



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Deliberazione n° 646 del 3 AGO. 2020

OGGETTO: DCA 65/2020 – Adozione Piano Aziendale Riorganizzazione Rete Territorio. Presa d’Atto.

Il Commissario Straordinario dott. Dott.ssa Simonetta Cinzia Bettelini, nominata ai sensi dell’art. 3 commi 3 e 4 della Legge n. 60 del 25.06.2019, giusto D.C.A. del Commissario ad Acta n. 86 dell’11.06.2020, adotta la seguente deliberazione in merito all’argomento indicato in oggetto

STRUTTURA PROPONENTE : Struttura Commissariale

Dott. Alberta Celestino

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Esprime parere favorev e non favor ole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data _____

Firma _____

IL DIRETTORE DELL’U.O.C. GREF

Attesta che la spesa di € _____ con la sottoscrizione del presente atto è imputata al conto economico/patrimoniale nr. _____ esercizio _____, presenta la copertura finanziaria

Data _____

Firma _____
N comporta oneri di spesa

IL RESPONSABILE DEL’U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Attesta che la spesa di € _____ è imputata al Centro di responsabilità/costo _____ esercizio _____

Data _____

Firma _____

N comporta oneri di spesa

Premesso

Che con DCA n.65/2020 recante “Programma Operativo 2019/2021 – Riorganizzazione della Rete Territoriale” il Commissario ad Acta al Piano di Rientro della Regione Calabria in data 10 Marzo 2020 ha approvato la Riorganizzazione delle Rete Territoriale, di cui all’Allegato 1 del decreto medesimo, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni del Tavolo Tecnico di verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei LEA;

Atteso che, con l’adozione del DCA 65/2020, i precedenti Piani aziendali non sono più efficaci, le Aziende Sanitarie Provinciali calabresi, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione dello stesso sul BURC, 10 marzo 2020, devono procedere all’adozione dei rispettivi nuovi Piani Aziendali, inerenti il fabbisogno di prestazioni territoriali da sottoporre alla necessaria approvazione da parte della Struttura Commissariale con apposito decreto;

Che, pertanto, col decreto in argomento viene revocato anche il precedente decreto commissariale n.108/2018 di approvazione del Piano Aziendale di Assistenza Territoriale dell’ASP di Cosenza;

Visto che con il DPCM 12.01.2017 sui nuovi LEA è stata rivista l’offerta complessiva dei servizi e la distribuzione dei posti letto, tra le strutture con diversi livelli di intensità assistenziale;

Posto che con l’approvazione della presente rete territoriale tutti gli atti inerenti l’autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio oltre che l’accreditamento delle strutture territoriali adottati successivamente alla data del presente decreto devono essere compatibili e conformi con la rete territoriale e con i nuovi Piani Aziendali;

Che l’ASP di Cosenza, nel dare attuazione alla presente riorganizzazione, in ossequio al DCA 65/2020, deve procedere all’utilizzo delle proprie strutture disponibili sul territorio provinciale;

Ritenuto che è obiettivo prioritario di questo management aziendale procedere all’adozione del presente Piano Aziendale, che allegato al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Su conforme proposta della dott. Alberta Celestino, dirigente amministrativo della Struttura Commissariale, anche in qualità di responsabile di procedimento ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge 241/90, formulata a seguito dell’istruttoria compiuta dalla struttura interessata che non ha rilevato vizi in ordine alla regolarità e conformità dell’atto alla vigente normativa;

Il Commissario Straordinario

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, limitatamente alle proprie competenze

DELIBERA


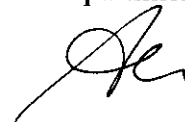
Di precisare che il presente provvedimento, non è soggetto a controllo, ed è immediatamente esecutivo ai sensi dell’art.13 della L.R. n.11/2004;

Di revocare col presente atto la precedente deliberazione n.193/2018 con la quale si è proceduto all’adozione del Piano Attuativo di Riorganizzazione dell’Assistenza Territoriale dell’ASP di Cosenza, in attuazione al DCA 166/2017;

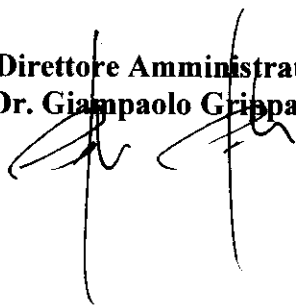
Di prendere atto del succeduto DCA 65/2020 recante “Programma Operativo 2019/2021 – Riorganizzazione della Rete Territoriale”;

Di adottare, col presente atto, il nuovo Piano Aziendale di Riorganizzazione della Rete Territoriale così come definito nel documento allegato al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Di trasmettere il presente atto alla Struttura Commissariale al PdR dal debito sanitario e al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria per la relativa adozione.



**Il Direttore Amministrativo
Dr. Giampaolo Grippa**



**Il Commissario Straordinario
Dott.ssa Simonetta Cinzia Bettelini**





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio on-line di questa Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza il 24 AGO, 2020 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi ed è immediatamente disponibile on.line, per il Collegio Sindacale.

UFFICIO GESTIONE DELIBERE

IL DELEGATO

Vincenzo Bellotti

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Trasmessa all'Assessorato alla Tutela della Salute ed Organizzazione Sanitaria il _____

Prot. n. _____ ESECUTIVA il _____

Allegato
Delibera Commissario Straordinario
n. del
ALLEG. ALLA DELIBERA
N. **646** del **3 AGO. 2020**

Piano di riorganizzazione rete territoriale ASP Cosenza

Attuazione DCA n. 65/2020

Agosto 2020

PREMESSA

Nell'ambito del processo di riqualificazione e razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale il Commissario ad ACTA per il PdR con l'adozione del programma operativo 2019/2021 ha individuato, tra l'altro, l'obiettivo di rafforzamento e riqualificazione dei servizi territoriali, adottando il DCA 65/2020. Con tale decreto la struttura commissariale ha rivisto l'organizzazione dell'assistenza territoriale, sanitaria e socio – sanitaria, attuandone una revisione senza azzerare il lavoro di programmazione portato avanti negli ultimi anni dal 2016 ad oggi, con particolare riferimento al DPCM Lea del 12/01/2017.

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

L'ASP di Cosenza in attuazione dei precedenti provvedimenti regionali di programmazione della rete territoriale ed particolare in attuazione del DCA 76/2015 come integrato con successivo DCA 113/2016 aveva già provveduto con provvedimento del Diretto Generale n. 1999/2016 e con successivo provvedimento n. 193/2918 alla riorganizzazione della propria rete territoriale.

Con il successivo DCA 166/2017 la Struttura Commissariale procedeva ad una parziale modifica del DCA n. 113/2016 revocando nel contempo i precedenti di DCA di approvazione delle reti territoriali delle ASP della regione Calabria ivi compresa quella di Cosenza.

