Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 73/13
di iniziativa del Consigliere D. GIANNETTA,A. BRUTTO,P. CAPUTO,G. MATTIANI,V. PITARO,R. SUCCURRO,G. BEVILACQUA recante:
"Disposizioni per il rafforzamento funzionale dei presìdi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri, nelle aree montane, interne e territorialmente disagiate della Calabria"
relatore: A. BRUTTO;

DATI DELL'ITER	
NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	21/5/2026
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	22/5/2026
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	II Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 05/10/2026

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 73/XIII pag. 4

"Disposizioni per il rafforzamento funzionale dei presìdi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri, nelle aree montane, interne e territorialmente disagiate della Calabria"

Normativa citata

Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (art. 1, comma 180) pag. 17

"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)"

Legge 5 giugno 2003, n. 131 (art. 8) pag. 45

"Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3"

Decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159 (art. 4) pag. 47

"Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale"

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 pag. 50

"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 pag. 80

"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"

Documentazione citata

DPGR (nella qualità di Commissario ad acta) n.18 del 22 ottobre 2010 pag. 125

"Approvazione delle tre reti assistenziali G.01 ospedaliera; G. 04 Emergenza-Urgenza; G. 02 territoriale"

DCA n. 64 del 05.07.2016 pag. 128

"P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016"

DCA n.198 del 12.07.2023 pag. 133

"Modifica e integrazione DCA n. 64/2016-Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti"

DCA n. 69 del 14/03/2024 pag. 138

"Modifica e integrazione DCA n. 64/2016 – Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti"

DCA n. 78 del 26/03/2024 pag. 143

"Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti"

"DCA n.78/2024"Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo -dipendenti" -Presa d'atto parere Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M.70/2015"

Consiglio Regionale della Calabria

Proposta di legge recante:

"*Disposizioni per il rafforzamento funzionale dei presìdi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri, nelle aree montane, interne e territorialmente disagiate della Calabria*"

I consiglieri regionali:

F.to Domenico Giannetta

F. to Angelo Brutto

F.to Pierluigi Caputo

F.to Giuseppe Mattiani

F.to Vito Pitaro

F.to Rosaria Succurro

F.to Gianpaolo Bevilacqua

Proposta di legge regionale
Disposizioni per il rafforzamento funzionale dei presìdi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri, nelle aree montane, interne e territorialmente disagiate della Calabria

Relazione illustrativa

La presente proposta di legge interviene su una criticità strutturale del Servizio sanitario della Regione Calabria, progressivamente determinatasi a seguito dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera avviati con l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi sanitari regionali.

Il quadro normativo di riferimento è costituito, in primo luogo, dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che ha introdotto i piani di rientro per le Regioni in disavanzo sanitario, nonché dall'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, che ha disciplinato i meccanismi di affiancamento e controllo statale. A tali disposizioni si sono affiancati gli strumenti di esercizio del potere sostitutivo dello Stato ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, nonché le previsioni dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, che hanno condotto, nel caso della Regione Calabria, all'attivazione del regime commissariale per l'attuazione del Piano di rientro.

Nell'ambito di tale cornice, la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale è stata definita, in una prima fase, con il DPGR-CA n. 18 del 2010 e successivamente articolata e aggiornata mediante i decreti del Commissario ad acta n. 64 del 2016, n. 198 del 2023, n. 69 del 2024, n. 78 del 2024 e n. 360 del 2024.

Parallelamente, il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera.

L'applicazione uniforme di tali standard, in contesti territoriali caratterizzati da condizioni orografiche complesse, da viabilità difficoltosa e da tempi di percorrenza elevati, ha tuttavia prodotto effetti particolarmente critici nelle aree montane e interne della regione Calabria.

La presente proposta di legge si colloca quale esercizio della potestà legislativa regionale ai sensi degli articoli 117, terzo comma, e 121 della Costituzione, stante la prosecuzione, non più in regime commissariale, del Piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria. La proposta tiene conto della programmazione sanitaria regionale, del Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015, del Decreto Ministeriale n. 77 del 2022 e dei più recenti provvedimenti commissariali regionali in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e dell'assistenza territoriale. Ancora, la stessa si pone in coerenza con i princìpi di integrazione ospedale-territorio, continuità

assistenziale, appropriatezza clinica, sostenibilità organizzativa e innovazione tecnologica che caratterizzano l'evoluzione del moderno sistema sanitario.
Inoltre, la proposta riconosce inoltre il valore strategico delle nuove forme di assistenza territoriale previste dal DM 77/2022, dei modelli di integrazione ospedale-territorio, delle Centrali Operative Territoriali e dei sistemi di presa in carico dei pazienti fragili, cronici e non autosufficienti.
Particolare attenzione viene inoltre dedicata al tema della mobilità sanitaria e dell'accessibilità fisica ai servizi, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione residente nelle aree interne e montane. In tale ambito, assumono peraltro rilevanza, nel contesto attuale del Servizio sanitario regionale, anche i nuovi strumenti regionali di mobilità assistita e trasporto sociale, compresi i servizi di "taxi sociale", che possono concorrere a ridurre le condizioni di isolamento sanitario e sociale di anziani, soggetti fragili e cittadini residenti nei territori più pe
La proposta di legge promuove pertanto un modello organizzativo fondato sulla cooperazione tra Aziende sanitarie, integrazione delle reti cliniche, utilizzo condiviso delle tecnologie sanitarie, continuità assistenziale e sviluppo di sistemi innovativi di assistenza territoriale, nel rispetto dei princìpi di appropriatezza, sostenibilità e sicurezza delle cure.

La proposta si compone di otto articoli, come di seguito descritti:

Articolo 1 – Finalità e princìpi

L'articolo individua le finalità generali della legge, chiarendo che la Regione Calabria promuove il rafforzamento funzionale dei presidi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri situati nelle aree montane, interne e territorialmente disagiate, già presenti nella rete ospedaliera e territoriale, nell'ambito dei principi costituzionali di tutela della salute, uguaglianza sostanziale e coesione territoriale. La disposizione richiama espressamente il rispetto:

- della normativa statale vigente;
- dei livelli essenziali di assistenza;
- della programmazione sanitaria regionale;
- degli standard previsti dal Decreto Ministeriale n. 70 del 2015;
- dei princìpi di sostenibilità organizzativa e finanziaria del Servizio sanitario regionale.

  L'articolo evidenzia inoltre la necessità di assicurare adeguati livelli di accessibilità ai servizi sanitari nelle aree caratterizzate da criticità territoriali, geomorfologiche e infrastrutturali.

Articolo 2 – Presidi ospedalieri nelle aree montane, interne e territorialmente disagiate

L’articolo individua i criteri territoriali e funzionali sulla base dei quali possono essere riconosciuti i presidi ospedalieri e territoriali e gli stabilimenti ospedalieri ricadenti in aree montane, interne o territorialmente disagiate e i presidi ospedalieri e territoriali e gli stabilimenti ospedalieri verso i quali promuovere il mantenimento e il rafforzamento tenendo in debita considerazione:

- le caratteristiche geomorfologiche del territorio;
- la densità abitativa;
- le condizioni della rete infrastrutturale;
- i tempi medi di percorrenza verso i principali presìdi ospedalieri;
- le esigenze di continuità assistenziale e di sicurezza sanitaria delle comunità locali.

L’articolo riconosce il ruolo strategico dei presidi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri insistenti nei territori montani e nelle aree interne della Calabria, con particolare riferimento ai comprensori caratterizzati da maggiore difficoltà di accesso ai servizi sanitari e da elevata fragilità territoriale e demografica.
La disposizione non introduce nuovi assetti ospedalieri né determina modifiche automatiche della rete ospedaliera regionale, ma promuove il mantenimento e il rafforzamento funzionale dei presìdi indicati nell’articolo.

Articolo 3 – Indirizzi organizzativi e assistenziali

L’articolo individua gli indirizzi organizzativi attraverso cui promuovere il rafforzamento funzionale dei presidi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri delle aree montane e disagiate.
La disposizione prevede la possibilità di sviluppare:

- funzioni assistenziali integrate;
- attività di emergenza e stabilizzazione;
- servizi diagnostici e specialistici;
- attività chirurgiche compatibili con gli standard organizzativi vigenti;
- sistemi di telemedicina e teleconsulto;
- modelli di presa in carico territoriale dei pazienti cronici e fragili.

L’articolo si pone in coerenza con il modello organizzativo delineato dal DM 77/2022 e con i più recenti indirizzi nazionali e regionali in materia di integrazione ospedale-territorio.
Particolare rilievo assume il ricorso alle nuove tecnologie sanitarie e digitali, finalizzate a migliorare l’accessibilità ai servizi specialistici nelle aree periferiche e montane della Regione.
La norma promuove modelli organizzativi flessibili e integrati coerenti con la programmazione sanitaria vigente.

Articolo 4 – Integrazione funzionale e continuità assistenziale

L’articolo promuove l’integrazione funzionale tra i presìdi ospedalieri e territoriali e gli stabilimenti ospedalieri delle aree montane e disagiate, i servizi territoriali, le reti cliniche regionali e il sistema dell’emergenza-urgenza. La disposizione valorizza:

- i sistemi di telemedicina;
- il telemonitoraggio;
- il teleconsulto specialistico;
- l’utilizzo delle piattaforme digitali sanitarie;
- le centrali operative territoriali;
- i modelli innovativi di coordinamento assistenziale;
- l'efficientamento organizzativo dell’offerta di diagnostica e ambulatoriale.

L’articolo richiama inoltre la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici avanzati e sistemi di supporto digitale e di Intelligenza artificiale applicati ai processi sanitari, nel rispetto della normativa vigente e degli standard di sicurezza clinica e protezione dei dati.
Particolare attenzione viene dedicata al coordinamento tra rete ospedaliera e servizi territoriali, con l’obiettivo di ridurre le condizioni di isolamento sanitario delle comunità montane e favorire la continuità assistenziale.
La disposizione si pone altresì in coerenza con gli investimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza in materia di digitalizzazione e sanità territoriale.

Articolo 5 – Piano regionale di attuazione

L’articolo demanda alla programmazione sanitaria regionale l’individuazione degli strumenti organizzativi e attuativi necessari al perseguimento delle finalità previste dalla legge. La disposizione prevede che gli interventi siano realizzati nell’ambito:

- della programmazione sanitaria regionale vigente;
- degli strumenti di pianificazione territoriale sanitaria;
- della rete ospedaliera, dell’assistenza territoriale e dell’emergenze-urgenze;
- dei programmi regionali di innovazione tecnologica e telemedicina. L’articolo ribadisce il principio di coerenza con gli standard organizzativi nazionali, con il quadro normativo vigente e con gli obiettivi di sostenibilità del Servizio sanitario regionale.

Articolo 6 – Monitoraggio

L’articolo disciplina le attività di monitoraggio e verifica dello stato di attuazione della legge. La disposizione prevede forme di monitoraggio periodico finalizzate a verificare:

- il livello di accessibilità ai servizi sanitari nelle aree montane e disagiate;
- l’efficacia delle misure organizzative adottate;
- il livello di integrazione tra ospedale e territorio;

- l’utilizzo delle tecnologie di telemedicina e dei sistemi digitali;
- l’evoluzione dei servizi di prossimità sanitaria.

L’attività di monitoraggio è finalizzata a favorire il miglioramento progressivo dei modelli assistenziali nelle aree interne e montane della Regione Calabria.

Articolo 7 – Clausola di invarianza finanziaria

L’articolo reca la clausola di invarianza finanziaria della proposta di legge. Trattasi della disposizione specifica che dall’attuazione della legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale e che agli adempimenti previsti si provvede mediante le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

La norma chiarisce inoltre che l’eventuale attuazione degli interventi previsti potrà avvenire nell’ambito delle risorse già previste dalla programmazione sanitaria regionale, nazionale ed europea, comprese quelle destinate:

- alla telemedicina;
- alla digitalizzazione sanitaria;
- alla sanità territoriale;
- all’innovazione tecnologica;
- ai programmi previsti dal Pnrr.

Articolo 8 – Entrata in vigore

L’articolo disciplina l’entrata in vigore della legge.

Relazione tecnico-finanziaria
Quadro di riepilogo analisi economico-finanziaria

Titolo: Proposta di legge regionale recante “Disposizioni per il rafforzamento funzionale dei presìdi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri delle aree montane e territorialmente disagiate della Calabria”.

Tabella 1 – Oneri finanziari

Articolo	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere temporale A o P	Importo
1	Norma di carattere ordinamentale	//	//	//
2	Norma di carattere ordinamentale	//	//	//
3	Norma di carattere ordinamentale	//	//	//
4	Norma di carattere ordinamentale	//	//	//
5	Norma di carattere ordinamentale	//	//	//
6	Norma di carattere ordinamentale	//	//	//
7	Clausola di neutralità finanziaria	//	//	//
8	Norma di carattere ordinamentale	//	//	//

Criteri di quantificazione degli oneri finanziari

La presente proposta di legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Tabella 2 – Copertura finanziaria

Programma/Capitolo	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Totale
	0 €	0 €	0 €	0 €
Totale	//	//	//	//

Proposta di legge regionale recante: *Disposizioni per il rafforzamento funzionale dei presìdi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri nelle aree montane e territorialmente disagiate della Calabria*

Articolo 1

(*Finalità e princìpi*)

1. La Regione Calabria, nell'ambito delle competenze attribuite dagli articoli 117, terzo comma, e 121 della Costituzione, nel rispetto della normativa statale vigente in materia di tutela della salute, livelli essenziali di assistenza, coordinamento della finanza pubblica e programmazione sanitaria, promuove misure organizzative finalizzate a garantire l'effettività del diritto alla salute e l'equità territoriale nell'accesso ai Servizi sanitari nei territori montani, nelle aree interne e nelle aree caratterizzate da particolare disagio di accessibilità ai servizi sanitari.
2. La presente legge definisce indirizzi e criteri generali per il rafforzamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale nelle aree caratterizzate da:
   a) condizioni geomorfologiche complesse;
   b) elevati tempi di percorrenza verso i presìdi della rete ospedaliera regionale;
   c) difficoltà di accesso ai servizi di emergenza-urgenza;
   d) fragilità demografiche e territoriali.
3. L'attuazione delle disposizioni della presente legge avviene in coerenza con:
   a) il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70;
   b) la programmazione sanitaria nazionale e regionale;
   c) i programmi operativi del Servizio sanitario regionale;
   d) i livelli essenziali di assistenza;
   e) gli obiettivi di sostenibilità economico-finanziaria del Servizio sanitario regionale.
4. Restano ferme le competenze attribuite agli organi regionali e agli eventuali organismi statali competenti in materia di programmazione sanitaria e organizzazione della rete ospedaliera.

Articolo 2

(*Presìdi ospedalieri e territoriali e stabilimenti ospedalieri nelle aree montane e territorialmente disagiate*)

1. La Regione, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, individua i presidi ospedalieri e territoriali e gli stabilimenti ospedalieri, già presenti nella rete ospedaliera e territoriale regionale, ubicati in aree montane o caratterizzate da particolare disagio territoriale, tenendo conto:
   a) delle condizioni geomorfologiche del territorio;
   b) dei tempi medi di percorrenza verso i presìdi hub e spoke;
   c) degli indici di accessibilità ai servizi sanitari;
   d) della distribuzione della popolazione residente;
   e) degli indicatori epidemiologici e demografici territoriali.
2. Nell'ambito delle finalità della presente legge, la Regione promuove il mantenimento e il rafforzamento funzionale dei presidi ospedalieri e territoriali di Acri, San Giovanni in Fiore, Serra San Bruno, Soveria Mannelli e Oppido Mamertina e dello stabilimento ospedaliero di Rogliano, secondo criteri di appropriatezza clinica, integrazione territoriale e sostenibilità organizzativa.
3. L'eventuale definizione dell'assetto organizzativo e funzionale dei presìdi di cui al comma 2 è effettuata mediante gli strumenti di programmazione sanitaria regionale e nel rispetto della normativa statale vigente.

Articolo 3

(*Indirizzi organizzativi e assistenziali*)

1. Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale e compatibilmente con gli standard organizzativi nazionali vigenti, la Regione può prevedere, nei presidi ospedalieri e territoriali e negli stabilimenti ospedalieri di cui all'articolo 2, il mantenimento, l'attivazione o il potenziamento di funzioni assistenziali coerenti con le esigenze dei territori interessati.
2. Le funzioni di cui al comma 1 possono riguardare:
   a) attività di emergenza-urgenza e pronto soccorso;
   b) osservazione breve intensiva;
   c) medicina interna;
   d) attività chirurgiche compatibili con gli standard organizzativi regionali e nazionali;
   e) funzioni di stabilizzazione clinica e monitoraggio intensivo;

f) attività ortopediche e traumatologiche correlate alle urgenze;
g) attività pediatriche di base;
h) servizi oncologici territoriali e di follow-up;
i) servizi diagnostici essenziali;
j) attività di specialistica ambulatoriale;
l) sistemi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio.

