

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Delibera N° 135.....

Originale

Oggetto: Piano Attuativo DPGR n. 18/2010 - Riassetto reti assistenziali ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale dell' ASP di Crotone.

In data 05 OTT. 2011..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone via M. Nicoletta angolo Via G. di Vittorio;

IL DIRETTORE GENERALE

Visto

Il Decreto n. 18 del 22 ottobre 2010 adottato dal Presidente della Giunta Regionale nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, ed in particolare i documenti tecnici ad esso allegati n. 1, n. 2 e n. 3 relativi, rispettivamente, al riordino della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e della rete territoriale.

Ritenuto

Che per come espressamente stabilito al punto 2 del dispositivo del DPGR 18/2010 il Direttore Generale dell' ASP deve adottare specifico piano attuativo aziendale coerente con il riassetto delle tre reti assistenziali di cui agli allegati sopra richiamati e definire il riordino delle tre reti assistenziali nell'ambito di competenza dell'ASP di Crotone.

Vista

La proposta tecnica relativa al riassetto della rete ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale formulata dal direttore della U.O. Programmazione sanitaria dell'ASP.

Dato atto

che la proposta di Piano Attuativo Locale predisposta dall'ASP è stata trasmessa alla Conferenza dei Sindaci in data 22.09.2011;
che la medesima Conferenza è stata in un primo momento convocata per il giorno 6.10.2011 e successivamente spostata al 13.10.2011.

Ritenuto

di approvare il Piano Attuativo Locale del DPGR 18/2010 nel testo che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, riservandosi di esaminare l'eventuale parere che la Conferenza dei Sindaci dovesse trasmettere a questa ASP in esito alla riunione convocata per giorno 13.10.2011.

Acquisito

Il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario



DELIBERA

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

- 1) Approvare il piano attuativo del DPGR n. 18/2010 relativo al rassetto delle tre reti assistenziali ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale dell'ASP di Crotone che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale.
- 2) Trasmettere copia della presente deliberazione per la dovuta approvazione al Dipartimento Sanità della Regione Calabria Sub Commissari Dr. Gen. Luciano Pezzi e Dr. Luigi D'Elia nonché al Dr. Gianluigi Scaffidi Dirigente Settore Piano di Rientro.
- 3) Riservarsi l'esame del parere che dovesse eventualmente pervenire della Conferenza dei Sindaci convocata per il giorno 13.10.2011.

Il Direttore della U.O. Programmazione e Organizzazione Sanitaria
Responsabile del procedimento: Dr. Giuseppe Fratto

Il Direttore Sanitario: Dr. Francesco Paravati

Il Direttore Amministrativo: Dr. Giovanni Cozza

Il Direttore Generale: Prof. Rocco Antonio Nostro

Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Certificato di Pubblicazione

Si certifica che la presente deliberazione è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'ASP di Crotone in data 05 OTT. 2011 con protocollo n. 106.

Crotone 05 OTT. 2011

IL DIRETTORE
Ufficio Affari Generali
(Sig. Giorgio Vincenzo FLOCCARI)

Il Responsabile
Valter Cosentino





**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI CROTONE**

***PIANO ATTUATIVO LOCALE
DPGR n. 18/2010***

RIASSETTO RETI ASSISTENZIALI ASP DI CROTONE

(Rete Ospedaliera - Rete Emergenza Urgenza - Rete Territoriale)

***Allegato alla deliberazione del Direttore Generale
n. 135 del 5.10.2011***



Presentazione del Piano

Il presente piano attuativo locale di riassetto delle tre reti assistenziali Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Territoriale, è redatto in esecuzione delle disposizioni di cui al Decreto n. 18 del 22 ottobre 2010, adottato dal Presidente della Giunta Regionale nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

Il piano attuativo locale è articolato in tre sezioni una per ciascuna delle tre reti assistenziali ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale.

Il processo di attuazione concreta nella nostra ASP dei provvedimenti di riordino e razionalizzazione delle reti assistenziali definiti nel DPGR 18/2010 deve rappresentare l'occasione per avviare un circuito virtuoso che consenta da una parte la razionalizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nel comprensorio e dall'altra il miglioramento, lo sviluppo e la sostenibilità economica del sistema sanitario locale.

Con l'adozione del presente provvedimento l'Azienda ha adottato un documento denso di contenuti e capace di offrire:

- alla Regione un puntuale riscontro circa l'attuazione a livello locale delle disposizioni e degli indirizzi relativi al riordino delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale;
- alle Autonomie Locali, Comuni e Provincia la garanzia del mantenimento di tutte le prestazioni sanitarie già oggi assicurate all'utenza, sia pure diversamente articolate sul piano organizzativo interno e dei costi, e la ulteriore fruizione di nuove e qualificate prestazioni che saranno rese ai cittadini presso le nuove U.O. ospedaliere e le nuove linee di attività territoriali previste dal decreto di riordino delle reti, con un miglioramento ed uno sviluppo complessivo dei servizi sanitari appropriati in tutto l'ambito provinciale;
- ai dirigenti ed al personale dell'ASP indirizzi attuativi ed obiettivi operativi specifici finalizzati ad assicurare una effettiva crescita del sistema sanitario locale sia in termini di miglioramento dei servizi e delle prestazioni sanitarie all'utenza, sia in termini di economicità, efficienza ed efficacia della gestione aziendale, sia di imparzialità e buon andamento dell'amministrazione.

I concetti di appropriatezza delle prestazioni erogate, continuità assistenziale e integrazione ospedale/ territorio, percorsi diagnostici e terapeutici, nonché di governo economico e di razionale uso delle risorse, sono assunti come direttrici fondamentali per tutti i processi operativi e di miglioramento previsti nel presente piano attuativo; tale proposito è realizzato nella consapevolezza che l'obiettivo prioritario per le istituzioni sanitarie è di dare concretezza alla espressione di "centralità del cittadino-utente", pervenendo, quindi, non solamente alla piena soddisfazione dei bisogni sanitari e assistenziali di quest'ultimo ma consentendo il rispetto dei vincoli stabiliti dalla programmazione regionale e dalla razionalizzazione e contenimento della spesa.

Sicchè, il presente piano prospetta la concreta attuazione, a livello locale dei provvedimenti di riordino relativi alla rete ospedaliera, alla rete dell'emergenza-urgenza e alla rete territoriale

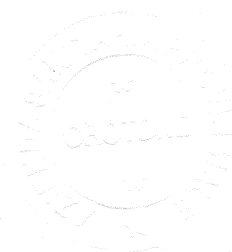
dettati dal sopracitato provvedimento normativo; esso ridefinisce la logistica delle sole strutture interessate dalla norma, organizzative e più prettamente erogatrici, con la prospettiva di una puntuale rivisitazione, quali-quantitativa, delle funzioni, delle attività, e degli obiettivi sviluppati e dovuti da parte di ognuna di esse; ogni articolazione, ovviamente, è trattata in una specifica sezione delle tre di cui il presente piano si compone;

risulta rinviata, invece, al successivo nuovo atto aziendale, la cui adozione è prossima, il più complessivo riassetto organizzativo e di funzionamento dell'intera ASP.

Il Direttore Generale
Prof. Rocco Antonio Nostro

Sezione 1

Riordino Rete Assistenziale Ospedaliera



PREMESSA

Con Decreto n. 18 del 22 ottobre 2010, adottato dal **Presidente della Giunta Regionale** nella qualità di *Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria*, è stato approvato il riassetto delle reti assistenziali ospedaliera, dell'emergenza urgenza e territoriale, prevedendo rilevanti e significativi interventi di razionalizzazione e miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria da rendere ai cittadini calabresi.

Nel quadro degli interventi previsti dal citato provvedimento e con specifico riferimento al riordino della rete ospedaliera, occorre da una parte considerare i profondi cambiamenti, organizzativi, assistenziali e anche culturali, che nel loro complesso assumono i presidi ospedalieri di cui si compone la nuova rete ospedaliera regionale basata sul modello Hub e Spoke, ivi compresi gli aspetti relativi ai costi ed alla sostenibilità economica, e dall'altra tenere conto del nuovo e diverso ruolo che il presidio ospedaliero di Crotone assume nell'ambito del riordino della rete ospedaliera regionale.

Gli elementi di maggiore significato ai fini dell'intero riassetto della rete ospedaliera regionale, e da tenere in debita considerazione anche per il riassetto della rete ospedaliera dell'ASP di Crotone, sono sinteticamente di seguito riportati.

1) Consumo eccessivo di ricoveri ospedalieri

In Calabria si effettuano 397.566 ricoveri all'anno di questi 12.375 riguardano cittadini residenti in altre regioni (mobilità attiva) pertanto quelli riferiti a cittadini residenti nella regione sono 385.181, cui vanno aggiunti 65.738 ricoveri resi a cittadini calabresi dai presidi ospedalieri di altre regioni (mobilità passiva). Il dato complessivo evidenzia che i cittadini calabresi consumano 450.915 ricoveri ospedalieri all'anno, corrispondenti ad un tasso di ospedalizzazione pari a 224 ricoveri per 1000 abitanti, pertanto significativamente distante dallo standard nazionale di 144 ricoveri ogni 1000 abitanti per i ricoveri ordinari e di 36 ricoveri ogni 1000 abitanti per i ricoveri diurni o in *day hospital*.

Lo stesso dato analizzato per le tre aree geografiche nord, centro e sud della Calabria evidenzia che:

- nell'area nord con 733.508 abitanti il tasso di ospedalizzazione è pari a 214 ricoveri per 1000 abitanti;
- nell'area centro con 708.694 abitanti il tasso di ospedalizzazione è pari a 238 ricoveri per 1000 abitanti;
- nell'area sud con 566.507 abitanti il tasso di ospedalizzazione è pari a 221 ricoveri per 1000 abitanti.

2) Il 25% dei ricoveri totali risultano inappropriati

L'analisi sui fabbisogni di ricovero effettuata dall'AGENAS e riportata nel piano di riordino della rete ospedaliera evidenzia che, dei 397.556 ricoveri complessivi che ogni anno consumano i cittadini calabresi all'interno della Regione, una rilevante quota, circa il 25%, pari a quasi 100.000 ricoveri, secondo gli standard definiti a livello nazionale, sono ritenuti inappropriati (si veda l'allegato A e B del *patto della salute* 2010-2012).

