoriale e al DPCM 12 gennaio 2017 con il quale sono stati definiti i nuovi LEA.

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

Il processo di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale passa inevitabilmente dallo sviluppo e dalla valorizzazione dei servizi territoriali, in sinergia con la rimodulazione e il riassetto della rete assistenziale ospedaliera e dell'emergenza/urgenza.

La linea strategica fondante l'azione di riqualificazione del SSR passa attraverso una riorganizzazione e razionalizzazione complessiva i servizi per la salute a favore dei cittadini, agendo in particolare sul consolidamento e miglioramento dei servizi territoriali e promuovendo azioni volte all'integrazione ospedale-territorio.

In coerenza con l'evoluzione della normativa in materia e con gli specifici indirizzi regionali di cui al DCA n.65/2020, l'ASP di Crotone ha proceduto, come da Atto Aziendale e deliberazione 357/2016, a definire un nuovo modello di rete assistenziale territoriale volto 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 l'Azienda ha individuato fra le proprie strategie prioritarie il rafforzamento e la riqualificazione della rete assistenziale 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.

Il rafforzamento e la riqualificazione della rete assistenziale territoriale ha consentito quindi 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 peraltro previsto dalle disposizioni normative nazionali e regionali, e dai provvedimenti attuativi aziendali di cui all'atto aziendale e alla deliberazione 357/2016 e da ultimo aggiornate con la deliberazione n. 0546/2018, assicurano nelle 24 ore la piena presa in carico del paziente, in collaborazione con gli specialisti (ospedalieri e territoriali).

La definizione e la contestualizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici 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.

Gli obiettivi e gli indirizzi rivolti alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema delle cure primarie sono adottati e declinati nell'ASP con i provvedimenti sopra richiamati 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.

L'Azienda, inoltre, ha ritenuto di 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.

In tale percorso di riorganizzazione l'ASP ha perseguito pertanto anche i seguenti obiettivi:

1) 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

2) Garantire l'informazione e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura.

3) Migliorare, per quanto possibile, le modalità di integrazione con i servizi sociali dei Comuni e del terzo settore.

Occorre in sostanza perseguire la strutturazione della rete territoriale, connessa con la rete ospedaliera, 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 dall'ASP si è fondato, quindi, sui seguenti principi ispiratori:

- è orientato a perseguire un riequilibrio funzionale del sistema sanitario fondato sull'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, partendo dai bisogni di salute della popolazione;
- realizza e garantisce 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.

1.1 a) 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 30/40 % 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. La diffusione delle malattie croniche e di quelle neurodegenerative impone un approccio diverso da quello della nostra tradizione, che ha sempre privilegiato l'assistenza familiare. Cambiamenti di contesto e sociali hanno portato alla necessità di strutturare i servizi sanitari e socio assistenziali in maniera articolata prevedendo un minore impegno familiare ed un maggiore apporto della sanità. Ciò in quanto, mentre una persona affetta da acuzie rimane in ospedale per un tempo limitato, i pazienti con multicronicità necessitano di assistenza continua (h 24 per 365 giorni), con conseguente enorme carico assistenziale per i familiari (caregiver) che divengono, essi stessi, cittadini fragili con elevato rischio di sviluppare patologie cronico-degenerative. Anche per questi motivi occorre puntare sullo sviluppo della sanità territoriale, comunque strettamente correlata con il livello ospedaliero di assistenza e fortemente integrata con le azioni socio tutelari delegate (ex Legge 328/2000) ai Comuni.

1.1 b) I costi

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria 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 sanitari:

- Assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale)
- Assistenza specialistica ambulatoriale territoriale
- Attività erogate dalle strutture distrettuali dell'ASP e da strutture private territoriali accreditate con il SSR (assistenza domiciliare, 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 demandando il resto alla prevenzione e al territorio.

Non a caso nelle migliori realtà regionali del nostro paese la spesa oggi prevista per raggiungere i Livelli Essenziali di Assistenza è ridotta per l'assistenza ospedaliera sotto il 40% a vantaggio di quella territoriale ormai stabilizzata sopra il 55%; poche raggiungono il 5% per la prevenzione. Esiste, quindi, nella nostra realtà anche un problema di costi.

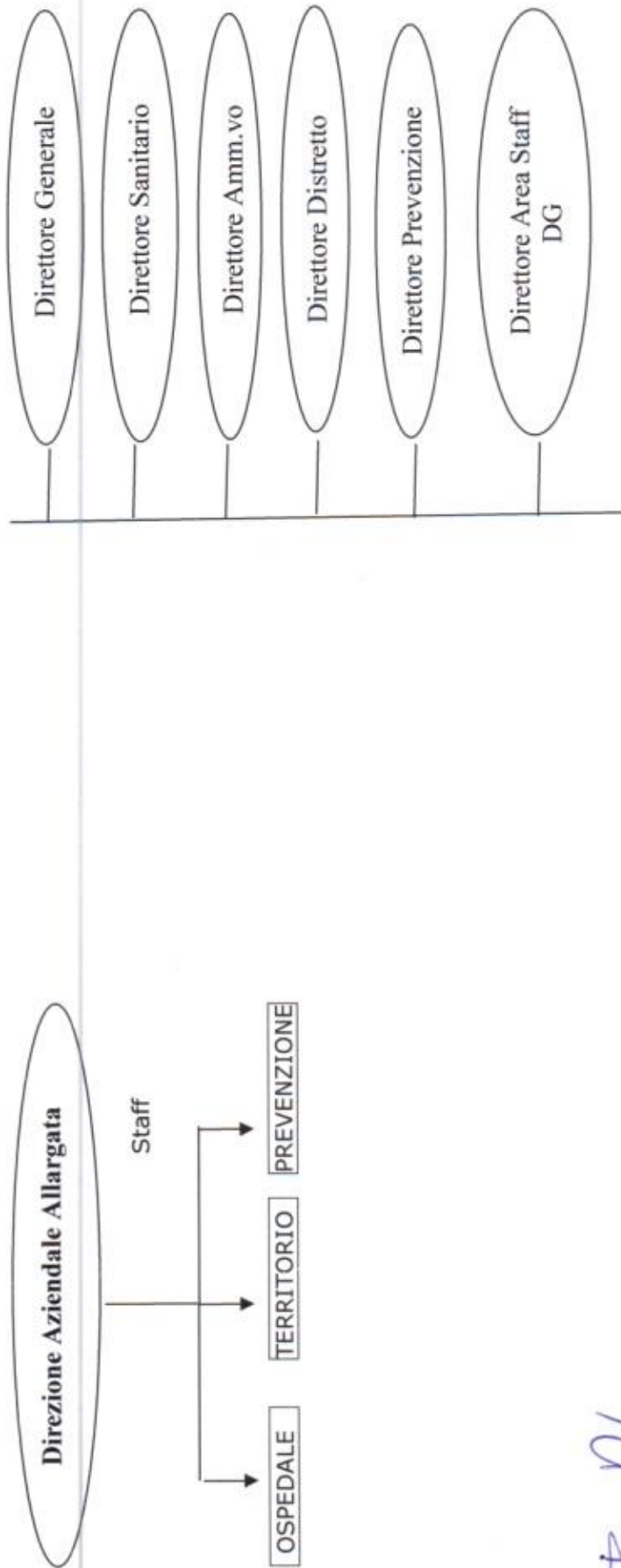
Investire sulla sanità territoriale significa ridurre la spesa ospedaliera inappropriata e migliorare, attraverso un sempre maggiore ricorso alla domiciliarità e all'innovazione tecnologica, la compliance dei cittadini di fronte alle condizioni di patologia cronico degenerativa. Analogamente, se non addirittura in maggiore misura, se si "investe" in prevenzione si riduce la spesa sanitaria tout-court, ospedaliera e territoriale. Ovviamente le Aziende Sanitarie Provinciali deve sapere governare l'intero processo Prevenzione, Territorio - Ospedale- Territorio con grande avvedutezza, onde evitare il proliferare di costi da un lato, senza analogia o, ancor meglio maggiore, riduzione dall'altro.

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

1.1 c) Strumenti organizzativi dell'integrazione

L'ASP di Crotone già con l'adozione del vigente Atto Aziendale e con la deliberazione n. 367/2016 ha provveduto ad istituire la Direzione Allargata Aziendale (D.A.A.) oggi prevista al punto 1. dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

La stessa risulta composta e strutturata per come segue e svolge le funzioni stabilite dell'allegato 1 del DCA 65/2020.



[Firma]

1.2 L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO, IL RUOLO DEL DISTRETTO E LO SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

1.2 a) 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'ASP di Crotone, attraverso l'integrazione della rete ospedaliera e di quella territoriale ha inteso 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 e semiresidenziali;
- 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) anche ai fini della continuità assistenziale.

In questo ambito nell'ASP di Crotone sono 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. Sono, inoltre, programmate e formalizzate congiuntamente le presenze di operatori ospedalieri in sedi distrettuali e viceversa. L'azienda persegue prioritariamente l'obiettivo della continuità dei percorsi di cura intesa come presa in carico globale dell'assistito e integrazione di tutti i momenti del percorso.

L'integrazione ospedale territorio nell'ASP è demandata al direttore del distretto unico aziendale, tuttavia, stante la rilevanza strategica delle attività di integrazione ospedale-territorio l'azienda ha previsto tra le funzioni di staff della direzione generale una specifica funzione di coordinamento per il governo, lo sviluppo e la verifica dei PDTA e PIC (percorsi integrati di cura).

Con specifico riferimento ai PDTA e percorsi di cura si fa rinvio al successivo punto 1.4.

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) definita così per come indicata al punto 1.1.4 dell'allegato 1 al DCA 65/2020.

1.2 b) Il ruolo del Distretto

Il ruolo del distretto nel modello organizzativo della rete territoriale aziendale, per come già definito nei relativi provvedimenti aziendali sopra richiamati, attiene in primis il superamento dell'articolazione distrettuale preesistente all'atto aziendale che vedeva articolata l'area territoriale

in tre distretti sanitari Crotone, Cirò Marina e Mesoraca, con una popolazione residente rispettivamente di 107.818 abitanti, di 39.642 abitanti e di 26.868 abitanti, ciascuno configurato come struttura complessa a sua volta articolata in strutture semplici.

Nella realtà i tre Distretti preesistenti si configurano 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 territoriali.

Già il DCA n. 76/2015 e il DCA 113/2016 relativi ai precedenti atti regionali di riorganizzazione della rete territoriale, stabilivano che il rafforzamento del ruolo del Distretto presuppone la riconsiderazione delle articolazioni all'epoca esistenti e l'individuazione di aree territoriali più ampie, idonee a superare la parcellizzazione prima rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentivano la funzione di governo complessivo né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria di servizi, interventi, prestazioni e per garantire le necessarie efficienze organizzative.

Questa Azienda, pertanto, in ragione della limitata entità della popolazione complessivamente residente, 174.328 abitanti, con l'adozione del nuovo Atto Aziendale ed in coerenza con le disposizioni regionali di cui al DCA n.130/2015 recante "Linee guida atti aziendali" ha definito una strutturazione organizzativa e funzionale dell'assistenza territoriale articolata in un distretto unico aziendale coincidente con l'intera area territoriale dell'ASP, al suo interno articolata in tre aree territoriali subdistrettuali coincidenti ciascuna con i Comuni afferenti ai preesistenti tre distretti.

Il modello organizzativo di riorganizzazione della rete territoriale oggi esistente nell'ASP di Crotone, articolato in un distretto unico aziendale, configurato come struttura complessa al suo interno articolata in tre sole strutture semplici, 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.

Peraltro anche nel DCA 65/2020, Allegato 1, punto 2.1, il ruolo del Distretto e la sua riorganizzazione sono definiti per come previsto con il DCA n. 130/2015 sopra richiamato.

Il Distretto Unico Aziendale è quindi ridefinito quale articolazione dell'ASP deputata a garantire l'erogazione delle attività e prestazioni ricomprese nel LEA assistenza distrettuale 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.

Gli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, 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 armonia con il quadro di riferimento delineato ed al fine sviluppare il nuovo ruolo assegnato all'assistenza distrettuale, il modello organizzativo già in essere nell'ASP di Crotone è confermato con il presente provvedimento 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., utilizzando la specifica scheda PAT indicata nell'allegato 1 del DCA 65/2020, proposto dalla direzione del distretto, sulla base delle risorse assegnate, e approvato dalla Direzione Aziendale Allargata (DAA).
- 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, inoltre, garantisce:

- 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 privato accreditato, ai servizi di assistenza domiciliare a gestione diretta e da privato accreditato, ai servizi di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione estensiva 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;

Le prestazioni, attività e servizi sopra indicate sono 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.

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.

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 è quindi caratterizzata, 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'ASP ha proceduto a ridefinire il preesistente modello organizzativo dell'assistenza distrettuale assicurando che il Distretto sanitario sia in grado di:

- dirigere unitariamente il sistema di erogazione delle prestazioni territoriali, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie per affrontarli attraverso l'utilizzo di uno specifico strumento, normativamente previsto e fino ad ora non utilizzato, quale il Programma delle Attività Territoriali (PAT).
- 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 le forme di organizzative territoriali delle UCCP e AFT.
- 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 e secondo i fabbisogni definiti dagli standard nazionali e regionali in materia.
- 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.