3. L'organizzazione delle funzioni assistenziali di cui al presente articolo è definita secondo criteri di:

a) appropriatezza clinica;
b) sicurezza delle cure;
c) sostenibilità organizzativa;
d) integrazione con la rete ospedaliera regionale;
e) continuità assistenziale.

Articolo 4
(*Integrazione funzionale e continuità assistenziale*)

1. La Regione promuove l'integrazione funzionale dei presìdi ospedalieri e territoriali e degli stabilimenti ospedalieri delle aree montane con la rete ospedaliera regionale e con i servizi territoriali, mediante modelli organizzativi orientati alla continuità assistenziale, all'appropriatezza clinica e alla tempestività degli interventi.
2. A tal fine, la Giunta regionale può promuovere la stipula di protocolli organizzativi tra aziende sanitarie provinciali, aziende ospedaliere e aziende ospedaliere universitarie finalizzati:
   a) alla gestione integrata dei percorsi clinico-assistenziali;
   b) alla gestione delle emergenze-urgenze;
   c) alla collaborazione tra strutture sanitarie, socio-sanitarie e territoriali;
   d) all'utilizzo condiviso delle tecnologie sanitarie;
   e) allo sviluppo coordinato della telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio;
   f) alla definizione di modelli organizzativi idonei a garantire continuità tempestività e sicurezza delle cure nei territori montani, interni e particolarmente disagiati.

Articolo 5
(*Piano regionale di attuazione*)

1. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale approva, previo parere della competente commissione consiliare, un piano regionale di attuazione.
2. Il piano definisce:
   a) gli interventi prioritari;
   b) i criteri e modalità di integrazione con la rete ospedaliera regionale;
   c) i modelli organizzativi territoriali;
   d) le modalità di utilizzo delle tecnologie di telemedicina;
   e) gli indicatori di monitoraggio dei risultati assistenziali;
   f) le modalità di verifica della compatibilità economico-finanziaria degli interventi previsti.
3. Il piano è adottato nel rispetto della normativa statale vigente, della programmazione sanitaria regionale, dei programmi operativi del Servizio sanitario regionale e degli equilibri economico-finanziari del sistema sanitario regionale.

Articolo 6
(*Monitoraggio*)

1. La Giunta regionale trasmette annualmente al Consiglio regionale una relazione sullo stato di attuazione della presente legge, con particolare riferimento:
   a) agli interventi realizzati;
   b) ai livelli di accessibilità ai servizi sanitari nelle aree montane, interne e territorialmente disagiate;
   c) all'andamento degli indicatori assistenziali;
   d) allo stato di integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali;
   e) ai tempi medi di percorrenza verso i presidi della rete ospedaliera e territoriale regionale e gli stabilimenti ospedalieri;
   f) all'utilizzo dei Servizi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio.

Articolo 7
(*Clausola di neutralità finanziaria*)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
2. Le attività previste sono realizzate mediante le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, nell'ambito della programmazione del Servizio sanitario regionale e nei limiti

delle risorse previste dai programmi regionali, nazionali ed europei destinati al settore sanitario, alla telemedicina e alla digitalizzazione dei servizi sanitari.

Articolo 8
(*Entrata in vigore*)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

LEGGE 30 dicembre 2004 , n. 311

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005).

Vigente al : 22-5-2026

Art. 1

101. Le disposizioni di cui ai commi 95 e 96 non si applicano al comparto scuola, alle università nonché agli ordini ed ai collegi professionali e relativi consigli e federazioni.

102. Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, e all'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, non ricomprese nell'elenco i allegato alla presente legge, adeguano le proprie politiche di reclutamento di personale al principio del contenimento della spesa in coerenza con gli obiettivi fissati dai documenti di finanza pubblica. A tal fine, secondo modalità indicate dal Ministero dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica, gli organi competenti ad adottare gli atti di programmazione dei fabbisogni di personale trasmettono annualmente alle predette amministrazioni i dati previsionali dei fabbisogni medesimi.

103. COMMA ABROGATO DAL D.L. 31 MAGGIO 2010, N. 78, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 30 LUGLIO 2010, N. 122.

104. Il secondo periodo del comma 4 dell'articolo 35 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: "Per le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie, ivi compresa l'Agenzia autonoma per la gestione dell'albo dei segretari comunali e provinciali, gli enti pubblici non economici e gli enti di ricerca, con organico

superiore alle 200 unità, l'avvio delle procedure concorsuali è subordinato all'emanazione di apposito decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare su proposta del Ministro per la funzione pubblica di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze".

105. COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 29 MARZO 2012, N. 49.

106. Per il funzionamento del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga è autorizzata l'ulteriore spesa di 6 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2005.

107. Per le regioni, le autonomie locali e gli enti del Servizio sanitario nazionale le economie derivanti dall'attuazione dei commi da 93 a 105 conseguenti a misure limitative delle assunzioni per gli anni 2006, 2007 e 2008 restano acquisite ai bilanci degli enti ai fini del miglioramento dei relativi saldi.

108. È stanziata, per l'anno 2005, la somma di 10 milioni di euro per il finanziamento delle attività inerenti alla programmazione e realizzazione del sistema integrato di trasporto denominato "Autostrade del mare", di cui al Piano generale dei trasporti e della logistica, approvato con deliberazione del Consiglio dei ministri del 2 marzo 2001, attuato dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti per il tramite della società Rete autostrade mediterranee Spa (RAM) del gruppo Sviluppo Italia Spa.

109. PERIODO SOPPRESSO DALLA L. 7 LUGLIO 2016, N. 122. PERIODO SOPPRESSO DALLA L. 7 LUGLIO 2016, N. 122. La cessione di prodotti selvatici non legnosi generati dall'attività di raccolta descritta alla classe ATECO 02.30, a cui si aggiunge la raccolta di piante officinali spontanee come regolata dall'articolo 3 del testo unico di cui al decreto legislativo 21 maggio 2018, n. 75 non obbliga il cedente raccoglitore occasionale non munito di partita IVA ad alcun obbligo contabile. I cessionari sono obbligati a comunicare annualmente alle regioni di appartenenza la quantità del prodotto commercializzato e la provenienza territoriale dello stesso, sulla base delle risultanze contabili. I cessionari sono obbligati a certificare al momento della vendita la provenienza del prodotto, la data di raccolta e quella di commercializzazione. (60) (73)

110. Allo scopo di concorrere al soddisfacimento della domanda di abitazioni, con particolare riferimento alle aree metropolitane ad alta tensione abitativa, e per agevolare la mobilità del personale dipendente da amministrazioni dello Stato, è consentita la modifica in aumento del limite

numerico degli alloggi da realizzare nell'ambito di programmi straordinari di edilizia residenziale pubblica di cui al comma 150 dell'articolo 4 della legge 24 dicembre 2003, n. 350, da concedere in locazione o in godimento ai medesimi dipendenti, fermo restando il limite volumetrico complessivo degli interventi oggetto dei programmi stessi.

111. Allo scopo di favorire l'accesso delle giovani coppie alla prima casa di abitazione, è istituito, per l'anno 2005, presso il Ministero dell'economia e delle finanze, un fondo per il sostegno finanziario all'acquisto di unità immobiliari da adibire ad abitazione principale in regime di edilizia convenzionata da cooperative edilizie, aziende territoriali di edilizia residenziale pubbliche ed imprese private. La dotazione finanziaria del predetto fondo per l'anno 2005 è fissata in 10 milioni di euro. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con i Ministri delle infrastrutture e dei trasporti e per le pari opportunità, sono fissati i criteri per l'accesso al fondo e i limiti di fruizione dei benefici di cui al presente comma. (22)

112. Il contributo statale annuo a favore della Federazione nazionale delle istituzioni pro ciechi di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 28 agosto 1997, n. 284, è aumentato a decorrere dal 2005 di euro 350.000.

113. Il contributo statale annuo a favore dell'Associazione nazionale vittime civili di guerra è aumentato a decorrere dall'anno 2005 di euro 250.000. (76)

114. All'articolo 2, comma 31, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, le parole: "legalmente riconosciute" sono sostituite dalle seguenti: "legalmente costituite".

115. Nell'ambito delle risorse preordinate sul Fondo per l'occupazione di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono determinati i criteri e le modalità per la destinazione dell'importo aggiuntivo di 2 milioni di euro per il 2005, per il finanziamento degli interventi di cui all'articolo 80, comma 4, della legge 23 dicembre 1998, n. 448.

116. Per l'anno 2005, le amministrazioni di cui agli articoli 1, comma 2, e 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, possono avvalersi di personale a tempo

determinato, ad eccezione di quanto previsto dall'articolo 108 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite della spesa media annua sostenuta per le stesse finalità nel triennio 1999-2001. La spesa per il personale a tempo determinato in servizio presso il Corpo forestale dello Stato nell'anno 2005, assunto ai sensi della legge 5 aprile 1985, n. 124, non può superare quella sostenuta per lo stesso personale nell'anno 2004. Le limitazioni di cui al presente comma non trovano applicazione nei confronti del personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale. Le medesime limitazioni non trovano altresì applicazione nei confronti delle regioni e delle autonomie locali.
Gli enti locali che per l'anno 2004 non abbiano rispettato le regole del patto di stabilità interno non possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa. Per il comparto scuola e per quello delle istituzioni di alta formazione e specializzazione artistica e musicale trovano applicazione le specifiche disposizioni di settore.

117. I Ministeri per i beni e le attività culturali, della giustizia, della salute e l'Agenzia del territorio sono autorizzati ad avvalersi, sino al 31 dicembre 2005, del personale in servizio con contratti di lavoro a tempo determinato, prorogati ai sensi dell'articolo 3, comma 62, della legge 24 dicembre 2003, n. 350. Il Ministero dell'economia e delle finanze può continuare ad avvalersi fino al 31 dicembre 2005 del personale utilizzato ai sensi dell'articolo 47, comma 10, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

118. Possono essere prorogati fino al 31 dicembre 2005 i contratti di lavoro a tempo determinato stipulati dagli organi della magistratura amministrativa nonché i contratti di lavoro a tempo determinato stipulati dall'INPS, dall'INPDAP e dall'INAIL già prorogati ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 28 maggio 2004, n. 136, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 luglio 2004, n. 186, i cui oneri continuano ad essere posti a carico dei bilanci degli enti predetti.

119. L'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici (APAT) può continuare ad avvalersi, sino al 31 dicembre 2005, del personale in servizio nell'anno 2004 con contratto a tempo determinato o con convenzione o con altra forma di flessibilità e di collaborazione nel limite massimo

di spesa complessivamente stanziata per lo stesso personale nell'anno 2004 dalla predetta Agenzia. I relativi oneri continuano a fare carico sul bilancio dell'Agenzia. Il Centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione (CNIPA) è autorizzato a prorogare, fino al 31 dicembre 2005, i rapporti di lavoro del personale con contratto a tempo determinato in servizio nell'anno 2004. I relativi oneri continuano a fare carico sul bilancio del Centro.

120. Al fine di consentire il completamento e l'aggiornamento dei dati per la rilevazione dei cittadini italiani residenti all'estero, i rapporti di impiego a tempo determinato stipulati ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 27 maggio 2002, n. 104, possono proseguire nell'anno 2005 fino al completamento dell'ultimo rinnovo semestrale autorizzato ai sensi dell'articolo 1-bis del decreto-legge 31 marzo 2003, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2003, n. 122.

121. Le procedure di conversione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato dei contratti di formazione e lavoro di cui all'articolo 3, comma 63, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, possono essere effettuate unicamente nel rispetto delle limitazioni e delle modalità previste dalla normativa vigente per l'assunzione di personale a tempo indeterminato. I rapporti in essere instaurati con il personale interessato alla predetta conversione sono comunque prorogati al 31 dicembre 2005.

122. Per l'anno 2005 per gli enti di ricerca, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, gli istituti zooprofilattici sperimentali, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'Agenzia italiana del farmaco, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, l'Agenzia spaziale italiana, l'Ente per le nuove tecnologie, l'energia e l'ambiente, il CNIPA, nonché per le università e le scuole superiori ad ordinamento speciale, sono fatte comunque salve le assunzioni a tempo determinato e la stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca e di innovazione tecnologica ovvero di progetti finalizzati al miglioramento di servizi anche didattici per gli studenti, i cui oneri non risultino a carico dei bilanci di funzionamento degli enti o del Fondo di finanziamento degli enti o del Fondo di finanziamento ordinario delle università.

123. I comandi del personale della società Poste italiane Spa e dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, di cui dall'articolo 3, comma 64, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sono prorogati al 31

dicembre 2005. (17)

124. Nulla è dovuto a titolo di indennità o trattamento economico aggiuntivo comunque denominato nei confronti del personale in servizio presso enti e società derivanti da processi di privatizzazione di amministrazioni pubbliche esercenti attività e servizi in regime di monopolio e già proveniente dalle predette amministrazioni pubbliche che sia trasferito a domanda con il semplice consenso dell'ente o della società e dell'amministrazione di destinazione presso le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni.

125. All'articolo 40, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, al terzo periodo le parole: "i ricercatori e i tecnologi degli enti di ricerca, compresi quelli dell'ENEA," sono soppresse.

126. Per la proroga delle attività di cui all'articolo 78, comma 31, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è autorizzata, per l'anno 2005, la spesa di 375 milioni di euro.

127. Per l'anno scolastico 2005-2006, la consistenza numerica della dotazione del personale docente in organico di diritto non potrà superare quella complessivamente determinata nel medesimo organico di diritto per l'anno scolastico 2004-2005.

128. L'insegnamento della lingua straniera nella scuola primaria è impartito dai docenti della classe in possesso dei requisiti richiesti o da altro docente facente parte dell'organico di istituto sempre in possesso dei requisiti richiesti. Possono essere attivati posti di lingua straniera da assegnare a docenti specialisti solo nei casi in cui non sia possibile coprire le ore di insegnamento con i docenti di classe o di istituto. Al fine di realizzare quanto previsto dal presente comma, la cui applicazione deve garantire il recupero all'insegnamento sul posto comune di non meno di 7.100 unità per ciascuno degli anni scolastici 2005-2006 e 2006-2007, sono attivati corsi di formazione, nell'ambito delle annuali iniziative di formazione in servizio del personale docente, la cui partecipazione è obbligatoria per tutti i docenti privi dei requisiti previsti per l'insegnamento della lingua straniera. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca adotta ogni idonea iniziativa per assicurare il conseguimento del predetto obiettivo.

129. La spesa per supplenze brevi del personale docente, amministrativo, tecnico ed ausiliario, al

lordo degli oneri sociali a carico dell'amministrazione e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non può superare l'importo di 766 milioni di euro per l'anno 2005 e di 565 milioni di euro a decorrere dall'anno 2006. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca adotta ogni idonea misura per assicurare il rispetto dei predetti limiti. (80)

130. Per l'attuazione del piano programmatico di cui all'articolo 1, comma 3, della legge 28 marzo 2003, n. 53, è autorizzata, a decorrere dall'anno 2005, l'ulteriore spesa complessiva di 110 milioni di euro per i seguenti interventi: anticipo delle iscrizioni e generalizzazione della scuola dell'infanzia, iniziative di formazione iniziale e continua del personale, interventi di orientamento contro la dispersione scolastica e per assicurare la realizzazione del diritto-dovere di istruzione e formazione.(28)

131. Per la realizzazione di interventi di edilizia e per l'acquisizione di attrezzature didattiche e strumentali di particolare rilevanza da parte delle istituzioni di cui all'articolo 1 della legge 21 dicembre 1999, n. 508, è autorizzata a decorrere dall'anno 2005 la spesa di 10 milioni di euro. (67)

132. Per il triennio 2005-2007 è fatto divieto a tutte le amministrazioni pubbliche di cui agli articoli 1, comma 2, e 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, di adottare provvedimenti per l'estensione di decisioni giurisdizionali aventi forza di giudicato, o comunque divenute esecutive, in materia di personale delle amministrazioni pubbliche. (32) (38)

133. All'articolo 61 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dopo il comma 1 è inserito il seguente:
"1-bis. Le pubbliche amministrazioni comunicano alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica e al Ministero dell'economia e delle finanze l'esistenza di controversie relative al rapporti di lavoro dalla cui soccombenza potrebbero derivare oneri aggiuntivi significativamente rilevanti per il numero dei soggetti direttamente o indirettamente interessati o comunque per gli effetti sulla finanza pubblica. La Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, può intervenire nel processo ai sensi dell'articolo 105 del codice di procedura civile".