Con il presente atto di riorganizzazione della rete territoriale l'ASP di Cosenza procede all'aggiornamento delle precedente rete in coerenza con le nuove disposizioni regionali.

1. IL TERRITORIO NELLA GESIONE STRATEGICA DELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Il Distretto costituisce il centro di governo oltre che di organizzazione e di erogazione di servizi, il polo di integrazione sanitaria e socio/sanitaria, il punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari e sociosanitari dell'azienda. Esso assume il ruolo di committenza e quindi di valutazione e di gestione dei servizi territoriali (ruolo di produzione).

Il ruolo del Distretto e la sua riorganizzazione interna sono stati definiti con DCA 130/2015.

Al fine di realizzare una più omogenea presa in carico dei pazienti, il distretto dovrà puntare sull'implementazione dei Punti Unici di Accesso (**PUA**) attivi sul territorio.

Proprio nella loro funzione di front – office il PUA dovrà raccogliere le istanze dei cittadini e orientarli alla fruizione dei servizi.

Mentre nella funzione di back-office il PUA gestisce e valuta le richieste di accessi ai servizi territoriali e funge da anello di congiunzione con la **UVM** (Unità di Valutazione

Multidimensionale), equipe professionale con competenze multidisciplinari.

Con le delibere 2747, 2748, 2749, 2750, 2751 e 2760 del 2014 sono state istituite le UVM dei Distretti dell'ASP di Cosenza, in ossequio alle Linee Guida sul Sistema di Cure Domiciliari e sull'accesso ai servizi territoriali (DPGR n. 12 del 31 gennaio 2011 recepito dall'ASP di Cosenza con delibera 2740 del 20 ottobre 2011).

In osservanza alle citate Linee Guida l'UVM opera in stretto raccordo con il PUA front-office e back-office, di cui rappresenta la cabina di regia, con l'obiettivo di conseguire la gestione unitaria della domanda di accesso ai servizi territoriali superando la frammentazione e la settorialità.

Configurazione dei distretti – ASP Cosenza

DISTRETTO	ZONE SOCIALI
Tirreno	Praia a Mare/Scalea; Paola-Cetraro; Amantea
Esaro/Pollino	Castrovillari; San Marco Argentano
Ionio Nord	Corigliano; Trebisacce
Ionio Sud	Rossano; Cariati;
Cosenza/Savuto	Cosenza; Rogliano; San Giovanni in Fiore
Valle Crati	Rende; Media Valle Crati; Acri

Il distretto garantisce, nel rispetto degli atti programmatori regionali e aziendali l'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito del Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Ruolo centrale è quello delle cure primarie che, riorganizzate per AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), come peraltro previsto dalle disposizioni normative nazionali e regionali e dai provvedimenti attuativi aziendali, deliberazione n. 686/2019 e n. 879/2019, approvate dalla struttura Commissariale con DCA 174/2019, garantiscono la continuità dell'assistenza h 12/24, nonché l'integrazione interprofessionale e organizzativa tra i MMG all'interno del complessivo sistema delle cure primarie.

La Regione con DCA 65/2018 ha provveduto a definire l'organizzazione delle AFT e delle UCCP, mentre con DCA 161/2018 ha emanato apposito atto di indirizzo attuativo dell'AIR ponte 2017 per la Medicina Generale. L'ASP di Cosenza con deliberazione 1363/2018 ha recepito il DCA 65/2018

Le UCCP e le AFT sono forme organizzate/unità multiprofessionali (art. 1, L. 189/2012 Balduzzi) che operano, in forma integrata, all'interno di strutture o presidi (art. 5 c.2 Patto per la Salute); erogano le prestazioni assistenziali della medicina generale tramite il coordinamento e l'integrazione (art.1 L.189/2012 Balduzzi) multiprofessionale ma anche multidisciplinare e multisettoriale. Il carattere multiprofessionale dell'UCCP

è testimoniato dall'effettivo stretto collegamento tra le diverse professionalità presenti nell'UCCP ed in particolare dall'integrazione tra mmg e medici specialisti. L'integrazione valorizza le relazioni ed anche i collegamenti con i professionisti ospedalieri e con quelli dei servizi distrettuali ma anche con il 3° settore.

Lavorano in continuità con le AFT (comprehensive delle postazioni di continuità assistenziale ad esse correlate) ed i Pediatri di Libera Scelta che le compongono.

La Regione, sulla scorta di una specifica sperimentazione avviata sin dal 2013, ha provveduto ad approvare un Accordo Integrativo Regionale (AIR) ponte (DCA 65/2018) per la medicina generale, tendente a far confluire il maggior numero di medici nelle nuove forme associative (UCCP - AFT), finalizzate ad esaltare il ruolo della medicina generale nell'ambito della costruzione dei profili di cura.

Successivamente, con DCA 161/2018 ha emanato apposito atto di indirizzo attuativo dell'AIR Ponte. Lo stesso DCA, subordina la remunerazione variabile dei medici di medicina generale al raggiungimento di predefiniti obiettivi di salute, individuati dalla programmazione regionale e, per il tramite dei distretti, declinati a livello di ciascuna Azienda Sanitaria, I distretti, sulla scorta di quanto precede, negoziano gli obiettivi con i coordinatori delle UCCP cui, peraltro, afferiscono le AFT di riferimento territoriale.

1.1 ARTICOLAZIONE:

Le UCCP potranno assumere due diverse connotazioni:

- ***UCCP a sede pubblica:***

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

- ***UCCP a sede autonoma***, gestita dai medici:

la sede dell'UCCP, il personale infermieristico e di supporto amministrativo sono messi a disposizione dai medici componenti l'UCCP. I medici aderenti dovranno garantire la gestione delle informazioni cliniche, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, assicurando, presso la sede dell'UCCP, un'assistenza h 24 grazie all'integrazione operativa con i medici a quota oraria, che operano nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale di afferenza.

I medici dovranno articolare il proprio orario di lavoro in maniera coordinata tra la sede dell'UCCP e gli studi privati. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione/validazione da parte del distretto.

Al fine di garantire continuità fisica alle attività assistenziali la sede dell'UCCP, sia essa pubblica e/o a gestione autonoma, deve ospitare una sede di continuità assistenziale tra quelle di riferimento della stessa UCCP. È auspicabile, soprattutto qualora l'UCCP abbia una collocazione urbana, che detta postazione preveda un raddoppio di turnazione.

Struttura

Bacino di utenza: l'UCCP, di norma, deve essere costituita per un bacino di utenza fino ad un max di **60.000** abitanti. In considerazione della conformazione oro-geografica del territorio, della densità abitativa, della dispersione dei nuclei abitati e della disponibilità di servizi di collegamento, saranno possibili articolazioni diverse del bacino d'utenza per consentire uniformità nell'erogazione dei LEA;

Sede: l'UCCP è organizzata in sede unica, pur potendo prevedere, sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica, integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.