L'organizzazione distrettuale, in modo integrato con quella ospedaliera e dell'emergenza urgenza e con la sperimentazione del modello di Casa della Salute, 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 delle persone affette da patologie croniche. Si realizza così un sistema delle cure in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, secondo una logica di prossimità.

Sul piano più squisitamente operativo e gestionale il distretto garantisce, nel rispetto del quadro di riferimento nazionale e degli atti di programmazione di livello regionale e aziendale, l'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito del PAT ed afferenti alle seguenti aree funzionali specifiche.

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*

1.2 c) Le funzioni socio sanitarie del distretto

Il Distretto contribuisce a migliorare lo stato di salute della comunità attraverso il governo e la gestione di una rete integrata di servizi socio-sanitari assicurando competenza, disponibilità e prontezza di risposta, nel più ampio rispetto della dignità della persona umana e dei suoi primari diritti di salute.

Le attività assistenziali del distretto scaturiscono dalla definizione dei bisogni di salute della comunità (diagnosi di comunità) che non può prescindere dal rispetto dei seguenti principi:

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

L'integrazione socio-sanitaria è quindi una funzione propria dell'assistenza distrettuale, gli interlocutori dell'integrazione socio-sanitaria 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:

- Si definiscono prestazioni socio-sanitarie 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.
- Le prestazioni socio-sanitarie 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 socio-sanitarie 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.

L'integrazione sociosanitaria, 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 supportata da dati demografici, epidemiologici e sociali di ogni territorio distrettuale, nel rispetto dell'assistito, dal momento che solo il 30% della Salute dipende dal Sistema Sanitario (OMS) mentre il 70% dipende da altri determinati di salute, quali gli stili di vita, l'ambiente, la cultura, l'economicità.

Al distretto spetta anche l'attività di coordinamento e di raccordo tra le strutture sanitarie e sociosanitarie.

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

1.2 d) Il Programma delle Attività Territoriali (PAT)

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

Il Programma delle Attività Territoriali è redatto, con il coordinamento della Direzione Sanitaria Aziendale, utilizzando il format definito dalla Regione per come indicato nell'allegato 1 - Scheda PAT - del DCA 65/2020.

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

Così per come espressamente indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, in sede di prima stesura, questa ASP provvederà ad aggiornare e integrare il modello di PAT oggi vigente in azienda e ad adottare l'atto di recepimento del PAT predisposto dal direttore del distretto unico aziendale entro 60 giorni dalla formale approvazione, da parte della Struttura Commissariale, della rete territoriale dell'ASP di Crotone.



1.2 e) 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 qui delineato 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 di riorganizzazione della rete territoriale aziendale l'ASP di Crotone 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.

1.2 f) 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 dell'ASP svolgerà un ruolo prioritario e strategico in tal senso e pertanto, nel quadro degli specifici programmi aziendali di assistenza territoriale, trovano 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.

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.)

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, tenendo conto di quanto al riguardo stabilito dai provvedimenti di riordino delle cure domiciliari già adottati dall'ASP con specifiche deliberazioni (n.13/2010, n. 260/2013, n. 82/2016 e n. 545/2018) e da ultimo con specifica deliberazione n. 820/2019, in esecuzione ed in conformità con il DPGR n. 12/2011, 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.

Il nuovo modello organizzativo delle cure domiciliari già adottato dall'azienda ha consentito un significativo miglioramento rispetto al passato, tuttavia, dovrà ulteriormente essere sviluppato e attuato in ogni sua parte in tutto il territorio distrettuale. Esso a regime dovrà consentire 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.

1.2 g) Cure Primarie

Ricognizione stato attuale dell'assistenza primaria

Con specifico riferimento alla ricognizione sullo stato attuale dell'assistenza primaria nonché della loro implementazione nelle UCCP e AFT, si evidenzia che questa ASP già con deliberazione n. 357/2016 per come modificata dalla successiva deliberazione n. 0546/2018 a cui si rimanda, ed in ottemperanza alla specifica richiesta del dipartimento salute della regione e della struttura commissariale, ha già proceduto a programmare e definire le UCCP e AFT sul territorio aziendale, programmazione che, peraltro, è stata approvata con DCA 174/2019 e che risulta coerente con quanto al riguardo indicato nell'Allegato 1 punto 2.1 del DCA n. 65/2020.

Nella tabella che segue è riportata l'attuale articolazione territoriale delle UCCP/AFT nell'ambito del distretto unico aziendale dell'ASP di Crotone.

	Denominazione e numero UCCP	SEDE UCCP	Abitanti UCCP	AFT Correlati	Ambiti Territoriali AFT
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE	UCCP 1	Crotone	110.288	AFT 1a	Crotone
				AFT 1b	Crotone
				AFT 1c	Crotone
				AFT 1d	Crotone
				AFT 1e	Crotone
				AFT 1f	Cutro - Isola Capo Rizzuto
DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE	UCCP 2	Mesoraca Casa della Salute	26.319	AFT 1g	Caccuri - Castel Silano - Cerenzia - Savelli
				AFT 1h	Rocca di Neto - San Mauro M. - Belvedere - Scandale
				AFT 2a	Mesoraca - Petilia Policastro
				AFT 2b	Cotronei - Roccabernarda - Santa Severina
				AFT 3a	Cirò Marina
				AFT 3b	Cirò Marina
	UCCP 3	Cirò Marina	38.455	AFT 3d	Cirò - Crucoli
				AFT 3e	Melissa - Strongoli - Casabona
				AFT 3f	Pallagorio - San Nicola - Verzino - Carfizzi
Totali	3	-	175.061	15	

1.2 h) Casa della Salute di Mesoraca

Nell'ambito della ricognizione attuale dell'assistenza primaria occorre evidenziare che nell'ASP di Crotone è prevista la Casa della Salute di Mesoraca localizzata presso la sede dell'ex ospedale di Mesoraca ed allo stato in corso di ristrutturazione e adeguamento utilizzando finanziamenti specifici a valere sui fondi del Piano di azione e coesione (Pac 2007/2017).

La Casa della Salute di Mesoraca è un presidio del Distretto unico dell'ASP, la cui gestione complessiva è affidata ad un dirigente medico del distretto con specifico incarico di struttura semplice, che coordina le attività erogate e cura le interfacce con le altre strutture dei dipartimenti operanti nella Casa della Salute. È la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari rivolti alla popolazione nell'ambito territoriale di riferimento della UCCP che trova la sua sede operativa nella medesima struttura della CdS di Mesoraca.

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

La struttura della CdS di Mesoraca è gestita, per quanto riguarda gli aspetti igienico - organizzativi e di facility management da un responsabile di sede, con incarico di struttura semplice, che risponde direttamente al Direttore del Distretto.

Il modello organizzativo delle CdS di Mesoraca prevede l'aggregazione dei Servizi che presentano elementi di contiguità e complementarietà operativa all'interno di 5 Aree funzionali di seguito indicate e definite dalla regione con DPGR 185/2012.

- Area funzionale - Accoglienza, Accesso e Segretariato Sociale
- Area funzionale - Servizi Generali ed amministrativi

- Area funzionale - Servizi ed Attività Sociali
- Area funzionale - Servizi Sanitari
- Area funzionale - Servizi Socio Sanitari

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

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

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

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

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

Il personale convenzionato opererà nell'ambito delle regole generali di funzionamento ed organizzative definite con il Direttore del Distretto. Ad oggi sono in corso di definizione i lavori di ristrutturazione e adeguamento della CdS di Mesoraca di cui si prevede l'attivazione entro il c.à..

1.2 i) Implementazione della rete delle cure primarie

Nell'ambito degli interventi di riordino dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, la normativa nazionale e gli indirizzi regionali sottolineano 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" e implementare 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 rallentare 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 e delle iniziative di promozione ed educazione alla salute.

In tale quadro di riferimento l'ASP di Crotone ha proceduto all'implementazione delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT), così come delineate dall'accordo integrativo regionale (AIR) ponte, rappresenta una scelta necessaria per coniugare la

capacità del sistema di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini, con le peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio aziendale.

Sulla base di quanto sopra e nel rispetto degli AA.CC.NN. di Medicina Generale, Pediatria di libera scelta e Specialista Ambulatoriale, (di cui alla legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158), nonché delle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2014 - 2016, questa azienda, tenuto conto anche degli indirizzi regionali in materia (DCA 65/2018), ha inteso strutturare e implementare la rete delle cure primarie per come definite già con deliberazione n. 357/2016 e più recentemente con la deliberazione n. 0545 del 16 novembre 2018, recante "Rete assistenziale territoriale: riorganizzazione assistenza primaria e istituzione UCCP e AFT" approvata con specifico DCA n. 174 del 6.12.2019.

1.2 l) Strumenti per l'integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale (CURAP)

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 aziendale di cui al presente atto, 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.) attraverso la centralizzazione delle chiamate sul numero unico "116.117", in linea con quanto stabilito dalla Conferenza Stato Regioni del 7.2.2013 (Rep.Atti n. 36/CSR) oltre che dagli specifici indirizzi di programmazione regionale di cui al punto 2.2.4 dell'allegato al DCA 65/2020 dove si prevede che ogni ASP sia dotata di una Centrale di Continuità delle Cure Primarie (CURAP) accessibile h24 per 365 giorni all'anno, attraverso la quale raggiungere:

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

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

Al riguardo questa ASP, in attesa e nelle more dell'istituzione del numero 116117 e delle CURAP a livello regionale, precisa che già in passato, in occasione della precedente riorganizzazione della rete territoriale attuata del DCA 76/2015 e 113/2016 e quindi della deliberazione aziendale n. 357/2016, ha proposto alla regione una specifica sperimentazione presso l'ASP di Crotone utilizzando il numero verde 800116117.

1.2 m) Unità Complesse di Cure Primarie e Aggregazioni Funzionali Territoriali

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

In tale quadro di indirizzi regionali l'ASP di Crotone già con deliberazione n. 357/2016 per come modificata dalla successiva deliberazione n. 0546/2018 ha proceduto a programmare e definire le UCCP e AFT sul territorio aziendale, programmazione che, peraltro, è stata approvata con DCA 174/2019 e che risulta coerente con quanto al riguardo indicato nell'Allegato 1 punto 2.1 del DCA n. 65/2020.

Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria, nella configurazione di Unità Complesse di Cure Primarie (di seguito UCCP) e di Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito AFT), come individuate e definite dalla vigente normativa nazionale, sono 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 tutte le forme associative monoprofessionali e multiprofessionali, gestionali e funzionali, oggi esistenti nel panorama territoriale della nostra ASP. Infatti, per come espressamente previsto dal Patto per Salute 2014/2016, *"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"*.

L'ASP di Crotone, tenuto conto delle disposizioni normative nazionali e tenuto conto degli indirizzi regionali forniti in materia al punto 2.2.5 dell'allegato 1 del DCA 65/2020, con il presente atto riorganizzazione aziendale della rete territoriale, conferma la strutturazione organizzativa e di funzionamento delle UCCP e delle AFT già programmata e definita per il territorio dell'ASP con la citata deliberazione n. 0546/2018 e che qui di seguito viene sinteticamente riportata.

1.2 n) 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.

La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, con una sede principale unica e a gestione diretta dell'ASP in continuità e coordinamento con le AFT di riferimento correlate alla stessa UCCP.

Ciascuna delle tre UCCP istituite nell'ASP di Crotone garantiscono:

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

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



Le UCCP programmate e costituite nell'ASP di Crotone sono tutte in sede pubblica: la sede dell'UCCP, il personale infermieristico e di supporto amministrativo è messo a disposizione dalle ASP. I medici aderenti dovranno garantire la gestione delle informazioni cliniche, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, assicurando, presso la sede dell'UCCP, un'assistenza h 24 grazie all'integrazione operativa dei medici a quota oraria, che operano nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale di appartenenza. Per assicurare lo svolgimento dell'orario di attività, correlato al numero di assistiti in carico, definito dall'ACN per tempo vigente, i medici dovranno articolare il proprio orario di lavoro in maniera coordinata tra la sede dell'UCCP e gli studi privati. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione/validazione da parte del distretto.

I compiti essenziali delle UCCP sono:

- assistere tutta la popolazione in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale, per tempo vigente, e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- partecipare alle azioni di sviluppo della medicina d'iniziativa con passaggio dal solo "approccio secondo linee guida ed evidence based medicine" ad un "approccio di presa in carico personalizzata";
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione sulla popolazione con particolare riferimento all'adozione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta, il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni all'istituzione del FSE;
- assicurare il diretto ricorso ai sistemi aziendali per la prenotazione delle prestazioni specialistiche, anche per codice di priorità;
- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, in particolare con bisogni assistenziali complessi, e dei pazienti in condizione di fragilità, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari;
- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato: Regione - Azienda - Distretto - UCCP - AFT;
- partecipare all'attività di valutazione multidimensionale, finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale;
- garantire, in particolare modo nella sede unica dell'UCCP, l'integrazione operativa con gli specialisti ambulatoriali e le altre professionalità che operano nell'ambito dell'assistenza territoriale, secondo accordi con le aziende;
- perseguire il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nei quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro;
- Nelle aree ad elevata densità abitativa, i medici di assistenza primaria, previa autorizzazione dell'Azienda di appartenenza, che valuterà primariamente l'esigenza di mantenere la capillarizzazione dell'assistenza, possono trasferire nella sede dell'UCCP lo studio già autorizzato nel Comune sede di UCCP.