134. Dopo l'articolo 63 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è inserito il seguente:

"Art. 63-bis. (Intervento dell'ARAN nelle controversie relative ai rapporti di lavoro). - 1. L'ARAN può intervenire nei giudizi innanzi al giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro, aventi ad oggetto le controversie relative ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni di cui agli articoli 1, comma 2, e 70, comma 4, al fine di garantire la corretta interpretazione e l'uniforme applicazione dei contratti collettivi.

Per le controversie relative al personale di cui all'articolo 3, derivanti dalle specifiche discipline ordinamentali e retributive, l'intervento in giudizio può essere assicurato attraverso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze".

135. La dotazione del Fondo di cui all'articolo 3, comma 149, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, è incrementata di un milione di euro per ciascuno degli anni 2005 e 2006.

136. COMMA ABROGATO DALLA L. 7 AGOSTO 2015, N. 124.

137. Al testo unico delle leggi concernenti il sequestro, il pignoramento e la cessione degli stipendi, salari e pensioni dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1950, n. 180, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, primo comma, dopo le parole: "di comunicazione o di trasporto" sono inserite le seguenti: "nonché le aziende private";

b) la rubrica del titolo III è sostituita dalla seguente: "Della cessione degli stipendi e salari dei dipendenti dello Stato non garantiti dal Fondo, degli impiegati e dei salariati non dipendenti dallo Stato e dei dipendenti di soggetti privati";

c) l'articolo 34 è abrogato;

d) al primo comma dell'articolo 54 le parole: "a norma del presente titolo" sono sostituite dalle seguenti: "a norma del titolo II e del presente titolo".

138. L'articolo 47 del testo unico delle norme sulle prestazioni previdenziali a favore dei dipendenti civili e militari dello Stato, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 29 dicembre 1973, n. 1032, è abrogato.

139. L'adeguamento dei trasferimenti dovuti dallo Stato, ai sensi rispettivamente dell'articolo 37,

comma 3, lettera c), della legge 9 marzo 1989, n. 88, e successive modificazioni, e dell'articolo 59, comma 34, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, è stabilito per l'anno 2005:

a) in 532,37 milioni di euro in favore del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, delle gestioni dei lavoratori autonomi, della gestione speciale minatori, nonché in favore dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza per i lavoratori dello spettacolo (ENPALS);

b) in 131,55 milioni di euro in favore del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, ad integrazione dei trasferimenti di cui alla lettera a), della gestione esercenti attività commerciali e della gestione artigiani.

140. Conseguentemente a quanto previsto dal comma 139, gli importi complessivamente dovuti dallo Stato sono determinati per l'anno 2005 in 15.740,39 milioni di euro per le gestioni di cui al comma 139, lettera a), e in 3.889,53 milioni di euro per le gestioni di cui al comma 139, lettera b).

141. I medesimi complessivi importi di cui ai commi 139 e 140 sono ripartiti tra le gestioni interessate con il procedimento di cui all'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, al netto, per quanto attiene al trasferimento di cui al comma 139, lettera a), della somma di 1.059,08 milioni di euro attribuita alla gestione per i coltivatori diretti, mezzadri e coloni a completamento dell'integrale assunzione a carico dello Stato dell'onere relativo ai trattamenti pensionistici liquidati anteriormente al 1 gennaio 1989, nonché al netto delle somme di 2,36 milioni di euro e di 54,78 milioni di euro di pertinenza, rispettivamente, della gestione speciale minatori e dell'ENPALS.

142. Il termine concernente i contributi previdenziali e i premi assicurativi relativi al sisma del 1990, riguardanti le imprese delle province di Catania, Siracusa e Ragusa, differito al 30 giugno 2005 dall'articolo 2, comma 66, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, è prorogato al 30 giugno 2006.

143. Ai fini della copertura dei maggiori oneri derivanti dall'assunzione, a carico del bilancio dello Stato, del finanziamento della gestione di cui all'articolo 37 della legge 9 marzo 1989, n. 88, riferiti agli esercizi finanziari precedenti l'anno 2004, per un importo pari a 7.581,83 milioni di euro, sono utilizzate:

a) le somme trasferite dal bilancio dello Stato all'INPS ai sensi dell'articolo 35, comma 3, della legge

23 dicembre 1998, n. 448, a titolo di anticipazione sul fabbisogno finanziario delle gestioni previdenziali risultate, nel loro complesso, eccedenti sulla base dei bilanci consuntivi per le esigenze delle predette gestioni, evidenziate nella contabilità del predetto Istituto ai sensi dell'articolo 35, comma 6, della predetta legge n. 448 del 1998, per un ammontare complessivo non superiore a 5.700 milioni di euro;

b) le somme che risultano, sulla base del bilancio consuntivo dell'anno 2003, trasferite alla predetta gestione dell'INPS in eccedenza rispetto agli oneri per prestazioni e provvidenze varie, ivi comprese le somme trasferite in eccedenza per il finanziamento degli oneri di cui all'articolo 49, comma 1, della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e fatto salvo quanto previsto dal decreto-legge 14 aprile 2003, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 giugno 2003, n. 133, per un ammontare complessivo pari a 307,51 milioni di euro;

c) le risorse trasferite all'INPS e accantonate presso la medesima gestione, come risultanti dal bilancio consuntivo dell'anno 2003 del predetto Istituto, in quanto non utilizzate per i seguenti scopi:
1) finanziamento delle prestazioni economiche per la tubercolosi di cui all'articolo 3, comma 14, della citata legge n. 448 del 1998, per un ammontare complessivo pari a 804,98 milioni di euro;
2) finanziamento degli oneri per pensionamenti anticipati di cui all'articolo 8 del decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 451, e all'articolo 3 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per un ammontare complessivo pari a 457,71 milioni di euro;
3) finanziamento degli oneri per l'assistenza ai portatori di handicap grave di cui all'articolo 42, comma 5, del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, e successive modificazioni, per un ammontare complessivo pari a 300,66 milioni di euro;
4) finanziamento degli oneri per i trattamenti di integrazione salariale straordinaria previsti da disposizioni diverse, per un ammontare complessivo pari a 10,97 milioni di euro.

144. Il complesso degli effetti contabili delle disposizioni di cui al comma 143 sulle gestioni dell'INPS interessate è definito con la procedura di cui all'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

145. Ai fini del finanziamento dei maggiori oneri a carico della Gestione per l'erogazione delle pensioni, assegni e indennità agli invalidi civili, ciechi e sordomuti di cui all'articolo 130 del decreto legislativo 31

marzo 1998, n. 112, valutati in 1.326 milioni di euro per l'esercizio 2004 e 827 milioni di euro a decorrere dal 2005:

a) per l'esercizio 2004, concorrono, per un importo complessivo di 780 milioni di euro, le risorse derivanti da:

1) i minori oneri accertati nell'attuazione dell'articolo 38 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, concernente incremento delle pensioni in favore di soggetti disagiati, per un ammontare complessivo pari a 245 milioni di euro;

2) i minori oneri accertati nell'attuazione dell'articolo 3, comma 14, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, concernente prestazioni economiche per la tubercolosi, per un ammontare complessivo pari a 70 milioni di euro;

3) i minori oneri accertati nell'attuazione del comma 5 dell'articolo 42 del citato testo unico di cui al decreto legislativo n. 151 del 2001 e del comma 3 dell'articolo 80 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, concernenti rispettivamente assistenza ai portatori di handicap grave e contribuzione figurativa in favore di sordomuti e invalidi, per un ammontare complessivo pari a 160 milioni di euro;

4) i minori oneri, rispetto alla somma di 872,8 milioni di euro prevista dalla legge 31 dicembre 1991, n. 415, e dalla legge 23 dicembre 1992, n. 500, per il finanziamento della gestione di cui all'articolo 37 della legge 9 marzo 1989, n. 88, accertati nell'attuazione delle norme in materia di pensionamenti anticipati, per un ammontare complessivo pari a 305 milioni di euro;

b) a decorrere dall'anno 2005, sono utilizzate le risorse derivanti da:

1) i minori oneri accertati nell'attuazione del citato articolo 38 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, per un ammontare complessivo pari a 245 milioni di euro;

2) i minori oneri accertati nell'attuazione del citato articolo 3, comma 14, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, per un am montare complessivo pari a 277 milioni di euro;

3) i minori oneri, rispetto alla somma di 872,8 milioni di euro prevista dalle citate leggi 31 dicembre 1991, n. 415, e 23 dicembre 1992, n. 500, per il finanziamento della gestione di cui all'articolo 37 della legge 9 marzo 1989, n. 88, accertati nell'attuazione delle norme in materia di pensionamenti anticipati, per un ammontare complessivo pari a 305 milioni di euro.

146. Per le imprese industriali che svolgono attività produttiva di fornitura o subfornitura di

componenti, di supporto o di servizio, a favore di imprese operanti nel settore automobilistico, i periodi di integrazione salariale ordinaria fruiti negli anni 2003 e 2004 non vengono computati ai fini della determinazione del limite massimo di utilizzo dell'integrazione salariale ordinaria di cui all'articolo 6 della legge 20 maggio 1975, n. 164, entro il limite di 1.100 unità annue.

147. COMMA ABROGATO DAL D.L. 10 GENNAIO 2006, N. 2, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 11 MARZO 2006, N. 81.

148. A decorrere dal 1 gennaio 2005, nell'ambito del processo di armonizzazione al regime generale è abrogato l'allegato B al regio decreto 8 gennaio 1931, n. 148, e i trattamenti economici previdenziali di malattia, riferiti al lavoratori addetti ai pubblici servizi di trasporto rientranti nell'ambito di applicazione del citato regio decreto, sono dovuti secondo le norme, le modalità e i limiti previsti per i lavoratori del settore industria. Eventuali trattamenti aggiuntivi rispetto a quelli erogati dall'I.N.P.S. al lavoratore del settore industria sono ridefiniti con la contrattazione collettiva di categoria.

149. I commi primo e secondo dell'articolo 2 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e successive modificazioni, sono sostituiti dai seguenti:
"A decorrere dal 1 giugno 2005, nei casi di infermità comportante incapacità lavorativa, il medico curante trasmette all'INPS il certificato di diagnosi sull'inizio e sulla durata presunta della malattia per via telematica on line, secondo le specifiche tecniche e le modalità procedurali determinate dall'INPS medesimo.
Il lavoratore è tenuto, entro due giorni dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, l'attestazione della malattia, rilasciata dal medico curante, al datore di lavoro, salvo il caso in cui quest'ultimo richieda all'INPS la trasmissione in via telematica della suddetta attestazione, secondo modalità stabilite dallo stesso Istituto.
Con apposito decreto interministeriale dei Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, dell'economia e delle finanze e per l'innovazione e le tecnologie, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuate le modalità tecniche, operative e di regolamentazione, al fine di consentire l'avvio della nuova procedura di trasmissione telematica on line della certificazione di malattia all'INPS e di inoltro

dell'attestazione di malattia dall'INPS al datore di lavoro, previsti dal primo e dal secondo comma del presente articolo".

150. L'articolo 1, comma 54, della legge 23 agosto 2004, n. 243, è abrogato.

151. All'articolo 118 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, ultimo periodo, sono soppresse le parole: "progressivamente e";

b) al comma 1, dopo l'ultimo periodo è aggiunto il seguente: "Nel finanziare i piani formativi di cui al presente comma, i fondi si attengono al criterio della redistribuzione delle risorse versate dalle aziende aderenti a ciascuno di essi, ai sensi del comma 3";

c) il comma 3 è sostituito dal seguente:

"3. I datori di lavoro che aderiscono ai fondi effettuano il versamento del contributo integrativo, di cui all'articolo 25 della legge n. 845 del 1978, e successive modificazioni, all'INPS, che provvede a trasferirlo, per intero, una volta dedotti i meri costi amministrativi, al fondo indicato dal datore di lavoro. L'adesione ai fondi è fissata entro il 31 ottobre di ogni anno, con effetti dal 1 gennaio successivo; le successive adesioni o disdette avranno effetto dal 1 gennaio di ogni anno. L'INPS, entro il 31 gennaio di ogni anno, a decorrere dal 2005, comunica al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e ai fondi la previsione, sulla base delle adesioni pervenute, del gettito del contributo integrativo, di cui all'articolo 25 della legge n. 845 del 1978, e successive modificazioni, relativo ai datori di lavoro aderenti ai fondi stessi nonché di quello relativo agli altri datori di lavoro, obbligati al versamento di detto contributo, destinato al Fondo per la formazione professionale e per l'accesso al Fondo sociale europeo (FSE), di cui all'articolo 9, comma 5, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236. Lo stesso Istituto provvede a disciplinare le modalità di adesione ai fondi interprofessionali e di trasferimento delle risorse agli stessi mediante acconti bimestrali nonché a fornire, tempestivamente e con regolarità, ai fondi stessi, tutte le informazioni relative alle imprese aderenti e ai contributi integrativi da esse versati. Al fine di assicurare continuità nel perseguimento delle finalità istituzionali del Fondo per la formazione professionale e per l'accesso al FSE, di cui all'articolo 9, comma 5, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, rimane fermo quanto previsto

dal secondo periodo del comma 2 dell'articolo 66 della legge 17 maggio 1999, n. 144".

152. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il "Fondo per il sostegno delle adozioni internazionali" finalizzato al rimborso delle spese sostenute dai genitori adottivi per l'espletamento della procedura di adozione disciplinata dalle disposizioni contenute nel capo I del titolo III della legge 4 maggio 1983, n. 184. Con decreto di natura non regolamentare adottato, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, dal Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, vengono determinati l'entità e i criteri del rimborso, nonché le modalità di presentazione delle istanze. In ogni caso, i rimborsi non potranno superare l'ammontare massimo di 10 milioni di euro per l'anno 2005. A favore del Fondo di cui al presente comma è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per l'anno 2005.

153. Nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è destinata una quota di 500.000 euro per l'anno 2005 per l'istituzione di un Fondo speciale al fine di promuovere le politiche giovanili finalizzate alla partecipazione dei giovani sul piano culturale e sociale nella società e nelle istituzioni, mediante il sostegno della loro capacità progettuale e creativa e favorendo il formarsi di nuove realtà associative nonché consolidando e rafforzando quelle già esistenti.(22)

154. Il 70 per cento della quota del Fondo di cui al comma 153 è destinato al finanziamento dei programmi e dei progetti del Forum nazionale dei giovani, con sede in Roma. Il restante 30 per cento è ripartito tra i Forum dei giovani regionali e locali proporzionalmente alla presenza di associazioni e di giovani sul territorio.

155. In attesa della riforma degli ammortizzatori sociali e nel limite complessivo di spesa di 460 milioni di euro a carico del Fondo per l'occupazione di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può disporre entro il 31 dicembre 2005 e per gli accordi di settore entro il 31 dicembre 2007, anche in deroga alla vigente normativa, concessioni, anche senza soluzione di continuità, dei trattamenti di cassa integrazione guadagni straordinaria, di mobilità e di disoccupazione speciale, nel caso di programmi

finalizzati alla gestione di crisi occupazionali, anche con riferimento a settori produttivi e ad aree territoriali ovvero miranti al reimpiego di lavoratori coinvolti in detti programmi definiti in specifici accordi in sede governativa intervenuti entro il 30 giugno 2005 che recepiscono le intese intervenute in sede istituzionale territoriale.

Nell'ambito delle risorse finanziarie di cui al primo periodo, i trattamenti concessi ai sensi dell'articolo 3, comma 137, quarto periodo, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, e successive modificazioni, possono essere prorogati con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, qualora i piani di gestione delle eccedenze già definiti in specifici accordi in sede governativa abbiano comportato una riduzione nella misura almeno del 10 per cento del numero dei destinatari dei trattamenti scaduti il 31 dicembre 2004. La misura dei trattamenti di cui al secondo periodo è ridotta del 10 per cento nel caso di prima proroga e del 30 per cento per le proroghe successive. (8a)

156. All'articolo 118, comma 16, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, le parole: "e di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2003 e 2004" sono sostituite dalle seguenti: "e di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2003, 2004 e 2005".

157. All'articolo 43 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole da: "in un'apposita gestione" fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: "alla gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335";

b) al comma 2, le parole da: "alla gestione separata" fino a: "n. 335" sono soppresse;

c) il comma 9 è abrogato.