Orari di apertura: viene garantita l'assistenza H24 7/7gg. I Medici a quota oraria, garantiranno gli orari notturni, prefestivi e festivi, fino all'istituzione del ruolo unico.

Attività:

L'UCCP assicura l'integrazione delle cure lungo tutto il continuum assistenziale mediante:

- le prestazioni di competenza del MMG, così come definite nel DPCM LEA e disciplinate negli ACN/AIR per la medicina generale;
- l'attivazione di ambulatori di patologia dedicati ai pazienti cronici e fragili;
- l'attività di assistenza H24 per le basse e medie urgenze anche grazie alla disponibilità, in H12 di servizi diagnostici ed al supporto che potrà essere garantito dagli specialisti ambulatoriali e dal personale infermieristico;
- l'attiva partecipazione nei processi di continuità delle cure;
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione sulla popolazione con particolare riferimento all'adozione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- l'adesione alle attività di prevenzione predisposte dall'Azienda ;
- la partecipazione alle attività di audit, peer review, auto-gestione dei pazienti, empowerment, in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia;
- la condivisione degli obiettivi annuali di budgeting -programmazione operativa con la Direzione di Distretto ed a valle con le AFT di riferimento
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta, il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni all'istituzione del FSE;
- assicurare il diretto ricorso ai sistemi aziendali per la prenotazione delle prestazioni specialistiche, anche per codice di priorità;
- nelle aree ad elevata densità abitativa, i medici di assistenza primaria, previa autorizzazione dell'Azienda, che valuterà primariamente l'esigenza di mantenere la capillarizzazione dell'assistenza, possono trasferire nella sede dell'UCCP lo studio già autorizzato nel Comune di sede di UCCP;
- partecipare alle azioni di sviluppo della medicina d'iniziativa con passaggio dal solo "approccio secondo linee guida ed evidence based medicine" ad un "approccio di presa in carico personalizzata";

- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale;
- garantire, in particolar modo nella sede unica dell'UCCP, l'integrazione operativa con gli specialisti ambulatoriali e le altre professionalità che operano nell'ambito dell'assistenza territoriale, secondo accordi con le aziende;
- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, in particolare con bisogni assistenziali complessi, e dei pazienti in condizione di fragilità, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari;
- perseguire il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nei quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro;
- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato:

Regione -Azienda -Distretto -UCCP –AFT

- partecipare all'attività di valutazione multidimensionale, finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari.

Per ciascuna UCCP sarà individuato, tra i medici, un Coordinatore con funzioni di raccordo interno tra i medici dell'associazione, di interlocuzione formale con il distretto e con i Referenti delle AFT di riferimento

Le AFT

Definizione

Il raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: medici di Assistenza primaria, di Continuità Assistenziale e della medicina dei servizi), con un bacino d'utenza non superiore a 30.000 assistiti, che consente il coordinamento delle attività dei medici e si configura come un sistema di relazioni, tra i vari professionisti che vi partecipano, estremamente flessibile e compatibile con i diversi modelli di erogazione dell'assistenza presenti nel distretto.

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

1. AFT in rete: i medici continuano ad operare nei propri studi professionali, condividendo la gestione delle informazioni cliniche, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, e garantendo un'assistenza h 12, mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata. deve trovare

comunque condivisione da parte del distretto ed essere coerente con le indicazioni di cui all'ACN per tempo vigente;

2. AFT in sede unica: i medici, pur continuando ad operare nei propri studi professionali e garantendo la gestione condivisa delle informazioni cliniche dei propri assistiti, operano anche presso una sede unica di riferimento, messa a disposizione dalle ASP o dai medici di assistenza primaria, secondo una specifica turnazione, finalizzata a garantire un'assistenza h 12.

Le AFT sono funzionalmente correlate ad una UCCP di riferimento, e ne condividono gli obiettivi di salute.

Struttura

L'AFT:

- è composta da medici di Assistenza Primaria e da medici di Continuità Assistenziale che sono obbligati ad aderire alla forma associativa;
- di norma comprende un numero di medici non inferiore a 12, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria, fatte salve situazioni oro-geografiche di alcuni ambiti territoriali, rimesse alla valutazione dei comitati permanenti di ogni singola Azienda;
- di norma è composta dai medici appartenenti al medesimo ambito territoriale. Negli ambiti territoriali più vasti possono essere istituite più AFT, secondo criteri individuati a livello aziendale. In caso di ambiti territoriali non sufficienti a costituire un'AFT, in base ai criteri prima definiti, è possibile l'inclusione di medici di ambiti limitrofi. Sono, infine, fatte salve le medicine di gruppo già esistenti, purché si costituiscano in AFT in sede unica, acquisendone le caratteristiche assistenziali (in particolare funzionamento h12, indipendentemente dal numero di medici in associazione);
- prevede la condivisione delle attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti;

Per ciascuna AFT sarà individuato, tra i medici, un referente con funzioni di raccordo interno tra i medici dell'associazione, di interlocuzione formale con il distretto e con il coordinatore dell'UCCP di riferimento.

Attività:

- assistere la popolazione in carico ai MMG che ne fanno parte, in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale per tempo vigente e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione rivolte alla popolazione, con particolare riferimento alla diffusione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni al FSE;
- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari. La

massima attenzione sarà data ai progetti rivolti a pazienti con bisogni assistenziali complessi e ai pazienti in condizione di fragilità,

- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato:

Regione-Azienda- Distretto-UCCP-AFT

- partecipare alle attività di valutazione multidimensionale finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

L'ASP di Cosenza, in esecuzione al DCA n.161 del 2 Agosto 2018 (che ha integrato e modificato il precedente DAC n.65 del 1 Marzo 2018) con delibera n.686 del 8 Agosto 2019 ha istituito le UCCP e le AFT.

La successiva delibera n. 879 del 23 Ottobre 2019 ha integrato quella precedente, stabilendo la costituzione di n. 6 UCCP Pubbliche, una per ogni Distretto, in base alla densità di popolazione residente, a garanzia di uniformità di accesso ai servizi territoriali ed alle prestazioni sanitarie in territori con caratteristiche orografiche eterogenei. Nelle succitate delibere, alcune AFT, al fine di garantire una copertura sanitaria più ampia possibile, hanno una densità di popolazione più bassa rispetto a quello stabilito nei DCA.