Si pone pertanto un problema rilevante di appropriatezza dei ricoveri e quindi le misure adottate tendono ad incrementare l'appropriatezza dei ricoveri con passaggio dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno e dal regime di ricovero diurno all'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare, ciò ovviamente è indirizzato ad ottenere contemporaneamente identità di beneficio per gli assistiti e minore costo per il SSR.

3) Adeguamento del fabbisogno di posti letto in relazione ai ricoveri appropriati

I posti letto oggi esistenti in Calabria sono 7.576 di cui 5.210 pubblici e 2.366 privati accreditati; ciò corrisponde a 3,77 posti letto per 1000 abitanti; il dato potrebbe apparentemente sembrare in linea con lo standard nazionale, mentre di fatto, a motivo della più giovane età media della popolazione calabrese nei confronti di quella nazionale, il consumo di prestazioni di ricoveri per rientrare nei parametri nazionali dovrebbe ridursi del 5% nel fabbisogno di posti letto; tale riduzione deve assommarsi alla percentuale del 15% di posti letto che i calabresi utilizzano presso i presidi ospedalieri delle altre regioni (mobilità passiva) determina un fabbisogno di p.l. da fridurre del 20 %; sicchè le prestazioni di ricovero da considerare appropriate, individuandole ad un tasso standard di utilizzo dell'80%, definisce il numero di p.l. corretto come pari a 3.2 p.l. per 1000 abitanti;

tale parametro comporta che il numero complessivo di posti letto programmati per la nuova rete ospedaliera regionale deve essere pari a 6.395 di cui 4.825 pubblici e 1.570 privati accreditati.

Il dato dei posti letto attuali, esaminato per area geografica in confronto al fabbisogno programmato di 3,2 p.l. per 1000 abitanti, evidenzia che :

- nell'area nord si riscontrano 3,84 pl x 1000 abitanti;
- nell'area centro si riscontrano 4,03 pl x 1000 abitanti;
- nell'area sud si riscontrano 3,77 pl x 1000 abitanti;

Lo squilibrio maggiore si riscontra quindi nell'area di centro, e specificamente nella nostra ASP di Crotone ove si registra un numero di posti letto pari a 4,84 p.l. per 1000 abitanti (839), mentre nell'ASP di Catanzaro si registra un numero di p.l. pari a 4,62 p.l. per 1000 abitanti (1.700) e nell'ASP di Vibo Valentia si registra un numero di p.l. pari a 1,91 pl. per 1000 abitanti (319).

IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE

I dati oggettivi sinteticamente sopra evidenziati, unitamente ai rilevanti dati di costo sostenuti, ed anche tenendo conto della necessaria integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza urgenza, hanno obbligato la Regione Calabria a riprogrammare la nuova rete ospedaliera regionale; pertanto a fronte degli attuali 36 presidi ospedalieri in funzione, la rete riprogrammata verrà a basarsi su 17 ospedali regionali, un ospedale universitario e quattro ospedali di zona montana. La nuova rete ospedaliera regionale, strutturata secondo il modello Hub e Spoke, è quindi stata globalmente ridefinita e la sintesi è riportata nella figura 15 dell'allegato n. 1 del decreto 18/2010, ovvero essa risulta definitivamente così composta :

- 3 ospedali Hub;
- 1 ospedale universitario;
- 10 ospedali Spoke;

- 4 ospedali generali.

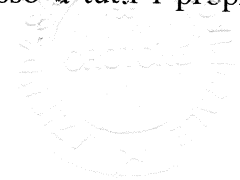
Inoltre il provvedimento di riordino della rete ospedaliera regionale interviene per ciascuna delle tre aree geografiche in cui è stata suddivisa la regione (nord, centro e sud); esso definisce, infatti, sia le strutture ospedaliere e la loro tipologia seguendo il modello Hub e Spoke per come sopra indicato, ma ancora interviene nel numero di posti letto complessivo, pubblici e privati, necessari, riportandolo entro lo standard nazionale (3,2 x 1000 di cui 0.7 dedicato alla lungodegenza e alla riabilitazione post-acuzie) dettato e previsto dal *“Patto per la salute 2010-2012”*.

Inoltre, al fine di riportare l'eccessivo numero di ricoveri che annualmente consumano i cittadini calabresi entro lo standard nazionale stabilito dal citato *“Patto per la salute 2010-2012”* e che deve limitarsi a 144 ricoveri x 1000 abitanti, e quindi al fine di governare la rilevante quota di ricoveri inappropriati (circa 100.000) che ogni anno si registrano nella nostra regione, sono stati introdotti significativi interventi di tipo funzionale seguendo linee di indirizzo e dettami di tipo organizzativo specifico; a tali regole appartiene, per esempio, il perseguimento del tendenziale passaggio dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno nonché quello dal regime di ricovero diurno all'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare; inoltre, proprio a tale scopo è stato incentivato il trasferimento di una serie di prestazioni dalle sedi ospedaliere a quelle ambulatoriali (nel rispetto delle linee di intervento del medesimo *Patto della salute 2010-2012* -allegato A-) ; tali scelte mirano non solo a consentire un corretto ed identico beneficio per gli assistiti, ma, pur tenendo conto della quota di partecipazione alla spesa corrisposta dagli stessi, a pervenire ad un minore costo per il SSR.

IL CAMBIAMENTO SOSTANZIALE DEL RUOLO DELL'OSPEDALE

Il provvedimento di riassetto della rete ospedaliera e di razionalizzazione e miglioramento dell'assistenza ospedaliera pone inoltre il problema del nuovo e diverso ruolo che gli ospedali (almeno i centri Hub e Spoke) devono svolgere rispetto a quello priordino; detti ospedali, infatti, devono configurarsi quali strutture assolutamente all'avanguardia e moderni nelle proprie strumentazioni tecnologiche; anche a livello informatico essi si devono dotare di una elevatissima tecnologia che consenta, per la diagnosi e il trattamento dei ricoveri urgenti e programmati, procedure celerissime e comunque strettamente integrate agli altri punti della rete ospedaliera regionale nonché in piena corrispondenza con i servizi territoriali, residenziali e domiciliari, di diagnostica e specialistica ambulatoriale i quali ultimi devono essere interpretati quali filtro dei ricoveri inappropriati.

Accanto, comunque, alla spinta progressiva alla tecnologia ed alla specializzazione strumentale, l'ospedale dovrà essere ridefinito, nell'ottica di grande attenzione alla evoluzione in campo sociale, etico e culturale che si sta verificando all'interno della nostra società; il modello di ospedale deve essere, infatti, assai rispettoso delle mutate esigenze dei pazienti, e dare attenzione alle istanze degli operatori e della comunità nel suo insieme; pertanto l'ospedale dovrà, viepiù con il tempo, sapersi trasformare in centro aggregato di tecnologie complesse d'avanguardia nell'obiettivo di superare la sua strutturazione chiusa e così consentirgli di fornire anche a chi non è ricoverato o si trovi distante, l'identico immediato accesso a tutti i propri servizi;



Un punto fermo del nuovo modello di organizzazione dell'ospedale dovrà essere la centralità del paziente (facilitazione dell'accesso ai servizi e ai percorsi, equità nella possibilità di fruizione delle prestazioni, umanizzazione e comfort delle strutture, deburocratizzazione) integrando l'innovazione tecnologica con gli aspetti relativi al governo clinico (efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, qualità tecnica e qualità percepita).

L'ospedale è sede riconosciuta di alte competenze professionali, di tecnologie sempre più sofisticate, luogo di formazione e di prestigio professionale, ma è anche divenuto una delle principali fonti di spesa del sistema sanitario. Questo aspetto ha accentuato la convinzione che non può più essere considerato la forma prevalente o prioritaria di fornitura dei servizi sanitari. Il problema non è meramente economico, ovvero lo "spendere meno" (economicità), ma lo "spendere meglio", cioè, a parità di spesa, produrre più salute (efficienza), attraverso percorsi di diagnosi e cura in grado di produrre i migliori risultati (efficacia).

L'ospedale moderno si sta oggi focalizzando sulle cure intensive e su fasi limitate del decorso delle malattie, dove la criticità delle condizioni giustifica l'alto impegno di risorse scientifiche, professionali ed economiche. I professionisti più specializzati e le tecnologie più costose vanno però gestiti al meglio delle loro potenzialità, spostando su altri livelli assistenziali ciò che non ha le stesse esigenze.

I pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (residenze sanitarie, strutture protette, assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni. L'ottimizzazione della funzione prestazionale dei servizi sanitari è l'obiettivo principale di tutte le fasi di revisione della rete ospedaliera sin ora tentate;

in effetti, per pervenire alla ottimizzazione nella erogazione dei servizi sanitari, diviene essenziale che i trattamenti specialistici di alta qualificazione siano riservati solo ai casi più complessi, e per essi si utilizzino le tecnologie più appropriate, per tempi limitati, e ciò per rendere possibile che altri pazienti che presentano gli stessi problemi (equità) possano godere degli stessi servizi.

Questa impostazione deriva soprattutto dalla constatazione che una struttura ospedaliera ha dei costi elevatissimi, e perciò tale forma di erogazione dell'assistenza deve essere rapportata all'effettivo vantaggio per tutti gli utenti che ne dimostrano necessità.

Vi sono poi anche problemi di affinamento della competenza professionale; è logico e notorio che concentrare l'esperienza di più professionisti in un medesimo ambito nonché dedicare gli stessi professionisti su casi complessi, significa arricchire il bagaglio culturale degli stessi ed ancora qualificarne ed aggiornarne continuamente le capacità e le cognizioni pratiche con la conseguenza certa di poter nel tempo garantire i migliori risultati nei casi più critici.

Con una nota esemplificativa, pensare di risolvere tutti i problemi di salute dei cittadini basandosi sull'ospedale è come pretendere di avere a disposizione un autocarro per fare la spesa quotidiana dal salumiere o dal fornaio; per questo tipo di necessità, consideriamo normale andare a piedi, o in bicicletta, o al massimo in automobile, e utilizzare invece l'autocarro in quei rari casi della nostra vita in cui, ad esempio, dobbiamo fare un trasloco.

L'uso dei servizi ospedalieri si modifica rispetto a quello abitualmente prevalente: l'ospedalizzazione tradizionale, con accesso seguito da un periodo di degenza che conclude l'episodio assistenziale, non è più, ad esempio, la risposta adatta per i pazienti portatori di patologie croniche. Il *day-hospital*, l'ospedalizzazione saltuaria per controllare il paziente ed

aiutare la famiglia a sostenere il peso dell'assistenza, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata, in un continuum assistenziale, con i servizi sanitari che sostengono la persona nel proprio ambito di vita, saranno le forme assistenziali del futuro e da sviluppare costantemente.