La strutturazione delle UCCP nell'ASP di Crotone prevede:

- Bacino di utenza: In considerazione della conformazione oro-geografica del territorio, della densità abitativa, della dispersione dei nuclei abitati e della disponibilità di servizi di collegamento, è prevista una articolazione del bacino di utenza diverso dallo standard per consentire uniformità nell'erogazione dei LEA, così per come indicato nella tabella che precede relativa alla ricognizione sullo stato attuale dell'assistenza primaria.
- Sede: l'UCCP è organizzata in sede unica e non prevede sedi accessorie.
- Orari di apertura: viene garantita l'assistenza H24 7/7gg. I Medici a quota oraria, garantiranno gli orari notturni, prefestivi e festivi, fino all'istituzione del ruolo unico.

Le Attività assistenziali delle UCCP

Le UCCP assicurano l'integrazione delle cure lungo tutto il continuum assistenziale mediante:

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

1.2 o) Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

Il modello organizzativo previsto per le AFT dell'ASP di Crotone 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.

L'Azienda allo stato ha individuato 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 Consultivo 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 sono state previste aggregazioni anche maggiori, mentre nelle realtà territoriali montane o a scarsa densità abitativa sono 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).

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

Le AFT potranno assumere due diverse connotazioni:

1. AFT in rete: i medici continuano ad operare nei propri studi professionali, condividendo la gestione delle informazioni cliniche, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, e garantendo un'assistenza h 12, mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione da parte del distretto ed essere coerente con le indicazioni di cui all'ACN per tempo vigente;
2. AFT in sede unica: i medici, pur continuando ad operare nei propri studi professionali e garantendo la gestione condivisa delle informazioni cliniche dei propri assistiti, operano anche presso una sede unica di riferimento, messa a disposizione dalle ASP o dai medici di assistenza primaria, secondo una specifica turnazione, finalizzata a garantire un'assistenza h12.

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

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

Alle AFT costituite nell'ASP di Crotone sono attribuiti i seguenti compiti:

- assistere la popolazione in carico ai MMG che ne fanno parte, in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale per tempo vigente e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione rivolte alla popolazione, con particolare riferimento alla diffusione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni al FSE;
- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari. La massima attenzione sarà data ai progetti rivolti a pazienti con bisogni assistenziali complessi e ai pazienti in condizione di fragilità;
- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;

- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato:
Regione/Azienda/Distretto/UCCP/AFT;
- partecipare alle attività di valutazione multidimensionale finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.



CAPITOLO II

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 Modello di governo della rete territoriale e strumenti operativi

2.1 a) Modello di governo della rete territoriale

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

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

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

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

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

2.1 b) Modello di presa in carico ex art. 21 DPCM 12 gennaio 2017- percorsi assistenziali integrati

I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui all'articolo 21 del DPCM 12 gennaio 2017, prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nel presente provvedimento aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, questa ASP, definisce, per quanto allo stato possibile ed in attesa di specifiche linee di indirizzo nazionali e/o regionali, specifiche indicazioni volte a garantire, omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree.

L'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale è garantito dal SSN, le Regioni e le ASP organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali. I trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

2.1 c) Strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati per tipologia di assistenza

Attraverso il processo di ridefinizione del ruolo e quello di rimodulazione delle attività distrettuali, per come definiti al precedente punto 1.2 del capitolo 1 del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, si è ritenuto utile rafforzare ulteriormente il sistema di presa in carico dei bisogni assistenziali territoriali.

Nell'ASP di Crotone il ruolo già assegnato al Distretto è finalizzato a garantire, da una parte la continuità nei processi di cura con l'ambito ospedaliero di assistenza (continuità assistenziale), dall'altra concretizzare l'integrazione con la componente sociale, di estremo rilievo per completare un adeguato sistema di cure primarie.

In coerenza con l'indirizzo regionale di cui al punto 2.1 dell'allegato 1 del DCA 65/2020 l'assetto organizzativo e il ruolo del distretto per come già programmati dall'azienda e confermati nel presente piano aziendale di riordino del rete territoriale, assegna al distretto la duplice funzione di definizione dei bisogni assistenziali della comunità e di programmazione e di gestione dei servizi. Tale scelta, appare, allo stato, l'unica perseguibile proprio nella prospettiva di dover riaggregare i tasselli di un modello assistenziale territoriale ancora vincolato a logiche prestazionali e, quindi, caratterizzate dalla frammentazione delle unità di produzione e dalla conseguente mancanza di una prospettiva univoca. Detta scelta organizzativa nell'ASP di Crotone è 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 che approva le linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali.

Il modello è in linea peraltro con gli indirizzi regionali già a suo tempo forniti alle ASP in quanto, a fronte di 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, segue una fase di valutazione multidimensionale attraverso lo strumento della scheda standardizzata regionale SVAMA per gli anziani approvata con DPGR-CA n. 36 del 21/03/2014 e una scheda SVAMDI/ICF per i disabili approvata con DCA n. 71 del 20/10/2014.

Il sistema di valutazione multidimensionale, già attivo nell'ASP di Crotone in esecuzione delle disposizioni regionali di cui al DPGR n. 12/2011, è stato recentemente rivisitato ed aggiornato con deliberazione aziendale n. 820 del 29 luglio 2019 che tra l'altro definisce, riorganizza e aggiorna gli strumenti del percorso PUA UVM → PAI, potenziando quindi i principali strumenti di governo della domanda di prestazioni della rete assistenziale territoriale aziendale.

Qui di seguito è riportata in sintesi il modello organizzativo aggiornato per come definito con la citata deliberazione aziendale 820/2019 che qui viene integralmente confermata e che, peraltro, risulta coerente con gli indirizzi regionali indicati al punto 3 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

Resta confermata in capo al Direttore del Distretto la responsabilità dei processi di presa in carico, anche nel caso in dimissione protetta.

Il PUA che rappresenta il punto di accesso al sistema curante è articolato nella nostra ASP come una vera e propria rete integrata costituita da una serie di front office diffusi omogeneamente sul territorio distrettuale presenti in misura di uno per ciascuna delle tre aree subdistrettuali di cui si compone il distretto unico aziendale (condivisi con i Comuni di riferimento) strettamente correlati ad un unico back office di livello distrettuale, localizzato presso la sede del distretto unico aziendale, cui compete la complessiva governance del sistema di accesso.

Le figure professionali necessarie per garantire le attività del back office sono individuate per come di seguito indicato: - responsabile medico, - infermiere professionale, - assistente sociale, - amministrativo.

La UVM è stata centralizzata presso la sede del distretto unico aziendale e posta alle dirette dipendenze del direttore del distretto unico aziendale che assumerà anche la funzione di coordinatore, ed è caratterizzata da una composizione minimale (medico di distretto - MMG/PLS dell'assistito - infermiere professionale - terapista della riabilitazione - assistente sociale - geriatra) che si modifica in ragione della natura del bisogno valutato, con la sostituzione del geriatra con altre figure specialistiche necessarie (psichiatra, neuropsichiatra infantile, fisiatra, neurologo, etc.).

A seguito del processo di valutazione multidimensionale e multiprofessionale viene definito il Piano di Assistenza Individuale (PAI) con definizione della tipologia di interventi assistenziali, delle figure professionali coinvolte, del sottoambito di cura, della durata dell'intervento assistenziale 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: assistenza domiciliare, di assistenza semiresidenziale e/o residenziale, di assistenza riabilitazione estensiva).

Il modello e il processo sopra delineato 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 ovvero la proroga nei modi e nei tempi stabiliti dal DPCM 12 dicembre 2017.

Quanto sopra vale anche per l'attuazione delle dimissioni protette dove:

- 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 back office presso la sede del distretto unico aziendale. Il reparto attiva la segnalazione compilando la scheda di valutazione sanitaria SVAMA.
- La valutazione multidimensionale della UVM e la definizione del PAI 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.
- La definizione del PAI consente di collocare i bisogni sanitari e assistenziali secondo una perfetta logica di appropriatezza di livello (ADI, assistenza semiresidenziale, residenziale, riabilitazione estensiva).

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.

2.1 d) Il Sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali

Con il presente provvedimento di riorganizzazione della rete territoriale aziendale si conferma quanto al riguardo già stabilito in azienda in ordine al sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali, che peraltro risulta coerente con quanto indicato al punto 3 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

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), 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 Residenza (da cui si genera il flusso FAR)
- modulo Salute Mentale (da cui si genera il flusso SISM)
- modulo Consulenti
- modulo Neuropsichiatria Infantile
- modulo Cure Palliative
- modulo NAD

2.1 e) Prestazioni Specialistiche

Rete dei laboratori

La riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati è stata approvata dalla regione con DCA 112/2016 che ha modificato ed integrato il precedente DCA 84/2015 definendo e approvando il progetto di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati.

In attuazione di quanto allo stato stabilito con il citato DCA 112/2016 e s.m.i. l'ASP di Crotone ha proceduto al riordino dei propri laboratori pubblici così per come di seguito indicato.

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

I laboratori pubblici sopra richiamati già afferenti al distretto di Mesoraca e al distretto di Ciro Marina, per effetto del riordino della rete dei laboratori di cui al citato DCA 112/2016, sono stati riconvertiti in punti prelievo e la relativa attività laboratoristica è assicurata dal laboratorio del presidio ospedaliero Spoke di Crotone cui sono state accorpate, peraltro, le attività laboratoristiche precedentemente svolte presso il centro di diabetologia e di microcitemia del medesimo presidio ospedaliero.

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

**Riorganizzazione
Rete Pubblica Laboratori**

Descrizione	Sede Laboratorio unico aziendale	Punto prelievi
Laboratorio Analisi automatici e specialistici	Presidio Ospedaliero Di Crotone	Ex Laboratorio analisi poliambulatorio Cirò Marina Ex Laboratorio analisi poliambulatorio Mesoraca

Rete trasfusionale

Relativamente alla rete trasfusionale questa ASP in attuazione del DPGR-CA n. 58 del 26/06/2014 relativo alla riorganizzazione della rete trasfusionale e più recentemente in attuazione DCA n. 68 del giugno 2015 recante "Accreditamento servizi trasfusionali e autorizzazione e accreditamento unità di raccolta associative" ha già provveduto alla riorganizzazione del centro trasfusionale del Presidio Ospedaliero di Crotone secondo gli indirizzi e in attuazione dei DCA sopra richiamati.

Specialistica ambulatoriale

Con specifico riferimento a quanto al riguardo indicato al punto 3.2, dell'Allegato 1, del DCA n. 65/2020 ed in particolare alla specialistica ambulatoriale occorre evidenziare che questa ASP in attuazione delle disposizioni di cui al DCA n. 32/2017, con deliberazione aziendale n. 109 del 27 marzo 2017 recante "Attuazione DCA n. 32/2017-Determinazione fabbisogno prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ASP Crotone", il cui contenuto qui è integralmente confermato, ha provveduto a definire il fabbisogno aziendale di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stabilendo i volumi di fabbisogno necessari erogabili dalle strutture pubbliche e private accreditate, previsti ed articolati anche per le singole tipologie di branche specialistiche stabilite dal citato DCA ovvero:

- 1) Clinica - diagnostica strumentale e procedure
- 2) Diagnostica per immagini
- 3) Diagnostica di laboratorio.

Farmaceutica

Si resta in attesa dello specifico DCA in corso di adozione così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020.

CAPITOLO III

RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA AMBULATORIALE E DOMICILIARE E RELATIVI FABBISOGNI

Il presente piano definisce e approva il fabbisogno assistenziale e la strutturazione dell'offerta attiva territoriale di prestazioni di: Assistenza sanitaria e sociosanitaria riabilitativa residenziale e semiresidenziale per anziani, Assistenza sanitaria e sociosanitaria riabilitativa residenziale per disabili, Assistenza riabilitativa territoriale estensiva extraospedaliera ambulatoriale e domiciliare, Assistenza residenziali e semiresidenziali per dipendenze patologiche, Residenzialità per persone affette da Hiv/Aids, Residenzialità e Semiresidenzialità salute mentale, Assistenza riabilitativa disturbi dello spettro autistico, Residenzialità e semiresidenzialità disturbi del comportamento alimentare, Cure domiciliari, Assistenza territoriale residenziale e ambulatoriale per minori, Residenzialità Hospice.

Per ciascuna delle tipologie di assistenza sopra richiamate il presente documento prevede lo stato attuale dell'offerta, il nuovo fabbisogno programmato e da attuare in sede locale nonché i principi, gli indirizzi e i criteri per la riorganizzazione.