Le delibere prevedono l'istituzione delle UCCP e delle AFT nel seguente modo:

DISTRETTO COSENZA/SAVUTO

UCCP PUBBLICA con sede a Cosenza

AFT AUTONOMA COSENZA 1

AFT AUTONOMA COSENZA 2

AFT PUBBLICA COSENZA

AFT AUTONOMA SAVUTO

AFT AUTONOMA S. GIOVANNI IN FIORE

AFT PUBBLICA PRESILA

AFT PUBBLICA SERRE COSENTINI

DISTRETTO VALLE CRATI

UCCP PUBBLICA con sede a Montalto Uffugo

AFT AUTONOMA a Rende Ovest

AFT PUBBLICA a Rende Est

AFT PUBBLICA a Castrolibero

AFT PUBBLICA a Luzzi

AFT PUBBLICA ad Acri

DISTRETTO IONIO NORD

UCCP PUBBLICA con sede a Corigliano

AFT PUBBLICA a Trebisacce

AFT PUBBLICA a Rocca Imperiale

AFT AUTONOMA a Cassano

AFT IN RETE costituita da nove Medici

DISTRETTO IONIO SUD

UCCP PUBBLICA con sede a Rossano

AFT PUBBLICA a Mirto

AFT PUBBLICA a Cariati

AFT IN RETE: Bocchigliero, Campana, Scala Coeli, Longobucco ,Cropalati, Caloveto, costituita da cinque Medici

DISTRETTO ESARO POLLINO

UCCP PUBBLICA con sede a Castrovillari

AFT PUBBLICA a San Marco Argentano

AFT PUBBLICA a Lungro

AFT PUBBLICA a Mormanno

AFT PUBBLICA a Spezzano Albanese

DISTRETTO TIRRENO

UCCP PUBBLICA con sede a Scalea

AFT IN RETE a Fuscaldo costituita da cinque Medici

AFT PUBBLICA in RETE a Tortora-Aieta costituita da sette Medici

AFT PUBBLICA ad Amantea

AFT AUTONOMA a Paola 1

AFT AUTONOMA a Paola 2

Ai sensi del DCA 65/2020 nel territorio dell'ASP di Cosenza sono state confermate quale Case della Salute/CAPT con sede nei presidi ospedalieri dismessi ad esclusione della Casa della salute di Amantea, che trova allocazione presso il poliambulatorio esistente, le seguenti 5 case della salute:

Case della salute/CAPT
Ex PO di Cariati
Ex PO di Lungro
Ex PO di Normanno
Amantea
Ex Po di San Marco Argentano

Attualmente risultano finanziate sui fondi PAC 2007/2017 i lavori di ristrutturazione e adeguamento funzionali solo le Case della Salute di San Marco Argentano e Cariati ai fini dell'adeguamento per come previsto dalle linee guida di cui al DPGR 185/2012.

La Regione Calabria in ossequio all'art.6, comma 1, del DL 35/2019, convertito in legge n. 60/2019 (detto Decreto Calabria) ha valutato l'opportunità di stipulare una convenzione quadro con INVITALIA S.p.a quale centrale di committenza per la progettazione e realizzazione dei lavori.

L'ASP di Cosenza ha aderito alla suddetta convenzione quadro, non solo per la fase di gestione della procedura di gara ma anche per l'esecuzione dei lavori e la relativa progettazione delle opere di ristrutturazione delle case della salute di San marco Argentano e di Cariati (nota Struttura Commissariale prot. n.59002 del 25.06.2020)

Il modello organizzativo delle Case della Salute/CAPT, verso il quale tutte devono tendere per garantire l'auspicata integrazione tra cure primarie e attività distrettuali, ha l'obiettivo di offrire un alternativa valida ai presidi dismessi e in generale all'ospedale.

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

- Area funzionale - Accoglienza, Accesso e Segretariato Sociale
- Area funzionale - Servizi Generali ed amministrativi
- Area funzionale - Servizi ed Attività Sociali
- Area funzionale - Servizi Sanitari
- Area funzionale - Servizi Socio Sanitari

La gestione delle Case delle Salute/CAPT è affidata alla UOC Cure Primarie, che ne coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri servizi.

L'interazione tra la programmazione sociale e sanitaria avviene attraverso la creazione di una fitta rete di rapporti di collaborazione fra i Distretti Sanitari ed i Servizi Sociali dei comuni, in special modo dei comuni capofila. Il complessivo sistema di accesso ai servizi socio-sanitari integrati è, in altri termini, la creazione una fitta rete di front-office sia nelle strutture sanitarie (Distretto) che nei Comuni.

2. Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'Assistenza territoriale

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

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

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

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

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

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

2.1 Modello di presa in carico ex art. 21 DPCM LEA 12/01/2017 – percorsi assistenziali integrati

La presa in carico complessiva del paziente avviene attraverso la seguente procedura:

- il PUA front-office distrettuale o comunale viene presentata la “Richiesta di accesso ai Servizi Territoriali”.
- Il PUA back-office valuta la richiesta e la trasmette alla UVM che nel più breve tempo possibile, attiva il servizio che deve accogliere il paziente.

Una volta attivato il servizio si stabilisce il PAI (Piano Assistenziale Individuale) e, conseguentemente il setting assistenziale idoneo per il paziente avviandolo verso le Cure Domiciliari, Residenziali, Semiresidenziali o Riabilitative. In questa fase si stabiliscono, inoltre, i tempi della rivalutazione e tutte le procedure idonee al caso.

2.2 Modello di dimissione protetta

Nel caso in cui, per un paziente ricoverato, le condizioni cliniche dovessero richiedere il prosieguo delle cure, si attiva la dimissione protetta attraverso la seguente procedura:

- il referente medico del reparto ospedaliero che ospita il paziente invia al PUA la “Richiesta di accesso ai Servizi Territoriali”, con la redazione di ricetta del Servizio Sanitario Regionale e scheda d’accesso (redatta dall’ASP che fornisce una breve anamnesi socio-sanitaria)
il PUA trasmette la documentazione alla Unità di Valutazione Multidisciplinare che entro 72 ore effettua la visita ed indica concordemente con il medico di reparto e l’assistente sociale dell’Azienda Ospedaliera il setting assistenziale idoneo.

Se tale setting prevede l’attivazione del servizio cure domiciliari integrate, le stesse sono a carico del distretto di residenza dell’utente.

se invece il setting assistenziale riguarda la residenzialità, tale percorso è assicurato dalla UOC Anziani e Disabili.

Infine, se il setting previsto riguarda la riabilitazione intensiva (cod. 56) la richiesta può essere inoltrata direttamente dal reparto ospedaliero alla struttura accreditata.

Ai fini del perfezionamento del modello, sono tuttora in corso di istruttoria percorsi condivisi con l’A.O. di Cosenza per il miglioramento dei meccanismi connessi alla procedura di dimissione protetta.

2.3 Sistema informativo/Informatico

Il supporto informativo necessario per l’ottimale funzionalità del distretto è distinto in due tipologie:

- Flussi informativi sulle attività svolte
- Procedure operative a supporto dell’attività distrettuale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Prestazioni specialistiche

2.4.1 Rete trasfusionale

La rete trasfusionale regionale è stata approvata con DPGR 58/2014 ed è stata realizzata nel biennio 2017-2018.