Occorre, quindi, da un lato concentrare nell'ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e, dall'altro, potenziare le strutture territoriali dedicate alla diagnosi, alla prevenzione, ai controlli ed alla presa in carico delle cronicità. Ciò significa sviluppare ulteriormente la rete dei servizi territoriali, differenziandoli a loro volta per complessità e tipologia di assistenza, consentendo sempre più servizi a tutti quei pazienti che non sono più assegnati in carico all'ospedale.

Questa evoluzione pone evidentemente problemi di ordine strutturale ed organizzativo, ma anche di ordine culturale, in quanto le conoscenze degli operatori (medici, infermieri, ecc.) non possono più essere limitate ai soli percorsi diagnostico-terapeutici della fase acuta, ma devono essere estesi ai progetti assistenziali e riabilitativi di lunga durata, o "di vita". D'altro canto questa evoluzione comporta anche che l'ospedale deve essere sempre più in grado di rispondere a situazioni critiche e di urgenza-emergenza in tempi rapidi, perché, in termini percentuali, vedrà quote sempre maggiori di pazienti complessi, che dovrà gestire rapidamente attraverso percorsi diagnostico-terapeutici definiti e concordati, utilizzando al meglio le tecnologie ed i professionisti, in forma coordinata ed integrata.

L'ottica con cui si intende affrontare tali argomenti e tali problematiche è quella di un sistema "cittadino-centrico" e non "ospedale-centrico", con un vero collegamento in rete di tutti i servizi sanitari, a partire da un nuovo modello di ospedale, umanizzato, trasparente, collaborativo, aperto a tutti gli operatori ed alla collettività. Non si possono peraltro trascurare i profondi cambiamenti in atto nella sanità, che conseguono ad una straordinaria evoluzione nelle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesilogiche e rianimatorie.

Il modello di ospedale che si prospetta si individua, quindi, quale parte di un sistema di assistenza notevolmente complesso; esso, nel contempo, è integrante ed integrato, d'un organismo a rete per l'erogazione di servizi sanitari e non. L'ospedale, però, è di questa rete il nodo essenziale e primario, senza il quale l'intero sistema non funziona correttamente; ancora, parimenti, tutta la rete dimostra di non funzionare se, al contrario non funziona il sistema di filtro territoriale e l'ospedale viene subissato da richieste improprie e soffocato dall'erogazione di prestazioni a bassa complessità; tali ultimi servizi devono essere prestate ai cittadini, con loro minor disagio, con minor costo per il sistema e, spesse volte, perseguendo un migliore risultato finale per il benessere degli utenti, presso altre strutture del sistema.

*Si tratta di un importante cambiamento, giustificato dalla necessità di soddisfare al meglio i bisogni del singolo cittadino malato e quelli della comunità che lo accoglie e non di appagare tecnicismi o desiderata di medici, infermieri, dirigenti, gestori o politici, le cui esigenze vanno ovviamente tenute in conto, ma non devono mai prevaricare quelle delle persone che all'ospedale si rivolgono. In altri termini occorre pensare all'ospedale dal punto di vista degli utilizzatori e non più solo da quello degli addetti ai lavori: **questa che sembra una considerazione ovvia, rappresenta in realtà una rivoluzione epocale assolutamente necessaria.***

Si dovrà essere, inoltre, sempre più capaci di supportare il bisogno formativo degli operatori, per renderli più adeguati nel fornire assistenza sanitaria e di accogliere la persona nella sua

globalità. Il lavoro di equipe e il rapporto con il paziente assumeranno sempre maggiore importanza, così come l'ambiente di vita della persona malata. I bisogni tenderanno ad essere sempre più differenziati e conseguentemente occorrerà sempre più personalizzare le risposte. Questo nuovo approccio, per essere condotto con prospettive di successo richiede che venga portato a compimento il processo di ridefinizione strategica di questo nuovo e moderno ruolo dell'ospedale nell'ambito del sistema delle cure.

IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA DELL'ASP DI CROTONE

Il riordino della rete ospedaliera dell'ASP di Crotone è naturalmente parte del più complessivo piano regionale di razionalizzazione della rete ospedaliera, esso trova nelle disposizioni e negli indirizzi contenuti nel DPGR n. 18/2010 nonché nel quadro di riferimento, anche culturale, sopra delineato, i punti di riferimento fondamentali per il suo riordino e la sua razionalizzazione e il suo sviluppo.

La rete ospedaliera dell'ASP è oggi costituita dall'Ospedale di Crotone e da sei Case di Cura private accreditate peraltro non tutte svolgenti quel ruolo complementare all'interno della rete previsto dal D.Lgs 502/92.

A differenza di tutte le altre realtà regionali dove tra gli interventi di riordino della rete ospedaliera locale risultano determinati quelli correlati alla riconversione di strutture ospedaliere pubbliche, tuttavia nella nostra realtà, pur non prevedendosi interventi di chiusura e/o riconversione di presidi pubblici essendo il nostro P.O. l'unico dell'azienda, il riordino e la razionalizzazione della rete ospedaliera locale si rende oltremodo necessaria al fine di procedere a ridefinire i fabbisogni dell'offerta ospedaliera pubblica e privata.

Si ritiene pertanto necessario dover provvedere:

- alla riduzione dell'attuale numero di posti letto esistenti (839 ovvero 4,84 ogni 1000 abitanti a fronte di un fabbisogno standard complessivo di 607 posti letto di cui 417 per acuti (256 pubblici e 161 privati) e 190 p.l. per non acuti (30 pubblici e 160 privati) corrispondenti a 3,5 p.l. per 1000 abitanti.
- alla riduzione dell'eccessivo tasso di ospedalizzazione (il più alto dell'intera regione, oggi pari al 240 x 1000 a fronte di uno standard nazionale di 144 x 1000 e di quello regionale provvisoriamente programmato di 170 per 1000) che denota una significativa percentuale di inappropriata delle prestazioni di ricovero oggi rese dal P.O. pubblico e dalle strutture private accreditate.
- all'incremento dell'offerta appropriata di prestazioni sanitarie territoriali a fronte della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

Occorre, inoltre, evidenziare anche i necessari interventi di adeguamento e ammodernamento strutturale e tecnologico della struttura ospedaliera di Crotone in relazione al nuovo ruolo (centro Spoke) che lo stesso assume nel disegno della più complessiva nuova rete ospedaliera regionale, con particolare riferimento all'attivazione delle nuove unità operative e dei servizi previsti dal piano di riordino regionale nonché al riassetto e alla ricollocazione organizzativa e logistica di quelle già esistenti in una logica di ospedale *per intensità di cura* che l'azienda intende dare al presidio ospedaliero di Crotone.

L'obiettivo più generale per il riassetto del P.O. di Crotone è di mettere al centro della struttura il paziente e organizzare l'assistenza *per intensità di cura*: ciascun paziente indirizzato verso un

percorso unico con riferimenti sanitari certi (Medico tutor/Infermiere referente), per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza, diretta e costante, ed in più qualificata, progressiva e personalizzata.

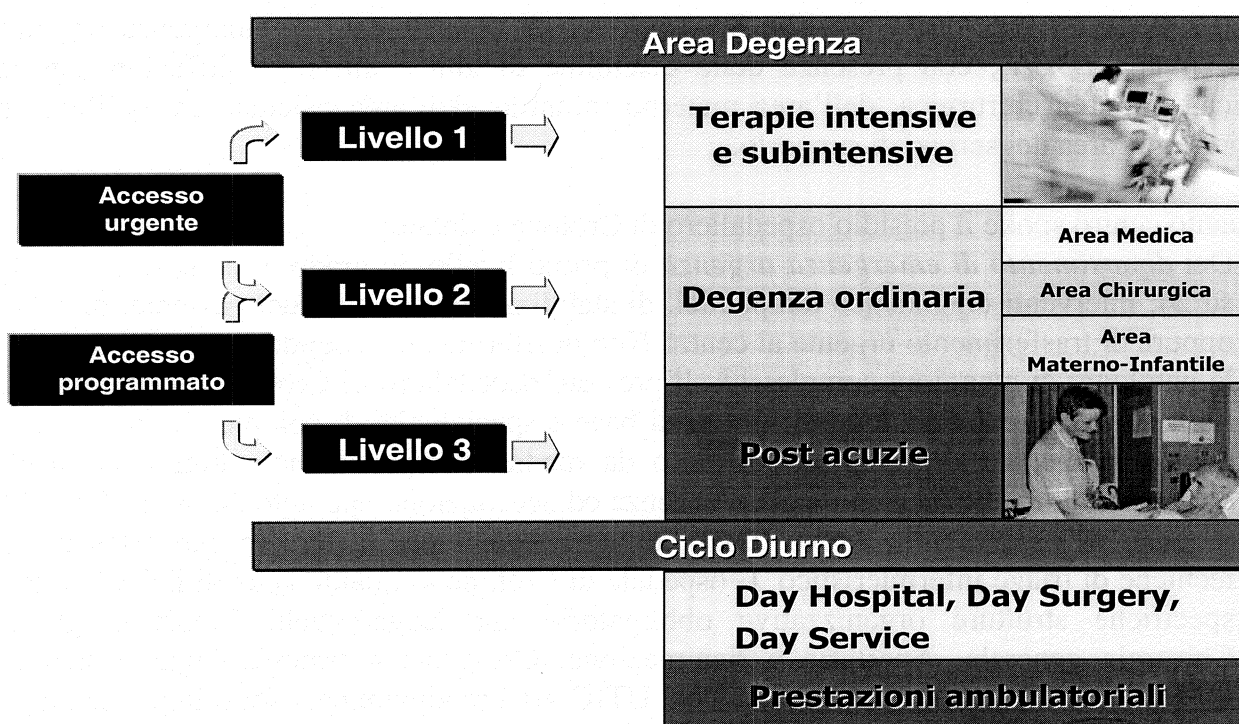
Occorre pertanto sviluppare nuovi ruoli professionali che consentano:

- il superamento dell'organigramma oramai consolidato e vetusto dell'ospedale inteso come astanteria;
- la riorganizzazione e differenziazione delle responsabilità clinico-assistenziali-gestionali sia in ambito medico che infermieristico;
- l'integrazione intraprofessionale ed interprofessionale tra le varie discipline cliniche e i vari comparti sanitari o tecnologici in un contesto dinamico e di crescita esperienziale;
- l'introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari, per processi ed obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi che si auto legittimano con un progressivo avanzamento nei risultati;
- la focalizzazione delle analitiche necessità del paziente secondo criteri di continuità e progressività di cura e nella direzione di un livello crescente di intensità assistenziale.