Il presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale è redatto in attuazione delle disposizioni di cui al DCA n. 65, del 10 marzo 2020 e secondo le indicazioni programmatiche, gli indirizzi e i criteri stabiliti nell'Allegato 1 dallo stesso DCA.

Con l'adozione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, in coerenza con quanto stabilito dal DPCM 12 gennaio 2017 e in attuazione degli indirizzi e dei vincoli definiti dalla programmazione regionale di cui al citato DCA n.65/2020, si è provveduto, tra l'altro, all'approvazione dei fabbisogni di prestazioni di assistenza territoriale e alla correlata riorganizzazione dell'offerta assistenziale sul territorio aziendale.

Occorre precisare che allo stato nel territorio dell'ASP di Crotone non risulta nessuna struttura pubblica per l'erogazione delle tipologie di prestazioni indicate nel provvedimento di programmazione regionale di riorganizzazione della rete territoriale di cui all'Allegato 1 del DCA 65/2020 e che pertanto la riorganizzazione della rete territoriale aziendale è prevalentemente relativa all'offerta attiva di tali prestazioni da parte delle sole strutture private accreditate con il SSR operanti nel territorio dell'ASP.

Al riguardo occorre, inoltre, precisare ed evidenziare quanto di seguito specificato:

- Che con DCA n. 76 del 6.7.2015 è stato approvato il Documento di Riorganizzazione della Rete Territoriale.
- Che con successivo DCA n. 113 del 3.11.2016, in riscontro a specifica richiesta di integrazioni e modifiche al DCA 76/2015 da parte dei tavoli ministeriali di verifica, veniva approvato un documento di riorganizzazione della rete territoriale allegato al medesimo DCA che recepisce i rilievi effettuati dai tavoli ministeriali.
- Che in attuazione del DCA 113/2016, l'ASP di Crotone, con deliberazione n. 357/2016 provvedeva ad approvare la nuova riorganizzazione della rete territoriale in coerenza con il citato DCA 113/2016.
- Che con DCA n. 114/2016 veniva approvata la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale dell'ASP di Crotone per come definita nel documento allegato alla citata deliberazione aziendale n. 357/2016.
- Che pertanto in attuazione della rete territoriale dell'ASP di Crotone per come definita nel documento allegato alla deliberazione aziendale n. 357/2016, la medesima Regione, su richiesta delle strutture interessate, provvedeva ad approvare con specifici DCA e per ciascuna struttura, i provvedimenti di autorizzazione e accreditamento per riconversione/trasformazione dei p.l. e delle tipologie assistenziali precedentemente accreditamenti adeguandoli ai nuovi fabbisogni assistenziali definiti dalla nuova rete territoriale.

- Che progressivamente nel corso del tempo e seguendo il complesso iter procedurale stabilito per l'autorizzazione e l'accreditamento dalla Legge regionale n. 24 e dal suo regolamento attuativo, tutte le strutture territoriali operanti nell'ASP di Crotone risultano autorizzate ed accreditate, con specifici DCA, in coerenza con i fabbisogni definiti nella rete territoriale aziendale di cui alla deliberazione n. 357/2016 approvata con DCA n. 114/2016.
- Che conseguentemente le medesime strutture sono state contrattualizzate dall'ASP di Crotone in esecuzione degli specifici DCA con i quali sono stati annualmente definiti i limiti massimi di spesa per l'assistenza territoriale in coerenza con i fabbisogni assistenziali previsti dalla rete territoriale dell'ASP di Crotone.
- Che con successivo DCA n. 166 del 13.12.2017 è stata parzialmente modificata la riorganizzazione della rete territoriale già approvata con il DCA 113/2016 e solo limitatamente al fabbisogno della tipologia assistenziale residenziale relativa alle RSAM.
- Che con il medesimo DCA 166 del 3.12.2017 si stabilisce, inoltre, la revoca del D.C.A. di approvazione della rete assistenziale territoriale delle ASP ivi compreso quella del DCA n. 114/2016 relativo all'ASP di Crotone e che le AA.SS.PP. dovranno adeguare le proprie proposte di rete assistenziale territoriale ai contenuti del citato DCA n. 166/2017 (in sostanza doveva essere riprogrammato il fabbisogno della sola tipologia assistenziale di RSAM).
- Che con il medesimo DCA 166 del 3.12.2017 si stabilisce, ancora, che le autorizzazioni provvisorie alla riconversione di attività sanitarie e sociosanitarie già adottate con specifici D.C.A. per effetto delle riconversioni già realizzate mantengono la loro validità.
- Che pertanto con successiva deliberazione n. 70 del 12.2.2018 l'ASP di Crotone ha provveduto a parziale rettifica della precedente deliberazione n. 357/2016 ad approvare la riorganizzazione della rete territoriale confermando, ad eccezione della nuova programmazione dei fabbisogni delle RSAM, la precedente rete territoriale e per come già definita nel documento allegato alla medesima che viene approvata con specifico DCA del Commissario ad acta n.119 del 10.5.2018 che ad oggi risulta revocato.
- Che nel frattempo tutte le strutture operanti nel territorio dell'ASP di Crotone avevano già completato il processo di riconversione precedentemente avviato e per come definito dalla rete territoriale aziendale e quindi le stesse strutture, allo stato, risultano accreditati con specifici DCA e conseguentemente anche contrattualizzate, ovviamente nei limiti massimi di finanziamento annualmente stabiliti dal Commissario ad acta.

Il presente piano di riorganizzazione della rete territoriale dell'ASP di Crotone, quindi, definisce e approva il fabbisogno assistenziale e la strutturazione dell'offerta territoriale delle seguenti prestazioni sanitarie e sociosanitarie di seguito indicate:

- Assistenza sanitaria e sociosanitaria riabilitativa residenziale e semiresidenziale per anziani.
- Assistenza sanitaria e sociosanitaria riabilitativa residenziale per disabili.
- Assistenza riabilitativa territoriale estensiva extraospedaliera ambulatoriale e domiciliare.
- Assistenza residenziali e semiresidenziali per dipendenze patologiche.
- Residenzialità per persone affette da Hiv/Aids.
- Residenzialità e Semiresidenzialità salute mentale.
- Assistenza riabilitativa disturbi dello spettro autistico.
- Residenzialità e semiresidenzialità disturbi del comportamento alimentare.
- Cure domiciliari
- Assistenza territoriale residenziale e ambulatoriale per minori.
- Residenzialità Hospice.



Per ciascuna delle tipologie di assistenza sopra richiamate il presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale indica lo stato attuale dell'offerta, il nuovo fabbisogno programmato dalla Regione e quello definito nel presente piano aziendale in attuazione del DCA 65/2020 e in coerenza con i principi, gli indirizzi e i criteri per la riorganizzazione della rete territoriale indicati nell'Allegato 1 del medesimo DCA.

3.1 RESIDENZIALITÀ ANZIANI

Le strutture residenziali per anziani non autosufficienti riportati nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono articolate per come segue:

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

Offerta attuale

L'attuale offerta attiva di strutture residenziali per anziani non autosufficienti nell'ASP di Crotone risulta allo stato strutturata per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 1

ASP Crotone	Abitanti > 65 anni	Offerta strutture pubbliche	Offerta accreditata attiva p.l. R1	Offerta accreditata attiva p.l. R2	Offerta accreditata attiva p.l. R3	Totale Offerta accreditata attiva
	34.216	0	32	224	105	361

Definizione fabbisogno aziendale

La tabella che precede evidenzia che l'attuale fabbisogno di posti letto per residenzialità anziani risulta coerente con quello stabilito dalla programmazione regionale con il DCA n. 65/2020. Nell'ambito del fabbisogno complessivo di 361 p.l., in coerenza con gli indirizzi regionali sopra richiamati, è ridefinita l'articolazione del fabbisogno dei posti letto per intensità assistenziale per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 2

Abitanti ASP > 65 anni	Fabbisogno totale programmato	% per 1000 Anziani > 65 anni	Fabbisogno Programmato p.l. R1	Fabbisogno Programmato p.l. R2	Fabbisogno Programmato p.l. R3	Totale Fabbisogno programmato
34.216	361	10	36	173	152	361

Considerato che il fabbisogno complessivo programmato per la residenzialità anziani (361 p.l.) è uguale a quello oggi attivo nell'ASP di Crotone (361 p.l.) e ciò a seguito della riconversione già avvenuta in attuazione del DCA 76/2015 e 113/2016 della successiva contrattualizzazione per gli anni 2017, 2018, 2019 e 2020.



Considerato che la differenza tra il fabbisogno programmato e quello esistenti è relativa alla sola suddivisione dei p.l. per intensità assistenziale (R1: +4 p.l. rispetto a quelli oggi esistenti, R2: -51 p.l. rispetto a quelli esistenti, R3: +47 p.l. rispetto a quelli esistenti, con un saldo pari a 0). Valutato che anche la differenza di spesa risulta poco significativa in quanto complessivamente pari a € 167.750, per come di seguito specificato: nuova spesa per incremento di 4 p.l. di R1 = 4×365 per un tasso di utilizzo al 98% = $1.431 \text{ ggdd} \times \text{tariffa } € 200,11 = 286.317$; nuova spesa per incremento di 47 p.l. di R3 = 47×365 per un tasso di utilizzo al 98% = $16.812 \text{ ggdd} \times \text{tariffa } € 121,42 = 2.041.300$; minore spesa per riduzione di 51 p.l. di R2 = 51×365 per un tasso di utilizzo al 98% = $17.870 \text{ ggdd} \times \text{tariffa } € 139,64 = 2.495.367$.

Considerato che le strutture accreditate che costituiscono l'attuale offerta attiva nel territorio dell'ASP di Crotone non solo hanno completato il processo di riconversione conseguente alla precedente riorganizzazione della rete territoriale regionale e aziendale e che allo stato pertanto risultano regolarmente accreditati per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi e regolarmente contrattualizzati nei limiti massimi del finanziamento stabilito annualmente dal Commissario ad acta.

Ritenuto pertanto di confermare l'offerta attiva accreditata di residenzialità anziani oggi esistente nel territorio dell'ASP di Crotone pari a complessivi 361 p.l. per come stabilito dal DCA 65/2020.

Con l'adozione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si definisce e si conferma il piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per la residenzialità anziani non autosufficienti per come indicato nella precedente Tabella 1 il cui fabbisogno assicura e continua a garantire all'utenza le prestazioni e attività di assistenza riabilitativa residenziale anziani oggi rese e già contrattualizzate nel rispetto dei limiti massimi di finanziamento annualmente stabiliti con specifici DCA del Commissario ad acta.

Sintesi principi indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità anziani

L'azienda nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione della residenzialità anziani ha tenuto conto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale anziani non autosufficienti e quindi l'intera domanda assistenziale è garantita all'utenza solo dall'offerta attiva accreditata oggi esistente.
- che le strutture private accreditate che allo stato rappresentano l'offerta attiva di residenzialità anziani, al fine di adeguare le loro strutture ai fabbisogni assistenziali, già previsti dalla precedente rete territoriale regionale e aziendale, hanno progressivamente provveduto a realizzare i necessari processi di riconversione delle proprie strutture e sono oggi regolarmente accreditati per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale anziani definita dal presente piano aziendale in coerenza con gli atti di programmazione regionale di cui al DCA 65/2020.
- che le strutture accreditate di cui al precedente punto che costituiscono l'offerta attiva sul territorio dell'ASP sono già regolarmente contrattualizzate nel rispetto dei limiti massimi di spesa annualmente stabiliti dal Commissario da acta.
- che nelle strutture di cui trattasi, per come espressamente previsto dal DCA 65/2020, è prevista la possibilità di moduli di diverso livello assistenziale, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei processi assistenziali.
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni di cui al punto 3.4.3 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

3.1.1 SEMIRESIDENZIALITÀ ANZIANI

Le strutture semiresidenziali per anziani e demenza riportati nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono articolate per come segue:

- SR1 Semiresidenzialità anziani
- SR2 Semiresidenzialità demenze

Offerta attuale

L'attuale offerta attiva di strutture di semiresidenziali per anziani e demenze nell'ASP di Crotone risulta allo stato strutturata per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 3

ASP Crotone	Abitanti > 65 anni	Offerta strutture pubbliche	Offerta Attiva accreditata posti SR1	Offerta programmata posti SR1	Offerta programmata posti SR2	Totale Offerta programmata
	34.216	0	17	24	24	48

Definizione fabbisogno aziendale

La tabella che precede evidenzia che l'attuale fabbisogno di posti per semiresidenzialità anziani e demenze risulta significativamente inferiore a quello programmato dalla Regione. Infatti su un fabbisogno complessivo di semiresidenzialità programmato per l'ASP di Crotone di 48 posti di cui 24 di SR1 e 24 di SR2 l'offerta attiva è pari a soli 17 posti di semiresidenzialità anziani SR1.