2.4.2 Specialistica Ambulatoriale

Con specifico riferimento a quanto al riguardo indicato al punto 3.2, dell'Allegato 1, del DCA n. 65/2020 ed in particolare alla specialistica ambulatoriale occorre evidenziare che questa ASP in attuazione delle disposizioni di cui al DCA n. 32/2017,

con deliberazione aziendale n. 147 del 30 gennaio 2018 recante "Preso atto DCA n. 32/2017. Proposta determinazione del fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – ASP COSENZA", ha provveduto a definire il fabbisogno aziendale di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stabilendo i volumi di fabbisogno necessari erogabili dalle strutture pubbliche e private accreditate, previsti ed articolati anche per le singole tipologie di branche specialistiche stabilite dal citato DCA ovvero:

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

2.4.3 Rete dei laboratori

La riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici è stata approvata dalla Struttura Commissariale della Regione Calabria con il DCA 62 del 6 marzo 2020 con il quale si è provveduto ad aggiornare ed integrare il DCA 112/2016 – riorganizzazione rete regionale Laboratori Pubblici.

L'ASP di Cosenza ha avviato un confronto con i laboratori per dare attuazione a quanto previsto nel DCA sopra menzionato.

In particolare la programmazione prevede:

- laboratorio territoriale di Rende – conversione in punto prelievo con lo Spoke di Castrovillari quale presidio di riferimento;
- laboratorio di tossicologia Cassano Jonio – conversione in punto prelievo con lo Spoke di Castrovillari quale presidio di riferimento;
- laboratorio ospedale Cariatì – conversione in punto prelievo con lo Spoke Rossano – Corigliano quale presidio di riferimento;
- laboratorio ospedale Lungro – conversione in punto prelievo con lo Spoke Castrovillari quale presidio di riferimento;
- laboratorio ospedale Mormanno – conversione in punto prelievo con lo Spoke di Castrovillari quale presidio di riferimento;
- laboratorio di San Marco Argentano – conversione in punto prelievo con lo Spoke di Paola quale presidio di riferimento;
- laboratorio Ospedale di Corigliano – conversione in punto prelievo con lo Spoke di Rossano quale presidio di riferimento.

<p>PO Spoke Paola/Cetraro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio Spoke centralizzato unico presso il Po di Paola - punto prelievo PO Cetraro 	<p>Tipologia laboratorio:</p> <p>SPOKE Generale di Base con Settori Specialistici:</p> <p>chimica clinica e tossicologia, ematologia (I, II liv.)</p>
<p>PO Spoke Paola/Cetraro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio Spoke di anatomia patologica - punto prelievo PO Cetraro 	<p>Tipologia Specialistico:</p> <p>SPOKE anatomia patologica (I, II liv.)</p>
<p>PO Spoke Castrovillari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio Spoke centralizzato unico 	<p>Tipologia laboratorio:</p> <p>SPOKE Generale di Base con Settori Specialistici:</p> <p>chimica clinica e tossicologia, ematologia (I, II liv.)</p>
<p>PO Spoke Castrovillari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio Spoke di anatomia patologica 	<p>Tipologia Specialistico:</p> <p>SPOKE anatomia patologica (I, II liv.)</p>
<p>PO Spoke Rossano/Corigliano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio Spoke centralizzato unico presso il Po di Rossano - punto prelievo PO Corigliano 	<p>Tipologia laboratorio:</p> <p>SPOKE Generale di Base con Settori Specialistici:</p> <p>chimica clinica e tossicologia, ematologia (I, II liv.)</p>
<p>PO Spoke Rossano/Corigliano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio Spoke di anatomia patologica 	<p>Tipologia Specialistico:</p> <p>SPOKE anatomia patologica (I, II liv.)</p>
<p>PO Acri OZD (fa riferimento al lab Spoke Castrovillari)</p>	<p>Tipologia:</p> <p>Generale di Base (I,II,III,IV)</p>
<p>PO Trebisacce OZD (fa riferimento al lab Rossano Corigliano)</p>	<p>Tipologia:</p> <p>Generale di Base (I,II,III,IV)</p>
<p>PO Praia Mare Sent. TAR (fa riferimento al lab Paola/Cetraro)</p>	<p>Tipologia:</p> <p>Generale di Base (I,II,III,IV)</p>
<p>PO S. Giovanni in Fiore OZD (fa riferimento al lab Rossano Corigliano)</p>	<p>Tipologia:</p> <p>Generale di Base (I,II,III,IV)</p>

La riorganizzazione dei laboratori privati è stata approvata dalla regione con DCA 82 del 3 giugno 2020 che ha modificato ed integrato i precedenti DCA 37/2019 e DCA 142/2017 definendo e approvando il progetto di riorganizzazione della rete dei laboratori privati.

in attuazione a quanto stabilito l'ASP di Cosenza ha provveduto a contrattualizzare le strutture private sulla base della nuova organizzazione arete prevista .

Farmaceutica

Si resta in attesa dello specifico DCA in corso di adozione così per come indicato nell'allegato 1 del DCA 65/2020. Ad oggi la rete farmaceutica territoriale è così organizzata:

Farmaceutica Distrettuale Jonio SUD

- Punto di distribuzione Rossano
- Punto di distribuzione Cariati

Farmaceutica Distretto Jonio Nord

- Punto di distribuzione Corigliano
- Punto di distribuzione Trebisacce

Farmaceutica Distretto Valle Crati

- Punto di distribuzione Acri

Farmaceutica Distretto Cosenza - Savuto

- Punto di distribuzione S Giovanni in Fiore

Farmaceutica Distretto Pollino-Esaro

- Punto di distribuzione Castrovillari
- Punto di distribuzione S. Marco Argentano

Farmaceutica Distretto Tirreno

- Punto di distribuzione Scale
- Punto di distribuzione Cetraro
- Punto di Distribuzione Amante

L'ASP di Cosenza con delibera n. 335 del 18 marzo 2020 ha avviato il percorso di riorganizzazione della rete farmaceutica aziendale.

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

Il presente piano definisce e approva il fabbisogno assistenziale e la strutturazione dell'offerta attiva territoriale di prestazioni di:

1. Assistenza sanitaria e sociosanitaria riabilitativa residenziale e semiresidenziale per anziani,

2. Assistenza sanitaria e sociosanitaria riabilitativa residenziale per disabili, Assistenza riabilitativa territoriale estensiva extraospedaliera ambulatoriale e domiciliare,
3. Assistenza residenziali e semiresidenziali per dipendenze patologiche, Residenzialità per persone affette da Hiv/Aids,
4. Residenzialità e Semiresidenzialità salute mentale,
5. Assistenza riabilitativa disturbi dello spettro autistico,
6. Residenzialità e semiresidenzialità disturbi del comportamento alimentare, Cure domiciliari,
7. Assistenza territoriale residenziale e ambulatoriale per minori,
8. Residenzialità Hospice.