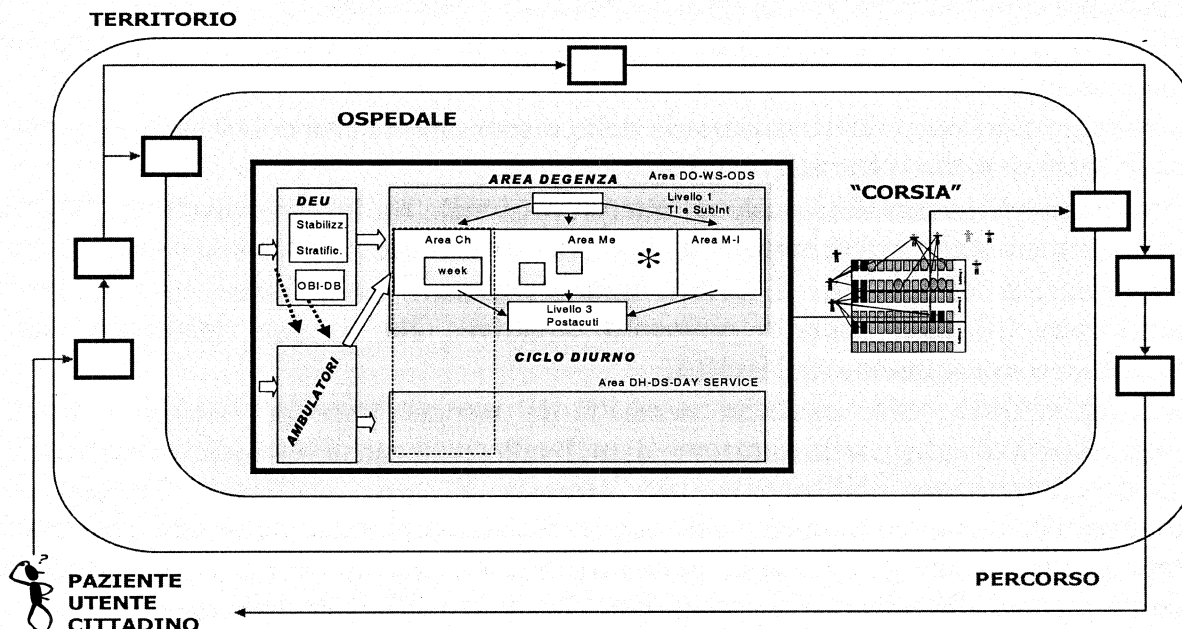
Inoltre la riorganizzazione dell'ospedale *per intensità di cura*, configurando sempre più il momento ospedaliero come il momento dell'acuzie, reclama preliminarmente una qualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la qualità della presa in carico del paziente, rispondendo contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza e di uso efficiente delle risorse.

Qui di seguito si riporta lo schema organizzativo di riferimento per il riassetto del P.O. di Crotone sul modello Ospedale per intensità di cura:

L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE



L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE



IL RIASSETTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE

Nella nuova rete ospedaliera regionale basata sul modello Hub e Spoke il presidio ospedaliero di Crotone si caratterizza quale presidio Spoke dotato di dipartimento di emergenza urgenza di primo livello (DEA), con presenza delle discipline di alta e altissima diffusione dell'area medica, dell'area chirurgica, dell'area materno infantile, dell'area psichiatrica, dell'area post acuzie e dell'area dei servizi di supporto.

In quanto centro spoke il presidio ospedaliero di Crotone è dotato:

- 1) Del **dipartimento di emergenza urgenza** di primo livello, in grado di compiere per 24 ore su 24, interventi diagnostico terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro Hub di riferimento secondo protocolli definiti per le patologie di maggiore complessità. Il presidio ospedaliero di Crotone, in quanto sede di DEA assicura una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio alta. Il personale medico del DEA è costituito da medici d'urgenza inquadrati nella struttura complessa di medicina e chirurgia d'urgenza ed accettazione operante 24 ore su 24 e dotata di posti di osservazione breve (OBI), di letti tecnici per la terapia sub intensiva e di tecniche di triage infermieristico. L'ospedale di Crotone in quanto sede di DEA è dotato di specifiche strutture organizzative obbligatorie per legge quali: Medicina generale, Chirurgia generale, Anestesia e rianimazione, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Cardiologia con UTIC ed emodinamica, Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in urgenza, Oculistica, ORL e Urologia, tutti dotati di guardia attiva 24 ore su 24 o pronta disponibilità. Sono, inoltre, disponibili 24 ore su 24 i servizi di Radiologia con TAC ed ecografia, Laboratorio di analisi e Servizio immunotrasfusionale.

La rete dell'emergenza urgenza dell'ASP, oltre al DEA del P.O. di Crotone che rappresenta la componente ospedaliera, è dotata di una componente territoriale assicurata dal SUEM 118, coordinata dalla sua Centrale Operativa e composta da punti di emergenza territoriale (PET) oltre che dal servizio di continuità assistenziale (guardia medica) notturna, prefestiva e festiva.

- 2) Delle **discipline e unità operative complesse di media, alta e altissima diffusione** con posti letto dell'area medica (medicina generale, moduli e posti letto dell'area medica dedicati per le discipline di geriatria, malattie infettive, nefrologia con dialisi e oncologia; cardiologia con utic ed emodinamica, neurologia) dell'area chirurgica (Chirurgia Generale, Oculistica, Ortopedia e traumatologia, ORL e Urologia) dell'area materno infantile (Pediatria con modulo interno e p.l. dedicati di neonatologia, Ostetricia e ginecologia) dell'area psichiatrica (SPDC), dell'area post acuzie (Recupero e riabilitazione funzionale).
- 3) Delle **unità operative complesse di supporto** quali: Laboratorio, Radiologia, SIT, Anatomia patologica, Medicina nucleare, Direzione medica di presidio e Servizio farmaceutico ospedaliero. Inoltre per il P.O. di Crotone è previsto si vadano a confermare tutti gli altri servizi ambulatoriali oggi esistenti nella struttura ivi compresi quelli non più qualificati come strutture complesse di dermatologia, diabetologia e audiologia.

In sintesi il presidio ospedaliero di Crotone, così come ridefinito dal presente provvedimento e interpretato dal punto di vista dei cittadini utenti, non solo continuerà ad assicurare tutte le prestazioni oggi erogate, sia pure diversamente strutturate dal punto di vista organizzativo, ma ad esse si aggiungeranno le prestazioni delle nuove unità operative di cui il piano regionale ne prevede l'attivazione quali : la urologia, la riabilitazione e recupero funzionale e l'emodinamica, oltre all'apporto fondamentale della nuova strutturazione del dipartimento di emergenza urgenza che di fatto costituisce una sorta di ospedale nell'ospedale.

In sostanza, a regime, il nostro presidio ospedaliero riconvertito e razionalizzato per come previsto dal piano di riordino della rete ospedaliera non solo migliora l'erogazione quali-quantitativa delle prestazioni appropriate erogate ai cittadini, ma consente all'azienda, razionalizzando e accorpando strutture e personale, di realizzare l'equilibrio economico tra costi e ricavi dello stesso presidio che fino ad oggi ha registrato costanti perdite economiche che mediamente assommano (solo per il P.O.) ad oltre 20 milioni l'anno così come si può facilmente evidenziare dai bilanci d'esercizio del presidio.

Tuttavia occorre evidenziare che il successo del processo di riorganizzazione del nostro presidio dipenderà oltre che dalla capacità programmatica ed operativa che l'azienda riuscirà ad esprimere con la redazione, adozione e realizzazione concreta del presente piano attuativo, dal coinvolgimento e dalla condivisione dell'intero processo di riconversione da parte degli operatori sanitari del presidio, degli ordini professionali, della Conferenza dei Sindaci, dei rappresentanti sindacali e dei cittadini che sono in ultima analisi i destinatari dei servizi sanitari. Occorrerà, quindi, che il processo di riassetto e razionalizzazione del presidio segua la dovuta gradualità e si sviluppi in un periodo di attuazione compatibile con i tempi imposti dal piano di rientro che dovrà consentire, partendo dalla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, di costruire attorno ad esso tutte le altre attività ordinarie che il nuovo presidio dovrà assicurare ai cittadini.

POSTI LETTO, DISCIPLINE E STRUTTURE ORGANIZZATIVE OSPEDALIERE

Le tabelle di sintesi che seguono riportano il quadro generale degli interventi di riordino della rete ospedaliera pubblica.