Pertanto al fine di rendere coerente con la programmazione regionale il fabbisogno di tali prestazioni si prevede di definire ed approvare i posti di semiresidenzialità anziani e demenze per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 4

Abitanti ASP > 65 anni	Fabbisogno Totale Programmato per Semiresidenzialità anziani e demenze SR1 e SR2	% per 1000 Anziani > 65 anni	Offerta attiva accreditata semiresidenzialità anziani posti SR1	Offerta attiva accreditata semiresidenzialità demenze posti SR2	Fabbisogno semiresidenzialità anziani posti SR1	Fabbisogno semiresidenzialità demenze posti SR2
34.216	24+24=48	0,7	17	0	7	24

Sintesi principi indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità anziani

Per come espressamente precisato dal DCA 65/2020 i moduli semiresidenziali anziani e demenza potranno essere previsti all'interno delle strutture residenziali sociosanitarie per anziani o realizzati in specifiche strutture semiresidenziali.

Nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale relativamente alla semiresidenzialità anziani e demenza si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni di cui al punto 3.5.3 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

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



Tabella Riepilogativa Residenzialità Anziani e Semiresidenzialità Anziani e Demenze

Nella tabella A che segue, allegata al presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della rete territoriale aziendale relativamente alla residenzialità anziani non autosufficienti distinta per struttura e posti letto.

Nella medesima tabella è riportata la riorganizzazione della rete territoriale aziendale relativamente alla semiresidenzialità anziani e demenze distinta per struttura e posti letto e tipologia assistenziale.

TABELLA RIEPILOGATIVA RESIDENZIALITÀ ANZIANI E SEMIRESIDENZIALITÀ ANZIANI E DEMENZE

Tabella A

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE ASP CROTONE			DENOMINAZIONE STRUTTURE OFFERTA ATTIVA ACCREDITATA															
			Villa San Giuseppe		Centro San Giuseppe		Santa Rita		Villa Ermelinda		Villa del Rosario		Savelli Hospital		Casa Giardino		San Teodoro	
DESCRIZIONE	P.L. Esistenti attivi e accreditati	Fabbisogno Programmato P.L. DCA 65/2020	P.L. Attivi e	Fabbisogno P.L.	differenza	P.L. Attivi e Accreditati	Fabbisogno P.L.	differenza	P.L. Attivi e Accreditati	Fabbisogno P.L.	differenza	P.L. Attivi e Accreditati	Fabbisogno P.L.	differenza	P.L. Attivi e Accreditati	Fabbisogno P.L.	differenza	
			differenza		differenza		differenza		differenza		differenza		differenza		differenza			
			16	16	0	16	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			36	32	0	36	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			173	224	0	173	173	0	58	58	0	30	30	0	15	15	0	20
RESIDENZIALITÀ ANZIANI	R3 CP Anziani	105	0	0	0	0	0	0	26	26	0	15	15	0	25	25	0	
	Totale	361	46	46	0	46	46	0	56	56	0	30	30	0	50	50	0	
SEMIRESIDENZI ALITÀ ANZIANI	SR1 Anziani	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	
	SR2 Demenze	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	
	Totale	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	9	7	

3.2 RESIDENZIALITÀ DISABILI

Le strutture residenziali per disabili riportati nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono articolate per come segue:

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

Offerta attuale

L'attuale offerta di residenzialità per disabili nell'ASP di Crotone risulta allo stato strutturata per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 5

ASP Crotone	Abitanti	Offerta strutture pubbliche	Offerta attiva accreditata RECC - RD1 - RD4 - RD5
	171.666	0	136

L'attuale offerta attiva accreditata di residenzialità disabili, suddivisa per intensità assistenziale, nell'ASP di Crotone risulta quella indicata nella tabella che segue.

Tabella 6

Abitanti ASP	Offerta strutture pubbliche	Offerta attiva strutture accreditate RECC	Offerta attiva strutture accreditate RD1	Offerta attiva strutture accreditate RD4	Offerta attiva strutture accreditate RD5	Totale offerta attiva accreditata
171.666	0	56	10	40	30	136

NB

In ordine alla offerta attiva accreditata occorre evidenziare che l'attuale offerta di residenzialità disabili indicata per l'ASP di Crotone nella tabella 10 e nella tabella 11 del punto 3.6.1 dell'Allegato 1 del DCA 65/2020, in realtà non corrisponde alla effettiva offerta attiva accreditata oggi esistente nell'ASP che risulta essere pari complessivamente a 136 p.l. invece che ai 126 p.l. indicati nelle tabelle 10 e 11 dell'allegato 1 del DCA 65/2020. Non risultano, infatti, tra l'offerta attiva privata accreditata n. 10 p.l. di SLA già accreditati provvisoriamente con DCA 136/2017 e accreditati definitivamente con DCA n. 33 del 28 gennaio 2020.

Peraltro, tutte le strutture che costituiscono l'attuale offerta attiva accreditata nell'ASP di Crotone risultano autorizzate e accreditate con specifici DCA adottati dal Commissario ad acta e regolarmente contrattualizzate, sin dal 2017 e anche per l'anno in corso, e nei limiti massimi di finanziamento stabiliti annualmente dal Commissario ad acta per l'acquisto di prestazioni di assistenza territoriale da privato.

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di residenzialità disabili per l'ASP di Crotone è stabilito per come indicato nella tabella 13 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020. Nella tabella che segue è riportato il fabbisogno di residenzialità disabili programmato dalla regione e distinto per intensità assistenziale e l'offerta attiva accreditata oggi presente sul territorio aziendale anch'esso distinto per intensità assistenziale, la medesima tabella evidenzia inoltre le relative differenze.

Tabella 7

Abitanti ASP	Fabbisogno programmato RECC	Offerta attiva accreditata RECC	Fabbisogno programmato RD1 SLA	Offerta attiva accreditata RD1 SLA	Fabbisogno programmato RD4	Offerta attiva accreditata RD4	Fabbisogno programmato RD5	Offerta attiva accreditata RD5
171.666	50	56	3	10	30	40	28	30
	-6		-7		-10		-2	

Nella definizione del fabbisogno aziendale di residenzialità disabili occorre evidenziare che l'offerta pubblica di prestazioni di residenzialità disabili risulta allo stato inesistente e quindi l'offerta attiva accreditata oggi esistente, per come indicato nella precedente Tabella 6 garantisce tutte le prestazioni di residenzialità disabili sul territorio aziendale.

Il nuovo fabbisogno indicato nel documento allegato al DCA 65/2020, al punto 3.6.2 Tabella 13, prevede un fabbisogno programmato pari a 0.64 p.l. per 1000 abitanti (fatta eccezione per l'ASP di Vibo Valentia per la quale il fabbisogno programmato è invece pari a 0,68, per tale differenza non risulta nel documento di programmazione regionale alcuna motivazione), in realtà lo standard previsto dalla griglia LEA è pari a 0.67 p.l. per 1000 abitanti, che per l'ASP di Crotone sarebbe pari a un fabbisogno di 115 prestazioni per 1000 abitanti a fronte dei 110 assegnati.

Il nuovo fabbisogno programmato dalla regione e sopra indicato, determina una differenza rispetto all'offerta attiva accreditata attuale dell'ASP di Crotone complessivamente pari 25 p.l. in meno, che suddivisi per intensità assistenziale determinano la seguente riduzione dell'offerta attiva attuale per come segue: 6 posti di RECC, 7 posti di RD1 SLA, 10 posti di RD4 e 2 posti di RD5.

Valutato, inoltre, che al punto 3.6 dell'allegato 1 del DCA 65/2020 non risulta indicato alcun fabbisogno relativamente all'assistenza semiresidenziale disabili e ciò nonostante l'assistenza semiresidenziale ai disabili sia individuata tra le maggiori criticità nella griglia LEA 2017 per la regione Calabria.

Considerato che ai sensi dell'articolo 34 del DPCM 12.12.2017 i trattamenti semiresidenziali alle persone con disabilità si articolano nelle seguenti tipologie:

- trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;
- trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

Che pertanto mentre sarebbe stato necessario prevedere i necessari fabbisogni di semiresidenzialità alle persone con disabilità si è viceversa previsto di ridurre, per la gran parte delle ASP i p.l. di residenzialità disabili quando sarebbe stato più logico oltre che razionale prevedere una riconversione dei p.l. eccedenti il fabbisogno in posti di semiresidenzialità disabili, peraltro inesistenti nell'attuale offerta attiva di tutte le ASP della Regione.

Valutato che per l'ASP di Crotone tale riduzione potrebbe determinare rilevanti criticità sul piano dell'offerta attiva e dei fabbisogni assistenziali oggi garantiti all'utenza che vanno certamente affrontate anche ai fini del riequilibrio dell'offerta e di una più adeguata quantificazione dei fabbisogni regionali di residenzialità e di semiresidenzialità disabili.

Considerato che la differenza tra il fabbisogno programmato e l'offerta attiva accreditata oggi esistente è relativa a tipologie di prestazioni che risultano erogate sul territorio dell'ASP solo dalle strutture dell'attuale offerta attiva accreditata e ciascuna solo per una delle tipologie assistenziali RECC, RD1, RD4 e RD5.

Considerato che le medesime strutture che costituiscono l'attuale offerta attiva accreditata nel territorio dell'ASP di Crotone hanno completato il processo di riconversione conseguente alla precedente riorganizzazione della rete territoriale regionale e aziendale e che risultano, a seguito della specifica riconversione richiesta, accreditati per l'erogazione delle prestazioni sopra richiamate oltre che già contrattualizzate sin dal 2017 e da ultimo anche per l'anno in corso, nei limiti massimi del finanziamento stabilito annualmente dal Commissario ad acta.

Tenuto conto anche delle liste di attesa per l'accesso alle strutture dell'offerta attiva accreditata oggi esistente e che le medesime strutture risultano essere le uniche presenti sul territorio aziendale specificatamente accreditate per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi.

Tenuto conto, inoltre, della spesa annualmente sostenuta dall'ASP per le prestazioni di residenzialità disabili rese in mobilità passiva ai cittadini residenti nell'ASP di Crotone dalle medesime strutture di altre regioni.

Considerato che per tutto quanto sopra evidenziato questa ASP, al fine di poter continuare a garantire all'utenza le prestazioni oggi assicurate di residenzialità disabili, ritiene indispensabile confermare l'offerta attiva accreditata oggi esistente nel territorio dell'ASP di Crotone nonché i correlati fabbisogni assistenziali.

Che per tutto quanto sopra si conferma il vigente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per la residenzialità disabili per come indicato nella precedente Tabella 6.

Sintesi principi indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità disabili

L'azienda nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione della residenzialità disabili ha tenuto conto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale disabili e quindi l'intera domanda assistenziale è garantita all'utenza solo dall'offerta attiva accreditata e per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi.
- che le strutture private accreditate che allo stato rappresentano l'offerta attiva di residenzialità disabili, al fine di adeguare le loro strutture ai fabbisogni assistenziali, già previsti dalla precedente rete territoriale regionale e aziendale, hanno progressivamente provveduto a realizzare i necessari processi di riconversione delle proprie strutture e sono oggi regolarmente accreditati per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale disabili programmata dal presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale.
- che le strutture accreditate di cui al precedente punto che costituiscono l'offerta attiva sul territorio dell'ASP sono già da anni regolarmente contrattualizzate nei limiti massimi di spesa annualmente stabiliti dal Commissario ad acta.
- che nelle strutture di cui trattasi, per come espressamente previsto dal DCA 65/2020, è prevista la possibilità di moduli di diverso livello assistenziale, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei processi assistenziali.
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni

stabilita al punto 3.6 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

Tabella Riepilogativa Residenza Disabili

Nella tabella B che segue, allegata al presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della rete territoriale aziendale relativamente alla residenzialità disabili, distinta per struttura, posti letto e tipologia assistenziale.

TABELLA RIEPILOGATIVA RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE RESIDENZIALITÀ DISABILI

Tabella B

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE ASP CROTONE				DENOMINAZIONE STRUTTURE OFFERTA ATTIVA ACCREDITATA								
				Spirito Santo			Santino Covelli			Centro San Giuseppe		
				P.L. Attivi e Accreditati	Fabbisogno P.L.	Differenza	P.L. Attivi e Accreditati	Fabbisogno P.L.	Differenza	P.L. Attivi e Accreditati	Fabbisogno P.L.	Differenza
DESCRIZIONE	Fabbisogno Aziendale Programmato	p.l. esistenti										
	RD4 RSA	40	40	0	0	0	40	40	0	0	0	0
	RECC	56	56	0	0	0	0	0	0	56	56	0
	RD1 SLA	10	10	0	0	0	0	0	0	10	10	0
	RD5 CP	30	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0

3.3 RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

Le strutture di riabilitazione estensiva riportati nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono articolate per come segue:

- Riabilitazione estensiva a ciclo diurno
- Riabilitazione estensiva ambulatoriale individuale e piccolo gruppo
- Riabilitazione estensiva Domiciliare

La Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo (RECC) ai fini del calcolo del fabbisogno di residenzialità disabili, è stata inserita nelle tabelle che precedono e relativo alla residenzialità disabili.

