



All.3

REGIONE CALABRIA

Il riordino della rete Territoriale

18 ottobre 2010

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive 'A' followed by a '3'.

Indice

Strategia complessiva per la ridefinizione della rete territoriale	3
Criticità di "sistema" evidenziate nel Piano di Rientro	3
Macro-azioni di riorganizzazione e riconversione.....	3
Altre azioni da realizzare	4
Prestazioni Specialistiche	7
Definizione del fabbisogno.....	7
Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali	8
Semiresidenzialità extraospedaliera	9
Definizione del fabbisogno.....	9
Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali	10
Residenzialità extraospedaliera	11
Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto.....	12
Numeri di posti letto per categoria	17
Articolazione dei posti letto per area geografica.....	18
Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali	20
L'attivazione della rete Territoriale.....	21
Allegato 1: Ospedale Distrettuale	23
Allegato tecnico: Step della procedura	32



Strategia complessiva per la ridefinizione della rete territoriale

Criticità di "sistema" evidenziate nel Piano di Rientro

La caratteristica saliente del sistema sanitario calabrese è quella di fornire una risposta di ricovero ospedaliero alla maggior parte dei bisogni della popolazione, conseguendo un tasso di ospedalizzazione complessivo ancora molto alto, superiore al 220‰ ed un tasso di ricovero dei residenti nelle strutture della Regione superiore al 180‰.

Nel 40% dei casi i ricoveri riguardano soggetti ultra 65enni, che presentano molto spesso ricoveri ripetuti e di durata media superiore ai 12 giorni, ascrivibili prevalentemente a patologie di tipo cardiocircolatorio, neurologico e respiratorio. È evidente, quindi, l'elevato grado di inappropriatezza della ospedalizzazione, rispetto cui si potrebbero di fatto trovare risposte assistenziali alternative in strutture di lungodegenza o di tipo residenziale extraospedaliera.

A ciò si aggiunge che alcune strutture, in particolare piccoli presidi ospedalieri, pongono anche questioni di sicurezza per i pazienti, sollecitando una riconversione da ospedali per acuti ad una più proficua ed adeguata destinazione (es. strutture residenziali o riabilitative, ospedali distrettuali, ecc.).

Aspetti di obsolescenza, scarsa funzionalità ed efficienza caratterizzano anche la rete ospedaliera di emergenza, sollecitando un riordino complessivo e razionale, oltre ad una parallela riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale (il contesto regionale presenta un rapporto addirittura di 1 medico di Continuità Assistenziale (MCA) ogni 1.500 assistiti, cioè di molte volte superiore a quanto si riscontra nelle Regioni non soggette a piano di rientro).

Macro-azioni di riorganizzazione e riconversione

A fronte delle criticità sopra riportate si rende necessario:

1. riconvertire/chiudere gli Ospedali di piccole dimensioni (in base a quanto definito nel documento sulla riorganizzazione della rete ospedaliera);
2. riorganizzare la rete di emergenza (in base a quanto definito nel documento sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza);
3. riorganizzare la Medicina di Continuità Assistenziale.



La realizzazione di questi interventi comporterà la “liberazione” di risorse da reinvestire per potenziare la rete territoriale. Nello specifico si evidenziano come necessari tre ambiti di investimento:

1. potenziamento dell’ADI, con sviluppo delle cure palliative domiciliari e della ospedalizzazione domiciliare;
2. potenziamento della residenzialità, con sviluppo di RSA a permanenza temporanea (45-60 gg), supporto alla gestione delle dimissioni a domicilio, in grado di offrire risposte adeguate anche alle diverse tipologie emergenti di bisogno sanitario (hospice, demenza, SLA, disturbi del comportamento alimentare, salute mentale, dipendenza, ecc.);
3. implementazione di Ospedali Distrettuali con creazione di centri attivi 12h/gg e composti da team multiprofessionali fortemente integrati.

Le azioni suddette, oltre ad essere necessarie ai fini del riequilibrio della spesa, rappresentano una grande opportunità per innovare il sistema assistenziale; infatti in questo modo:

- si offre una risposta anche a bisogni di nuova evidenza (es. autismo, SLA, demenza, disturbi del comportamento alimentare, ma anche cure palliative) che precedentemente non trovavano una adeguata offerta;
- si attiva l’ospedalizzazione domiciliare, nell’ottica di avvicinare sempre più l’assistenza al paziente;
- si sperimentano gli Ospedali Distrettuali, quali forme aggregative evolute, che vedono la collaborazione di MMG, MCA, SAI, infermieri ed amministrativi, e garantiscono la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità.

Altre azioni da realizzare

Per poter “governare” questa riorganizzazione è necessario creare un modello di governo dell’assistenza territoriale forte, con la creazione in ogni Azienda Sanitaria di un Dipartimento di Cure Primarie in grado di governare concretamente la rete della residenzialità, di gestire l’assistenza domiciliare e la Medicina Convenzionata, nonché di rendere praticabile l’integrazione tra Ospedale e Territorio.

Inoltre, sono azioni indispensabili per la realizzazione della rete territoriale:

1. definire un sistema codificato di responsabilità, con capacità di presidiare la continuità clinico-assistenziale;
2. spostare la logica dalla *esecuzione della prestazione* alla *presa in carico del paziente* utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalla letteratura e delle buone pratiche già

realizzate in alcune aree della Calabria o in altre Regioni (es. punto unico di accesso, registro unico per l'accesso alla residenzialità, gestione delle dimissioni ospedaliere, definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali per le principali patologie croniche, ecc.);

3. predisporre un piano di ricollocazione delle risorse umane ed una migliore finalizzazione di ruoli e competenze, con particolare riferimento alla componente infermieristica, ai fisioterapisti, agli OSS e agli altri operatori sanitari, nonché alla Medicina Convenzionata in tutte le sue componenti; a questo riguardo va previsto un coerente piano di formazione ed aggiornamento;
4. predisporre un piano di riconversione degli immobili e – in maniera mirata – delle tecnologie, dunque un piano degli investimenti;
5. adottare una metodica di budget con fissazione di obiettivi misurabili sia in termini di volumi di attività, risorse, standard di personale dedicato ed anche di qualità assistenziale.