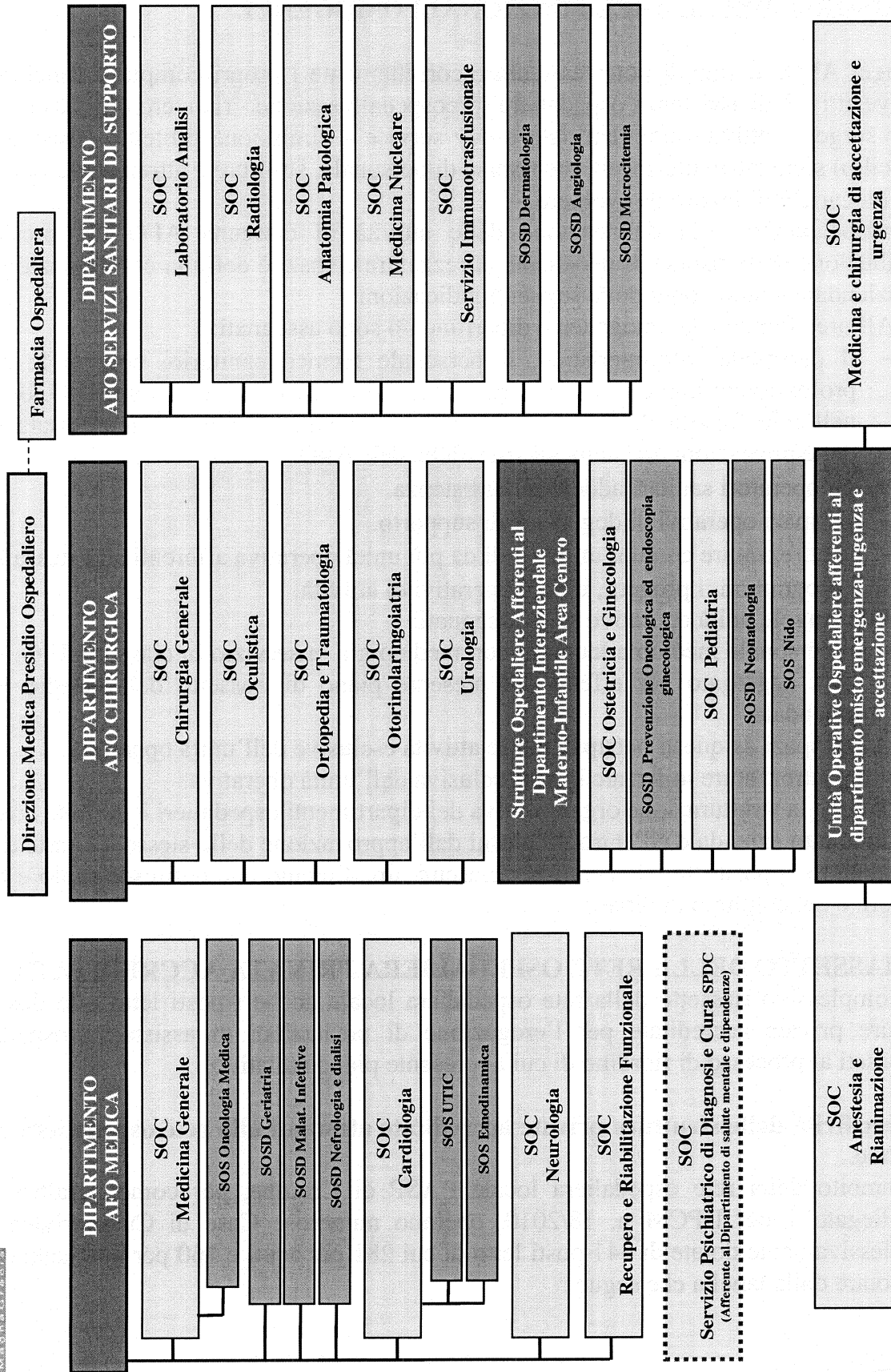
I posti letto, le discipline e le unità operative complesse e semplici del Presidio Ospedaliero di Crotone sono quelle stabilite dall'allegato 1 del DPGR n. 18/2010; essi sono state aggregate in quattro aree funzionali omogenee (AFO) e risultano definiti per come indicato nelle tabelle che seguono allegate al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.

RIASSETTO PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE

Riordino Rete Ospedaliera Pubblica		Posti letto discipline e strutture organizzative ospedaliere					
cod. spec.	Denominazione	Area Funzionale Omogenea	posti letto AFO	posti letto moduli di specialità	Strutture Organizzative		
					SOC	SOSD	SOS
8	Cardiologia	Medica	94	20	1		
6	Emodinamica			4			1
	Unità coronarica			8			1
26	Medicina generale			30	1		
29	Nefrologia e Dialisi			6		1	
32	Neurologia			10	1		
64	Oncologia			6			1
21	Geriatrica			6		1	
24	Malattie infettive			4		1	
9	Chirurgia generale			Chirurgica	88	30	1
34	Oculistica	10	1				
36	Ortopedia e traumatologia	28	1				
38	Otorinolaringoiatria	10	1				
43	Urologia	10	1				
33	Neuropsichiatria infantile	Materno Infantile	48			1	
31	Nido						1
37	Ostetricia e ginecologia			28	1		
39	Pediatria			12	1		
62	Neonatologia			6		1	
73	Terapia Intensiva neonatale			2			
49	Terapia Intensiva	emergenza-urgenza	10	10	1		
51	Medicina e chirurgia di accettazione e emergenza (*)			p.l. tecnici	1		
40	Psichiatria			16	16	1	
Totale acuti			256	256	13	5	4
5	Angiologia	Servizi Sanitari di Supporto	0	0			1
54	Emodialisi (vedere nefrologia)						1
52	Dermatologia					1	
3	Anatomia e Isologia patologica				1		
61	Medicina nucleare				1		
89	Radiologia				1		
87	Anestesia e rianimazione						
19	Diabetologia e malattie del ricambio						
	Laboratorio analisi				1		
	Audiologia						
	Servizio trasfusionale				1		
	Fisiopatologia Respiratoria						
DS	Direzione sanitaria di presidio				1		
F	Farmacia ospedaliera				1		
Totale Servizi							7
28	Unità spinale		30	30			
75	Neuroriabilitazione						
56	Recupero e riabilitaz. funzionale				1		
60	Lungodegenti						
Totale non acuti			30	30	1	0	0
Totale generale			286	286	21	6	6

(*) Letti tecnici per OBI 10 e per medicina e chirurgia di accettazione e urgenza 10, non conteggiati nel computo dei p.l. del Presidio. Le altre ulteriori strutture organizzative semplici e semplici dipartimentali saranno definiti in sede di adozione del nuovo atto aziendale e in contrattazione aziendale per la graduazione degli incarichi dirigenziali.

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E STRUTTURE ORGANIZZATIVE AGGREGATE



LE RISORSE DELLE AREE FUNZIONALI OMOGENEE

Per ogni AFO, al fine di poter assicurare correttamente i propri compiti e funzioni nonché le relative attività di assistenza ospedaliera (preospedalizzazione - ricovero ordinario - day hospital - day surgery - attività ambulatoriale e day service - dimissione protetta - ospedalizzazione a domicilio) sono attribuite specifiche risorse di personale, strutture e attrezzature in relazione agli effettivi carichi di lavoro da svolgere.

Il funzionamento e la delineazione delle attività di ciascuna AFO del presidio nonché l'attribuzione delle risorse di personale, attrezzature e spazi è definita con l'adozione dal nuovo atto aziendale tenuto conto delle seguenti indicazioni:

- a) All'area funzionale omogenea o dipartimento sono assegnati:
 - il personale infermieristico, il personale tecnico sanitario, nonché le altre figure professionali non dirigenziale già in servizio presso le preesistenti U.O. ora aggregate nell'area funzionale omogenea e necessarie alla corretta ed appropriata erogazione delle prestazioni assistenziali specifiche dell'AFO.
 - gli operatori sanitari addetti all'assistenza.
 - gli spazi operativi di degenza e di supporto.
 - le attrezzature comuni utilizzabili da più unità operativa afferenti alla stessa AFO.
 - i programmi, i progetti, i piani operativi di attività.
- b) Alle singole unità operative sono assegnati:
 - il personale medico e laureato non medico già in servizio in ciascuna U.O. e quello ad essa aggregato per effetto del presente piano di riassetto del presidio ospedaliero aziendale.
 - gli spazi da questi occupati per le attività esclusive dell'unità operativa.
 - le attrezzature utilizzate in via esclusiva dall'unità operativa.

In ogni caso la strutturazione organizzativa dei dipartimenti ospedalieri è definita con l'adozione del nuovo atto aziendale ed entro 90 giorni dall'approvazione dello stesso da parte della regione sarà adottato apposito regolamento per ciascun dipartimento che definisce ruolo e funzioni del direttore e del comitato di dipartimento.

IL RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA PRIVATA ACCREDITATA

Nel complessivo riassetto della rete ospedaliera locale anche i posti letto e le discipline delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera sono interessati al processo di riordino di cui al presente piano attuativo.

La specificità delle strutture private accreditate afferenti alla rete ospedaliera dell'ASP di Crotone.

Nell'ambito della rete ospedaliera locale l'ASP di Crotone, per come peraltro evidenziato nell'allegato 1 del DPCM n. 18/2010, operano numerose Case di Cura private accreditate complessivamente dotate di 441 posti letto di cui 281 per acuti e 160 per non acuti così come si può notare dalla tabella che segue :

AZIENDA SANITARIA	codice	Struttura erogatrice	Unità Operativa			Posti letto ordinari	Posti letto diurni	totale
CROTONE	180044	VILLA GIOSE	09	01	Chirurgia generale	23	1	24
			26	01	Medicina generale	28	1	29
			34	01	Oculistica	0	5	5
			36	01	Ortopedia e traumatologia	16	1	17
			37	01	Ostetricia e ginecologia	13	2	15
	Totale struttura					80	10	90
	180045	SANTA RITA	09	01	Chirurgia generale	29	1	30
			26	01	Medicina generale	25	1	26
			34	01	Oculistica	1	4	5
			37	01	Ostetricia e ginecologia	1	1	2
	Totale struttura					56	7	63
	180046	CLINICA OLIVETI	71	01	Reumatologia	52	7	59
	Totale struttura					52	7	59
	180054	ISTITUTO S. ANNA (P.L. per non acuti)	56	01	Recupero e riabilitazione funzionale	62	4	66
			56	01	Riabilitazione psichiatrica	16	2	18
			60	01	Lungod. Specializzata	46	0	46
			75	01	Unità di risveglio	10	0	10
			75	01	Unità gravi cerebrolesioni	20	0	20
	Totale struttura					154	6	160
	180085	ROMOLO HOSPITAL	34	01	Oculistica	0	5	5
			43	01	Urologia	30	0	30
			64	01	Oncologia medica	10	0	10
			68	01	Broncopneumologia	16	2	18
	Totale struttura					56	7	63
	180101	CALABRODENTAL - Day_Surgery	10	01	Chirurgia Maxillo_facciale	0	6	6
	Totale struttura					0	6	6
TOTALE PRIVATI ACCREDITATI						398	43	441

Dalla tabella sopra indicata si evince agevolmente che due delle strutture e precisamente la Casa di Cura Villa Giose e la Casa di Cura S. Rita sono dotate rispettivamente di 90 p.l e di 63 p.l. afferenti a discipline analoghe a quelle presenti nel P.O. di Crotone ovvero: Chirurgia Generale, Medicina Generale, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia e Oculistica per cui è necessario che si proceda oltre che al loro ridimensionamento, in termini di p.l., anche ad una loro necessaria riconversione in discipline e/o attività diverse da quelle presenti nel P.O. di Crotone; tale operazione è obbligatoria per avere il vantaggio di evitare duplicazioni di attività con l'ospedale pubblico e comunque garantire all'utenza prestazioni ospedaliere che oggi non sono presenti nel presidio pubblico ed anche nelle altre strutture private.