Offerta attuale

L'attuale offerta di riabilitazione estensiva nell'ASP di Crotone risulta allo stato strutturata per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 8

Abitanti ASP	Prestazioni riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale	Prestazioni riabilitazione estensiva extraospedaliera domiciliare	Prestazioni riabilitazione estensiva extraospedaliera Ciclo diurno	Totale offerta attuale
171.666	61.480	34.800	0	96.280
	Prestazioni abitanti/anno: 0,36	Prestazioni abitanti/anno: 0,20	0	Prestazioni abitanti/anno: 0,56

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

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di riabilitazione estensiva extraospedaliera per l'ASP di Crotone è stabilito in coerenza con gli indirizzi regionali al riguardo riportati al punto 3.7.2 dell'allegato 1 del DCA 65/2020. Più specificatamente nelle tabelle 15, 16, 17 e 18 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020, è indicato, per l'ASP di Crotone il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione estensiva totale pari a 72.958, il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione a ciclo diurno pari a 12.188, il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale pari a 48.056 e il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione estensiva domiciliare pari a 12.703.

Nella tabella che segue è riportato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera programmato dalla regione con il DCA 65/2020 a confronto con le prestazioni di riabilitazione extraospedaliere oggi erogate dall'ASP.

Tabella 9

Abitanti ASP	Fabbisogno programmato prestazioni riabilitazione ciclo diurno	Offerta attuale prestazioni riabilitazione ciclo diurno	Fabbisogno programmato prestazioni riabilitazione ambulatoriali	Offerta attuale prestazioni riabilitazione ambulatoriale	Fabbisogno programmato prestazioni riabilitazione domiciliari	Offerta attuale prestazioni riabilitazione domiciliare	Fabbisogno Totale programmat o prestazioni riabilitazione estensiva	Offerta Totale attuale prestazioni riabilitazione estensiva
171.666	12.188	0	48.066	61.480	12.703	34.800	72.958	96.280
	+ 12.188		-13.414		-22.097		-23.322	

Sul punto occorre tener conto che le strutture che costituiscono l'attuale offerta attiva di prestazioni di riabilitazione estensiva nel territorio dell'ASP di Crotone in parte hanno completato il processo di riconversione conseguente alla precedente riorganizzazione della rete territoriale regionale e aziendale finalizzato a riportare il fabbisogno nei termini indicati dalla programmazione regionale e aziendale ed ad oggi risultano in possesso degli specifici DCA di accreditamento, in parte solo recentemente hanno completato le procedure e sono in corso i conseguenti DCA di accreditamento definitivo.

In ogni caso il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera definito nel presente provvedimento aziendale di riorganizzazione della rete territoriale in coerenza con gli indirizzi e i vincoli indicati al punto 3.7 dell'allegato 1 del DCA 65/2020, è definito per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 10

Abitanti ASP	Fabbisogno prestazioni riabilitazione estensiva ciclo diurno	Fabbisogno prestazioni riabilitazione estensiva ambulatoriali	Fabbisogno prestazioni riabilitazione estensiva domiciliari	Fabbisogno Totale prestazioni riabilitazione estensiva
171.666	12.188	48.066	12.703	72.958
	Prestazioni abitanti/anno: 0,071	Prestazioni abitanti/anno: 0,280	Prestazioni abitanti/anno: 0,074	Prestazioni abitanti/anno: 0,425

NB: Parte delle prestazioni eccedenti il fabbisogno programmato complessivo di prestazioni di riabilitazione estensiva potranno essere riconvertiti in prestazioni ADI equivalenti per un massimo di 72 prestazioni.

Sintesi principi indirizzi e criteri per la riorganizzazione della riabilitazione estensiva

L'azienda nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione della riabilitazione estensiva extraospedaliera ha tenuto conto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera e quindi l'intera domanda assistenziale è garantita all'utenza solo dall'offerta attiva accreditata e per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi.
- che le strutture private accreditate che allo stato rappresentano l'offerta attiva di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera, al fine di adeguare le loro strutture ai fabbisogni assistenziali, già previsti dalla precedente rete territoriale regionale e aziendale, hanno progressivamente provveduto a realizzare i necessari processi di riconversione delle proprie strutture e sono oggi accreditati per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi o sono in corso di accreditamento delle prestazioni per i nuovi fabbisogni programmati dal presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale.
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni stabilite al punto 3.7.2 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

Tabella Riepilogativa Residenzialità Riabilitazione Estensiva Territoriale

Nella tabella C che segue, allegata al presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della rete territoriale aziendale relativamente alla riabilitazione estensiva territoriale, distinta per struttura, numero di prestazioni e tipologia assistenziale.

TABELLA RIEPILOGATIVA
RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

Tabella C

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE ASP CROTONE				DENOMINAZIONE STRUTTURE OFFERTA ATTIVA ACCREDITATA															
DESCRIZIONE	Prestazioni Offerta Attuale	Fabbisogno Programmato DCA 65/2020	differenza	ANMIC Riabilitazione			Life			San Giuseppe (*)			Starbene			Studio Turano			
				Prestazioni accreditate annue pro die esistenti	Fabbisogno P.L.	differenza	Prestazioni accreditate annue pro die esistenti	Fabbisogno P.L.	differenza	Prestazioni accreditate annue pro die esistenti	Fabbisogno P.L.	differenza	Prestazioni accreditate annue pro die esistenti	Fabbisogno P.L.	differenza				
ESTENSIVA EXTRAOSPEDA	Ambulatoriale	61.480	48.066	-13.414	80	63	-17	24	19	-5	28	28	0	36	28	-8	36	28	-8
	Domiciliare	34.800	12.703	-22.097	60	22	-38	48	18	-30	0	0	0	0	0	12	4	-8	
	Ciclo diurno	0	12.188	+12.188	0	25	+25	20	20	+29	0	0	0	0	0	0	5	+5	
	Totale	96.280	72.957	-23.323	140	110	-30	72	57	-15	28	28	0	36	28	-8	48	37	-11

(*) La struttura ha proceduto alla riconversione programmata e con DCA n. 34 del 28 gennaio 2020 è stata definitivamente accreditata per 28 prestazioni pro/die di riabilitazione estensiva ambulatoriale e n. 8 prestazioni ADI. Tutte le altre strutture hanno proceduto alla riconversione programmata, è stata verificata dall'OTA la sussistenza dei requisiti, l'ASP ha già preso atto del verbale OTA e ha espresso il proprio parere positivo, allo stato sono in corso di adozione i relativi DCA di accreditamento.

3.4 RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ DIPENDENZE PATOLOGICHE

Le strutture di riabilitazione estensiva riportati nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono articolate per come segue:

- Residenzialità Dipendenze
- Semiresidenzialità Dipendenze

Offerta attuale

L'attuale offerta di residenzialità e semiresidenzialità dipendenze patologiche nell'ASP di Crotone risulta allo stato articolata per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 11

Abitanti ASP	Residenzialità e semiresidenzialità dipendenze Offerta pubblica attiva	Residenzialità dipendenze Offerta attiva accreditata	Semiresidenzialità dipendenze Offerta attiva accreditata	Totale offerta attuale
171.666	0	50	10	60

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di residenzialità e semiresidenzialità dipendenze per l'ASP di Crotone è stabilito per come indicato al punto 3.8.2 dell'allegato 1 del DCA 65/2020. Più specificatamente nelle tabelle 21 e 22 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020, è indicato, rispettivamente, il fabbisogno di residenzialità dipendenze pari a 43 p.l. e il fabbisogno di semiresidenzialità dipendenze pari a 10.

Tale fabbisogno programmato nell'ASP di Crotone è sostanzialmente sovrapponibile all'offerta attiva accreditata oggi presente fatta salva una riduzione di 7 p.l. nell'offerta attiva di residenziale dipendenze.

Nella tabella che segue si definisce e si conferma il piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per la residenzialità e semiresidenzialità dipendenze.

Tabella 12

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	-

Tabella Riepilogativa Residenzialità e Semiresidenzialità Dipendenze

Nella tabella D che segue, allegata al presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della rete territoriale aziendale relativa alla residenzialità e semiresidenzialità dipendenze nell'ASP di Crotone, distinta per struttura, posti letto e tipologia.

**TABELLA RIEPILOGATIVA
RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' DIPENDENZE**

Tabella D

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE ASP CROTONE				DENOMINAZIONE STRUTTURE													
				Centro CAST			Agorà Krotón			Exodus			CO.RI.SS				
				Posti letto attuali accreditati	Fabbisogno p.l. programmati	differenza	Posti letto attuali accreditati	Fabbisogno p.l. programmati	differenza	Posti letto attuali accreditati	Fabbisogno p.l. programmati	differenza	Posti letto attuali accreditati	Fabbisogno p.l. programmati	differenza		
DESCRIZIONE		Offerta attiva Attuale	Fabbisogno Programmato DCA 65/2020	differenza													
	RESIDENZIALITÀ E SEMIRESDENZIALITÀ DIPENDENZE	Residenzialità dipendenze	50	43	-7	15	13	-2	15	13	-2	20	17	-3	0	0	0
		Semiresidenzialità dipendenze	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0
	Totale	60	53	-7	15	13	-2	15	13	-2	20	17	-3	10	10	0	

3.5 RESIDENZIALITÀ PER PERSONE AFFETTE DA HIV/AIDS

Relativamente alla residenzialità per persone affette da HIV/AIDS si prende atto di quanto indicato al punto 3.9 dell'Allegato 1 del DCA 65/2020 condividendone sia la premessa che l'analisi dei dati.

In ordine al fabbisogno di residenzialità per persone affette da HIV/AIDS il documento di programmazione regionale della rete territoriale sopra richiamato conferma il fabbisogno complessivo di 18 p.l. a ciclo continuativo già attivi nell'ASP di Reggio Calabria.

L'ASP di Crotone, allo stato, quindi continuerà ad assicurare alle persone affette da HIV/AIDS l'assistenza ambulatoriale e domiciliare nonché l'assistenza ospedaliera attraverso le proprie strutture territoriali di assistenza domiciliare integrata e ospedaliera UOSD di malattie infettive del Presidio Ospedaliero di Crotone.



3.6 RESIDENZIALITÀ SALUTE MENTALE

Le strutture residenziali per l'assistenza psichiatrica riportati nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono articolate per come segue:

- SRP1 Residenza psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale
- SRP2 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.
- SRP3 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale.

Offerta attuale

L'attuale offerta attiva di residenzialità psichiatrica nell'ASP di Crotone risulta allo stato articolata per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 13

ASP Crotone	Popolazione di età ≥ 18 anni	Offerta strutture pubbliche	Offerta attiva accreditata p.l. SRP1	Offerta attiva accreditata p.l. SRP2	Offerta attiva accreditata p.l. SRP3	Totale offerta attiva accreditata
	144.033	0	80	0	0	80

Il dato dell'offerta attuale evidenzia che le strutture costituenti l'attuale offerta attiva accreditata non hanno alcun posto letto per le tipologie assistenziali SRP2 e SRP3 mentre i posti letto della tipologia assistenziale SRP1 solo maggiori dello standard programmato pari a 4 posti letto per 10.000 abitanti ovvero 58 p.l. complessivi a fronte degli attuali 80 con un differenziale di 22 p.l.

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di residenzialità psichiatrica, articolato per intensità assistenziale, per l'ASP di Crotone è stabilito per come indicato nella tabella 26 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020. Nella tabella che segue è riportato il fabbisogno di residenzialità psichiatrica programmato dalla regione e distinto per offerta attiva accreditata e per intensità assistenziale e quello oggi presente sul territorio aziendale anch'esso distinto per intensità assistenziale, la medesima tabella evidenzia inoltre le relative differenze.

Tabella 14

Abitanti ASP ≥ 18 anni	Fabbisogno programma to SRP1	Attuale offerta attiva accreditata SRP1	Fabbisogno programma to SRP2	Attuale offerta attiva accreditata SRP2	Fabbisogno programma to SRP3	Attuale offerta attiva accreditata SRP3	Fabbisogno Totale programmato residenzialità psichiatrica	Differenza p.l.	
								programmati/offerta attiva	offerta accreditata
144.033	26	80	23	0	9	0	58	-22	

Nella definizione del fabbisogno aziendale di residenzialità psichiatrica occorre tenere conto di quanto di seguito specificato e ritenuto utile ai fini di una determinazione del fabbisogno aziendale di residenzialità psichiatrica tale da garantire all'utenza le attività e prestazioni al riguardo definite dall'articolo 33 del dal DPCM di dicembre 2017 nonché dal punto 3.10 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

1. L'offerta attiva di prestazioni di residenzialità psichiatrica nell'ASP di Crotone attualmente risulta assicurata esclusivamente dall'offerta attiva accreditata in quanto, allo stato, non risulta presente una offerta pubblica di residenzialità psichiatrica.