La riorganizzazione dovrà ovviamente affrontare alcune criticità, individuando specifiche azioni mirate:

- resistenza da parte del personale alla ricollocazione e necessità di riqualificazione professionale → prevedere un piano di formazione delle risorse umane orientato anche a rafforzare l'identità professionale;
- possibili resistenze al cambiamento da parte delle Organizzazioni di categoria e sindacali → prevedere un precoce coinvolgimento nella programmazione delle azioni necessarie, non solo della componente medica ospedaliera ma anche della Medicina Convenzionata e delle organizzazioni del comparto;
- debole capacità negoziale con la Medicina Convenzionata → centralizzazione della negoziazione a livello regionale;
- resistenze da parte delle Amministrazioni Locali alla riconversione dei piccoli presidi ospedalieri → coinvolgimento dei Sindaci nella fase di programmazione, ampia illustrazione dei vantaggi assistenziali conseguibili con il nuovo modello e condivisione di obiettivi assistenziali più ampi e di qualità (rete di servizi più vicina al cittadino); formalizzare dei "patti" con la comunità locale adottando Carta dei valori e dei servizi che esplicitino le tipologie di intervento garantite, le modalità di accesso, ecc.;
- resistenze da parte di soggetti privati → definizione di una programmazione regionale che valorizzi tutte le risorse esistenti, sia pubbliche che private, evitando duplicazioni; le azioni di riconversione da ricovero per acuti a residenzialità extraospedaliera ed ADI, supportate da una chiara definizione di standard erogativi e di personale (come da regolamento regionale numero 13 del 01.09.2009 sugli standard di personale ed organizzativi) possono consentire

contemporaneamente giuste forme di remunerazione dell'investimento privato e prestazioni appropriate e di qualità per i cittadini. Nelle ASP in cui la situazione di offerta oggi esistente supera gli standard, viene previsto di utilizzare le risorse in surplus per attivare posti letto equivalenti di ADI.

Il risultato finale è quindi il seguente:

PL Attuali (fine 2009)	Territoriale			Ospedaliera			Totale
	ADI	Residenzialità extra ospedaliera	Totale	Acuzie		Postacuzie	
		Pubb+Priv		Pubblico	Privato	Pubb+Priv	
201 Cosenza		1.708	1.708	1.806	577	428	4.519
202 Crotone		656	656	399	280	160	1.495
203 Catanzaro		1.389	1.389	1.238	366	96	3.089
204 Vibo Valentia		164	164	263	36	20	483
205 Reggio Calabria		716	716	1.318	537	52	2.623
Totale		4.633	4.633	5.024	1.796	756	12.209

PL Proposta	Territoriale			Ospedaliera			Totale
	aumento p.l. equivalenti ADI	Residenzialità extra ospedaliera	Totale	Acuzie		Postacuzie	
		Pubb+Priv		Pubblico	Privato	Pubb+Priv	
201 Cosenza	437	2.077	2.514	1.489	329	498	4.830
202 Crotone	284	510	794	286	112	190	1.382
203 Catanzaro	457	1.100	1.557	1.007	236	231	3.031
204 Vibo Valentia	3	177	180	222	22	125	549
205 Reggio Calabria	-	1.108	1.108	1.027	301	320	2.756
Totale	1.181	4.972	6.153	4.031	1.000	1.364	12.548

Differenza	Territoriale			Ospedaliera			Totale
	aumento p.l. equivalenti ADI	Residenzialità extra ospedaliera	Totale	Acuzie		Postacuzie	
		Pubb+Priv		Pubblico	Privato	Pubb+Priv	
201 Cosenza	437	369	806	-317	-248	70	311
202 Crotone	284	-146	138	-113	-168	30	-113
203 Catanzaro	457	-289	168	-231	-130	135	-58
204 Vibo Valentia	3	13	16	-41	-14	105	66
205 Reggio Calabria	-	392	392	-291	-236	268	133
Totale	1.181	339	1.520	-993	-796	608	339

N.B. è prevista che l'assistenza domiciliare Incrementi per compensare in misura proporzionale la riduzione di offerta ospedaliera

Nel presente documento verranno di seguito trattate nel dettaglio la riorganizzazione di:

1. prestazioni specialistiche,
2. semiresidenzialità extraospedaliera,
3. residenzialità extraospedaliera.

La riorganizzazione dell'attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sarà trattata in un documento dedicato.



PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Definizione del fabbisogno

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche per esterni (cioè le prestazioni erogate in regime ambulatoriale a carico del SSN) va perseguito il riallineamento dell'offerta allo standard di 12 prestazioni/anno/abitante, previsto da diverse fonti a livello nazionale, con una lieve contrazione rispetto alle prestazioni storicamente erogate (12,6 prestazioni/anno/abitante, secondo quanto risulta dai dati Ministero della Salute relativi all'anno 2006).

Tale fabbisogno, tenendo conto di quanto registrato nelle Regioni non soggette a piano di rientro, può essere ripartito fra le 3 principali categorie (Laboratorio; Diagnostica per Immagini; Branche a visita comprensiva della Medicina Fisica e Riabilitativa) con la modalità indicata nella tabella seguente.

Tipologia	prestazioni anno pro capite	prestazioni anno totali
Laboratori Analisi	8,3	16.672.285
Diagnostica per Immagini	0,6	1.205.225
Branche a visita	3,1	6.226.998
TOTALE	12	24.104.508

Tenendo conto della ripartizione della popolazione per ASP, il numero complessivo di prestazioni previste dalla programmazione regionale per le 3 principali categorie sopra individuate, è indicato nella tabella seguente.