Nel panorama regionale delle strutture private che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera quelle che operano nel comprensorio dell'ASP di Crotone, eccezion fatta per le due sopra richiamate, (Istituto S. Anna, Oliveti, Romolo Hospital e Calabrodental Day Surgery) sono caratterizzate da particolari specificità qui di seguito indicate:

- a) Erogano prestazioni di assistenza ospedaliera in discipline diverse da quelle erogate nel presidio ospedaliero di Crotone e quindi svolgono un ruolo di integrazione delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica.
- b) Le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture di cui trattasi sono relative a discipline di alta specialità riabilitativa quali la Unità di Risveglio, la Unità Gravi Cerebrolesioni e la Riabilitazione intensiva e psichiatrica presso l'Istituto S. Anna, la reumatologia presso la Casa di Cura Oliveti, la Urologia la Broncopneumologia e l'oncologia urologica presso la Casa di Cura Romolo Hospital, la Chirurgia Maxillofacciale presso la struttura di Day Surgery della Calabrodental.
- c) La produzione complessiva delle prestazioni erogate dalle strutture di cui trattasi è per il 50,8% resa a cittadini residenti in altre regioni o in altre ASP della Regione. Nell'anno 2010 su una produzione complessiva di € 30.617.712 ben 15.573.212 (50,8%) sono state le prestazioni rese a cittadini non residenti nell'ASP di Crotone. Più specificamente l'indice di attrazione registrato nell'anno 2010 da ciascuna delle strutture di che trattasi è stato: del 64,7% per Istituto S. Anna, del 80,7% per la CC Oliveti, del 31,4 per la CC Romolo Hospital, del 44,9 per la CC Calabrodental.
- d) Il livello di appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture di che trattasi è significativamente alto non risultando erogate nell'ultimo anno prestazioni di ricovero riconducibili ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui al DPCM sui LEA, ne esiste alcuna delle prestazioni non più erogabili in regime di ricovero, ma trasferite definitivamente al setting assistenziale di specialistica ambulatoriale.

In sostanza le Case di Cura di che trattasi, di fatto, svolgono un ruolo complementare all'interno della rete ospedaliera dell'ASP di Crotone e soddisfano quote significative di prestazioni di ricovero a cittadini residenti in altre ASP della Regione o di altre Regioni, svolgendo così il ruolo attribuito dal D.Lgs 502/92 peraltro richiamato nell'allegato 1 del DPGR 18/2010. Tenuto conto di quanto brevemente illustrato in merito alle strutture private che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera nonché tenuto conto della programmata riduzione del numero di posti letto anche per le strutture private prevista dal DPGR n. 18/2010, qui di seguito si riporta la specifica tabella di sintesi relativa al riassetto della rete ospedaliera privata accreditata.

Più specificatamente nella tabella che segue, allegata al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, è riportato il quadro complessivo dei posti letto e delle discipline della nuova rete ospedaliera aziendale comprensiva delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera.

Riordino rete ospedaliera		Strutture Private Accreditate									
Articolazione di strutture organizzative per specialità ASP di Crotone		Posti letto									
cod. spec.	Denominazione	posti letto	programmati			preesistenti			differenza		
			Ordinari	Diurni	Totale	Ordinari	Diurni	Totale	Ordinari	Diurni	Totale
71	Reumatologia		46	5	51	52	7	59	-6	-2	-8
68	Pneumologia		16	2	18	16	2	18	0	0	0
8	Cardiologia	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Emodinamica	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	Medicina generale	40	12	10	22(*)	53	2	55	-41	8	-33
29	Nefrologia	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Neurologia	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
64	Oncologia	6	5	5	10	10	0	10	-5	5	0
10	Chirurgia maxillofacciale		0	6	6	0	6	6	0	0	0
9	Chirurgia generale	30	12	10	22(*)	52	2	54	-40	8	-32
34	Oculistica	10	0	0	0	1	14	15	-1	-14	-15
36	Ortopedia e traumatologia	28	0	6	6	16	1	17	-16	5	-11
38	Otorinolaringoiatria	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43	Urologia	10	23	3	26	30	0	30	-7	3	-4
37	Ostetricia e ginecologia	28	0	0	0	14	3	17	-14	-3	-17
39	Pediatria	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62	Neonatalogia + Tin	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Terapia Intensiva	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Unità coronarica	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Psichiatria	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Totale acuzie	256	114	47	161	244	37	281	-130	10	-120
75	Neuroriabilitazione		30	0	30	30	0	30	0	0	0
56	Recupero e riabilitaz. funzionale	30	78	6	84	78	6	84	0	0	0
60	Lungodegenti		46	0	46	46	0	46	0	0	0
	Totale post acuzie	30	154	6	160	154	6	160	0	0	0
	Totale generale	286	268	53	321	398	43	441	-130	10	-120

(*) Posti letto da riconvertire in discipline e/o attività diverse da quelle presenti nel P.O. di Crotone.

Sezione 2

Riordino Rete Assistenziale Emergenza - Urgenza



LA RETE LOCALE DELL'EMERGENZA-URGENZA.

L'allegato 2 del DPGR n. 18/2010 definisce gli aspetti più significativi per il riordino delle reti di emergenza-urgenza sia nella sua fase territoriale che in quella ospedaliera.

La rete dell'emergenza-urgenza dell'ASP di Crotone risulta allo stato già articolata secondo il modello indicato nell'allegato 2 del decreto 18, ovvero nelle due grosse aree che caratterizzano il sistema locale dell'emergenza urgenza ovvero l'area dell'emergenza territoriale e quella della rete dell'emergenza ospedaliera.

La rete dell'emergenza territoriale

Il sistema di emergenza urgenza 118 dell'ASP di Crotone è stato il primo ad essere attivato nella Regione ed è operativo sin dal gennaio 1996. Il sistema è operativo su tutto il territorio dell'azienda; esso è gestito e organizzato dalla Centrale Operativa SUEM 118 che governa tutte le risorse tecnico-sanitarie e di personale afferenti al sistema dell'emergenza urgenza presenti sul territorio.

L'organizzazione del servizio è sostanzialmente quella prevista dal DM 27 marzo 1992, dalla legislazione regionale e dall'atto aziendale.

La rete dell'emergenza territoriale è sostanzialmente distinta in due fasi principali:

1) Fase di allarme sanitario in cui la Centrale Operativa del 118 riceve le richieste di soccorso, valuta il grado di complessità dell'evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.

2) Fase di risposta territoriale nella quale classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale Operativa dispone l'invio di mezzi di soccorso od attiva le postazioni territoriali.

Per svolgere tali funzioni la C.O. del 118 deve essere a conoscenza, in tempo reale della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso utilizzabili e delle postazioni relative alla emergenza territoriale rappresentata dal personale e dai mezzi di soccorso delle PET e dai medici di continuità assistenziale la cui attività deve essere di collaborazione attiva all'interno del servizio "118", per le ore di competenza. Analogamente **anche i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta** devono essere coinvolti nella gestione delle urgenze/emergenze, sempre in collaborazione con la Centrale Operativa. Il raccordo è considerato essenziale nella gestione del soccorso trattandosi, spesso, di interventi terapeutici risolutivi di modesto impegno assistenziale su pazienti noti ai medici di base e può essere assicurato dai medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, riuniti in associazione, consentendo di affrontare le situazioni di emergenza nei periodi di tempo non "coperti" dal servizio di continuità assistenziale, senza dislocare i pazienti.

L'intervento del medico di assistenza primaria o del pediatra di libera scelta, attivati dalla Centrale operativa, contribuisce all'abbattimento dei tempi di attesa per i soccorsi, consente di stabilire e programmare, di concerto con il personale di Centrale, l'eventuale ospedalizzazione nella struttura più idonea e di limitare il numero dei soggetti che chiedono di essere visitati in Pronto Soccorso ed ai quali è assegnato un "codice bianco", limitando le prestazioni improprie degli ospedali.

La fase territoriale è inoltre assicurata omogeneamente su tutto il territorio aziendale da tre punti di primo intervento (PET) coordinati dalla C.O. del 118 e collocati in ciascuno dei tre distretti in cui è articolato il territorio dell'azienda. In ciascuno dei Punti di Emergenza Territoriale, attivo 24 ore su 24 e dotato di personale medico dell'emergenza territoriale, di infermieri professionali e di autisti di ambulanza, oltre che delle attrezzature indispensabili per il soccorso, si effettuano interventi minori, stabilizzazione dei pazienti e, se del caso, trasporto presso il presidio ospedaliero dell'azienda o altro presidio ospedaliero idoneo.

Obiettivi specifici per il miglioramento e la razionalizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza.

L'esito di una emergenza sanitaria che si verifica sul territorio viene significativamente influenzato dai tempi di soccorso sanitario. Ciò è vero in particolare per alcuni quadri clinici quali i traumi gravi e le emergenze cardiologiche.

Sulla base di queste considerazioni appaiono quale importante riferimento programmatico i tempi standard di intervento del soccorso extraospedaliero indicati dalla normativa nazionale.

La programmazione operativa intende assumere tali standard come obiettivo, tenendo altresì conto delle caratteristiche territoriali e delle risorse disponibili.

I tempi di intervento sul territorio complessivi, dalla chiamata, sono fissati, ai fini della programmazione, come segue:

- entro 8 minuti nelle aree urbane;
- entro 15 minuti nelle aree extraurbane prossimali;
- entro 20 minuti nelle aree extra urbane distali.

Tali parametri sono inoltre i riferimenti per la dislocazione quali-quantitativa delle postazioni sul territorio.

Le aree urbane sono identificate negli aggregati di popolazione non inferiore ai 25.000 abitanti: a queste possono essere aggiunte le aree poste in prossimità di una postazione di emergenza territoriale (PET) che siano di norma raggiungibili in tempi brevi dai mezzi di soccorso.

Sulla base di tali criteri è compito della centrale operativa 118 di provvedere a mappare il territorio in specifici settori, con i relativi tempi di intervento, individuando e descrivendo eventuali zone critiche che richiedano o tempi di intervento più lunghi o una diversa dislocazione dei mezzi. Allo stato è già stata individuata quale area critica quella litoranea ionica ricompresa tra Steccato di Cutro e Crotone.