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

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

L'ASP di Cosenza nell'assegnazione dei posti letto disponibili terrà conto, quale priorità, della programmazione all'interno delle Case della Salute.

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

- Che con DCA n. 76 del 6.7.2015 è stato approvato il Documento di Riorganizzazione della Rete Territoriale.
- Che con successivo DCA n. 113 del 3.11.2016, in riscontro a specifica richiesta di integrazioni e modifiche al DCA 76/2015 da parte dei tavoli ministeriali di verifica, veniva approvato un documento di riorganizzazione della rete territoriale allegato al medesimo DCA che recepisce i rilievi effettuati dai tavoli ministeriali.
- Che in attuazione del DCA 113/2016, l'ASP di Cosenza, con deliberazione n. 1999/2016 provvedeva ad approvare la nuova riorganizzazione della rete territoriale in coerenza con il citato DCA 113/2016, e trasmesso al Dipartimento Tutela della Salute.
- Che con DCA 137/2016 la Struttura Commissariale ha approvato la rete di assistenza territoriale e il riordino dell'assistenza residenziale e semiresidenziale dell'ASP di Cosenza, limitatamente alla tipologia RSA-M, tipologia di assistenza residenziale intensiva classificata con il codice di attività R;
- Che a seguito dell'approvazione del DCA 137/2016 e, in attesa dell'aggiornamento del fabbisogno individuato con il DCA 113/2016 la procedura di approvazione della rete territoriale dell'ASP di Cosenza, adottata con deliberazione n. 199/2016 veniva di fatto sospesa sia dalla struttura commissariale che dal dipartimento.
- Che con successivo DCA 166/2017 la struttura commissariale approvava la rimodulazione del fabbisogno di alcuni setting assistenziali a parziale modifica del DCA 113/2016. Nella fattispecie sono stati rimodulate le seguenti tipologie di assistenza:
 - o R1(Residenze Sanitarie Assistenziali Medicalizzate);
 - o R2 (R.S.A. per anziani);
 - o Disturbi dello spettro Autistico (Servizi semi/residenziali);

- Disturbi del comportamento Alimentare;
- Che la rimodulazione e l'aggiornamento degli standard e dei fabbisogni precedentemente previsti nei DCA 76/2015 e 113/2016, ha imposto a questa azienda la predisposizione di un nuovo Piano Attuativo di Riorganizzazione della Rete Territoriale dell'ASP di Cosenza;
- Che con deliberazione n. 193/2018 si è proceduto alla revoca della precedente deliberazione n. 1999/2016 e all'adozione del nuovo Piano attuativo di Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dell'ASP di Cosenza.

3.1 RESIDENZIALITÀ ANZIANI

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

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

RSA - M (R1)

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **156 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **R1**

	PL Pubblici	PL Privati(*)
Posti Letto accreditati	40	60
totale offerta attuale accreditata		100
totale offerta da attivare		56

(*) con riferimento ai posti letto privati sono considerati attualmente anche i 20 pl accreditati e assegnati alla struttura "RSA Caloveto" struttura realizzata con i fondi ex art. 20 della L. n. 67/1988, attualmente non operativi.

Si rappresenta che le strutture autorizzate/accreditate con specifici DCA adottati dal Commissario ad Acta, e che costituiscono l'offerta di assistenza territoriale dell'ASP di Cosenza risultano tutte contrattualizzate anche per l'anno in corso, nei limiti massimi di finanziamento stabiliti annualmente dalla Struttura Commissariale.

Con riferimento alle strutture di Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata (R1) nell'ambito del finanziamento per l'anno 2020 risultano contrattualizzati pl 37 sui 40 pl accreditati. Si rappresenta come sopra detto che nell'ambito dei posti letto accreditati sono compresi anche 20 pl (RSA Caloveto) che non risultano ancora attivati

RSA - ANZIANI (R2)

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **749 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare R2

	PL Pubblici	PL Privati (*)	
Posti Letto accreditati		659	
totale offerta attuale accreditata			659
totale offerta da attivare			90

(*) con riferimento ai posti letto privati sono considerati attualmente anche i 40 pl accreditati e assegnati alla struttura "RSA Caloveto" struttura realizzata con i fondi ex art. 20 della L. n. 67/1988, attualmente non operativi.

Con riferimento alla tipologia assistenziale RSA – Anziani (R2) si rappresenta che all'interno dei 659 posti letto accreditati risultano le seguenti situazioni

- Struttura ex art. 20 "RSA Caloveto" 40 pl non contrattualizzati in quanto ancora in corso la gara per l'assegnazione per la gestione della struttura;
- Struttura ex art. 20 "RSA di Mottafoffone" 60 pl contrattualizzati solo in minima parte;
- Struttura ex art. 20 "RSA di Spezzano Albanese" 60 pl contrattualizzati solo in minima parte;
- RSA "Roggiano Gravina" accreditata con DCA n. 46 del 4 febbraio 2020 per 25 pl, quindi non inserita nella contrattazione anno 2020.

Infine la struttura RSA "San Carlo Borromeo Panettieri" non ha ancora concluso la procedura relativa all'accreditamento per 15 pl.

CASE PROTETTE ANZIANI (CPR3)

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **656 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare CPR3

	PL Pubblici	PL Privati	
Posti Letto accreditati		353	
totale offerta attuale accreditata			353
totale offerta da attivare			303

Con riferimento all'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti l'offerta è in larga parte soddisfatta da erogatori privati accreditati.

L'offerta attualmente attiva nell'ASP di Cosenza non risulta adeguata alle necessità della popolazione anziana over 65 anni presente sul territorio, ciò anche in considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione, al quale si affianca anche l'aumento delle patologie neuro degenerative più difficili da gestire a livello domiciliare.

3.2 SEMIRESIDENZIALITA' ANZIANI e DEMENZE

Ad oggi non è presente nell'ASP di Cosenza un'offerta di semiresidenzialità dedicata all'assistenza di persone non autosufficienti, di persone affette da demenze e/o disabilità. Ai fini di rendere coerente la programmazione sono definiti e approvati i posti letti di semiresidenzialità anziani e demenze

SEMIRESIDENZIALITA' ANZIANI - SR1

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **109 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **SR1**

	PL Pubblici	PL Privati	
Posti Letto accreditati			
totale offerta attuale accreditata			0
totale offerta da attivare			109

SEMIRESIDENZIALITA' ANZIANI DEMENZE - SR2

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **109 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **SR2**

	PL Pubblici	PL Privati	
Posti Letto accreditati			
totale offerta attuale accreditata			0
totale offerta da attivare			109

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

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

3.3 RESIDENZIALITA' DISABILI

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

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

SLA/ALTRE GRAVI PATOLOGIE DEGENERATIVE - RD1

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **13 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare SLA/ALTRE GRAVI PATOLOGIE DEGENERATIVE RD1

	PL Pubblici	PL Privati	
Posti Letto accreditati	0	0	
totale offerta attuale accreditata			0
totale offerta da attivare			13

RESIDENZIALITA' SANITARIA DISABILI - RSAD4

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **116 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **RSAD4**

	PL Pubblici	PL Privati	
Posti Letto accreditati		86	
totale offerta attuale accreditata			86
totale offerta da attivare			30

CASE PROTETTE DISABILI - CPRD5

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **108 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **CPRD5**

	PL Pubblici	PL Privati	
Posti Letto accreditati		121	
totale offerta attuale accreditata			121
totale offerta da attivare			-13

Allo stato attuale il fabbisogno aziendale di residenzialità disabili risulta interamente soddisfatto dalle strutture private accreditate.