Tipologia	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo V.	Reggio C.	totali
	733.508	173.370	367.990	167.334	566.507	2.008.709
	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali
Laboratori Analisi	6.088.116	1.438.971	3.054.317	1.388.872	4.702.008	16.672.285
Diagnostica per Immagini	440.105	104.022	220.794	100.400	339.904	1.205.225
Branche a visita	2.273.875	537.447	1.140.769	518.735	1.756.172	6.226.998
TOTALE	8.802.096	2.080.440	4.415.880	2.008.008	6.798.084	24.104.508

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare in ciascuna ASP, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Le singole ASP dovranno quindi presentare una proposta (piano attuativo) in tale senso alla Regione entro una data stabilita.

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici. Nel caso l'ASP non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione provvederà in via sostitutiva. In questo caso però il tetto di spesa/economico sarà abbattuto del 5%.

Si specifica che le ASP dovranno ripartire tale tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni, e che in ogni caso per TAC, RMN e medicina fisica il numero di prestazioni erogate non potrà superare lo storico.

La Regione definirà una procedura e un format preciso con il quale svolgere la procedura sopra descritta al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole ASP.



SEMIRESIDENZIALITÀ EXTRAOSPEDALIERA

Definizione del fabbisogno

Il Piano di Rientro prevede di mantenere sostanzialmente invariata la spesa complessiva, pertanto è stato adottato quale standard il valore medio della Regione Calabria (0,42 prestazioni/ab/aa).

Di seguito si riporta la tabella che riassume la situazione esistente e quella ipotizzata per ASP.

Riab. Est. Extraospedaliera AMBULATORIALE INDIVIDUALE	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) 0,280	Cosenza	733.508	205.566	209.155
	Crotone	173.370	48.587	62.540
	Catanzaro	367.990	103.129	49.560
	Vibo V.	167.334	46.895	16.815
	Reggio C.	566.507	158.764	213.285
	totali	2.008.709	562.941	551.355

Riab. Est. extraospedaliera DOMICILIARE	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) 0,074	Cosenza	733.508	54.096	91.155
	Crotone	173.370	12.786	35.400
	Catanzaro	367.990	27.139	10.620
	Vibo V.	167.334	12.341	-
	Reggio C.	566.507	41.780	10.915
	totali	2.008.709	148.142	148.090

Riab. Est. extraospedaliera DIURNO	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) 0,071	Cosenza	733.508	51.932	47.200
	Crotone	173.370	12.275	2.950
	Catanzaro	367.990	26.054	39.825
	Vibo V.	167.334	11.847	-
	Reggio C.	566.507	40.109	49.855
	totali	2.008.709	142.217	139.830

TOTALE	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) 0,42	Cosenza	733.508	311.594	347.510
	Crotone	173.370	73.648	100.890
	Catanzaro	367.990	156.322	100.005
	Vibo V.	167.334	71.083	16.815
	Reggio C.	566.507	240.652	274.055
	totali	2.008.709	853.300	839.275

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare in ciascuna ASP, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Considerando il fatto che attualmente il numero di prestazioni erogate è alquanto eterogeneo fra le diverse ASP si propone inoltre:

1. per le realtà ubicate nelle ASP in cui vi è carenza, di vincolare l'adeguamento al reperimento delle risorse che si renderanno disponibili a seguito dell'analisi di appropriatezza delle tipologie di prestazioni erogate complessivamente dal Sistema,
2. per le realtà ubicate in ASP in cui l'erogato è superiore al fabbisogno, di rivedere, nel rispetto del budget complessivo, la contrattualizzazione con le varie strutture in modo tale che le stesse erogino prestazioni il più possibile aderenti alle categorie per le quali esiste una carenza relativa (ovvero differenziare le prestazioni rispetto all'attuale).

Si ricorda che affinché il Sistema tenda al miglioramento della qualità dell'offerta, le ASP, per procedere al rinnovo dei contratti, dovranno privilegiare le strutture che presentino i requisiti strutturali richiesti dall'accreditamento (le griglie), nonché i migliori standard erogativi.

Le singole ASP dovranno quindi presentare una proposta (piano attuativo) in tale senso alla Regione entro una data stabilita. A tal proposito si fa presente che è facoltà della singola ASP prevedere in tale proposta una diversa ripartizione dell'offerta tra la semiresidenzialità e la residenzialità extraospedaliera, nel rispetto di quanto definito nel presente documento, fermo restando le risorse economiche a disposizione (tetto di spesa), nonché il fabbisogno complessivo di prestazioni; ogni cambiamento in tal senso deve essere oggetto di specifici contratti, nell'ambito delle strutture accreditate.

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici. Nel caso l'ASP non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione provvederà in via sostitutiva. In questo caso però il tetto di spesa/economico sarà abbattuto del 5%.

Si specifica che le ASP dovranno ripartire tale tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni.

La Regione definirà una procedura e un format preciso con il quale svolgere la procedura sopra descritta al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole ASP.