Al di là della necessità di tenere sotto controllo ogni singolo superamento della soglia fissata mediante audit, si considera ottimale un livello di performance tendenziale che preveda il rispetto dei tempi per i codici rossi nel 95% degli interventi, con superamenti che non vadano oltre al 50% del tempo previsto.

Il bacino d'utenza dell'Azienda è contraddistinto dalla presenza di aree urbane, suburbane prossimali e rurali. Vi è attualmente una distribuzione dei mezzi con tempi di intervento solo in alcuni casi "fuori" standard, ma compensati da una elevata percentuale di medicalizzazione degli interventi; in generale si riscontra una limitata presenza di aree con criticità nei tempi di intervento.

Sul nostro territorio non si individua pertanto la necessità di effettuare interventi riorganizzativi di particolare rilevanza (fatta eccezione per l'area critica sopra richiamata), sono esclusivamente ipotizzabili interventi di riequilibrio delle risorse all'interno all'area e comunque limitati ad aspetti locali del sistema.

Sempre ai fini programmatici, oltre al rispetto degli standards temporali, occorrerà prendere in considerazione anche altri elementi (disponibilità di mezzi con infermiere professionale, con

medico, con soccorritore, manovre eseguite, dati di mortalità) che consentano in qualche modo di valutare processo ed esito delle attività assistenziali.

L'esigenza di considerare l'apparato del 118 come un sistema in grado di erogare prestazioni assistenziali anche ad elevata complessità, richiede che si tenga conto, oltre che della variabile tempo di intervento, anche di altre variabili che consentano di valutare il sistema per quello che ha prodotto in termini di processo e per ciò che ha prodotto in termini di effettivo guadagno di salute.

L'Azienda sanitaria di Crotone si impegna inoltre a sostenere e promuovere lo specifico progetto della Provincia di Crotone rivolto a diffondere la pratica della defibrillazione precoce nella comunità, con interventi a favore della popolazione basati sul contributo offerto da personale sanitario e non sanitario opportunamente addestrato, al fine di affrontare al meglio il grande tema della morte cardiaca improvvisa. Sarà data realizzazione a quanto previsto dai documenti di programmazione regionale relativi all'emergenza territoriale, per le parti riguardanti lo sviluppo dell'integrazione fra le varie componenti del soccorso/assistenza in emergenza e del governo clinico.

Azioni prioritarie :

- Ulteriore miglioramento dell'appropriata gestione del paziente critico in fase extraospedaliera.
- Ulteriore sviluppo dell'appropriatezza ed dell'efficacia con miglioramento della classificazione delle attività di soccorso.
- Ulteriore razionalizzazione dei costi di gestione ed organizzativi del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale nelle tre PET e nella CO.
- Formazione continua del personale.

Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso la Centrale Operativa del Suem 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.

Altri elementi di razionalizzazione previsti sono quelli relativi ad una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, riorganizzando il servizio secondo le previsioni normative nazionali e regionali in materia.

La rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è fondamentalmente rappresentata ed assicurata all'utenza dal dipartimento di emergenza urgenza (DEA) di primo livello del presidio ospedaliero di Crotone di cui si è già trattato nella sezione 1 del presente provvedimento. In quanto presidio Spoke, il presidio ospedaliero di Crotone è dotato di DEA con attività di pronto soccorso in grado di compiere interventi diagnostico terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro Hub o al polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

La struttura di pronto soccorso del DEA del presidio ospedaliero di Crotone dispone di una dotazione di servizi ospedalieri di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il personale medico è costituito da medici d'urgenza, inquadrati nella struttura complessa di Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza operante sia in guardia attiva che in reperibilità. La struttura è dotata di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di letti

tecnici per la terapia sub intensiva, inoltre, è operativo nell'ambito del servizio la tecnica del triage infermieristico.

La struttura è collocata in un presidio dotato della U.O. di Medicina generale, chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, cardiologia con Utic, neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, Psichiatria, oculistica e urologia, con servizio medico di guardia attiva H24 o di pronta disponibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Nello stesso presidio ospedaliero di Crotone sede del DEA sono presenti e disponibili H 24 i servizi di radiologia con TAC Ecografia e RMN, di laboratorio e servizio immunotrasfusionale.

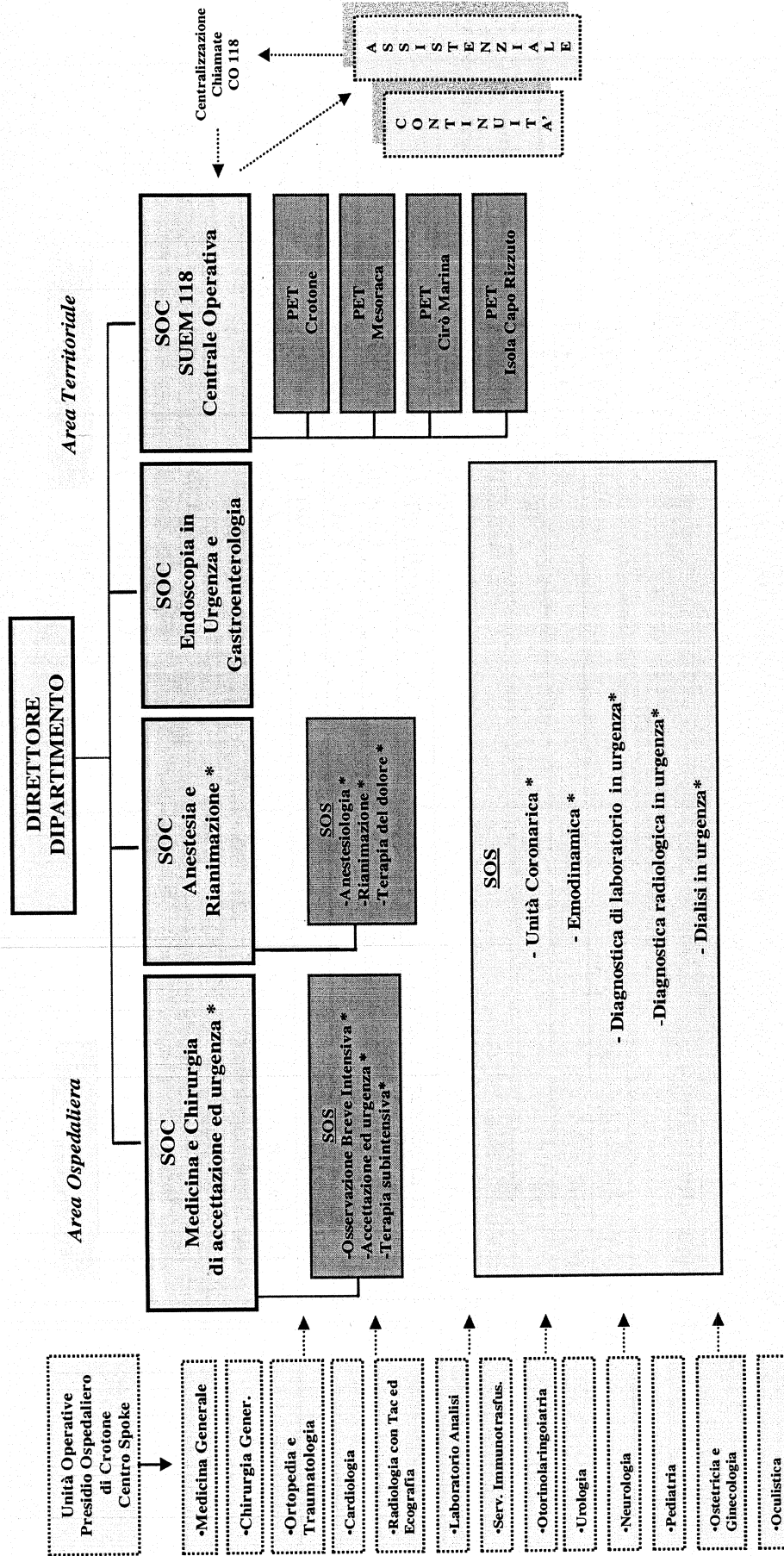
Inoltre per come espressamente previsto dal DPGR 18/2010 alcuni presidi ospedalieri Spoke come quello di Crotone sono dotati di funzioni specifiche quali ad esempio il servizio di emodinamica. Nelle tabelle che seguono sono riportati lo schema delle specifiche funzioni di emergenza urgenza del Centro Spoke del P.O. di Crotone e lo schema della struttura organizzativa della rete aziendale di emergenza-urgenza sia per la sua componente ospedaliera che territoriale.

FUNZIONI EMERGENZA URGENZA CENTRO SPOKE

Presidio Ospedaliero di Crotone

APERTURA ATTIVITA'	24 ore su 24 365 giorni anno	
NUMERO PASSAGGI ANNUI	Maggiore di 45.000	
Responsabilità clinica ed organizzativa	SC Medicina e chirurgia d'urgenza e accettazione	
Osservazione Breve Intensiva (OBI)		10 (p.l. tecnici)
Terapia Subintensiva e media intensità di assistenza e cura		10 (p.l. tecnici)
<i>Risorse Specialistiche</i>		
Anestesia e Rianimazione	Guardia attiva H24	
Cardiologia	Guardia attiva H24	
UTIC	Guardia attiva H24	
Emodinamica	Guardia attiva H24	
Chirurgia Generale	Guardia attiva H24	
Dialisi in urgenza	Guardia attiva oppure reperibilità	
Endoscopia in urgenza	Guardia attiva H24	
Medicina Interna	Guardia attiva H24	
Neurologia	Guardia attiva H24	
Oculistica	Guardia attiva oppure reperibilità	
Ortopedia e Traumatologia	Guardia attiva H24	
Ostetricia e Ginecologia	Guardia attiva H24	
Pediatria	Guardia attiva oppure reperibilità	
Neonatologia	Guardia attiva oppure reperibilità	
Psichiatria (SPDC)	Guardia attiva oppure reperibilità H24	
Urologia	Guardia attiva oppure reperibilità H24	
Servizio di Radiologia con TAC e servizio ecografia	H24	
Servizio di laboratorio analisi	H24	
Servizio Immunotrasfusionale	H24	

STRUTTURAZIONE RETE ASSISTENZIALE EMERGENZA-URGENZA Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione



Legenda
SOC : Strutture organizzative complesse n. 2 + 2 (*) già conteggiate tra le SOC del Presidio Ospedaliero Tabella 7
(*) Strutture organizzative semplici già conteggiate nel Presidio Ospedaliero - Tabella 7

Sezione 3

Riordino Rete Assistenziale Territoriale



IL RIORDINO DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

In attuazione di quanto stabilito nell'allegato 3 del DPGR n.18/2010 gli interventi che verranno di seguito trattati nel dettaglio riguardano prioritariamente la riorganizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, la semiresidenzialità extraospedaliera e la residenzialità extraospedaliera; la riorganizzazione dell'attività di assistenza domiciliare integrata è provvisoriamente definita, in attesa delle specifiche linee guida regionali, per come riorganizzata con la specifica deliberazione già adottata dall'ASP nel corso dell'anno 2010.