158. All'articolo 58 della legge 17 maggio 1999, n. 144, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2:

1) la parola: "tredici" è sostituita dalla parola: "dodici";

2) le parole: "sei eletti dagli iscritti al Fondo" sono sostituite dalle seguenti: "cinque designati dalle associazioni sindacali rappresentative degli iscritti al Fondo medesimo";

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

"3. Il comitato amministratore è presieduto dal presidente dell'INPS o da un suo delegato scelto tra i

componenti del consiglio di amministrazione dell'Istituto medesimo".

159. COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 30 GIUGNO 2011, N. 123.

160. È costituita la Fondazione per la diffusione della responsabilità sociale delle imprese. Alla Fondazione partecipano, quali soci fondatori, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, oltre ad altri soggetti pubblici e privati che ne condividano le finalità. La Fondazione è soggetta alle disposizioni del codice civile, delle leggi speciali e dello statuto, che verrà redatto dai fondatori. Per lo svolgimento delle sue attività istituzionali è assegnato alla Fondazione un contributo di un milione di euro per l'anno 2005.

161. L'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i lavoratori dello spettacolo (ENPALS) può continuare ad avvalersi, fino al 31 dicembre 2005, del personale in servizio nell'anno 2004 con contratto di lavoro a tempo determinato nel limite massimo di spesa complessivamente stanziata per lo stesso personale nell'anno 2004. I relativi oneri continuano ad essere posti a carico del bilancio dell'Ente.

162. All'articolo 3, comma 136, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, al primo periodo, le parole: "31 dicembre 2004" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2005" e, al secondo periodo, le parole: "31 dicembre 2003" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2004". A tal fine è autorizzata, per l'anno 2005, la spesa di 5 milioni di euro a valere sul Fondo per l'occupazione di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236.

163. Per la prosecuzione degli interventi di cui all'articolo 3, comma 9, e all'articolo 8, comma 4-bis, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, è autorizzato un contributo di euro 160.102.000 per l'anno 2005. A tal fine, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, è nominato un Commissario straordinario del Governo con funzioni di vigilanza sulle modalità di attuazione del presente comma.

164. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2005-2007 il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, è determinato in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960

milioni di euro per l'anno 2006 e 91.759 milioni di euro per l'anno 2007. I predetti importi ricomprendono anche quello di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale "Bambino Gesù". Lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2001, 2002 e 2003. A tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2005, di cui 50 milioni di euro finalizzati al ripiano dei disavanzi della regione Lazio per l'anno 2003, derivanti dal finanziamento dell'ospedale "Bambino Gesù". Le predette disponibilità finanziarie sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. (19)

165. Resta fermo l'obbligo in capo all'Agenzia italiana del farmaco di garantire per la quota a proprio carico, ai sensi dell'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, il livello della spesa farmaceutica stabilito dalla legislazione vigente. Nell'ambito delle annuali direttive del Ministro della salute all'Agenzia è incluso il conseguimento dell'obiettivo del rispetto del predetto livello della spesa farmaceutica. Al fine di conseguire il contenimento della spesa farmaceutica, l'Agenzia italiana del farmaco stabilisce le modalità per il confezionamento ottimale dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, almeno per le patologie più rilevanti, relativamente a dosaggi e numero di unità posologiche, individua i farmaci per i quali i medici possono prescrivere "confezioni d'avvio" per terapie usate per la prima volta verso i cittadini, al fine di evitare prescrizioni quantitativamente improprie e più costose, e di verificarne la tollerabilità e l'efficacia, e predispone l'elenco dei farmaci per i quali sono autorizzate la prescrizione e la vendita per unità posologiche.

166. All'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 10:

1) alla lettera c), dopo le parole: "indicate alle lettere a) e b)" sono aggiunte le seguenti: "ad eccezione dei farmaci non soggetti a ricetta con accesso alla pubblicità al pubblico";

2) dopo la lettera c), è aggiunta la seguente:

"c-bis) farmaci non soggetti a ricetta medica con accesso alla pubblicità al pubblico (OTC)";

b) al comma 14, ultimo periodo, le parole: "lettera c)" sono sostituite dalle seguenti: "lettere c) e c-bis)".

167. All'articolo 70, comma 2, primo periodo, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, dopo le parole: "l'indicazione della "nota"" la parola: ", controfirmata," è soppressa.

168. L'Agenzia italiana del farmaco adotta nel limite di spesa annuo di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007, nell'ambito del programma annuale di attività previsto dall'articolo 48, comma 5, lettera h), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, un piano di comunicazione volto a diffondere l'uso dei farmaci generici, ad assicurare una adeguata informazione del pubblico su tali farmaci e a garantire ai medici, ai farmacisti e agli operatori di settore, a mezzo di apposite pubblicazioni specialistiche, le informazioni necessarie sui farmaci generici e le liste complete di farmaci generici disponibili.

169. Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005.(23a) 170. PERIODO ABROGATO DAL D.L. 6 LUGLIO

2012, N. 95, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 7 AGOSTO 2012, N. 135. PERIODO ABROGATO DAL D.L. 6 LUGLIO 2012, N. 95, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 7 AGOSTO 2012, N. 135. PERIODO ABROGATO DAL D.L. 6 LUGLIO 2012, N. 95, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 7 AGOSTO 2012, N. 135. PERIODO ABROGATO DAL D.L. 6 LUGLIO 2012, N. 95, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 7 AGOSTO 2012, N. 135. Con cadenza triennale, a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le tariffe massime per le prestazioni di assistenza termale sono definite dall'accordo stipulato ai sensi dell'articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323. Per la revisione delle tariffe massime per le predette prestazioni di assistenza termale è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010. Al relativo onere, pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

171. Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale.

Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

172. Il potere di accesso del Ministro della salute presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui all'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 29 agosto 1984, n. 528, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 1984, n. 733, e all'articolo 4, comma 2, della legge 1 febbraio 1989, n. 37, è esteso a tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, ai policlinici universitari e alle aziende ospedaliere universitarie ed è integrato con la potestà di verifica dell'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001,

pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa.

173. L'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto al comma 164, rispetto al livello di cui all'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 7 settembre 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli ai fini del contenimento della dinamica dei costi:

a) gli adempimenti già previsti dalla vigente legislazione;

b) i casi nei quali debbano essere previste modalità di affiancamento dei rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ai fini di una migliore definizione delle misure da adottare;

c) ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario;

d) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, coerentemente con il Piano sanitario nazionale;

e) il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione, con esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore, secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente, al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi;

f) in ogni caso, l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli

obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale. (17)

174. Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzi un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti.

Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario ad acta entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento agli anni di imposta 2006 e successivi, si applicano comunque il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica e nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive; scaduto il termine del 31 maggio, la regione non può assumere provvedimenti che abbiano ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte ed i contribuenti liquidano e versano gli acconti d'imposta dovuti nel medesimo anno sulla base della misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni d'aliquota di tali imposte. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto del predetto vincolo. (61) (63) (80) (87) (88) (90)

175. Per le finalità di cui al comma 174 e per la copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario, la regione, in deroga alla sospensione di cui al comma 61, primo periodo, può deliberare l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti degli aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito e delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, già disposti, oggetto della predetta sospensione. Ai sensi del primo periodo del presente comma e del comma 22 dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 2003, n. 350, l'inizio o la ripresa della decorrenza degli effetti può concernere anche quelle maggiorazioni dell'aliquota IRAP che siano state deliberate dalle regioni, antecedentemente al 31 dicembre 2003, in difformità rispetto a quanto previsto dalla normativa statale. Per le medesime finalità, le regioni possono altresì, nei limiti della normativa statale di riferimento ed in conformità ad essa, disporre nuovi aumenti dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito o nuove maggiorazioni dell'aliquota IRAP ovvero modificare gli aumenti e le maggiorazioni di cui al primo periodo del presente comma.
176. In caso di mancato adempimento agli obblighi di cui al comma 173 è precluso l'accesso al maggiore finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate.
177. Le regioni, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, definiscono le fattispecie per l'eventuale trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato del rapporto di lavoro dei professionisti convenzionati a carico del protocollo aggiuntivo ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 271, e 21 settembre 2001, n. 446, in modo da assicurare una riduzione della relativa spesa pari ad almeno il 20 per cento. La predetta trasformazione è possibile entro il limite del numero di ore di incarico attivate a titolo convenzionale presso ciascuna azienda sanitaria locale alla data del 31 ottobre 2004.
178. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi hanno durata quadriennale per la parte normativa e durata biennale per la parte economica. In sede di

prima applicazione la durata, per le parti normativa ed economica, è definita fino al 31 dicembre 2005.

179. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di cui al comma 173, ciascuna regione provvede a disciplinare appositi meccanismi di raccordo tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attribuendo a questi ultimi il compito di segnalare tempestivamente alle strutture competenti a livello regionale le situazioni di inefficienza gestionale e organizzativa che costituiscono violazione degli obiettivi di contenimento della dinamica dei costi di cui ai commi da 164 a 187.

180. La regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176 nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma.

181. Con riferimento agli importi indicati al comma 164, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato, oltre che agli adempimenti di cui al comma 173, anche al rispetto da parte delle regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

182. Limitatamente all'anno 2004:

a) l'obbligo in capo alle regioni, per la quota del 40 per cento a loro carico, di cui all'articolo 48, comma 5, lettera f), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in caso di superamento dei tetti di spesa di cui al comma 1 del predetto

articolo 48, s'intende comunque adempiuto, anche qualora la regione non abbia provveduto al previsto ripiano, purché l'equilibrio complessivo del relativo sistema sanitario regionale venga rispettato, previa verifica dell'avvenuta erogazione dei livelli essenziali di assistenza effettuata dal Ministero della salute, ai sensi del comma 172;

b) con specifica intesa tra Stato e regioni, sulla base dei dati forniti dall'Agenzia italiana del farmaco, su proposta del Ministro della salute, sono definite le eventuali compensazioni sugli effetti, per ogni singola regione, derivanti dai provvedimenti a carico delle aziende produttrici di cui all'articolo 1 del decreto-legge 24 giugno 2004, n. 156, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 agosto 2004, n. 202, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica programmati, anche ai fini dell'accesso all'integrazione dei finanziamenti a carico dello Stato come stabilito dal citato Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001.

183. A partire dal 2005, sulla base delle rilevazioni condotte dall'Agenzia italiana del farmaco, le regioni che non adottano misure di contenimento della spesa farmaceutica adeguate al rispetto dei tetti stabiliti dall'articolo 48, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono tenute nell'esercizio successivo a quello di rilevazione ad adottare misure di contenimento pari al 50 per cento del proprio sfondamento.

184. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione dell'incremento del finanziamento a carico dello Stato:

a) in deroga a quanto stabilito dall'articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli anni 2005, 2006 e 2007, è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario anticipazioni con riferimento alle somme indicate al comma 164, al netto di quelle indicate al comma 181, da accreditare sulle contabilità speciali di cui all'articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute alle regioni a statuto ordinario a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie regionali;

b) per gli anni 2005, 2006 e 2007, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni Sicilia e Sardegna anticipazioni nella misura pari al 95 per cento delle somme dovute a tali regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta quale risulta dalla deliberazione del CIPE per i

corrispondenti anni, al netto delle entrate proprie e delle partecipazioni delle medesime regioni;
c) all'erogazione dell'ulteriore 5 per cento o al ripristino del livello di finanziamento previsto dal citato accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001 per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005, nei confronti delle singole regioni si provvede a seguito della verifica degli adempimenti di cui ai commi 173 e 181;
d) nelle more della deliberazione del CIPE e della proposta di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 4 dell'articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della stipula dell'intesa di cui al comma 173, le anticipazioni sono commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dal riparto per l'anno 2004 in base alla deliberazione del CIPE, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dal 2005;
e) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi che dovessero rendersi necessari anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi.
185. All'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, dopo il comma 1, è inserito il seguente:
"1-bis. Il Ministero dell'economia e delle finanze cura la generazione e la consegna della tessera sanitaria a tutti i soggetti destinatari, indicati al comma 1, entro il 31 dicembre 2005".
186. Nell'ambito delle attività dirette alla definizione e implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il Ministero della salute, anche ai fini del controllo e monitoraggio della spesa per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, garantisce in ogni caso la coerente prosecuzione delle azioni in corso con riduzione della spesa per il rinnovo dei contratti per la fornitura di beni e servizi afferenti al funzionamento del NSIS nella misura di cinque punti percentuali, salva la facoltà di ampliare i servizi richiesti nel limite dell'ordinario stanziamento di bilancio.
187. In considerazione del rilievo nazionale ed internazionale nella sperimentazione sanitaria di elevata specializzazione e nella cura delle più rilevanti patologie, per l'anno 2005 è autorizzata la spesa di 15 milioni di euro in favore della fondazione "Centro San Raffaele del Monte Tabor".
188. Le regioni che alla data del 1 gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti in attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, destinano una quota delle risorse residue al potenziamento ed ammodernamento tecnologico.

189. Le sanzioni amministrative per infrazioni al divieto di fumare, previste dall'articolo 51, comma 7, della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sono aumentate del 10 per cento.
190. I proventi delle sanzioni amministrative per infrazioni al divieto di fumare inflitte, a norma dell'articolo 51, comma 7, della legge 16 gennaio 2003, n. 3, da organi statali affluiscono al bilancio dello Stato, per essere successivamente riassegnati, limitatamente ai maggiori proventi conseguiti per effetto degli aumenti di cui al comma 189, ad appositi capitoli di spesa dello stato di previsione del Ministero della salute per il potenziamento degli organi ispettivi e di controllo, nonché per la realizzazione di campagne di informazione e di educazione alla salute finalizzate alla prevenzione del tabagismo e delle patologie ad esso correlate.
191. Resta ferma l'autonoma, integrale disponibilità da parte delle singole regioni, ai sensi degli articoli 17, terzo comma, e 29, terzo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689, dei proventi relativi alle infrazioni di cui al comma 189, accertate dagli organi di polizia locale, come tali ad esse direttamente attribuiti.
192. Al fine di migliorare l'efficienza operativa della pubblica amministrazione e per il contenimento della spesa pubblica, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono individuati le applicazioni informatiche e i servizi per i quali si rendono necessarie razionalizzazioni ed eliminazioni di duplicazioni e sovrapposizioni. Il CNIPA stipula contratti-quadro per l'acquisizione di applicativi informatici e per l'erogazione di servizi di carattere generale riguardanti il funzionamento degli uffici con modalità che riducano gli oneri derivanti dallo sviluppo, dalla manutenzione e dalla gestione.
193. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39, sono tenute ad avvalersi, uniformando le procedure e le prassi amministrative in corso, degli applicativi e dei servizi di cui al comma 192, salvo i casi in cui possano dimostrare, in sede di richiesta di parere di congruità tecnico-economica di cui all'articolo 8 dello stesso decreto legislativo, che la soluzione che intendono adottare, a parità di funzioni, risulti economicamente più vantaggiosa.
194. Ai fini di cui al comma 192, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono individuati interventi di razionalizzazione delle infrastrutture di calcolo, telematiche e di comunicazione delle amministrazioni di cui al comma 193.
195. Le pubbliche amministrazioni diverse da quelle di cui al comma 193 possono avvalersi dei servizi di cui al medesimo comma 193, secondo modalità da definire in sede di Conferenza unificata di cui

all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

196. Ai fini della copertura delle spese necessarie per lo svolgimento dei compiti di cui al comma 193, possono essere assegnati al CNIPA finanziamenti a carico del Fondo di finanziamento per i progetti strategici nel settore informatico di cui all'articolo 27, comma 2, della legge 16 gennaio 2003, n. 3.

197. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i cedolini per il pagamento delle competenze stipendiali del personale delle amministrazioni di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39, purché sia già in possesso di caselle di posta elettronica fornite dall'amministrazione, sono trasmessi, tenuto conto del diritto alla riservatezza, esclusivamente per via telematica all'indirizzo di posta elettronica assegnato a ciascun dipendente. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie, sono emanate le relative norme attuative.

198. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli uffici cassa delle amministrazioni, anche periferiche, dello Stato sono organizzati sulla base di procedure amministrative informatizzate. Tutti i contatti con il personale dipendente e con gli uffici, anche di altra amministrazione, avvengono utilizzando modalità di trasmissione telematica dei dati. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per l'innovazione e le tecnologie, sono emanate le relative norme attuative.

199. Per l'anno finanziario 2005 e successivi, il Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio, è autorizzato a provvedere con propri decreti alla riassegnazione alle pertinenti unità previsionali di base dello stato di previsione del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio delle somme da versare in entrata per revoche ed economie dei finanziamenti di cui alla legge 8 ottobre 1997, n. 344, adottate con provvedimento del Ministero competente, e con lo stesso destinate alla realizzazione di interventi finalizzati allo stesso progetto strategico inseriti negli accordi di programma quadro da stipulare con le regioni territorialmente interessate.