RESIDENZIALITÀ EXTRAOSPEDALIERA

Situazione attuale dei posti letto

La tabella che segue riassume la distribuzione dei posti letto di residenzialità extraospedaliera (per tutte le aree) attualmente (fine estate 2010) autorizzati ed accreditati (definitivamente e provvisoriamente), suddivisi per ASP.

situazione attuale per ASP		
Azienda	Abitanti	Posti letto (autorizzati e) accreditati (definitivamente/ provvisoriamente)
Cosenza	733.508	1.708
Crotone	173.370	656
Catanzaro	367.990	1.389
Vibo V.	167.334	164
Reggio C.	566.507	716
totali	2.008.709	4.633

Tali posti letto possono essere suddivisi in diverse aree e categorie :

Area residenzialità anziani:

- a. strutture residenziali sociosanitarie, che comprendono RSA e Case protette anziani
- b. strutture residenziali sanitarie, che comprendono RSA-M, SLA, Alzheimer, Hospice

Area residenzialità disabili:

- c. residenzialità disabili: Case protette disabili
- d. residenzialità disabili: RSA disabili

Area residenzialità riabilitativa:

- e. riabilitazione estensiva ciclo continuativo
- f. riabilitazione estensiva ciclo continuativo: disturbi comportamento alimentare
- g. riabilitazione estensiva ciclo continuativo: autismo
- h. tossicodipendenza p.l.
- i. salute mentale p.l.



La tabella seguente suddivide i posti letto esistenti per categoria.

PL ATTUALI strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	P.L.
RSA Anziani	2.518
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	223
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	538
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	1.354
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
TOTALE	4.633

Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto

Come sopra detto, precedenti atti di programmazione regionale prevedono in tema di residenzialità extraospedaliera anziani e disabili standard nettamente più elevati rispetto alla media nazionale; tale sovradimensionamento appare più evidente ove si tenga conto della situazione socioeconomica della Regione, in cui – rispetto ad altre parti d'Italia, è maggiore la forza dei legami familiari, minore il numero delle donne che lavorano, maggiore l'importanza del contributo fornito al reddito familiare dalla pensione delle persone anziane conviventi.

Fermo restano che gli standard indicati dal PSR 2004 vengono sostituiti dal presente documento ed in attesa che la Regione provveda alla definizione del nuovo PSR, in cui saranno esplicitati gli obiettivi ed il relativo fabbisogno negli ambiti ospedaliero e territoriale, ivi compresa l'area della specialistica, tenendo conto anche della particolare situazione giuridico - amministrativa venutasi a creare per effetto della adozione del Piano di Rientro, è necessario provvedere a definire come segue gli obiettivi di breve e medio termine di copertura assistenziale:

1. va perseguito il riallineamento degli standard con le medie nazionali;

2. tali standard vanno soddisfatti attraverso la riconversione delle strutture ospedaliere pubbliche e private, secondo quanto previsto dal piano per la rete ospedaliera.

Individuazione degli standard

Gli standard individuati derivano dall'analisi delle fonti reperibili in letteratura (in particolar modo l'analisi della situazione esistente nelle Regioni senza Piano di Rientro) e dalle prime indicazioni fornite dal tavolo nazionale sui "LEA 2009".

Sono inoltre stati tenuti in debita considerazione alcuni fattori di carattere socio-demografico, come accennato nel paragrafo precedente.

STANDARD PL strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	P.L. x 1000 ab.
RSA Anziani	1,30
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	0,40
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	0,20
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	0,86
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	



Individuazione del nuovo fabbisogno tendenziale

Da tali standard, deriva la nuova definizione del fabbisogno tendenziale di seguito determinato, per ogni categoria. In tale definizione si è avuto cura di considerare quale unità minima di programmazione i “moduli” e “sottomoduli” previsti per la residenzialità e semiresidenzialità, di cui al regolamento n 13 /2009.

FABBISOGNO PL strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	P.L.
RSA Anziani	2.610
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	800
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	420
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	1.760
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
TOTALE	5.590

Azioni di riconversione

Tenendo conto dei vincoli imposti dal piano di rientro, si rende necessario provvedere a coprire il fabbisogno come sopra determinato innanzi tutto utilizzando le risorse rese disponibili dalla riconversione/chiusura degli Ospedali di piccole dimensioni.

La realizzazione di questi interventi comporta infatti la “liberazione” di risorse da reinvestire per potenziare la rete territoriale. Nello specifico si evidenziano come necessari tre ambiti di investimento:

- potenziamento della residenzialità, con particolare attenzione:
 - a. allo sviluppo di strutture residenziali sanitarie, quali le RSA-M che devono obbligatoriamente



prevedere una quota almeno pari al 50% dei posti letto riservata esclusivamente a ricoveri temporanei (45-60 gg, con successiva dimissione a domicilio); tali strutture svolgono un ruolo importante nel processo di continuità assistenziale che segue la dimissione ospedaliera, e sono poi in grado di offrire risposte adeguate alle diverse tipologie emergenti di bisogno sanitario (demenza, SLA, hospice, ecc.);

- b. allo sviluppo di strutture residenziali per l'area della salute mentale, della dipendenza e dei nuovi bisogni emergenti (disturbi del comportamento alimentare – DCA, autismo, ecc);
- implementazione di Ospedali Distrettuali con creazione di centri attivi 12h/gg e composti da team multiprofessionali fortemente integrati;
- potenziamento dell'ADI, con sviluppo delle cure palliative domiciliari e della ospedalizzazione domiciliare.

Le azioni suddette, oltre ad essere necessarie ai fini del riequilibrio della spesa, rappresentano una grande opportunità per innovare il sistema assistenziale; infatti in questo modo:

- si offre una risposta anche a bisogni di nuova evidenza (es. autismo, SLA, demenza, disturbi del comportamento alimentare, ma anche cure palliative) che precedentemente non trovavano una adeguata offerta;
- si sperimentano gli Ospedali Distrettuali, quali forme aggregative evolute, che vedono la collaborazione di MMG, MCA, SAI, infermieri ed amministrativi, e garantiscono la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità;
- si attiva l'ospedalizzazione domiciliare, nell'ottica di avvicinare sempre più l'assistenza al paziente.