La definizione di tutti gli altri aspetti del riassetto della rete assistenziale territoriale sarà stabilita con l'adozione del nuovo atto aziendale tenuto conto delle linee guida al riguardo emanate dalla Regione con DPGR n. 54/2011.

Il riordino delle prestazioni di specialistica

Relativamente alle prestazioni di specialistica, l'intervento prioritario da perseguire nell'attuazione locale degli indirizzi regionali al riguardo contenuti nel DPGR 18/2010 è costituito dal perseguire il riallineamento dell'offerta allo standard di 12 prestazioni/anno/abitante.

Tale fabbisogno complessivo ripartito tra le tre principali categorie Laboratorio, Radiodiagnostica e Branche a visita compreso FKT, tenuto conto dello standard indicato dall'allegato 3 del DPGR 18/2010 definisce per la nostra azienda, dotata di una popolazione di 173.370 abitanti, il fabbisogno di prestazioni specialistiche di cui alla tabella che segue, comprensivo degli erogatori pubblici e degli erogatori privati operanti nell'ASP.

TIPOLOGIA	Prestazioni anno pro capite	Prestazioni anno complessive
Laboratorio Analisi	8.3	1.438.971
Radiodiagnostica	0.6	104.022
Branche a visita	3.1	537.447
TOTALI	12	2.080.440

Il confronto dei fabbisogni sopra indicati con l'effettiva produzione di prestazioni erogate riferita all'anno 2010 evidenzia, per come analiticamente indicato nella tabella che segue, che nel complesso la nostra ASP è sostanzialmente allineata allo standard stabilito; infatti, a fronte di un fabbisogno complessivo di 2.080.440 prestazioni vengono erogate complessivamente 2.032.678 prestazioni.

TIPOLOGIA	Standard Prestazioni anno pro capite	Fabbisogno Prestazioni anno complessive	Totale prestazioni complessive erogate nell'anno 2010 (pubblico+privato)
Laboratorio Analisi	8.3	1.438.971	1.205.097
Radiodiagnostica	0.6	104.022	63.342
Branche a visita	3.1	537.447	764.239
TOTALI	12	2.080.440	2.032.678

Occorre, tuttavia, rilevare che al fine di riallineare il fabbisogno delle singole branche con lo standard fissato è necessario incrementare la produzione di prestazioni di laboratorio e di radiodiagnostica e viceversa ridurre la produzione di prestazioni di branche a visita. Pertanto il piano di riordino aziendale delle prestazioni di specialistica erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private operanti nell'ASP è rideterminato, pur essendo sostanzialmente già allineata l'offerta allo standard programmato dal piano regionale, per come stabilito nel prospetto che segue.

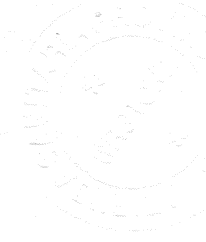
TIPOLOGIA	Fabbisogno Prestazioni anno complessive	Prestazioni complessive Anno 2010 erogate (pubblico+privato)	Previsione di piano %	Previsione di piano Valore assoluto
Laboratorio Analisi	1.438.971	1.205.097	+ 16.2% su produzione 2010	+ 233.874
Radiodiagnostica	104.022	63.342	+ 39% su produzione 2010	+ 40.680
Branche a visita	537.447	764.239	- 29.6% della produzione 2010	-226.792
TOTALI	2.080.440	2.032.678	-	-

Il riordino della semiresidenzialità extraospedaliera

Relativamente a tale categoria di prestazioni per la definizione del fabbisogno è stato adottato quale standard il valore medio della Regione Calabria ovvero 0,42 prestazioni/anno/abitante. Nella tabella che segue è riportato il quadro della situazione esistente nella nostra ASP rapportato al fabbisogno previsto secondo lo standard di cui sopra (si evidenzia che tale tipologia di prestazioni è erogata nella ASP di Crotone quasi esclusivamente da strutture private accreditate):

TIPOLOGIA	Standard prestazioni/anno/abitante	Abitanti ASP Crotone	Fabbisogno (Prestazioni totali anno)	Prestazioni totali annue erogate presso strutture private accreditate	Differenza annua Fabbisogno programmato e prestazioni erogate
Riabilitazione est. Extraospedaliera ambulatoriale individuale	0,28	173.370	48.587	62.540	- 13.953
Riabilitazione est. Extraospedaliera domiciliare	0,07		12.786	35.400	- 22.314
Riabilitazione est. Extraospedaliera diurna	0,07		12.275	2.950	+ 9.325
TOTALI	0,42	-	73.648	100.890	26.942

L'eccedenza di prestazioni rispetto al fabbisogno programmato sarà rimodulata percentualmente rispetto alla produzione effettiva di ciascuna struttura erogatrice operante nell'ASP.



Il riordino della residenzialità extraospedaliera

La situazione attuale dei posti letto esistenti nella ASP di Crotone relativamente a tale categoria di prestazioni vede complessivamente attivi 656 posti letto su una popolazione di 173.370 abitanti. L'articolazione degli attuali posti letto per categoria è quella riportata nella tabella che segue.

POSTI LETTO ATTUALI DISTINTI PER CATEGORIA

CATEGORIA	POSTI LETTO
RSA Anziani	150
Case Protette Anziani	233
RSA Medicalizzate	0
RSA nucleo demenze (tipo Alzheimer)	0
SLA	0
Hospice	0
Case Protette Disabili	115
RSA Disabili	42
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	56
D.C.A. Ciclo Continuativo	0
Autismo a Ciclo Continuativo	0
Tossicodipendenza	50
Salute Mentale	10
TOTALE	656

Lo standard individuato dal piano di riordino regionale di cui all'allegato 3 del DPGR n. 18/2010 per la definizione del fabbisogno di posti letto per 1000 abitanti è stabilito per come di seguito indicato.

STANDARD POSTI LETTO STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE

CATEGORIA	POSTI LETTO X 1000 Abitanti
RSA Anziani	1,30
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	
RSA nucleo demenze (tipo Alzheimer)	
SLA	
Hospice	0,40
Case Protette Disabili	
RSA Disabili	
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	0,20
D.C.A. Ciclo Continuativo	
Autismo a Ciclo Continuativo	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
	0,86

Tenuto conto dello standard di posti letto per 1000 abitanti, il fabbisogno di posti letto stabilito per l'ASP di Crotone è quello riportato nella tabella che segue.

FABBISOGNO POSTI LETTO PER 1000 ABITANTI

CATEGORIA	POSTI LETTO	
RSA Anziani	240	47
Case Protette Anziani		193
RSA Medicalizzate	70	20
RSA nucleo demenze (tipo Alzheimer)		40
SLA/Hospice		10
Case Protette Disabili	20	
RSA Disabili	20	
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	70	
Riabil. Esten. Ciclo Continuativo Dist. Alimentari	10	
Riabil. Esten. Autismo Ciclo Continuativo	10	
Tossicodipendenza	40	
Salute Mentale	30	
Totale	510	

Nella tabella che segue è riportato il raffronto tra i posti letto esistenti e quelli programmati in attuazione degli standard di p.l. sopra indicati.

POSTI LETTO PROGRAMMATI E RAFFRONTO CON QUELLI ESISTENTI

CATEGORIA	Posti letto programmati	Posti letto esistenti	Differenza
RSA Anziani	47	150	-103
Case Protette Anziani	193	233	-40
RSA Medicalizzate	20	0	+20
RSA nucleo demenze (tipo Alzheimer)	40	0	+40
SLA/Hospice	10	0	+10
Case Protette Disabili	20	115	-95
RSA Disabili	20	42	-22
Riabilitazione Estensiva Ciclo Continuativo	70	56	+14
Riabil. Esten. Ciclo Continuativo Dist. Alimentari	10	0	+10
Riabil. Esten. Autismo Ciclo Continuativo	10	0	+10
Tossicodipendenza	40	50	-10
Salute Mentale	30	10	+20
Totali	510	656	-146

Nella tabella che segue, allegata per costituirne parte integrante e sostanziale, è riportato il piano complessivo di riorganizzazione della rete residenziale extraospedaliera dell'ASP distinto per categoria prestazionale, posti letto e strutture erogatrici. Si precisa che allo stato non sono presenti nell'ASP di Crotone strutture pubbliche che erogano le prestazioni di cui trattasi.

RIORDINO PER STRUTTURA - RICONVERSIONE

RIORGANIZZAZIONE RESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA										RSA Villa S.Giuseppe		RSA Centro San Giuseppe		RSA S.Rita		C.P.Villa Emminda		C.P.Villa del Rosario		C.P. Savelli Hospital		C.P. Casa Giardino		C.P. San Tondano		C.P. Usati, Lamsa		C.P. Usati, S.Santo		RSA Usati, S.Lavelli		Centro Rehabi cizio centin, San Giuseppe		Res. Arch. Verzino Suldale																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
DESCRIZIONE	FABBISOGNO (POSTI LETTO) DPCR 18/2010	P.L. ESISTENTI	DIFFERENZA	FABBISOGNO POSTI LETTO DOPO RIORDINO	RSA		p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza	p.l. esistenti	p.l. dopo riordino	differenza																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
					47	193																												CP	46	15	-3	46	0	-46	58	32	-26	50	40	-10	30	27	-3	56	50	-6	47	41	-6	40	35	-5	50	40	-10	55	10	-45	42	30	-12	56	0	10	10	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
STRUTTURA RESIDENZIALE CA SE RIORDINATA IN CA SE RIORDINATA IN	240	(150) RSA + 233 D7	-143	240	47	RSA	46	15	-3	46	0	-46	58	32	-26	50	40	-10	30	27	-3	56	50	-6	47	41	-6	40	35	-5	50	40	-10	55	10	-45	42	30	-12	56	0	10	10	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
																																													10	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M	0	RSA /M