200. Al fine di garantire la prosecuzione delle iniziative di sostegno allo sviluppo economico già adottate e per il completamento delle dotazioni infrastrutturali già programmate, è autorizzata la prosecuzione degli interventi previsti dall'articolo 52, comma 59, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, e dall'articolo 3, comma 2-ter, secondo periodo, del decreto-legge 24 settembre 2002, n. 209,

convertito, con modificazioni, dalla legge 22 novembre 2002, n. 265, nei limiti delle risorse finanziarie per tali finalità rispettivamente appostate e disponibili, che a tale fine vengono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate negli anni successivi, fino al completamento delle iniziative contemplate nelle citate disposizioni di legge.

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

LEGGE 5 giugno 2003 , n. 131

Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Art. 8

(Attuazione dell'articolo 120 della Costituzione
sul potere sostitutivo)

1. Nei casi e per le finalità previsti dall'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente per materia, anche su iniziativa delle Regioni o degli enti locali, assegna all'ente interessato un congruo termine per adottare i provvedimenti dovuti o necessari; decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, sentito l'organo interessato, su proposta del Ministro competente o del Presidente del Consiglio dei ministri, adotta i provvedimenti necessari, anche normativi, ovvero nomina un apposito commissario.
Alla riunione del Consiglio dei ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale della Regione interessata al provvedimento.

2. Qualora l'esercizio del potere sostitutivo si renda necessario al fine di porre rimedio alla violazione della normativa comunitaria, gli atti ed i provvedimenti di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro per le politiche comunitarie e del Ministro competente per materia.
L'articolo 11 della legge 9 marzo 1989, n. 86, è abrogato.

3. Fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale, qualora l'esercizio dei poteri sostitutivi

riguardi Comuni, Province o Città metropolitane, la nomina del commissario deve tenere conto dei principi di sussidiarietà e di leale collaborazione. Il commissario provvede, sentito il Consiglio delle autonomie locali qualora tale organo sia stato istituito.

4. Nei casi di assoluta urgenza, qualora l'intervento sostitutivo non sia procrastinabile senza mettere in pericolo le finalità tutelate dall'articolo 120 della Costituzione, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente, anche su iniziativa delle Regioni o degli enti locali, adotta i provvedimenti necessari, che sono immediatamente comunicati alla Conferenza Stato-Regioni o alla Conferenza Stato-Città e autonomie locali, allargata ai rappresentanti delle Comunità montane, che possono chiederne il riesame.

5. I provvedimenti sostitutivi devono essere proporzionati alle finalità perseguite.

6. Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Nelle materie di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'articolo 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

DECRETO-LEGGE 1 ottobre 2007 , n. 159

Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale.

Vigente al : 22-5-2026

Art. 4

Commissari ad acta per le regioni inadempienti

1. Qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, con le modalità previste dagli accordi sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, si prefiguri il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel

Piano.

2. Ove la regione non adempia alla diffida di cui al comma 1, ovvero gli atti e le azioni posti in essere, valutati dai predetti Tavolo e Comitato, risultino inidonei o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nomina un commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro. Al fine di assicurare la puntuale attuazione del piano di rientro, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcomissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale. I subcommissari svolgono attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al commissario con il mandato commissariale. Il commissario può avvalersi dei subcommissari anche quali soggetti attuatori e può motivatamente disporre, nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e delle aziende ospedaliere universitarie, fermo restando il trattamento economico in godimento, la sospensione dalle funzioni in atto, che possono essere affidate a un soggetto attuatore, e l'assegnazione ad altro incarico fino alla durata massima del commissariamento ovvero alla naturale scadenza del rapporto con l'ente del servizio sanitario. PERIODO SOPPRESSO DAL D.L. 25 GIUGNO 2008, N. 112 CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA L. 6 AGOSTO 2008, N. 133. Gli eventuali oneri derivanti dalla gestione commissariale sono a carico della regione interessata, che mette altresì a disposizione del commissario e dei subcommissari il personale, gli uffici e i mezzi necessari all'espletamento dell'incarico. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sono determinati i compensi degli organi della gestione commissariale. Le regioni provvedono ai predetti adempimenti utilizzando le risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

L'incarico di commissario ad acta e di subcommissario è valutabile quale esperienza dirigenziale ai fini di cui al comma 7-ter dell'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171. **((Ai subcommissari spetta un compenso non superiore a quello stabilito dalla normativa regionale per i direttori generali degli enti del servizio sanitario))**.

2-bis. I crediti interessati dalle procedure di accertamento e riconciliazione del debito pregresso al 31 dicembre 2005, attivate dalle regioni nell'ambito dei piani di rientro dai deficit sanitari di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per i quali sia stata fatta la richiesta ai creditori della comunicazione di informazioni, entro un termine definito, sui crediti vantati dai medesimi, si prescrivono in cinque anni dalla data in cui sono maturati, e comunque non prima di centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, qualora, alla scadenza del termine fissato, non sia pervenuta la comunicazione richiesta. A decorrere dal termine per la predetta comunicazione, i crediti di cui al presente comma non producono interessi.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

(G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c);

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (3), e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Dato atto che il Ministero della salute si è avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'allegato 1 al presente regolamento, della collaborazione della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 gennaio 2015 che fa seguito al parere interlocutorio del 23 ottobre 2014;

Vista la nota prot. n. 919 del 9 febbraio 2015, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

ADOTTA

il seguente regolamento:

(3) NDR: In G.U. è riportato il seguente riferimento normativo non corretto: «legge 23 agosto 1998, n. 400».

Art. 1. Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.

3. Ai fini del calcolo della dotazione dei posti letti di cui al comma 2, in ciascuna regione:

a) si fa riferimento alla popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
b) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a), è incrementato o decrementato nel modo che segue per tenere conto della mobilità tra regioni:
1. si calcola il costo medio per posto letto a livello nazionale, dividendo il costo complessivo nazionale dell'assistenza ospedaliera, contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all'anno 2012, per il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013 e rilevati nei modelli utilizzati per la verifica annuale dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
2. si divide il costo medio del posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni;
3. il numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80, ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016;
4. l'allineamento alla dotazione attesa, nelle regioni in piano di rientro, avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, nei tempi e con le modalità definite nei vigenti programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, così come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo patto per la salute 2014-2016;

c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dalla presente lettera;
d) con successivo provvedimento programmatico regionale saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere, il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale.

4. In relazione al numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alle previsioni del comma 3, l'allineamento è realizzato e diventa vincolante in incremento, solo se necessario al fine di realizzare l'obiettivo di rispettare il tasso di ospedalizzazione del 160/1000 abitanti.

5. Il provvedimento regionale generale di cui al comma 2 è adottato in modo da:

a) procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, ai fini dell'accreditabilità e della sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali;
b) adottare, nell'ambito delle procedure di accreditamento, le opportune iniziative affinché gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e della legge 26 novembre 1973, n. 817, trasmettano alla regione stessa, annualmente, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. Tale adempimento è previsto negli accordi contrattuali e nei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni il quale dispone che, tra i requisiti di accreditamento sia ricompresa, altresì, l'applicazione delle norme di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
c) perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline e fatto salvo quanto previsto dai protocolli d'intesa università-regione limitatamente alle regioni che, avendo una popolazione inferiore ai due milioni di abitanti, ospitano una sola azienda ospedaliero-universitaria, alla data di emanazione del presente decreto, fermo restando il rispetto dello standard di dotazione dei posti letto di cui ai commi 2 e 3;
d) assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;
e) applicare gli standard generali di qualità di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;
f) applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3 dell'Allegato 1, tenendo presenti le indicazioni contenute nel decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;
g) tener conto degli ulteriori standard indicati nei paragrafi 6 e 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialità;
h) assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012;

i) articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; adottare il modello denominato hub and spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;
l) adeguare la rete dell'emergenza urgenza alle indicazioni contenute nel paragrafo 9 dell'Allegato 1, anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;
m) definire un documento che, tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell'Allegato 1, individua le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;
n) assumere come riferimento, nelle more dell'adozione di uno specifico accordo da sancire in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, quanto indicato in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

Art. 2. Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

Art. 3. Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

Il presente decreto munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Allegato 1

1. Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione

1.1. I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate.

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una

inevitabile ridistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e della strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

1.2. In tal senso l'art. 15, comma 13, lettera c) del d.l. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012 ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalità del loro estrinsecarsi.

In questa logica, per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità (come già avviene in campo trapiantologico). La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini.

La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. E' raccomandata anche l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine(in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le regioni avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.

1.3 Il presente documento, fermi restando i criteri di accreditamento già fissati dalle singole regioni in riferimento alle singole strutture pubbliche e private, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico - assistenziale della struttura ed alla sua

interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture.

Per quanto attiene alle strutture sanitarie pubbliche si richiamano gli standard sulle unità operative semplici e complesse, approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art. 9 dell'Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera b) del patto per la salute 2010-2012.

1.4 Per promuovere un uso appropriato dell'ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, è indispensabile che le regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonché per le strutture privare accreditate, relativo a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza.

I criteri dovranno essere definiti con Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto di linee guida elaborate da un tavolo tecnico che verrà istituito entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto presso il Ministero della salute, composto da rappresentanti del Ministero stesso, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), regioni e province autonome.

Le linee guida dovranno fornire indicazioni, in modo che i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri siano:

a) finalizzati a valutare e selezionare i pazienti ai fini dell'ammissione sotto il profilo di:

-severità della condizione clinica/evento morboso/trauma che ha portato il paziente in ospedale

-intensità/complessità dell'assistenza necessaria.

b) specificamente definiti per l'ammissione in:

-ricovero ordinario in strutture/UO ospedaliere per acuti

-ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per acuti

-ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per lungodegenza

-ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione

-ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione

-osservazione breve

1.5 Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di posti letto (p.l.) previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attività o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni già operanti a livello nazionale in materia di compilazione di distinte schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un'attività/ regime di ricovero ad altro, ad es. da ricovero ordinario a ricovero diurno o da ricovero per acuti a ricovero in recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza.

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

2.1. La programmazione regionale provvede alla definizione delle rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto ed in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l'organizzazione per complessità e intensità di cura.

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli a complessità crescente.

2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliero universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

2.5 Il provvedimento regionale generale di cui all'articolo 1, comma 2, del presente decreto, stabilisce che, fermo restando che l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente di cui ai punti 2.2, 2.3 e 2.4, e può prevedere, altresì, strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle

strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di cui all'ultimo periodo del presente punto. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all'interno della stessa regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 in modo da consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento, la soglia dei p.l. complessivi non può essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accreditato deve possedere una dotazione di p.l. autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo. Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscriversi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

2.6 La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprensivi dei posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.

2.7 I processi di riconversione al trattamento dei pazienti post-acuti delle strutture per acuti da disattivare ai sensi del punto 2.5, sono attuati nel rispetto dello standard fissato dal presente provvedimento per la lungodegenza e la riabilitazione.

3 Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160/1000 abitanti) di ricoveri appropriati, facendo riferimento alle regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza. Per i servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia			2	1

Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		
Cardiologia	0,3	0,15		
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		
Chirurgia maxillo-facciale	2	1		
Chirurgia pediatrica	2,5	1,5		
Chirurgia plastica	2	1		
Chirurgia toracica	1,5	0,8		
Chirurgia vascolare	0,8	0,4		
Ematologia	1,2	0,6		
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1,2	0,6		
Immunologia e centro trapianti			4	2
Geriatria	0,8	0,4		
Malattie infettive e tropicali	1,2	0,6		
Medicina del lavoro	2	1		
Medicina generale	0,15	0,08		
Nefrologia	1,2	0,6		
Neurochirurgia	1,2	0,6		
Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2		
Oculistica	0,3	0,15		
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		
Terapia intensiva	0,3	0,15		
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		
Dermatologia	1,2	0,6		
Emodialisi			0,6	0,3
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3
Farmacologia clinica			n/a	
Recupero e riabilitazione funzionale*				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	4	2		
Gastroenterologia	0,8	0,4		
Lungodegenti	0,15	0,08		
Medicina nucleare**	4	2	1,2	0,6
Neonatologia	1,2	0,6		
Oncologia	0,6	0,3	0,3	0,15
Oncoematologia pediatrica	4	2		
Oncoematologia (vedere Ematologia)	0			
Pneumologia	0,8	0,4		
Radiologia			0,3	0,15
Radioterapia (vedere radioterapia oncologica)				
Reumatologia	1,2	0,6		
Terapia intensiva neonatale	1,2	0,6		
Radioterapia oncologica			1,2	0,6
Neuroriabilitazione	1,2	0,6		
Neurochirurgia pediatrica	6	4		

Nefrologia pediatrica	6	4		
Urologia pediatrica	6	4		
Anestesia e rianimazione (vedere terapia intensiva)				
Farmacia ospedaliera			0,3	0,15
Laboratorio d'analisi			0,3	0,15
Microbiologia e virologia			1,2	0,6
Fisica sanitaria			1,2	0,6
Servizio trasfusionale***			0,3	0,15
Neuroradiologia			2	1
Genetica medica			4	2
Dietetica/dietologia			1,2	0,6
Direzione sanitaria di presidio			0,3	0,15

*: le soglie minima e massima verranno definite con un documento elaborato da apposito tavolo Ministero/regioni
**: Vanno previsti p.l protetti in base al d.Lgs. 187/2000
***: i bacini di utenza devono essere coerenti con le previsioni dell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti.

Nota: Alcune specialità cliniche possono essere gestite con una unica struttura organizzativa (a titolo di esempio, nefrologia e dialisi). Per alcune specialità (ad esempio geriatria e medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria) le regioni potranno rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto.

La tabella rappresenta un documento unico in cui si trattano l'organizzazione e il dimensionamento delle tre reti principali del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedaliera e Territoriale.

Nell'ambito della rete ospedaliera è stata articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza. Il bacino di utenza della singola disciplina è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. Un altro parametro preso in considerazione è la necessità di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i Dipartimenti di Emergenza-urgenza (DEA) di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete.

Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra è il seguente:

1. identificazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e lungodegenza e riabilitazione post-acuzie applicando criteri di appropriatezza sui ricoveri effettivamente erogati e con una eventuale correzione per la mobilità in considerazione dei volumi di attività dell'Emergenzaurgenza, in ambito Ospedaliero e Territoriale, fermo restando le attività di ricovero di alcune regioni virtuose;

2. calcolo del numero corrispondente di posti letto normalizzati (pubblico e privato) presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l' 80% e il 90% durante l'anno); il calcolo è effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed è articolato anche per singola specialità;

3. disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata), partendo dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza e definendo il bacino di utenza di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letto normalizzati relativi nonché le strutture pubbliche e private esistenti;

4. la regione, nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi, provvederà ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure.

L'applicazione del percorso sopra definito prevede dati in riduzione rispetto ai parametri relativi ai posti letto esistenti al momento (4,0 p.l. per mille abitanti di cui 0,7 p.l. per le discipline di lungodegenza e riabilitazione post-acuzie) per rendere i medesimi dati coerenti con la riduzione al 3,7. La riduzione del fabbisogno di posti

letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letti normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letti esistenti. Il numero di strutture complesse ospedaliere risultanti è anche perfettamente compatibile con l'orientamento del Ministero della salute (17,5 p.l. per Struttura Complessa previsto dal Comitato LEA) ed è riferibile ad ogni singola disciplina.

Inoltre, l'introduzione di soglie di volume minime comporterà un'ulteriore riduzione di posti letto, in particolare per le strutture complesse delle discipline chirurgiche, che nelle regioni in piano di rientro si aggira sul 25% mentre nelle restanti regioni è di circa il 10%. Per l'area medica la riduzione è minore, ma comunque significativa per la rete Cardiologica.

Per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si è identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonché della necessità della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti.

La variabilità dei bacini di utenza tiene conto dei tempi di percorrenza dei cittadini, calcolata anche con la metodologia di analisi e di rappresentazione grafica (c.d. georeferenziazione) e quindi, le regioni dovranno utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi in caso opposto.