Per quanto riguarda gli **Ospedali Distrettuali**, questi possono essere variamente configurati per integrarsi con la locale rete dei servizi, assolvendo a tutte o parte delle seguenti diverse funzioni base:

- l'integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie Secondo i principi affermati dal D.Lgs. 229/1999 e dalla L. 328/2000;
- l'integrazione fra le attività di prevenzione cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione dell'ADI;
- la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio prevedendo oltre ai punti prelievi i POCT (point of care testing), di ecografia e di radiologia di base;
- la presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria, in contiguità con il centro unico di prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal SSR;



- la presenza di un ambulatorio infermieristico.

In ogni caso sono aperti 12 h al dì e prevedono un lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, MMG, PLS, medici di continuità assistenziali.

Possono prevedere strutture residenziali (con funzioni sinergiche, ma distinte).

Possono prevedere punti di primo soccorso, se previsti dalla rete emergenza (con funzioni sinergiche, ma distinte).

Presso gli Ospedali Distrettuali derivanti da riconversione ospedaliera potrà essere mantenuta/potenziata l'attività dialitica preesistente, con la finalità di recuperare la mobilità extra regionale e razionalizzare la distribuzione dei punti dialisi, mediante una riorganizzazione.

Criterio territoriale

Le riconversioni sono state realizzate rispettando il criterio della territorialità, ossia individuando il fabbisogno per ciascuna ASP. La somma di quanto previsto per singola ASP costituisce il dato della riconversione a livello regionale.



Numero di posti letto per categoria

Come risultato del processo sopra sommariamente descritto, si è definita la programmazione indicata nella seguente tabella, valida per l'attuale fase del piano di rientro.

STIMA PL post riconversione strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	P.L.
RSA Anziani	2.313
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	748
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	280
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	1.631
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
TOTALE	4.972



Articolazione dei posti letto per area geografica

Le tabelle seguenti rappresentano la distribuzione dei posti letto previsti dalla programmazione regionale, per ASP.

Strutt. Res. socio-sanitarie (RSA, case protette anziani)	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 1,30	Cosenza	733.508	960	882	960	92%	100%
	Crotone	173.370	240	383	240	160%	100%
	Catanzaro	367.990	480	823	480	171%	100%
	Vibo V.	167.334	210	101	101	48%	48%
	Reggio C.	566.507	720	329	482	46%	67%
	totali	2.008.709	2610	2518	2.263	96%	87%

Strutt. Res. sanitarie (RSA-M, SLA, ALZ, hospice)	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,40	Cosenza	733.508	290	115	290	40%	100%
	Crotone	173.370	70	0	70	0%	100%
	Catanzaro	367.990	150	15	150	10%	100%
	Vibo V.	167.334	70	12	12	17%	17%
	Reggio C.	566.507	220	81	220	37%	100%
	totali	2.008.709	800	223	742	28%	93%

area RESIDENZIALITA' ANZIANI 3.410 2.741 3.005 80% 88%

*al 4 agosto 2010

Case Protette Disabili	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,1	Cosenza	733.508	70	121	70	173%	100%
	Crotone	173.370	20	115	20	575%	100%
	Catanzaro	367.990	40	66	40	165%	100%
	Vibo V.	167.334	20	0	6	0%	30%
	Reggio C.	566.507	60	0	30	0%	50%
	totali	2.008.709	210	302	166	144%	79%

RSA Disabili	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,1	Cosenza	733.508	70	86	70	123%	100%
	Crotone	173.370	20	42	20	210%	100%
	Catanzaro	367.990	40	88	40	220%	100%
	Vibo V.	167.334	20	0	-	0%	0%
	Reggio C.	566.507	60	20	40	33%	67%
	totali	2.008.709	210	236	170	112%	81%

area RESIDENZIALITA' DISABILI 420 538 336 128% 80%

*al 4 agosto 2010

Riabilit. Estens. C. cont.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,40	Cosenza	733.508	290	194	294	67%	101%
	Crotone	173.370	70	56	70	80%	100%
	Catanzaro	367.990	150	172	180	115%	120%
	Vibo V.	167.334	70	0	10	0%	14%
	Reggio C.	566.507	230	150	170	65%	74%
	totali	2.008.709	810	572	724	71%	89%

Riabilit. Est. C. cont.- Autismo	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,03	Cosenza	733.508	20	0	20	0%	100%
	Crotone	173.370	10	0	10	0%	100%
	Catanzaro	367.990	10	0	10	0%	100%
	Vibo V.	167.334	10	0	-	0%	0%
	Reggio C.	566.507	20	10	20	50%	100%
	totali	2.008.709	70	10	60	14%	86%

Riabilit. Est. C. cont.- Dist. Alim.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,03	Cosenza	733.508	20	0	20	0%	100%
	Crotone	173.370	10	0	10	0%	100%
	Catanzaro	367.990	10	0	10	0%	100%
	Vibo V.	167.334	10	0	-	0%	0%
	Reggio C.	566.507	20	0	10	0%	50%
	totali	2.008.709	70	0	50	0%	71%

SALUTE MENTALE P.L.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,15	Cosenza	733.508	110	173	173	157%	157%
	Crotone	173.370	30	10	30	33%	100%
	Catanzaro	367.990	60	100	100	167%	167%
	Vibo V.	167.334	30	8	8	27%	27%
	Reggio C.	566.507	90	30	30	33%	33%
	totali	2.008.709	320	321	341	100%	107%

TOSSICODIPENDENZA P.L.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,25	Cosenza	733.508	180	137	180	76%	100%
	Crotone	173.370	40	50	40	125%	100%
	Catanzaro	367.990	90	125	90	139%	100%
	Vibo V.	167.334	40	43	40	108%	100%
	Reggio C.	566.507	140	96	106	69%	76%
	totali	2.008.709	490	451	456	92%	93%

area RESIDENZIALITA' RIABILITATIVA			1760	1354	1631	77%	93%
TOTALE RESIDENZIALITA'			2.004.415	5590	4633	83%	89%

*al 4 agosto 2010

Nota: nella definizione del nuovo fabbisogno si è avuto cura di considerare quale unità minima di programmazione i "moduli" e "sottomoduli" previsti per la residenzialità e semiresidenzialità, di cui al regolamento n 13 /2009; nel caso dell'hospice, i moduli sono stati arrotondati a 20 p.l..