2. Il nuovo fabbisogno programmato dalla regione e indicato nel documento allegato 1 del DCA 65/2020, punto 3.10, Tabella 25 e Tabella 26, prevede un fabbisogno programmato pari a 58 p.l. totali articolato per intensità assistenziale in 26 p.l. della tipologia SRP1, in 23 p.l. della tipologia SRP2 e 9 p.l. della tipologia SRP3. In sintesi il nuovo fabbisogno programmato di residenzialità psichiatrica confrontato con l'attuale offerta attiva presente nel territorio dell'ASP di Crotone determina una riduzione significativa elevata dei p.l. della tipologia assistenziale SRP1 (54 p.l. in meno rispetto agli attuali 80 pari ad una riduzione del 67.5% rispetto all'attuale offerta attiva). Viceversa il fabbisogno programmato determina un incremento di 23 p.l. della tipologia SRP2 e di 9 p.l. per la tipologia assistenziale SRP3.
3. Tale riduzione potrebbe determinare rilevanti criticità sul piano dell'offerta attiva e dei fabbisogni assistenziali da garantire all'utenza che vanno certamente affrontate anche ai fini del riequilibrio dell'offerta e della continuità assistenziale.
4. Le strutture che costituiscono l'attuale offerta attiva di residenzialità psichiatrica nel territorio dell'ASP di Crotone, in attuazione del precedente provvedimento regionale e aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, hanno completato il processo di riconversione conseguente alla precedente riorganizzazione della rete territoriale regionale e allo stato risultano, a seguito della specifica riconversione richiesta, accreditati per l'erogazione delle prestazioni sopra richiamate oltre che già da più anni contrattualizzati nei limiti massimi del finanziamento stabilito annualmente dal Commissario ad acta.
5. Lo stesso Allegato 1 del DCA 65/2020, punto 3.10.2 da atto che ai fini della rivalutazione del fabbisogno appropriato di prestazioni, si è proceduto ad incontrare i referenti delle AA.SS.PP. per approfondire le maggiori criticità ancora presenti. Che dall'incontro è emerso che in molte strutture esistono liste di attesa significative, mentre il ricorso a ricoveri fuori regione, per questa tipologia di pazienti, è ancora molto sostenuto. Inoltre, è stata evidenziata la presenza, presso le strutture esistenti, di pazienti psichiatrici ricoverati (circa 200 all'anno) su disposizione dell'autorità giudiziaria.
6. A conferma di quanto indicato al precedente punto 5., con specifico riferimento all'ASP di Crotone, occorre evidenziare che, nonostante l'attuale numero di p.l. per la tipologia assistenziale SRP1 rispetto allo standard oggi previsto, continuano a registrarsi le criticità già evidenziate nell'incontro sopra richiamato, che saranno, se possibile, ulteriormente aggravate dalla programmata riduzione di ben 54 p.l. di residenzialità ad alto trattamento ed elevata intensità delle SRP1, che determinerà l'ulteriore incremento delle liste di attesa già oggi esistenti, l'ulteriore ricorso a ricoveri fuori regione per questa tipologia di pazienti nonché l'impossibilità di far fronte ai ricoveri su disposizione dell'autorità giudiziaria che già oggi sono 19 e che in considerazione degli elementi contenuti nei relativi provvedimenti allo stato non sono dimissibili ancora per lunghi periodi.
7. L'offerta assistenziale programmata in incremento per l'ASP di Crotone, relativamente al fabbisogno di prestazioni di SPR2 solo in parte consente di risolvere le criticità indicate considerato anche che nessuno dei pazienti oggi ricoverati per le patologie trattate può essere inquadrato nel livello di intensità residenziale psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale - gruppo convivenza stabilito per le strutture SRP3.
8. L'offerta assistenziale programmata in incremento per l'ASP di Crotone, relativamente al fabbisogno di prestazioni di SPR3, determinata per l'ASP di Crotone in 9 p.l. risulta, peraltro, in contrasto con il regolamento attuativo della legge regionale 24/2008 di cui al DCA 81/2016, che all'allegato 4 prevede per le strutture SPR3 l'attivazione di moduli fino al massimo di 6 p.l., e ciò senza considerare che in nessuno caso i pazienti oggi ricoverati date le patologie psichiatriche che presentano, può essere trattato dal livello di intensità residenziale psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale - gruppo convivenza stabilito per le strutture SRP3.
9. La riduzione dell'attuale offerta di residenzialità psichiatrica, tra cui i 22 p.l. di SRP1 dell'ASP di Crotone, risulta, peraltro, non coerente e contraddittoria con quanto indicato nella tabella di impatto economico riportata al punto 3.19 dell'allegato 1 del DCA 65/2020, dove si prevede, rispetto all'offerta attiva attuale, ulteriori 40 p.l. di SPR1, ulteriori 141 p.l. di SPR2 e ulteriori 92 p.l. di SPR3.

10. Il percorso regionale per il superamento degli OPG ha, inoltre, consentito all'ASP di Crotone, di poter concorrere nell'accogliere presso le attuali strutture residenziali psichiatriche soggetti residenti sia nella ASP di Crotone che in altre ASP della Regione. Inoltre occorre evidenziare che il SSR è titolare delle funzioni sanitarie e anche della significativa percentuale di problematiche legate al disagio/disturbo mentale nella quota di popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari della Regione. In particolare gli "utenti" sempre più numerosi, sottoposti alla misura dell'internamento "provvisorio" da parte della Magistratura. In merito occorre considerare anche le previsioni della recente pronunzia della Consulta 99/2019 in relazione all'esecuzione delle misure cautelari o detentive in luogo non carcerario (REMS ed anche in SRP1 e SRP2).

11. Occorre ancora evidenziare che al punto 3.18 dell'allegato 1, del DCA 65/2020, nell'ambito del percorso regionale per il superamento degli OPG viene, tra l'altro, evidenziato che devono considerare anche le previsioni della recente pronunzia della Consulta 99/2019 in relazione all'esecuzione delle misure cautelari o detentive in luogo non carcerario (REMS ed anche in SRP1 e SRP2) e che il numero degli utenti inviati dall'Autorità Giudiziaria presso le strutture residenziali psichiatriche accreditate, rappresentano una percentuale significativa (circa 200) rispetto alla totalità dei degenti (circa 200). Nello stesso punto 3.18 sopra richiamato viene, inoltre, riportato che è in fase di completamento la realizzazione della REMS regionale, tramite la ristrutturazione di un padiglione dell'ex complesso c.d. "Monumentale" di Girifalco (CZ) per 40 p.i. L'insieme del programma è stato approvato dal Ministero della Salute con DM 16 settembre 2016.

Per tutto quanto sopra evidenziato, precisato e considerato questa ASP, al fine di poter continuare a garantire all'utenza le prestazioni fin qui assicurate di residenzialità psichiatrica, al fine di contenere le liste di attesa esistenti e al fine di poter assolvere agli obblighi di ricovero di pazienti ricoverati su disposizione dell'Autorità Giudiziaria, ritiene necessario di dover definire, il fabbisogno di residenzialità psichiatrica nel territorio dell'ASP di Crotone per come definito nella tabella che segue.

Tabella 15

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE ASP CROTONE				DENOMINAZIONE STRUTTURE						
DESCRIZIONE				Carusa		Spirito Santo		Verzino Solidale		Differenza offerta attiva e accreditata attuale e offerta aziendale programmata
				Posti letto attuale offerta attiva accreditata	Fabbisogno aziendale programmato	Posti letto attuale offerta attiva accreditata	Fabbisogno aziendale Program- mato	Posti letto attuale offerta attiva accreditata	Fabbisogno aziendale program- mato	
RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA	Tipologia strutture residenzialità psichiatrica	SRP1	80	60	20	10	8	10	10	38
				Ricoveri Aut. Giud.	(19)	0	0	0	0	0
				0	23	0	0	0	0	23
	Totale	SRP3	0	0	6*	0	0	0	0	6
			80	58	-22	49	10	8	10	10

* Il regolamento attuativo della legge regionale 24/2008 di cui al DCA 81/2016, all'allegato 4, prevede per le strutture SPR3 l'attivazione di moduli fino al massimo di 6 p.i..

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

L'azienda nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione della residenzialità psichiatrica ha tenuto conto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica e quindi l'intera domanda assistenziale è garantita all'utenza solo dall'offerta attiva accreditata e per l'erogazione delle prestazioni indicate in tabella.
- che le strutture private accreditate che allo stato rappresentano l'offerta attiva di residenzialità psichiatrica, al fine di adeguare le loro strutture ai fabbisogni assistenziali, già previsti dalla precedente rete territoriale regionale e aziendale approvata con DCA 144/2016, hanno progressivamente provveduto a realizzare i necessari processi di riconversione delle proprie strutture e sono oggi regolarmente accreditati per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica programmata dal presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale.
- che le strutture accreditate di cui al precedente punto che costituiscono l'offerta attiva sul territorio dell'ASP sono già regolarmente contrattualizzate nei limiti massimi di spesa annualmente stabiliti dal Commissario da acta.
- che nelle strutture di cui trattasi è prevista la possibilità di moduli di diverso livello assistenziale, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei processi assistenziali.
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni stabilite al punto 3.10.3 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

3.6.1 SEMIRESIDENZIALITÀ SALUTE MENTALE

Offerta attuale

Per come riportato nella tabella che segue, nell'ASP di Crotone, l'offerta attiva di semiresidenzialità psichiatrica è costituita allo stato da 2 Centri Diurni psichiatrici allocati, rispettivamente, presso il Centro di Salute Mentale di Crotone e il centro di salute mentale di Cirò Marina.

Non sono presenti allo stato Centro Diurno di salute mentale privati accreditati.

Nella tabella che segue è riportata l'offerta attiva di semiresidenzialità psichiatrica.

Tabella 16

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
144.033	2	30	-	-	2.2

Definizione fabbisogno aziendale

Dai dati disponibili (ossia dal numero di pazienti trattati nell'anno e dalla frequenza media dei trattamenti riabilitativi), si è definito a livello regionale un fabbisogno di 15 posti semiresidenziali ogni 10.000 abitanti.

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

Tabella 17

Bacino di utenza Popolazione di età >/= 18 anni	Numero centri diurni pubblici attivi	Fabbisogno numero centri diurni previsti dalla riorganizzazione
144.033	2	2

Tabella Riepilogativa Residenzialità e Semiresidenzialità Psichiatrica

Nella tabella E che segue, allegata al presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale per costituire parte integrante e sostanziale, è riportata la riorganizzazione della rete territoriale aziendale relativa alla residenzialità e alla semiresidenzialità psichiatrica nell'ASP di Crotone, distinta per struttura, posti letto e tipologia assistenziale.

TABELLA RIEPILOGATIVA RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PSICHIATRICA

Tabella E

RIORGANIZZAZIONE RETE TERRITORIALE ASP CROTONE				DENOMINAZIONE STRUTTURE								
DESCRIZIONE				Carusa			Spirito Santo		Verzino Solidale		Differenza offerta attiva accreditata attuale e offerta aziendale programmata	
				Posti letto attuale offerta attiva accredita ta	Fabbisogno aziendale programm ato	Posti letto attuale offerta attiva accredita ta	Fabbisogno aziendale Program- mato	Posti letto attuale offerta attiva accredi tata	Fabbisogno aziendale program mato			
RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA	Residenzialità Psichiatrica	SRP1	Offerta attiva attuale accredita	80	26	-54	60	20	10	8	10	38
			Fabbisogno Program ato DCA 65/2020			Ricoveri Aut. Giud.	(19)	0	0	0	0	
	Totale	SRP2	0	23	+23	0	23	0	0	0	0	23
			SRP3	0	9	+9	0	6	0	0	0	0
			Totale	80	58	-22	60	49	10	8	10	10
	Semiresidenzialità Psichiatrica Pubblica CSM Cirò M. CSM Crotone	Centro Diurno	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
		Totale	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0

3.7 RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ AUTISMO

Le strutture di residenzialità e semiresidenzialità per persone con disturbi dello spettro autistico, indicate nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con gli indirizzi regionali al riguardo indicati nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono così articolate:

- Residenzialità Autismo
- Semiresidenzialità Autismo

Offerta attuale

L'attuale offerta di residenzialità e semiresidenzialità autismo nell'ASP di Crotone risulta allo stato totalmente assente per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 18

Residenzialità e Semiresidenzialità Autismo offerta pubblica attiva	Residenzialità e Semiresidenzialità offerta attiva accreditata	Autismo	Totale offerta Residenzialità e Semiresidenzialità Autismo
0	0		0

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di residenzialità e semiresidenzialità autismo per l'ASP di Crotone è stabilito per come indicato al punto 3.12 dell'allegato 1 del DCA 65/2020. Più specificatamente nelle tabelle 30 e 31 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020, è indicato, rispettivamente, il fabbisogno di residenzialità autismo pari a 12 p.l. per l'intera area centro della regione e il fabbisogno di semiresidenzialità autismo pari a 40 posti per l'ASP di Crotone.

Tale fabbisogno programmato di p.l. residenzialità autismo e di posti di semiresidenziali autismo stabiliti dalla programmazione regionale determina un fabbisogno aziendale dell'ASP di Crotone per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 19

ASP Crotone Residenzialità e Semiresidenzialità Autismo	P.L. residenzialità autismo programmati area centro 12	P.L. attuali	Delta
	di cui ASP Crotone 3	0	+3
	Posti letto semiresidenzialità autismo programmati ASP Crotone	P.L. attuali	Delta
	40/die	0	40/die

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità e semiresidenzialità autismo

L'azienda nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione della residenzialità psichiatrica ha tenuto conto:

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica o privata accreditata per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale autismo.
- che in ordine al dimensionamento delle strutture è prevista la possibilità di moduli di diverso livello assistenziale, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei processi assistenziali.
- che in ordine alla distribuzione territoriale occorre garantire la collocazione nei centri di maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili.
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni stabilite al punto 3.12 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.
- che con DCA n. 233 del 29/11/2018 la Regione ha definito nuovi requisiti strutturali tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone affette per i Disturbi dello Spettro Autistico.