3.2 I parametri sopra indicati tengono conto della necessità, per l'alta specialità, di offrire una buona qualità di prestazioni, attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi con un ampio bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiochirurgia, alcune specifiche attività di analisi e di preparazione del sistema trasfusionale. Normalmente esse trovano posto in una o più strutture, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della regione ed essere oggetto di contrattazione tra regioni confinanti, da definirsi secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016. Altre discipline sono di media diffusione e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica. Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina, la programmazione regionale può seguire il seguente percorso:

1. identificare, partendo dai ricoveri appropriati per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la composizione della popolazione e la mobilità attiva/passiva "strutturale", porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, ma non il nido;

2. individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni;

3. determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo;

4. calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto;

5. determinare, sulla base dei ricoveri appropriati e della programmazione regionale, la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici;

6. calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Nelle regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina sopra indicati, l'attivazione o la conferma, nei propri presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati, di strutture operative della specifica disciplina è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza, secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016.

4. Volumi ed esiti

4.1. La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta.

4.2 Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica

b) Procedure chirurgiche: Colecistectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artoplastica ginocchio e anca, frattura femore

c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternità; Infarto del miocardio

4.3 Per queste e per altre attività cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici, la revisione sistematica continua della letteratura scientifica consentirà di identificare ed aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attività e qualità delle cure. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure.

4.4 Per le attività cliniche di cui alle lettere a) e b) del punto 4.2, le unità di riferimento dei volumi di attività sono attualmente le unità operative complesse e, quando saranno disponibili i dati della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) opportunamente modificata, i singoli operatori. Per le attività di cui alla lettera c) dello stesso punto, le unità di riferimento sono gli istituti di cura ospedalieri.

4.5 Per numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attività cliniche, sono misurabili sistematicamente gli esiti e possono essere identificati valori di rischio di esito, al di sotto (per gli esiti positivi) o al di sopra (per gli esiti negativi) dei quali, alle strutture (Unità operative complesse-UOC o ospedali, ove applicabile) non possono essere riconosciuti i requisiti di accreditamento specifici. Per le attività ospedaliere per le quali è definita l'associazione volumi-esiti, ma la letteratura scientifica non consente di identificare in modo univoco soglie di volume al di sotto delle quali non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza, le soglie minime possono essere, tuttavia, scelte sulla base di criteri di costo-efficacia e in rapporto con i fabbisogni specifici.

Il rapporto osservato tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità specifica di strutture per ciascun valore del rapporto tra volumi ed esiti, consente di effettuare valutazioni di impatto per la scelta di soglie di volume e soglie di esiti.

4.6 Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, verranno definiti i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito. A tal fine si prevede di istituire, presso Age.nas, un tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, che provvederà anche a formulare proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, da recepire come integrazione del presente decreto.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresì degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età>=65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con> 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalita' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

4.7 Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nella attuazione delle procedure di riconversione e di accreditamento della rete ospedaliera in applicazione dei criteri di cui sopra, le regioni e le province autonome dovranno:

- identificare, in relazione alle risorse disponibili, le strutture (Ospedali ed Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabilite;

- definire modalità e tempi di attuazione degli interventi di riconversione;

- identificare strutture (Ospedali ed Unità Operative in relazione allo specifico requisito) per le quali, in relazione alle risorse disponibili, non sono determinabili condizioni ed interventi che consentano il rispetto dei requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attività e per le quali pertanto si determinano le condizioni per la disattivazione;

- adottare procedure di controllo e audit clinici ed organizzativi per prevenire i fenomeni opportunistici di selezione dei pazienti e/o di inappropriatezza, prevedendo le relative misure sanzionatorie;

- adottare misure per regolare l'ingresso nel sistema di nuove strutture erogatrici, in particolare per quanto riguarda i tempi per la verifica dei requisiti di volume e di esito.

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Age.nas ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della legge 135/2012.

5. Standard generali di qualità

5.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

5.2 E' necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance), per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona. Le strutture ospedaliere applicano le dimensioni del governo clinico, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi. Tali linee di indirizzo, adottate con Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, verranno-elaborate, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da un tavolo tecnico istituito presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome; le linee di indirizzo dovranno comprendere almeno gli ambiti di seguito specificati, ordinati per livelli organizzativi e assicurando un programma di valutazione sistematico.

5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello

Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di:

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi

- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia

- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani

- Programmi di formazione specifica.

Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie

- Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici

- Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale ed internazionale

- Partecipazione a reti di valutazione delle tecnologie sanitarie, facenti capo alla rete nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie, coordinata dalla Age.nas.

Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche

- Misurazione della performance clinica e degli esiti

- Audit Clinico

- Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

Documentazione sanitaria, Comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

- Integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario

- Disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione

- Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura

Formazione continua del personale

- Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative nonché all'inserimento di nuovo personale

- Valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati

5.4. Standard per le strutture di II Livello

Le strutture di II livello, oltre a garantire quanto previsto per le strutture di I livello, svolgono ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altre strutture di I/II livello in ambito regionale e nazionale.

Gli standard individuati devono essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze scientifiche che si renderanno disponibili.

6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali

6.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

6.2 Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento.

6.3 Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto, assicurato con controlli periodici, dei contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture con riferimento a:

- protezione antisismica;

- antincendio;

- radioprotezione

- sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;

- rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;

- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;

- graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;

- smaltimento dei rifiuti;

- controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare;

- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;

- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.

6.4 Va promossa una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con il pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line.

7. Standard specifici per l'alta specialità

Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero per acuti per le attività assistenziali contemplate nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992, si fa riferimento a quanto indicato nell'Allegato C dello stesso decreto, ovvero alle intervenute disposizioni nazionali o regionali in materia, nelle more della definizione di standard specifici da parte di un tavolo tecnico, da costituire presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di elaborare un documento contenente una proposta di aggiornamento del predetto decreto ministeriale, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Reti ospedaliere

8.1. Aspetti generali

8.1.1. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto

- rete ictus

- rete traumatologica

- rete neonatologica e punti nascita

- rete medicine specialistiche

- rete oncologica

- rete pediatrica

- rete trapiantologica

- rete terapia del dolore

- rete malattie rare

Per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso Age.nas composto da rappresentanti del Ministero della salute, di Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente decreto le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-regioni.

Le regioni considerano, altresì, le indicazioni provenienti dall'Unione europea finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutico-assistenziali quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (breast unit), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, regioni e province autonome, esperti di Age.nas e di società scientifiche. Nell'ambito dell'implementazione delle reti oncologiche, le regioni considerano la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e cure palliative anche in ambito pediatrico. In coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione europea, presso i centri di oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

Nel presente documento vengono fornite direttamente indicazioni solo per le reti tempo-dipendenti.

8.2 Indicazioni per le reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti

Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti, in questa prima fase, si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus.

8.2.1 Rete per le emergenze cardiologiche

I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come, per la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto (IMA), sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI).

La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;

- assicurare al paziente il sistema di riperfusione più efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;

- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;

- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;

- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;

- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unità di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti (vedi tabella delle strutture complesse, capitolo 3).

Questo modello è già consolidato in numerose realtà italiane ed è suggerito dal documento di consenso delle Società scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- ed inter-ospedalieri) concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento.

8.2.2 Rete per il Trauma

Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke).

Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

8.2.2.1 Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

8.2.2.2 Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma

- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie

- Chirurgia generale

- Anestesia e Rianimazione

- Medicina d'urgenza

- Ortopedia

- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT

- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale

- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato

8.2.2.3 Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici

- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze

- Sale operatorie h.24

- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery Medicina d'Urgenza

- Chirurgia Generale e d'Urgenza

- Anestesia-Rianimazione

- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica

- Ortopedia

- Neurochirurgia

- Radiologia con possibilità interventistica

- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

8.2.3 Rete per l'ictus

Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

-fase pre-ospedaliera

-fase ospedaliera

-fase post-ospedaliera

Vengono in questo decreto definiti gli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (Stroke unit) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

8.2.3.1 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d.Stroke Unit(SU) di I livello o areastroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura

- Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato

- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo

- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)

- Terapia fibrinolitica endovenosa

- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)

- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM

- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia

- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

8.2.3.2 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.dStroke Unitdi II livello

La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24

- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione

- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24

- Neurochirurgia h.24

- Chirurgia vascolare h.24

- Angiografia cerebrale

- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,

- Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)

- Craniotomia decompressiva

- Clipping degli aneurismi

9. Rete dell'emergenza urgenza

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

9.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.

9.1.1 Centrale operativa

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità.

Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane).

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard che verranno indicati, per le tipologie dei mezzi non ancora identificati nel presente documento, in sede di Conferenza Stato-regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, entro sei mesi dalla data di approvazione del presente decreto.

Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione /provincia autonoma.

La regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazonali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività.

La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Alle regioni che hanno un bacino di popolazione inferiore a quello minimo indicato nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.2 Rete territoriale di soccorso

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

9.1.3 Le postazioni territoriali

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti

con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l' adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118 scelta, ad es. con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune Regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Nel caso in cui i trasporti secondari programmati vengano affidati al 118, la gestione degli stessi deve essere assolutamente separata dalla gestione dei servizi di soccorso sanitario urgente.

Pertanto, nel calcolo del totale di mezzi di soccorso riorganizzati vanno considerati i trasporti primari e secondari urgenti, in particolare per l'implementazione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti, nonché i trasporti ordinari.

9.1.4 Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

L'analisi condotta sul numero degli interventi di soccorso effettuati nelle regioni e nelle provincie autonome di Trento e di Bolzano in particolare sugli eventi con codice di gravità giallo e rosso, permette di calcolare l'adeguato fabbisogno di basi operative di elisoccorso. Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con mezzi a terra, si propone un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra ed alla definizione della rete ospedaliera.

Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera ed alla rete di elisuperfici notturne.

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano potranno definire riduzioni dei parametri sopra descritti in relazione alla necessità di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunità isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficoltà non altrimenti superabili anche esperite le possibili sinergie interregionali.

Data la peculiarità del servizio e dei mezzi sono fortemente auspicate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni. In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisino necessità organizzative in relazione alla rete di emergenza, dovrà essere possibile la gestione flessibile delle basi operative con trasferimenti temporanei o definitivi delle stesse negli ambiti regionali.

La complessità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa aeronautica richiede che le regioni e provincie autonome di Trento e di Bolzano individuino, anche a fini di ottimizzazione del servizio, un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente ad una rete integrata di siti collegati all'attività di elisoccorso, individuati a diversi livelli. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la seguente distinzione:

Basi operative Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS);

1) Destinazioni sanitarie;

2) Elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;

3) Elisuperfici a servizio di comunità isolate;

4) Siti per il Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS).

Alle regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.5 Punti di Primo Intervento (PPI)

Esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA. di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l' attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, hub o spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato.

9.2 Rete ospedaliera dell'emergenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke integrato dalle strutture sotto indicate. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili.

La rete si articola su quattro livelli di operatività:

9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

E' la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2.

La funzione di pronto soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti

- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento

- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Può essere prevista la funzione di Pronto soccorso, come descritta, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 80.000.

9.2.2 Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile. Per centri hub and spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscriversi secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016.

Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare.

Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna.

Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;

- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;

- un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.

E' organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. E' predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E' prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

9.2.3 Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (spoke)

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore

complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza, al DEA di II Livello (hub), superiore per livello di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.3.

9.2.4 Ospedale D.E.A. di II Livello (hub)

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza- urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia).

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.4. E' inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una struttura complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva a compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

La rete di teleconsulto rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto. Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

9.2.5 Rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale.

Dovranno essere messe a disposizione della continuità assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali operative e l'integrazione con i medici di medicina generale, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza. Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale che dovrà essere definita a livello regionale con adeguato dimensionamento in rapporto all'attività attesa e alla distribuzione territoriale.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite dal sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

Il servizio di continuità assistenziale viene organizzato anche tenendo conto di quanto previsto dall'art. 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

10. Continuità ospedale-territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita

dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016. In attuazione della legge n. 38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le Regioni completano l'attivazione degli hospice, di cui alla lett. c) dell'art. 2, comma 1, legge 15 marzo 2010, n. 38 e assicurano sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche.

Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG).

Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:

- consolidare le condizioni fisiche

- continuare il processo di recupero funzionale

- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero

- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.

Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale.

In questa sede ci si limita a fornire indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

10.1 Ospedale di comunità

E' una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

-di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)

-di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

APPENDICI

Appendice 1

DEFINIZIONE DEI POSTI LETTO ORDINARI OSPEDALIERI - CRITERI

Posto letto ordinario: Posto letto per ricovero H24

Posto letto autorizzato: posto letto fisico previsto negli atti autorizzativi; si distinguono in:

- fisicamente disponibile

- fisicamente indisponibile, per ragioni strutturali temporanee quali manutenzione, ristrutturazione, o altre contingenze.

Posto letto fisicamente disponibile:

-organizzativamente disponibili: occupabili in qualsiasi momento per pazienti urgenti o elettivi (esistenti ed utilizzabili)

-organizzativamente indisponibili, per ragioni contingenti quali insufficienza di personale, procedure di disinfezione

Posti letto organizzativamente disponibili:

-posto letto libero

-posto letto occupato

Appendice 2

Chirurgia ambulatoriale

I trattamenti chirurgici, che l'evoluzione delle procedure tecniche e delle tecnologie ha reso possibile effettuare in ambito ambulatoriale in alternativa al ricovero ordinario o diurno in day surgery, hanno una crescente rilevanza sotto il profilo terapeutico assistenziale ed organizzativo. Contestualmente sono cresciute le connesse esigenze di garantire per questa tipologia di trattamenti uniformi ed omogenei criteri di sicurezza

e qualità, in campo nazionale. Con le presente appendice si forniscono specifiche indicazioni. Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e tronculare effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze.

Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si propone l'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e alle prestazioni effettuabili nei presidi extraospedalieri di day surgery.

Le regioni classificano le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale in base a:

- complessità tecnica/invasività delle prestazioni,

- tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili,

- possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente,

- gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria

e definiscono in tal senso classi diverse di standard strutturali, tecnologici- impiantistici, qualitativi e di sicurezza e quantitativi.

Standard strutturali

Le regioni definiscono le caratteristiche generali degli edifici e dei locali sede dell'ambulatorio ed i loro rapporti con attività non sanitarie prevedendo che le strutture di chirurgia ambulatoriale complessa siano ubicate al piano terra o comunque dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti in lettiga.

Le regioni disciplinano espressamente, differenziandoli per la complessità della struttura, tra l'altro, gli standard relativi:

-ai locali e spazi per l'attività sanitaria e per le attività ad essa correlate (attività amministrative, attesa pazienti, servizi igienici, stoccaggio farmaci e materiali).

Devono essere disciplinati, differenziandoli per la complessità della struttura, espressamente gli standard relativi:

- alla zona di spogliatoio e preparazione del personale sanitario;

- alla zona spogliatoio e preparazione paziente;

- al locale chirurgico;

- allo spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento;

- al deposito materiali sterili e dello strumentario chirurgico;

- al locale per visite e medicazioni;

- allo spazio per la disinfezione e la sterilizzazione (pur mantenendo la possibilità, in alternativa, di avvalersi di servizi di sterilizzazione esterni);

- al pavimento e alle superfici in generale.

Standard organizzativi

Le regioni definiscono adeguati standard organizzativi comprensivi dei riferimenti alle figure professionali ed alla numerosità del personale addetto, nel rispetto, per quanto attiene alle strutture pubbliche, degli obiettivi di contenimento dei relativi costi fissati dalla normativa vigente in materia di personale del SSN .

Standard tecnologici-impiantistici

Le regioni definiscono, differenziandoli per la complessità della struttura, gli standard relativi alle caratteristiche termiche e igrometriche, illuminotecniche e impiantistiche, nonché le caratteriste tecniche delle attrezzature e degli arredi dei singoli locali o spazi in funzione dell'attività svolta.

Le Regioni definiscono differenziandolo per la complessità della struttura, il contenuto minimo del carrello per la gestione dell'emergenza, comprendente attrezzature e farmaci essenziali per la rianimazione cardiaca e polmonare di base (inclusi aspiratore e attrezzature per la ventilazione) e di frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di materiali e farmaci.

La dotazione tecnologica, in relazione alla complessità degli interventi e alla casistica trattata, deve comprendere il defibrillatore semiautomatico.

Standard qualitativi e di sicurezza

Ai fini della sicurezza del paziente e della continuità assistenziale le regioni definiscono, tra l'altro, il contenuto minimo delle indicazioni che dovranno essere riportate:

- nella scheda clinica che deve essere redatta per ciascun paziente;

- nel registro ambulatoriale dove deve essere registrata tutta l'attività sanitaria erogata dalla struttura;

- nella relazione finale, comprese le informazioni per la gestione delle complicanze.