Come evidenziato, il presente piano per la rete territoriale (essendo vincolato al Piano di Rientro) prevede la riconduzione a standard di alcune ASP che presentano attualmente una dotazione superiore al fabbisogno, mentre in altre ASP non può compensare completamente la situazione di carenza rispetto al fabbisogno, pur utilizzando tutti i pl disponibili da riconversione di strutture territoriali e/o ospedaliere, pubbliche e private, esistenti. Pertanto, si prevede che tale squilibrio possa essere oggetto di compensazione, tramite accordi diretti fra ASP contermini che si trovino in questa situazione. Eventuali situazioni critiche residuali che si dovessero manifestare potranno essere affrontate tramite atti normativi successivi che potranno comportare aumenti nella colonna

dei posti letto post riconversione.

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare in ciascuna ASP, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Le singole ASP dovranno quindi presentare una proposta (piano attuativo) in tale senso alla Regione entro una data stabilita, comprendente anche gli eventuali accordi fra ASP contermini, di cui al paragrafo precedente.

In particolare a tal riguardo si ricorda che nella stesura di tale proposta le stesse dovranno tenere in considerazione alcuni criteri fondamentali:

- tassativo rispetto del fabbisogno, come evidenziato nel presente documento
- vocazione/specializzazione delle singole strutture
- stato attuale delle singole strutture (in particolare per quanto riguarda il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza dell'edificio: statica, impiantistica, igienico-sanitaria)
- situazione orografica del territorio e accessibilità.

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici. Nel caso l'ASP non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione provvederà in via sostitutiva. In questo caso però il tetto di spesa/economico sarà abbattuto del 5%.

Si specifica che le ASP dovranno ripartire tale tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni.

La Regione definirà una procedura e un format preciso con il quale svolgere la procedura sopra descritta al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole ASP.



L'ATTIVAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

L'attivazione della rete territoriale deve essere gestita integrando le azioni delle altre due reti necessarie per la sanità calabrese: la rete di emergenza-urgenza e la rete ospedaliera. E', di conseguenza, indispensabile deliberare tutte e tre le reti prima di proseguire con il percorso di cambiamento.

In parallelo è necessario l'approfondimento di alcune reti per patologia / specialità e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (HUB and Spoke per patologia) e con il territorio.

Il percorso di realizzazione concreta della rete territoriale prevede preliminarmente e necessariamente il rafforzamento a livello Regionale del Dipartimento Sanità, in modo che abbia le risorse e le competenze per:

- definire il dettaglio delle tempistiche di attuazione;
- monitorare su base trimestrale l'evoluzione della rete, intervenendo con azioni correttive sulla Aziende Sanitarie ove tale evoluzione si discosti dalla programmazione.

Come già evidenziato, è compito dell'ASP l'analisi della situazione specifica dei propri residenti, nonché l'analisi della provenienza dei propri ospiti da ASP differenti, oltre alla rivalutazione dei propri casi per migliorare l'appropriatezza del livello di assistenza fornito al singolo ospite. E' compito dell'ASP l'attivazione delle strutture territoriali in sostituzione del ricovero, il potenziamento dell'ADI e dell'ospedalizzazione domiciliare, la stipula di contratti con gli erogatori privati.

Sono cruciali:

- 1. la definizione del modello di Distretto e di Dipartimento delle Cure Primarie, da inserire nel documento di linee guida all'atto aziendale, poiché la rete delle strutture territoriali ha l'assoluta necessità di un unico governo;**
- 2. la finalizzazione di tutti i fondi utilizzabili del nuovo contratto dei professionisti convenzionati all'attivazione della rete territoriale;**
- 3. l'utilizzo in tempi brevi dei fondi a disposizione per la realizzazione degli Ospedali Distrettuali/Case della Salute, previste presso gli ospedali per acuti riconvertiti;**
- 4. la verifica che i criteri di accreditamento impiegati siano in linea con quelli utilizzati dalle Regioni di riferimento.**

I tempi sono stretti per effettuare i cambiamenti nel rispetto del piano di rientro. Si programma la



creazione di un **gruppo di cambiamento** a livello regionale in cui le ASP possano confrontarsi per omogeneizzare le azioni e diffondere metodologie comuni.



ALLEGATO 1 - OSPEDALE DISTRETTUALE

La proposta dell'implementazione del modello di "Ospedale Distrettuale" scaturisce dalla necessità di fornire un'adeguata risposta al fabbisogno di prestazioni sanitarie ed assistenziali esistente in Regione Calabria. Attualmente l'offerta di tale assistenza è stata insufficiente o inappropriata tramite ricoveri ospedalieri. Si sottolinea, inoltre, che i presidi attuali in cui deve essere disattivata l'attività ospedaliera non presentano tutti i requisiti necessari per espletare l'attività di ricovero ordinario, mentre se utilizzati come "Ospedali Distrettuali" possono già in gran parte essere riutilizzati ovvero necessitano di una esigua spesa per la messa a norma. I tempi di conversione dell'attuale funzione a quella di una struttura gradevole e appropriata al fabbisogno dell'area in cui è collocata possono essere misurati in mesi e non in anni. In questo modo si è in grado di fornire una testimonianza rapida della nuova sanità calabrese.

Gli "Ospedali distrettuali" saranno a tutti gli effetti un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva dovrà essere affidata al Dipartimento di Cure Primarie che ne coordinerà le attività erogate e curerà i rapporti con le altre macrostrutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione). In particolare si sottolinea la peculiarità del lavoro "integrato" svolto in queste strutture tra tutte le componenti convenzionate (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Continuità assistenziale) e fra queste e gli specialisti ospedalieri.