Il nuovo fabbisogno indicato nel documento allegato al DCA 65/2020, al punto 3.6.2 Tabella 13, prevede un fabbisogno programmato pari a 0,63 p.l. per 1000 abitanti

In particolare con riferimento all'esubero nell'offerta di posti letto di case protette per disabili (CPRD5) l'azienda prediligerà la riconversione da parte delle strutture private in attività aderenti e contigue al setting originario (ad es all'interno della disponibilità di pl RSAD4).

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

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale disabili e quindi l'intera domanda assistenziale è garantita all'utenza solo dall'offerta attiva accreditata e per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi.
- che le strutture private accreditate che allo stato rappresentano l'offerta attiva di residenzialità disabili, al fine di adeguare le loro strutture ai fabbisogni assistenziali, già previsti dalla precedente rete territoriale regionale e aziendale, hanno progressivamente provveduto a realizzare i necessari processi di riconversione delle proprie strutture e sono oggi regolarmente accreditati per l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale disabili programmata dal presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale.
- che le strutture accreditate di cui al precedente punto che costituiscono l'offerta attiva sul territorio dell'ASP sono già da anni regolarmente contrattualizzate nei limiti massimi di spesa annualmente stabiliti dal Commissario da acta.
- che nelle strutture di cui trattasi, per come espressamente previsto dal DCA 65/2020, è prevista la possibilità di moduli di diverso livello assistenziale, nella stessa struttura, al fine di favorire al massimo la continuità nei processi assistenziali.
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni stabilite al punto 3.6 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

3.4 RIABILITAZIONE ESTENSIVA A CICLO CONTINUATIVO

RIABILITAZIONE CICLO CONTINUATIVO -REEC RRE1 - RRE2

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **194 PL**

96 PL programmati nelle Case della Salute

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare REEC RRE1- RRE2

	PL Pubblici (*)	PL Privati	
Posti Letto accreditati	20	194	
totale offerta attuale accreditata			194
totale offerta da attivare			-

(*) pl accreditati nelle case della salute "Mormanno"

Alla dotazione di offerta attuale di attività pari a 0,55 posti letto per 1000 abitanti, vanno aggiunti ulteriori 0,08 posti letto per 1000 abitanti programmati all'interno delle Case della Salute. In particolare sono previsti 96 posti letto in RECC RRE1 – RRE2 programmati nelle Case della Salute dell'ASP di Cosenza di questi risultano attivi 20 posti letto.

3.5 RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

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

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

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

RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA - CICLO DIURNO

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **50.714 PRESTAZIONI**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **CICLO DIURNO**

	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privato	
Prestazioni accreditate	0	23.200	
totale offerta attuale accreditata			23.200
totale offerta da attivare			27.514

Risultano attualmente contrattualizzate circa 17.000 prestazioni (73%), una struttura, benché accreditata, da anni non sottoscrive il contratto.

RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA - AMBULATORIALE

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **199.999 PRESTAZIONI**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **AMBULATORIALE**

	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privato	
Prestazioni accreditati	0	195.170	
totale offerta attuale accreditata			195.170
totale offerta da attivare			4.829

Risultano attualmente contrattualizzate circa 170.000 prestazioni che rappresentano circa l'80% delle prestazioni accreditate.

RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA - DOMICILIARE

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **52.857 PRESTAZIONI**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **DOMICILIARE**

	Prestazioni da Pubblico	Prestazioni da Privato(*)	
Prestazioni accreditate	0	78.224	
totale offerta attuale accreditata			78.224
totale offerta da attivare			-25.367

(*) per tali prestazioni con DCA 42/2020 sono state già autorizzate riconversioni

Per tale tipologia di prestazioni con DCA 42 del 30 gennaio 2020 sono state autorizzate riconversioni/trasformazioni delle attività accreditate.

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

- che in azienda non risulta alcuna offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione estensiva extraospedaliera e quindi l'intera domanda assistenziale è garantita all'utenza solo dall'offerta attiva accreditata e per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi.
- che le strutture private accreditate che allo stato rappresentano l'offerta attiva di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera, al fine di adeguare le loro strutture ai fabbisogni assistenziali, già previsti dalla precedente rete territoriale regionale e aziendale, hanno progressivamente provveduto a realizzare i necessari processi di riconversione delle proprie strutture e sono oggi accreditati per l'erogazione delle prestazioni di cui trattasi o sono in corso di accreditamento delle prestazioni per i nuovi fabbisogni programmati dal presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale. (Con DCA n. 42 del 30 gennaio 2020 una struttura è stata già autorizzata alla riconversione/trasformazione delle attività accreditate domiciliari in Centro per l'Autismo RD3 e dal 13 febbraio 2020 la struttura è contrattualizzata)
- che nella elaborazione del presente piano aziendale di riorganizzazione della rete territoriale si è tenuto conto dei vincoli e delle indicazioni stabilite al punto 3.7.2 dell'allegato 1 del DCA 65/2020.

3.6 RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' DIPENDENZE PATOLOGICHE

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

- Residenzialità Dipendenze
- Semiresidenzialità Dipendenze

DIPENDENZE PATOLOGICHE

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **179 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **RESIDENZIALITA' DIPENDENZE**

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni attive		0		137	
totale offerta attuale accreditata					137
totale offerta da attivare					42

Offerta Attuale **SEMIRESIDENZIALITA' DIPENDENZE**

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **43 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare **SEMIRESIDENZIALITA' DIPENDENZE**

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni attive		0		0	
totale offerta attuale accreditata					-
totale offerta da attivare					43

3.7 RESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE

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

- SRP1 Residenza psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale

- SRP2 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.
- SRP3 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale

RESIDENZIALITA' ALTO TRATTAMENTO E ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA - SRP1

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **107 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare da Attivare **SRP1**

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni attive		0		96	
totale offerta attuale accreditata					96
totale offerta da attivare					11

RESIDENZA SOCIO SANITARIA AD ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA - SRP2

Offerta Attuale SRP2

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020: **96 PL**

Offerta Attuale Accreditata e da Attivare SRP2

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni attive		0		70	
totale offerta attuale accreditata					70
totale offerta da attivare					26

RESIDENZA SOCIO SANITARIA AD ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIALE - PICCOLO GRUPPO - SRP3

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020:

36 PL

Offerta Attuale Accreditata SRP3

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni attive		0		6	
totale offerta attuale accreditata					6
totale offerta da attivare					30

SEMIRESIDENZIALITA' SALUTE MENTALE

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020:

8 PL

Offerta Attuale Accreditata CENTRI DIURNI

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni attive		5		1	
totale offerta attuale accreditata					6
totale offerta da attivare					2

3.8 RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITA' AUTISMO

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

- Residenzialità Autismo
- Semiresidenzialità Autismo

AUTISMO RESIDENZIALE

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020:

12 PL

Offerta Attuale RESIDENZIALE

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni accreditate		0		12	
totale offerta attuale accreditata					12
totale offerta da attivare					0

Risultano contrattualizzati ad oggi 7 posti letto di autismo residenziale.