3.8 RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Le strutture di residenzialità e semiresidenzialità per persone con disturbi del comportamento alimentare, di seguito DCA, indicate nel presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020, sono articolate per come segue:

- Residenzialità DCA
- Semiresidenzialità DCA

Offerta attuale

L'attuale offerta di residenzialità e semiresidenzialità per DCA nell'ASP di Crotone risulta allo stato totalmente assente per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 20

Residenzialità e Semiresidenzialità DCA offerta pubblica attiva	Residenzialità e Semiresidenzialità DCA offerta attiva accreditata	Totale offerta Residenzialità e Semiresidenzialità DCA
0	0	0

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di residenzialità e semiresidenzialità per DCA, per l'ASP di Crotone, è stabilito per come indicato al punto 3.14 dell'allegato 1 del DCA 65/2020. Più specificatamente nelle tabelle 32 e 33 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020, è indicata, rispettivamente, l'offerta attuale e il nuovo fabbisogno di residenzialità DCA pari a 12 p.l. per l'intera area centro della regione e il fabbisogno di semiresidenzialità DCA pari a 10 posti per l'intera area centro della regione.

Tale fabbisogno programmato di p.l. residenzialità per DCA e di posti di semiresidenziali per DCA stabiliti dalla programmazione regionale determina un fabbisogno aziendale dell'ASP di Crotone per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 21

ASP Crotone Residenzialità e Semiresidenzialità Disturbi Comportamento Alimentare	P.L. residenzialità DCA programmati area centro 12	P.L. attuali	Delta
	di cui ASP Crotone 3	0	+3
	Posti letto semiresidenzialità DCA Programmati area centro 10	P.L. attuali	Delta
	di cui ASP Crotone 3	0	+3

Sintesi, principi, indirizzi e criteri per la riorganizzazione della residenzialità e semiresidenzialità DCA

L'azienda nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione della residenzialità e semiresidenzialità per DCA ha tenuto conto:

- che in azienda allo stato non risulta alcuna offerta attiva pubblica o privata accreditata per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale per DCA.
- che in ordine al dimensionamento delle strutture è prevista la possibilità di moduli di diverso livello assistenziale, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei processi assistenziali.
- che in ordine alla distribuzione territoriale occorre garantire la collocazione nei centri di maggiore densità abitativa e facilmente raggiungibili.
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni stabilite al punto 3.14 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

3.9 CURE DOMICILIARI

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, l'assistenza sanitaria a domicilio, attraverso l'erogazione delle prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico necessarie e appropriate in base alle specifiche condizioni di salute della persona (Art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017).

Le cure mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale.

In ogni caso è compito delle ASP assicurare la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

La richiesta di attivazione delle cure domiciliari può essere presentata da chiunque (paziente, familiare, caregiver, medico, ecc.) agli uffici competenti della Asl, in genere ai PUA situati presso il Distretto.

Quando la persona non autosufficiente ha bisogno occasionalmente delle prestazioni professionali del medico, dell'infermiere o del terapeuta della riabilitazione, anche ripetute nel tempo, in risposta a un bisogno sanitario di bassa complessità, (ad esempio: prelievi di sangue, radiografia, elettrocardiogramma, ecc.), si parla di cure domiciliari di livello base.

Se il paziente presenta una condizione di salute più complessa, il Servizio sanitario nazionale garantisce un percorso assistenziale che prevede:

- valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), attraverso idonei strumenti e scale standardizzati e uniformi.
- stesura di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) o di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI) che descrive le prestazioni necessarie, le modalità di esecuzione e la durata del trattamento. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta hanno la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.
- presa in carico del paziente da parte dell'équipe multidisciplinare della ASL o di soggetti accreditati per l'ADI specie in caso insufficiente dotazione organica di personale ASP, che si occupa dell'assistenza domiciliare ed erogazione delle prestazioni mediche, infermieristiche, assistenziali o riabilitative; la frequenza degli accessi al domicilio dei diversi operatori varia in relazione alla natura e alla complessità del quadro clinico; quando necessari, sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale;

Le cure domiciliari sono integrate dagli interventi sociali erogati dal Comune, in base al bisogno di assistenza della persona, emerso dalla valutazione multidimensionale.

L'Assistenza Domiciliare (AD) a tutt'oggi è tra i punti più critici nel contesto regionale a tal punto da essere indicata nella griglia LEA 2017 quale fattore rilevante di non adempimento della regione nell'ambito del LEA assistenza distrettuale. Ci si ritrova, infatti, di fronte ad uno scenario caratterizzato da una erogazione dell'AD non omogenea nei differenti ambiti 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 di cui alla DPGR n. 012 del 31 gennaio 2011 e più recentemente il DCA 144/2018.

Nella nostra ASP così per come nelle altre ASP della Regione il ritardo registrato nella 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). Si è fatto così ricorso impropriamente 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.

Anche nella nostra ASP l'attuale insufficiente carenza che si registra sia nella generazione che nella trasmissione degli specifici flussi informativi relativi all'assistenza domiciliare non consente allo stato di definire l'offerta attuale di tali prestazioni erogate dal distretto.

Risulta, tuttavia, e solo recentemente definita la struttura di offerta accreditata per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare, in parte già contrattualizzata per l'anno in corso, che già per l'anno 2021 potrà costituire l'offerta attiva accreditata in grado di assicurare all'utenza del comprensorio le dovute prestazioni di assistenza domiciliare e riuscire a trattare almeno il 4% della popolazione anziana over 65.

Offerta attuale

L'allegato 1 del DCA 65/2020 non indica il quadro regionale dell'offerta attuale di assistenza domiciliare.

L'attuale offerta di assistenza domiciliare nell'ASP di Crotone risulta allo stato definita per come di seguito indicato.

1) Erogatori pubblici Distretto Unico Aziendale:

- Numero casi complessivo 97 (Il numero di prestazioni e di accessi di assistenza domiciliare pubblica distrettuale, relativa all'anno 2018, non risulta rilevato dal flusso SIAD in quanto lo stesso flusso non è stato generato e trasmesso alla regione).

2) Erogatori privati già accreditati:

- Numero casi complessivi accreditati 206 (n.8 con DCA n.249/2018; n.180 con DCA n. 45/2020; n.6 con DCA 54/2019; n.6 con DCA 53/2019; n.6 con DCA 101/2019)

Allo stato risulta che sono in corso di esame da parte del Dipartimento regionale Tutela della Salute per l'adozione dei relativi DCA di accreditamento ADI altre strutture già operanti nel territorio dell'ASP per le quali è stata verificata dall'OTA la sussistenza dei requisiti, l'ASP ha già preso atto del verbale OTA e ha espresso il proprio parere di competenza.

Il completamento dell'offerta aziendale sopra indicata potrà consentire tra erogatori pubblici ed erogatori privati accreditati di assicurare il fabbisogno programmato di 1.369 casi ADI corrispondenti allo standard del 4% degli abitanti maggiori a 65 anni che per l'anno 2019 sono pari a 34.261.

L'Assistenza Domiciliare (AD) a tutt'oggi risulta tra i punti più critici nel contesto regionale a tal punto da essere indicata nella griglia LEA 2017 quale fattore rilevante di non adempienza della Regione Calabria. Ci si ritrova, infatti, di fronte ad uno scenario caratterizzato da una erogazione dell'AD non omogenea nei differenti ambiti 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) e più recentemente il DCA 144/2018.

Nella nostra ASP così per come nelle altre ASP della Regione il ritardo registrato nella 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). Si è fatto così ricorso impropriamente 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.

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di assistenza domiciliare, di seguito AD, per l'ASP di Crotone, è stabilito per come indicato al punto 3.15 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

Più specificatamente nelle tabelle 34 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020, è definito il fabbisogno di AD anziani che per l'ASP di Crotone è indicato pari a 1.369 casi che su una popolazione di abitanti maggiore di 65 anni pari a 34.216 corrisponde allo standard di riferimento della griglia LEA pari ad una percentuale di anziani over 65 da trattare in AD $> 4\%$.

Nella tabella che segue è indicato il fabbisogno AD dell'ASP di Crotone.

Tabella 22

ASP Crotone Fabbisogno AD Anziani	Abitanti over 65 anni (*)	Fabbisogno Totale
Standard $\geq 4\%$ abitanti over 65 anni	34.216	1.369

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

Processo assistenziale e classificazione dell'Assistenza Domiciliare

In relazione al percorso assistenziale e alla classificazione dell'assistenza domiciliare si fa rinvio a quanto stabilito dalla DPGR n. 12/2011 e dal DCA 144/2018 a cui si rimanda.

Principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo delle cure domiciliari

L'azienda nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione delle cure domiciliari ha tenuto conto:

- che in azienda l'offerta attiva pubblica e privata accreditata per l'erogazione delle prestazioni AD risulta significativamente insufficiente a garantire lo standard stabilito dalla programmazione regionale con il DCA 65/2020.
- che i processi di presa in carico e il sistema di valutazione degli utenti devono essere programmati e controllati dal distretto che in ogni caso dovrà assicurare maggiore coerenza fra la tipologia degli utenti presi in carico e il profilo assistenziale.
- che lo sviluppo delle cure domiciliari è destinato a migliorarsi anche in relazione alla maggiore offerta attiva accreditata e in relazione all'acquisizione di personale dedicato da parte dell'ASP.

3.10 ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER MINORI

Offerta attuale

Ad oggi, non sono presenti nella realtà calabrese e anche nella ASP di Crotone posti letto in strutture sociosanitarie 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 dal Servizio di neuropsichiatria infantile (NPI) del distretto unico aziendale. La tabella riporta i percorsi assistenziali (PA) attivati presso il Servizio di NPI presente nella nostra Azienda.

Tabella 23

ASP Crotone	Numero Strutture NPI	Percorsi Assistenziali (PA) attivati
Distretto Unico Aziendale	1 UOC di Neuropsichiatria Infantile	PA dei disturbi dello sviluppo e dell'apprendimento. PA delle diagnosi e cura delle patologie neurologiche e psichiatriche acute di elevata complessità. PA per patologie sindromiche (disturbi autisti e pluriminorazioni). PA per le convulsività e scompenso psicopatologico.

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di residenzialità per minori, per l'ASP di Crotone, è stabilito per come indicato al punto 3.16 dell'allegato 1 del DCA 65/2020. Più specificatamente nelle tabelle 37 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020, è indicato il fabbisogno di residenzialità per minori pari a 10 p.l. per l'intera area centro della regione.

Tale fabbisogno programmato di p.l. residenzialità per minori stabiliti dalla programmazione regionale determina un fabbisogno aziendale dell'ASP di Crotone per come indicato nella tabella che segue.

Tabella 24

ASP Crotone Residenzialità Minori	P.L. Residenzialità Minori programmati area centro 10	P.L. attuali	Delta
	di cui ASP Crotone 3	0	+3

3.11 RESIDENZIALITA' HOSPICE

Offerta attuale

Allo stato attuale nella ASP di Crotone non risulta alcuna offerta pubblica attiva l'offerta di residenzialità hospice. L'offerta privata attiva è costituita da una sola struttura Hospice accreditata per 10 p.l. e 40 posti di assistenza domiciliare per malati terminali, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale della rete residenziale Hospice di cui al DCA 56/2017.

Nella tabella che segue è riportata l'offerta attiva attuale di residenzialità Hospice compresa l'assistenza domiciliare per malati terminali.

Tabella 25

ASP Crotone Residenzialità Hospice Programmata DCA 56/2017	P.L. Residenzialità Hospice	P.L.attuale offerta attiva accreditata residenzialità hospice	Assistenza domiciliare programmata malati terminali	Attuale offerta attiva accreditata assistenza domiciliare malati termi.
	10	10	40	40

Definizione fabbisogno aziendale

Il fabbisogno programmato di residenzialità Hospice per l'ASP di Crotone, è stabilito per come indicato al punto 3.17 dell'allegato 1 del DCA 65/2020 e più specificatamente nelle tabelle 38 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020 in coerenza con i p.l. residenziali hospice e l'assistenza domiciliare per malati terminali per come indicato nella tabella che segue..

Tabella 26

ASP Crotone Residenzialità Hospice e Assistenza domiciliare malati terminali	P.L. Residenzialità Hospice	Assistenza domiciliare programmata malati terminali
	10	40

Principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo della residenzialità per persone in fase terminale

Per lo sviluppo della rete della residenzialità per persone in fase terminale l'ASP di Crotone, nel formulare il presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale, ha tenuto conto di quanto indicato al punto 3.17.2 dell'allegato 1 al DCA 65/2020.