Tali strutture sono totalmente integrate con il sistema dell'Emergenza Urgenza della Regione Calabria in quanto in ciascuna di esse è presente un Punto di Primo Intervento per il quale sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentire il trasporto – in urgenza ed in sicurezza - nel Pronto Soccorso più adeguato per l'effettiva situazione patologica, qualsiasi sia il livello di complessità.

Sono altresì previste le attività inerenti all'area della prevenzione come ad esempio gli ambulatori vaccinali e i consultori familiari, nonché tutte le aree destinate alle attività di accoglienza, amministrative e di supporto.

L'Ospedale Distrettuale deve essere pienamente integrato nella rete dei servizi territoriali; pertanto questa struttura potrà comprendere anche dei moduli di posti letto territoriali (RSA socio sanitarie, RSA sanitarie, Case protette disabili, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Autismo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Disturbi del



Comportamento Alimentare, Salute Mentale, Tossicodipendenze) che scaturiscono dalla riconversione e riqualificazione dei posti letto ospedalieri per acuti.

Nelle tabelle seguenti viene descritto un modello standard di riferimento enucleandone le caratteristiche funzionali per aree, fermo restando che alcuni spazi sono da considerare “moduli”, che è possibile inserire o meno a seconda delle finalità e del modello organizzativo che la struttura intende perseguire (es. potrà essere o meno presente il Punto Prelievi, ecc.).

Tali aree potranno essere inserite anche negli “Ospedali di zona montana” descritti nel documento della Rete dell’emergenza urgenza.



AREA DELLE CURE PRIMARIE		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Studi medici per MMG e PLS	I MMG e i PLS disporranno di ambulatori propri (anche in condivisione) con sale di attesa, servizi di segreteria e attrezzati con tecnologie informatiche. I medici, anche mantenendo il proprio ambulatorio, potranno svolgere a turno parte o tutta la propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	È richiesta un'area amministrativa o di segreteria dove si possono effettuare prenotazioni degli accessi (visite, ripetizioni di ricette, visione referti, ecc.). In particolare un elemento di qualità che dovrà caratterizzare la struttura è rappresentato dalla informatizzazione e dal collegamento in rete tra i Medici convenzionati (rete orizzontale) e le strutture di riferimento dell'Azienda Sanitaria (rete verticale).
Ambulatori infermieristici e per piccole urgenze	Oltre all'attività prettamente infermieristica potranno essere garantite quelle prestazioni non differibili che non richiedono l'accesso al Pronto Soccorso (es. medicazioni successive, rimozione punti, prelievi, cicli di terapie, ecc.). <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriale: h 4	L'ambulatorio infermieristico potrà anche fungere da Punto Unico di Accesso alle cure domiciliari. In ogni caso necessita di un locale ad uso deposito farmaci e di distribuzione di presidi sanitari (es. cateteri, ecc.).
Locali per l'Assistenza Domiciliare Integrata	Attività prettamente svolta al domicilio ma che necessita di una propria sede (per attività di coordinamento, deposito materiali, ecc.) e di mezzi di trasporto (parco-auto). <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4 + reperibilità notturna e festiva	
Locali per Unità di Valutazione Multidimensionale	Attività collegata alla rete dei servizi che individua le procedure di presa in carico del paziente portatore di patologie complesse. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali, a bisogno	



AREA DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Ambulatorio e spazio per MCA	L'attività svolta in maniera integrata con i MMG garantirà la continuità h24 7gg./7. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - notturna, prefestiva e festiva	Qualora necessario l'attività svolta potrà integrarsi con l'attività dell'annesso Punto della rete emergenza.; è necessario rivedere l'attuale assetto

AREA DELLE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Locali per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie	Attività sociosanitarie e attività fortemente integrate con la rete dei servizi sociali territoriali <u>Fascia oraria indicativa:</u> - h 6-8	

AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Locali e dotazioni tecnologiche idonee	Trattamento delle urgenze minori e prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità al fine di consentire il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - h 12 o h 24 a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie	



AREA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DELLA DIAGNOSTICA		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Punto prelievi	Spazio funzionale destinato alle attività di prelievo, collocato in sede diversa da quella del laboratorio analisi. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali e prefestivi: h 2	Va previsto anche un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti, funzionalmente collegato al punto prelievi. Nel Punto Prelievi possono essere raccolti i campioni per lo screening del colon.
Ambulatori per medicina specialistica (poliambulatorio)	Le specialità potrebbero essere: cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia fortemente integrata con le attività del consultorio familiare. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	Le attività potranno coinvolgere sia specialisti convenzionati che ospedalieri. Eventualmente nell'ambulatorio di ostetricia potrà essere effettuato lo screening del pap-test.
Locali dotati di tecnologie diagnostiche semplici	La dotazione potrebbe comprendere: - radiologia - ecografia di base - spirometria - ECG <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	La strumentazione sarà utilizzata direttamente dagli specialisti afferenti alla struttura con orari programmati e sarà prevista anche un'attività di diagnosi radiologica domiciliare per le persone non trasportabili. In quest'area potrà essere effettuato lo screening mammografico.
Locali per tecnologie informatiche (teleconsulto, teleassistenza)	L'implementazione potrebbe riguardare: - la teleradiologia, - la telecardiologia, - i point of care per diagnostica urgente. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - a bisogno	A supporto dell'attività diagnostica del MMG e ad integrazione dell'attività specialistica.