Offerta Attuale SEMIRESIDENZIALE

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020:

60 PL

Offerta Attuale Accreditata SEMIRESIDENZIALE

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni accreditate		0		10	
totale offerta attuale accreditata					10
totale offerta da attivare					50

3.9 RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

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

- Residenzialità DCA
- Semiresidenzialità DCA

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020:

12 PL

Offerta Attuale Accreditata DCA RESIDENZIALE

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni accreditate		0		0	
totale offerta attuale accreditata					-
totale offerta da attivare					12

Fabbisogno programmato da DCA 65/2020:

10 PL

Offerta Attuale Accreditata DCA SEMIRESIDENZIALE

	PL Pubblici		PL Privati		
Prestazioni accreditate		0		0	
totale offerta attuale accreditata					-
totale offerta da attivare					10

3.10 CURE DOMICILIARI

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

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

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

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

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

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

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

Offerta attuale

L'allegato 1 del DCA 65/2020 non indica il quadro regionale dell'offerta attuale di assistenza domiciliare. L'attuale offerta di assistenza domiciliare nell'ASP di Cosenza risulta allo stato definita per come di seguito indicato:

SEDI	n. casi – anno 2019
Cosenza Savuto	1.227
Ionio Nord	689
Ionio Sud	406
Esaro Pollino	556
Tirreno	811
Valle Crati	844
TOTALE	4.533

L'Assistenza Domiciliare (AD) a tutt'oggi risulta tra i punti più critici nel contesto regionale a tal punto da essere indicata nella griglia LEA 2017 quale fattore rilevante di non adempienza

della Regione Calabria. Ci si ritrova, infatti, di fronte ad uno scenario caratterizzato da una erogazione dell'AD non omogenea nei differenti ambiti territoriali con differenze di carattere organizzativo e gestionale, nonostante la Regione abbia da tempo approvato le Linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali (DPGR n. 012 del 31 gennaio 2011) e più recentemente il DCA 144/2018.

Nella nostra ASP così come nelle altre ASP della Regione il ritardo registrato nella realizzazione dei complessivi processi riorganizzativi della rete territoriale ed il relativo blocco del turnover hanno determinato una parziale applicazione DPGR 12/2011 dovuta principalmente alla carenza di personale dedicato (soprattutto afferente al ruolo infermieristico).

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

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

Più specificatamente nelle tabelle 34 dell'Allegato 1 del DCA n. 65/2020, è definito il fabbisogno di AD anziani che per l'ASP di Cosenza è indicato pari a 6.243 casi che su una popolazione di abitanti maggiore di 65 anni pari a 156.072 corrisponde allo standard di riferimento della griglia LEA pari ad una percentuale di anziani over 65 da trattare in AD \geq 4%.

ASP Cosenza Fabbisogno AD Anziani	Abitanti over 65 anni (*)	Fabbisogno Totale (n. casi)	Offerta Erogatori pubblici (n. casi)
Standard \geq 4% abitanti over 65 anni	156.072	6.243	4.533

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

Processo assistenziale e classificazione dell'Assistenza Domiciliare

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

Principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo delle cure domiciliari

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

- che in azienda l'offerta attiva pubblica per l'erogazione delle prestazioni Assistenza Domiciliare risulta significativamente insufficiente a garantire lo standard stabilito dalla programmazione regionale con il DCA 65/2020.

- che i processi di presa in carico e il sistema di valutazione degli utenti devono essere programmati e controllati dal distretto che in ogni caso dovrà assicurare maggiore coerenza fra la tipologia degli utenti presi in carico e il profilo assistenziale.

3.11 ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER MINORI

La Regione con DGR n. 259 del 1/06/2011 ha recepito l'Accordo sancito in Conferenza Unificata Rep. n.82/CU del 6/11/2009 relativo alle linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e con successivo DDG n. 10291 del 11/07/2012 ha costituito uno specifico gruppo di lavoro composto dai referenti del Dipartimento Tutela della Salute integrato da componenti designati dal Centro per la Giustizia per la Calabria, dal Dipartimento Regionale Lavoro e Politiche Sociali e da rappresentanti del volontariato. Successivamente, con DPGR n. 91 del 19/06/2013 sono state approvate le linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed approvati i requisiti di autorizzazione/accreditamento per la "struttura terapeutica riabilitativa per minori anche sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria". In questa struttura possono essere accolti i minori che necessita di prestazioni di cui all'art. 32 del DPCM Lea del 12/01/2017.

Tale struttura di proprietà pubblica è stata individuata presso l'ASP di Cosenza, idonea alla realizzazione di quanto programmato a livello regionale.

I minori che necessitano di assistenza a ciclo diurno o ambulatoriale, allo stato nella ASP di Cosenza, vengono presi in carico dall'ambulatorio di neuropsichiatria infantile (NPI).

Definizione fabbisogno aziendale

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

ASP Cosenza Residenzialità Minori	P.L. Residenzialità Minori programmati	P.L. attuali	Delta
	10	0	+10

3.12 RESIDENZIALITA' HOSPICE

Offerta attuale

La rete Hospice è stata programmata con DCA 56/2017, che prevede per l'intera regione Calabria l'attivazione di 94 pl di Hospice, in particolare per l'ASP di Cosenza sono previsti 34 pl.

Allo stato attuale nell'ASP risultano attivi 20 pl. La seguente tabella riporta l'offerta di Hospice programmata ed accreditata nell'ASP di Cosenza, compresa l'offerta l'assistenza domiciliare per l'assistenza di malati terminali

ASP	HOSPICE ACCREDITATI	OFFERTA PROGRAMMATA CON DCA 56/2017	OFFERTA PUBBLICA ATTIVA	OFFERTA PRIVATA ATTIVA	ASISTENZA DOMICILIARE E MALATI TERMINALI
Cosenza	CASSANO ALLO JONIO	10	10		
	VILLA GIOIOSA	10		10	40
	PO ROGLIANO	14			

Definizione fabbisogno aziendale

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