AREA DELLA PREVENZIONE		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Ambulatori per lo svolgimento di attività preventiva	Svolgimento di vaccinazioni, screening oncologici, attività di prevenzione e profilassi delle malattie infettive, ecc. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 6	Possono essere ricompresi nell'ambulatorio infermieristico o negli ambulatori di diagnostica.
Locali destinati al Consultorio familiare	Struttura ambulatoriale dedicata a interventi socio-sanitari rivolti alla promozione della donna e del bambino, all'educazione al parto, alla prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 6	



AREA DELLE ATTIVITÀ DI ACCOGLIENZA, AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Reception	È punto di informazione e comunicazione con i cittadini, nonché front office per prenotazione di prestazioni specialistiche e strumentali. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	Può svolgere funzioni di segreteria anche per la programmazione degli accessi al MMG/PLS.
Punto Unico di Accesso	È in contiguità con il CUP, ma funge da centrale operativa per la ricezione delle istanze e la presa in carico socio-sanitaria. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	
Uffici amministrativi	Svolgono funzioni di front-office per le principali attività distrettuali (iscrizione al SSN, cambio/revoca del MMG, esenzione pagamento ticket, ecc.). <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	Alcuni particolari spazi amministrativi si trovano necessariamente in aree condivise con gli spazi di accoglienza, come il CUP e il PUA.
Ufficio assistenza protesica + Locali ad uso magazzino dove mantenere e distribuire i presidi	È ufficio preposto all'autorizzazione e fornitura degli ausili agli aventi diritto. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - feriali: h 6 - prefestivi: h 4	Può essere contiguo agli uffici amministrativi ma necessita di propri spazi e sportello.
Sale polifunzionali	Aree da dedicare alla formazione, agli incontri di e aggiornamento del personale, alle conferenze e agli eventi pubblici. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - a bisogno	La presenza e il dimensionamento di questi spazi polifunzionali è estremamente legato alle dimensioni del presidio e alle necessità dell'area territoriale di riferimento specifica.
Spazi d'attesa	Rappresentano le aree di attesa dei cittadini per l'accesso agli ambulatori o agli uffici.	Da dimensionare a seconda del bacino di utenza servito e della complessità della struttura.
Eventuali parcheggi per gli utenti, con parco-auto per ADI e MCA		

AREA DELLA RESIDENZIALITA'		
Tipologia di locali	Funzioni e attività	Note
Moduli di Posti letto di diverse tipologie territoriali	Forte integrazione nella rete dei servizi territoriali attraverso la possibile attivazione di uno o più moduli di posti letto delle seguenti tipologie: RSA socio sanitarie, RSA sanitarie, Case protette disabili, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Autismo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Disturbi del Comportamento Alimentare, Salute Mentale, Tossicodipendenze. <u>Fascia oraria indicativa:</u> - h 24	Questi moduli scaturiscono dalla riconversione e riqualificazione dei posti letto ospedalieri per acuti.



Ipotesi di struttura parametrizzata sul bacino di utenza

Gli Ospedali Distrettuali possono essere variamente configurati per integrarsi con la locale rete dei servizi, assolvendo le seguenti diverse funzioni:

- l'integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie Secondo i principi affermati dal D.Lgs. 229/1999 e dalla L. 328/2000
- l'integrazione fra le attività di prevenzione cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione dell'ADI;
- la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio, di ecografia e di radiologia di base
- la presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria, in contiguità con il centro unico di prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal SSR
- la presenza di un ambulatorio infermieristico

In ogni caso sono aperti 12 h al dì e prevedono un lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, MMG, PLS, medici di continuità assistenziali.

Possono comprendere un punto di Continuità Assistenziale (ex "guardia medica").

Possono prevedere punti di primo soccorso, se previsti dalla rete emergenza (con funzioni sinergiche ma distinte).

Possono prevedere strutture residenziali (con funzioni sinergiche ma distinte).

Nella tabella seguente vengono dettagliati per le aree funzionali minime (escluse quindi le aree della residenzialità, e semiresidenzialità) i locali, le risorse umane impiegabili, previa riproporzione sul bacino di utenza interessato. Nella formulazione del modello si è considerato un bacino di utenza preso a riferimento pari a 20.000 assistiti di cui 2.000 in età pediatrica, con un coinvolgimento di 15 MMG e 3 PLS.



AREA	TIPOLOGIA DI LOCALI	RISORSE UMANE	N° moduli (locale principale + accessori)	DIMENSIONE UNITARIA modulo (mq) (locale principale + accessori)	DIMENSIONE TOTALE (mq)
CURE PRIMARIE	Studi medici per MMG	15 MMG	8	50	400
	Studio pediatrico per PLS	3 PLS	2	50	100
	Ambulatori Infermisterici (+ vaccinazioni)	3 IP	2	50	100
	Locali per ADI + UVMD	6 IP, FKT	3	50	150
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	Ambulatori per MCA	5 MCA	2	50	100
EMERGENZA-URGENZA	Aree destinate al primo intervento (ambulatori + triage + attesa)		1	210	210
PREVENZIONE E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICA	Punto Prelievi (+screening colon)		1	50	50
	Ambulatori per medicina specialistica		8	50	400
	Locali per diagnostica (+screening mammograf.)		3	60	180
	Ambulatorio Ostetrico (+Pap test)		1	50	50
	Locali destinati al Consultorio Familiare		2	50	100
	Locale per tecnologie informatiche*				
	Palestra		1	60	60
ATTIVITA' ACCOGLIENZA, AMMINISTRATIVA, DI SUPPORTO	Reception		1	100	100
	PUA + CUP		2	25	50
	Uffici amministrativi		1	40	40
	Ufficio protesi + magazzino		1	80	80
	Sale polifunzionali		1	80	80
	Spazi d'attesa		3	50	150
	Parco auto ADI e CA		1		
TOTALE					2.400
	connettivo, vani tecnici, etc			25%	600
TOTALE					3.000
* (teleconsulto, teleassistenza)					
In particolare teleradiologia, telecardiologia e point of care per diagnostica urgente					