I provvedimenti regionali, tra l'altro, prevedono:

- l'adozione di procedure per la selezione del paziente, per l'informazione sulle modalità e il decorso dell'intervento e il consenso informato, per la richiesta dei necessari accertamenti, per la preparazione all'intervento e per l'immediato periodo post operatorio;

- la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria, nonché delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche ed operatorie) dei pazienti;

- la compilazione e la conservazione del registro operatorio e della documentazione clinica, compresa copia della relazione di cui al punto precedente, secondo i tempi stabiliti per le attività di ricovero ordinario;

- un sistema atto ad assicurare la reperibilità dei sanitari 24 ore su 24, definendo le modalità secondo le quali è organizzata e le procedure attraverso cui sono rese note al paziente le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità;

- la continuità assistenziale con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, anche tramite una relazione scritta che indichi i nominativi degli operatori, la procedura eseguita, l'ora dell'inizio e della fine della procedura, le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata e i consigli terapeutici proposti;

- la prima gestione in loco delle complicanze. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio, le strutture garantiscono il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. A tal fine è stato adottato, precedentemente all'inizio dell'attività chirurgica dell'ambulatorio/struttura, un protocollo formalizzato per il raccordo con la struttura ospedaliera di riferimento.

- la gestione delle emergenze cliniche nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza. In ogni caso, per fronteggiare in loco e in modo efficace la prima fase di eventuali emergenze, la struttura deve avvalersi di professionisti adeguatamente formati e possedere le necessarie dotazioni strumentali.

Per ogni attività clinica svolta, è individuato un medico responsabile.

Al responsabile dell'attività igienico-sanitaria dell'ambulatorio chirurgico compete, tra l'altro, la tenuta del registro delle attività svolte nella struttura e dei provvedimenti adottati per il rispetto delle norme igienico-sanitarie, nonché la trasmissione semestrale alla ASL di riferimento di una relazione in cui siano riportati i risultati dei controlli effettuati.

I trasferimenti per complicanze ed emergenze devono essere trasmessi alla ASL di riferimento con l'indicazione del motivo del ricovero e della struttura dove è avvenuto.

Le regioni prevedono l'adozione da parte delle strutture degli strumenti per la gestione del rischio clinico. Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico.

Le regioni, qualora si intenda ricomprendere nella chirurgia ambulatoriale anche interventi chirurgici effettuati in anestesia generale limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento, definiranno ulteriori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi tenendo conto della maggiore complessità della prestazione erogata e del maggior rischio per utenti ed operatori.

In particolare per il locale chirurgico le caratteristiche, le relative dotazioni impiantistiche e di sicurezza, attinenti:

- alla temperatura e all'umidità;

- ai ricambi e al filtraggio dell'aria;

- agli impianti di gas medicali e di aspirazione dei gas anestetici;

- alle stazioni di riduzione della pressione;

- all'impianto allarmi di sicurezza, in particolare, con riferimento alla segnalazione esaurimento gas medicali;

- ai controlli periodici e al monitoraggio ambientale.

dovranno essere definite dalle regioni tenuto conto della qualifica prestazionale della sala operatoria assumendo come riferimento i corrispondenti locali chirurgici dove si effettuano prestazioni di day surgery.

Le regioni disciplinano ulteriori aspetti relativi alla qualità e alla sicurezza non trattati nel presente documento.

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085)

(GU n.144 del 22-6-2022)

Vigente al: 7-7-2022

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimita' costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziche' «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017;

Vista l'Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il

«Patto per la Salute per gli anni 2019-2021» (Rep. Atti n. 209/CSR);

Visto il decreto del 12 marzo 2019 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria»;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonche' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 180 del 18 luglio 2020;

Visto il decreto del Ministro della salute 26 febbraio 2021 con il quale e' stata costituita la Cabina di regia del Patto per la salute 2019-2021 che a sua volta ha istituito i gruppi di lavoro tecnici coordinati dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas);

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimita', strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

Vista la Riforma sulle Reti di prossimita', strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima nell'ambito del PNRR (M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, che intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre piu', il SSN come parte di un piu' ampio sistema di welfare comunitario secondo un approccio one health e con una visione olistica («Planetary Health»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 15 luglio 2021 con cui sono stati individuati per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonche' le relative modalita' di monitoraggio;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 23 novembre 2021, recante modifiche alla Tabella A del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

Visto l'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 310 del 31 dicembre 2021 ai sensi del quale si dispone che il regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, sia da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Visto, altresi', il comma 163, dell'articolo 1, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 310 del 31 dicembre 2021;

Visto il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 recante la ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome

di Trento e di Bolzano per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari;

Dato atto che il documento tecnico e' stato redatto con il coordinamento di Agenas, nell'ambito dei gruppi di lavoro istituiti dalla Cabina di regia del Patto per la Salute 2019-2021;

Ritenuto necessario, per le finalita' sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

Considerate le mancate intese espresse dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nelle sedute del 30 marzo e del 21 aprile 2022;

Ritenuto necessario adottare il decreto attivando la procedura di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede il coinvolgimento del Consiglio dei ministri, che puo' intervenire con deliberazione motivata, quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non e' raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto e' posto all'ordine del giorno;

Vista la delibera motivata del Consiglio dei ministri con la quale, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 21 aprile 2022 e' stato approvato lo schema di decreto esaminato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano autorizzando il Ministero della salute ad adottarlo di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 10 maggio 2022;

Vista la nota prot. n. 8824 del 20 maggio 2022 con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento e' stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri;

Adotta
il seguente regolamento:

Art. 1

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale

1. Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto. L'allegato 3, costituente altresi' parte integrante del presente decreto, reca, a fini definitori, il glossario degli acronimi impiegati.

2. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento.

3. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR.

Art. 2

Monitoraggio

1. Il monitoraggio semestrale degli standard previsti dal presente Regolamento e' assicurato dal Ministero della salute per il tramite

dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

2. L'Agenas, procedera' ad elaborare una relazione, che inviera' al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

3. Ai fini del monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, si rinvia all'Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto.

4. La verifica di attuazione del presente Regolamento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed e' effettuata nell'ambito del Comitato permanete per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

Art. 3

Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarita' demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

2. Con riferimento ai progetti di investimento della Missione 6 le stesse regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono anche con le risorse del Piano nazionale di Ripresa e resilienza loro assegnate.

Art. 4

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale ivi ricomprendendo le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 23 maggio 2022

Il Ministro della salute
Speranza

Il Ministro dell'economia
e delle finanze
Franco

Visto, il Guardasigilli: Cartabia

Registrato alla Corte dei conti il 14 giugno 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'istruzione, del Ministero dell'universita' e della ricerca, del Ministero della cultura, del Ministero della salute, registrazione n. 1713

Allegato 1

Parte di provvedimento in formato grafico

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. PREMESSA
2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN
3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO
4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI
5. CASA DELLA COMUNITA'
6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
7. UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
9. CENTRALE OPERATIVA 116117
10. ASSISTENZA DOMICILIARE
11. OSPEDALE DI COMUNITA'
12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE
13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE
14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO
15. TELEMEDICINA
16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

1. PREMESSA

Il presente documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimita', strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR. Si richiama a tal proposito anche l'Appendix 1 contenuto nel documento analitico del PNRR - Missione 6, Component 1.

La cornice del PNRR, si e' inoltre arricchita dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", di accompagnamento al percorso di implementazione per gli anni 2022-2026 e a regime degli standard di cui al presente documento, con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato, e nel quale e' stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026. La citata norma dispone che la predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento e che con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le predette somme siano ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR. (1)

La medesima legge n. 234/2021 (2) ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Il complesso degli interventi previsti nel presente documento dovra' avvenire nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualita' e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalita', uguaglianza ed equita'. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacita' di operare come un sistema vicino alla comunita', progettato per le persone e con le persone.

In tale ottica e contesto si inserisce la necessita' di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio piu' inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, cosi' come il benessere della societa'. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunita' nel contesto di vita. I servizi sono erogati da equipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti piu' prossimi alla comunita' e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuita' dell'assistenza alle persone".

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attivita' distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimita', come le Case della Comunita', quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinche' la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilita' ("Planetary Health");
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensita' dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunita' nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimita' e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrate la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilita' di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attivita' riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le

attivita' svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimita', l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria.

Il presente documento definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1 "Reti di prossimita', strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, che sono considerate in una ottica piu' ampia ed integrata anche attraverso l'analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale.

3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO

La Medicina di Popolazione si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.
La Sanita' di Iniziativa e' un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.
La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.
Il Progetto di Salute e' uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attivita' su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI cosi' come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute

La piu' recente normativa nazionale (articolo 7 del decreto-legge n. 34/2020), sulla base della crescente disponibilita' di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilita' di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre piu' diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicita' ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di

riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorita' d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta piu' appropriata di servizi socioassistenziali;
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualita' delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno, pertanto, a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprendera' altresi' gli indicatori relativi alla qualita' dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sara' di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permettera' lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equita' di accesso ed omogeneita' di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalita' di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento e' di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunita' di riferimento. Un sistema di governance territoriale cosi' impostato consente di individuare priorita' di intervento, con particolare riferimento alla continuita' delle cure a favore di individui in condizioni di cronicita'/fragilita' e disabilita' che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

Il Progetto di Salute e' il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di piu' professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattivita' del SSN.

Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessita' del singolo caso, in un'ottica di continuita' temporale con rivalutazioni

periodiche.

L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'equipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore e' la complessita' clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilita' espressa.

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'equipe multiprofessionale

MMG e PLS e Medico di Medicina di Comunita' e Medici dei Servizi	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attivita' che garantisce presso la Casa della Comunita', nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attivita' la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed e' di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessita' diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicita' multipla il ruolo potra' essere assunto dallo specialista che segue la cronicita' prevalente per gravita'/instabilita' sulle altre e quindi questa figura potra' variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno si che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilita' economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni	Le altre figure professionali dell'Unita' di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della

dell'Equipe	prevenzione e della riabilitazione.

L'integrazione con i servizi sociali cosi' come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunita', ulteriore rispetto al Piano di zona gia' previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie. In tali termini, ai fini della relativa operativita', si richiamano l'intesa da sottoscriversi ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro anche con riferimento agli ATS, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e alla prevenzione delle malattie e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata, integrando la valutazione con le informazioni strettamente connesse alle misure di prevenzione (es. vaccinazioni e screening). Lo sviluppo della sanita` digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN.

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Parte di provvedimento in formato grafico

Tabella 3. Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione

Parte di provvedimento in formato grafico

La Sanita' di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza

La necessita' di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Una quota rilevante della popolazione italiana (11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) e' costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da piu' patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilita' alle cure. Tali soggetti sono a rischio piu' elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione, la condizione di fragilita', che puo' precedere l'insorgenza di uno stato piu' grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto. E' altresi' importante svolgere attivita' di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalla fasi piu' precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equita'.

La Sanita' di Iniziativa e' un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo gia' nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanita' di Iniziativa e' la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla

gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbidita'. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicocomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Sanita' di Iniziativa sono: la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attivita' di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostici-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (cd. caregiver), lo snellimento delle attivita' burocratico-autorizzative.

La Sanita' di Iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della Sanita' di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unita' Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunita', i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilita' e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver. La Sanita' di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.

Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di Sanita' di Iniziativa piu' efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equita' e di centralita' del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute ("Planetary Health").

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilita' secondo criteri di densita' di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.
La programmazione deve prevedere i seguenti standard:
- 1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunita' spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarita' dei servizi e maggiore equita' di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunita' avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunita' ogni 3.000 abitanti Tale standard e' da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunita' impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unita' di Continuita' Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Il Distretto e' un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL e' disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densita' della popolazione residente, disponga diversamente (3) .

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. E' inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunita', al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformita' dei livelli di assistenza e la pluralita' dell'offerta.

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attivita' rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunita' hub.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attivita' del Distretto.

Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacita' di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equita' all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualita' dei servizi medesimi, la verifica delle criticita' emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, cosi' come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuita' assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunita' e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonche' con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonche' delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto puo' quindi avere responsabilita' gerarchiche dirette sulle unita' operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto e' dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilita' separata all'interno del bilancio della ASL.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attivita' sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonche' il coordinamento delle proprie attivita' con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attivita' territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio- sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunita' di riferimento su cui insiste il Distretto, e' proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed e' approvato dal direttore generale della ASL (4) .

Le Regioni e le Province autonome, in coerenza in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, assicurano, mediante atti di programmazione, omogeneita' del modello organizzativo degli ATS.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni e' necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche. La Funzione aziendale ove gia' istituita ai sensi dell'art. 20 bis della legge 18/12/2020, n. 176 serve a coordinare il complesso delle attivita' trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria. In tal caso l'assistenza psicologica all'interno del distretto e' assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia nell'ambito della legislazione vigente.

Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto e' il responsabile dell'attivita' di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilita' delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. E' inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equita' e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignita' della persona. Il Direttore del Distretto e' responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorita' d'azione e della sostenibilita' delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attivita' sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

5. CASA DELLA COMUNITA'

La Casa della Comunita' (CdC) e' il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimita' per la popolazione di riferimento.
Nella Casa della Comunita' lavorano in modalita' integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente
Standard:
- 1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunita' spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarita' dei servizi e maggiore equita' di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimita'. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunita' avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunita' accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.
Standard di personale per 1 Casa di Comunita' hub:
- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unita' di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La CdC, cosi' definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimita' per la popolazione di riferimento. E', infatti, il luogo fisico, di prossimita' e di facile individuazione al quale l'assistito puo' accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC e' una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La CdC e' una fondamentale struttura pubblica del SSN.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunita' degli assistiti non e' solo destinataria di servizi ma e' parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunita' stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunita' di cui ha bisogno al fine di migliorare qualita' della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualita' di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attivita', infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni - anche nelle loro forme organizzative - Infermieri di Famiglia o Comunita', altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di

consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attivita' amministrativa e' assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato gia' disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attivita' di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanita' di iniziativa e la presa in carico della comunita' di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuita' assistenziale h 24.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC e' quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimita', ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanita' Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'eta' evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicita' e fragilita' secondo il modello della sanita' di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta piu' appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuita' dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunita' locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equita' di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanita' d'iniziativa, e il principio della qualita' dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuita', efficienza, tempestivita').

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equita' di accesso, capillarita' e prossimita' del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke.

Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunita' di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunita', infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalita' di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuita' Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuita' Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;

- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicita' con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attivita' dell'Infermiere di Famiglia o Comunita' (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicita' e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunita', anche attraverso i Consultori Familiari e l'attivita' rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attivita' di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di eta' o condizioni di rischio e di fragilita'. Tutte le attivita' di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunita' e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali

La CdC spoke garantisce, nell'ambito delle professionalita' disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalita' di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedi-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attivita' dell'Infermiere di Famiglia o Comunita' (IFoC), sia di continuita' di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa della Comunita' hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunita' e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.
-

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunita'

Parte di provvedimento in formato grafico

Tutte le strutture fisiche territoriali gia' esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunita' organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attivita' ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attivita' di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le

attivita' di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC hub e spoke, inoltre, e' garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attivita' ambulatoriale sara' aggiuntiva rispetto alle attivita' svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovra' essere svolta presso la CdC hub e spoke.

Il coordinamento della Casa della Comunita' con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralita' e' data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanita' di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unita' di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunita' e dei pazienti.

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attivita' anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarita' erogativa e di prossimita' con la necessita' di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensita' specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densita' abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC e' messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunita', RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attivita' rivolte ai minori ove gia' esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilita' e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC e' in rete con l'attivita' ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo puo' avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici piu' complessi e ad alto grado di instabilita', che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni e' la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualita' con e per la comunita' di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- e' il luogo dove la comunita', in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorita' di azione e i correlati servizi;
- e' il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunita' e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunita', attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- e' il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e

ricomposte in funzione dei bisogni della comunita' attraverso lo strumento del budget di comunita';

- e' il luogo dove la comunita' ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'

L'Infermiere di Famiglia o Comunita' e' la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessita' in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunita' in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunita' interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunita' formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunita' non e' solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunita'. E' un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. E' coinvolto in attivita' di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunita' all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola. Standard: - 1 Infermiere di Famiglia o Comunita' ogni 3.000 abitanti. Tale standard e' da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunita' impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunita' (IFoC) (5) (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneita' ed accessibilita' dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunita'. L'IFoC e' un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunita' di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunita' (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunita' formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunita'/generativo. E' un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuita' dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunita':

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'eta';
- contribuisce alla programmazione delle attivita' anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilita' e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della

comunita', organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanita' pubblica; promuove attivita' di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunita', in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalita' di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;

- svolge attivita' di counseling infermieristico e contribuisce ad attivita' di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunita' (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

7. UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'Unita' di Continuita' Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 e' un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunita', che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessita' e che comportano una comprovata difficolta' operativa.
Standard:
- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

L'Unita' di Continuita' Assistenziale (UCA) e' un'equipe che afferisce al Distretto ed e' composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attivita' l'UCA puo' usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'equipe UCA puo' essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalita' disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunita'. Essa puo' essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessita' e di comprovata difficolta' operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunita' o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilita' clinica o emergenti necessita' diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanita' pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanita' pubblica, nelle comunita' difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una

moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilita' della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La sede operativa dell'UCA e' la Casa della Comunita' hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) e' un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attivita' territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
Standard:
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unita' di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

L'obiettivo della COT e' quello di assicurare continuita', accessibilita' ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attivita' e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicita' (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuita' assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonche' personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione

delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalita' dei servizi disponibili sul territorio, nonche' affrontare situazioni complesse o di emergenza, e' fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La COT e' un servizio a valenza distrettuale.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un Distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilita' del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale e' affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.

9. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensita' assistenziale.
Standard:
- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosita' della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o piu' distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalita' organizzative delle Regioni/PA.

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 e' stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuita' Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalita' di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Il numero 116117 si raccordera' con eventuali strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilita'.

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensita'/priorita' di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuita' assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimita' e la istituzione di centrali interregionali.

Il servizio e' aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
  - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuita' Assistenziale,
  - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Puo' essere prevista anche la risposta

operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:

o modalita' di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficolta' di reperimento,

o consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuita' Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,

o modalita' di accesso alla Guardia medica turistica.

Altri servizi possono essere erogati dalle Regioni e Province Autonome, secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (integrazione sociosanitaria, sanita' pubblica, trasporto sanitario, ecc.).

10. ASSISTENZA DOMICILIARE

Le Cure domiciliari e' un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensita' e complessita' assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.
Standard:
- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensita' e complessita' dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unita' di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione puo' non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'equipe purche' i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilita', con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualita' della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensita' e complessita', sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale e' effettuata dall'unita' valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente e' il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonche' procedure e strumenti di valutazione multidimensionale,

scientificamente validati, garantendo uniformita' sul proprio territorio. Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonche' caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilita' dell'assistito, e' necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

La classificazione nei diversi livelli di intensita' assistenziale e' codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensita' Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessita' assistenziale e' misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensita' e la complessita' assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilita' alle cure, il coordinamento dell'equipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuita' dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attivita' erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.

Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuita' assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalita' indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalita' e forme previste.

Tali interventi si integrano con quelli previsti dall'articolo 1 comma 162, lettera a), della legge 20 dicembre 2021, n. 234 di competenza di ATS. In tali termini ai fini dell'operativita' di tale previsione, si rimanda a quanto sara' definito dall'intesa da sottoscriversi ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e a quanto sara' definito dall'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, nell'ambito delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza del SSN e dei comuni disponibili a legislazione vigente.

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

- % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di eta' pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA)

11. OSPEDALE DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunita' (OdC) e' una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalita' di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi piu' idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e

piu' prossimi al domicilio.
Standard:
- 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.
Standard di personale per 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto:
7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unita' di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicita', Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalita' di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi piu' idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia piu' prossimi al domicilio.

L'OdC e' una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensita' clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneita' del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessita' possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC e' una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualita' delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonche' la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, cosi' come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non e' ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

L'OdC puo' avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunita', in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma e' riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'Ospedale di Comunita' deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonche' di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unita' di offerta.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. E' possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalita', ai destinatari e alle modalita' di gestione.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonche' la capacita' di auto-cura dei pazienti e del

familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilita'.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidita', provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale puo' sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacita' residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilita' motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli gia' attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessita'.

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR).

In prossimita' di Ospedali Pediatrici e' possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilita' clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuita' assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potra' prolungarsi ulteriormente.

Per quanto non esplicitato nel presente paragrafo si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

Responsabilita' e personale

La gestione e l'attivita' nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilita' igienico sanitaria e clinica dell'OdC e' in capo al medico e puo' essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto puo' essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilita' organizzativa e' affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica e' garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura e' presente l'infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuita' assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornera' al domicilio.

L'assistenza medica e' assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilita', anche organizzata per piu' strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna e' garantita anche da Medici della Continuita' Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuita' dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

I responsabili delle attivita' cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attivita' di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Al fine di realizzare anche attivita' di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attivita' motorie e riabilitative.

L'ospedale di comunita' come nodo della rete territoriale

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuita' assistenziale e la tempestivita' degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

Flussi informativi

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sara' implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentira' di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

L'OdC dovra' dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attivita' clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunita'

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- N. pazienti provenienti dal domicilio
- N. pazienti provenienti da ospedali

12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative e' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attivita' di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque eta' e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.
Standard:
- 1 Unita' di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessita' ed intensita' assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unita' di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre piu' necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarieta' alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) e' un'aggregazione funzionale integrata delle attivita' di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuita' delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualita' e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, e' demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso equipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuita' ospedale-territorio, supportano l'equipe dell'unita' operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;

- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unita' di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuita' assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale equipe puo' essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'equipe dell'assistenza domiciliare integrata;

- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.

13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE

Il Consultorio Familiare e l'attivita' rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento Standard: - 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilita' di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attivita' consultoriale puo' svolgersi all'interno delle Case della Comunita', privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attivita' rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto - ove presenti -, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attivita' dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il CF nell'ambito delle professionalita' disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

L'attivita' consultoriale e' caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonche' da una attenzione alla complessita' dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualita' dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacita' di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunita'.

Il principio ispiratore del lavoro del CF e' quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale principio e' evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attivita' in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di

salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Inoltre, l'attivita' del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che posso contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunita' (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapista della neuro e psicomotricita' dell'eta' evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.

Le attivita' del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocivita' e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.
Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identita', omogeneita' culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attivita' e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilita', miglioramento della qualita' della vita.

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanita' pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorita' sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanita' Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

D - Salute animale e igiene urbana veterinaria

E - Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori

F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale

G - Attivita' medico legali per finalita' pubbliche.

Il Dipartimento di Prevenzione nelle sue diverse articolazioni ed organizzazioni aziendali e' dotato, nell'ambito delle disponibilita'

previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni sopra elencate.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorita' sanitarie locali e regionali, e' chiamato a garantire attivita' trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

Per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potra' essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021.

Per adempiere a tali attivita' il DP:

- opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovraintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorita' nazionali, regionali e locali;
- garantisce il supporto alle attivita' di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunita' (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).

Nell'ambito delle attivita' di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle presedette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali, il DP agisce in raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro.

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con le Case della Comunita', i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

Per la piena realizzazione del suo mandato, che supera la visione "settoriale" (Accordo Stato-Regioni sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attivita' del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), per servizi, il DP adotta un approccio basato sui principi di priorita', efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di una organizzazione e di una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalita' diverse, anche esterne al sistema sanitario.

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

- valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equita', strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorita' di intervento;

- azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali;
- azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorita' sanitarie locali e regionali nonche' alle Agenzie ed Enti a cio' deputati;
- cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (efficacy ed effectivenes), equita' e sostenibilita';
- approccio sistemico;
  - o nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitaria rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;
  - o nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunita' avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunita' locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;
- comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacita', per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonche' come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorita' degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunita'), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilita' del DP;
- qualita' ovvero adozione e implementazione di standard e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualita' professionale, tecnologica, relazionale;
- formazione continua degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (core competencies) finalizzata:
  - o al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;
  - o all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorita', individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalita';
- valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento
  - o di monitoraggio dello stato di salute delle comunita'
  - o di valutazione di impatto dei programmi;
  - o di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.

In questo contesto si inserisce la collaborazione, anche attraverso la previsione all'interno di ogni DP di esperti in tematiche che riguardano la salute l'ambiente e le loro connessioni che funga da elemento collettore presso le Case della Comunita', che prevedono tra i vari obiettivi anche quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e promozione della salute sia attraverso interventi di comunita' che individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanita' Pubblica aziendale.

Le funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria e al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica, operano in una rete con il coordinamento tecnico dell'Istituto Superiore di Sanita', al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunita', e nella costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un approccio basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le Case della Comunita'.

Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP e' sempre piu' multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonche' un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attivita' di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacita' del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunita' (stewardship); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o gia' esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni e Province autonome di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanita' pubblica.

15. TELEMEDICINA

La telemedicina e' una modalita' di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario - assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario - professionista sanitario).
La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, gia' consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalita' di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunita' e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessita' dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicita', sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, cosi' come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanita' digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, e' riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicita' del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiche' puo' favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimita' che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una piu' efficace ed efficiente operativita' dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarieta' e' elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

La telemedicina e' dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacita' di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Le esperienze sinora condotte dimostrano che nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile le modalita' di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturita' e capacita' dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operativita' e delle competenze dei professionisti.

Tale visione e' coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilita'. A tal fine le regioni e le aziende sanitarie erogano prestazioni e servizi per cui, attraverso studi comparativi, siano state scientificamente dimostrate, pari condizioni di sicurezza per gli assistiti ed i professionisti sanitari, e pari o migliori condizioni in termini di costo-efficacia rispetto alla pratica clinica tradizionale.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilita' e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto piu' omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialita' delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilita' nei dati;

- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilita' in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;

- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;

- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilita' e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);

- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

Responsabilita' professionale

La responsabilita' professionale nel determinare l'idoneita' dell'assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina e di teleassistenza e' in capo ai medici o per le attivita' di teleassistenza agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati all'uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti piu' idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalita', appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

D'altro canto, affinche' le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, e' necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

In questo contesto, se il paziente e' disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacita' d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

1. se sa usare o e' in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);

2. se puo' usare autonomamente tali strumenti (disabilita' fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilita';

3. se puo' essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti;

4. l'idoneita' al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020.

16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

Tutte le unita' operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: cio' al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanita' digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) nonche' con le soluzioni di telemedicina.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;

b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonche' dei Piani Terapeutici Elettronici;

c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali gia' attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonche' assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunita' e cure primarie); la piattaforma potra' utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione dal Ministero della salute, nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilita' e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;

d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;

e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualita' e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) le Regioni/Province autonome adottano le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della salute.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualita' e documentano in merito a:

a) Gestione del rischio clinico:

. applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresi', in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticita' organizzative;

. applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;

. effettuazione di programmi di formazione specifica;

b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:

. definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticita' o problemi assistenziali;

. misurazione delle prestazioni e degli esiti;

. audit clinici;

c) documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver;

d) formazione continua e interprofessionale del personale.

DOCUMENTI TECNICI DI RIFERIMENTO

World Health Organization. What is Primary health care? Disponibile on line https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Health and Consumers Directorate General (DG SANCO) della Commissione europea (10 luglio 2014).

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s. m..

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 e s. m..

Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189.

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1 luglio 2021, n.101.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176.

Decisione 2007/116/CE 15 febbraio 2007 che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 07 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR). Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuita' assistenziale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR). Linee di indirizzo sui criteri e le modalita' di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.

Intesa Stato-Regioni sancito il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunita'.

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (per quanto non esplicitato nel presente documento ai requisiti di cui al richiamato DPR.

World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva 2018.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 e s.m.. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Intesa Stato-Regioni sancita il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR). Definizione dei requisiti minimi e delle modalita' organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unita' di cure palliative e della terapia del dolore.

Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori familiari.

Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000. Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I) relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

World Health Organization. Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019.

Intesa Stato-Regioni sancita il 20 Febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR). Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicita'.

Legge 31 gennaio 1996, n. 34. Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio Sanitario Nazionale.

(1) articolo 1 - comma 274: Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, e' autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre

dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.

(2) Articolo 1, commi da 159 a 171, della legge n. 234/2021

(3) Articolo 3-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992

(4) Articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del decreto legislativo n. 502/1992:c) e' proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed e' approvato dal direttore generale

(5) Articolo 1, comma 5 del decreto legge n. 34/2020 Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresi' dell'infermiere di famiglia o di comunita', per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unita' speciali di continuita' assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonche' di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unita' infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attivita' assistenziali svolte e' riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalita', a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unita' ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.

Allegato 2 - Ricognizione Standard

Casa della Comunita'

La Casa della Comunita' (CdC) e' il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimita' per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunita' lavorano in modalita' integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Standard organizzativi
1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
Standard di personale per 1 Casa di Comunita' hub: 7-11 Infermieri,

1 assistente sociale, 5-8 unita' di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Servizi presenti nella Casa di Comunita'.

Parte di provvedimento in formato grafico

Standard tecnologici e strutturali

Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale.

Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicita' con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuita' assistenziale.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicita'.
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025.

Centrale operativa territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) e' un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attivita' territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard organizzativi

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Standard di personale: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unita' di Personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Operativa 7 giorni su 7

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.

Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina.

Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale

Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per

l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicita'.

Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensita' assistenziale.

Standard organizzativi

1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale.

Servizio aperto e gratuito e attivo 24h 7 giorni su 7

Requisiti tecnologici e strutturali

Servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per le cure mediche non urgenti (prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensita' assistenziale).

Raccordo con strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilita'.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR) recante Linee di indirizzo sui criteri e le modalita' di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117.

Unita' di Continuita' Assistenziale

L'Unita' di Continuita' Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 e' un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunita', che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessita' e che comportano una comprovata difficolta' operativa.

Standard organizzativi

1 Unita' di Continuita' Assistenziale ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere, puo' essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalita' disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Sede operativa: Casa della Comunita' Hub

Requisiti tecnologici e strutturali

Strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e la collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP.

Puo' usufruire del Supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilita' della rete di consulenti collegati.

Dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensita' e complessita' assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza

Standard organizzativi

10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Indicatore di Monitoraggio della presa in carico in Assistenza Domiciliare - % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di eta' pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA).

Continuita' assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalita' indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalita' e forme previste.

Requisiti tecnologici e strutturali

Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD

Interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 Atto rep. 151/2021 sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".
- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Ospedale di Comunita'

L'Ospedale di Comunita' (OdC) e' una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalita' di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi piu' idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e piu' prossimi al domicilio.

Standard organizzativi

1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unita' di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Operativa 7 giorni su 7

Assistenza infermieristica e' garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7

L'assistenza medica e' assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilita', anche organizzata per piu' strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna e' garantita anche da Medici della Continuita' Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella

struttura.

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

Sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Disponibilita' di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attivita' motorie e riabilitative.

Flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

Presenza di: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unita' di offerta.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunita'.

Rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative e' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attivita' di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque eta' e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard strutturali

1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza e' assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un equipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unita' di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuita' assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Requisiti tecnologici e strutturali

Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuita' delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali

Adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualita' e controllo dei percorsi di cura erogati.

Raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti 151/CSR) recante Definizione dei requisiti minimi e delle modalita' organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di

assistenza ai malati in fase terminale e delle unita' di cura palliative e della terapia del dolore.

- Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, (Rep. Atti n. 118/CSR), recante Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38.

- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR) recante Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare e l'attivita' rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento

Standard strutturali

1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilita' di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attivita' consultoriale puo' svolgersi all'interno delle Case della Comunita', privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Requisiti tecnologici e strutturali

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda al seguente documento tecnico di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale climatico

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocivita' e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard organizzativi

Standard massimo di popolazione per Dipartimenti di Prevenzione 1: 500.000 abitanti

Presenza di risorse multidisciplinari per lo svolgimento delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito delle disponibilita' previste dalla legislazione vigente.

Per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potra' essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021

Funzioni

Il Dipartimento di prevenzione assicura le seguenti funzioni: a) Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; b) Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; c) Sorveglianza,

prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; d) Salute animale e igiene urbana veterinaria; e) Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori; f) Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale; g) Attivita' medico legali per finalita' pubbliche.

Il Dipartimento di prevenzione opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovraintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorita' nazionali, regionali e locali.

Il Dipartimento assicura:

• supporto tecnico-scientifico alle autorita' sanitarie locali e regionali, e' chiamato a garantire attivita' trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc;

• supporto alle attivita' di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunita';

• supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi;

• raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro;

• raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

Requisiti tecnologici e strutturali

Sistemi di sorveglianza di popolazione

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1493/2002) recante "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attivita' del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali".

- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025.

Telemedicina e Sistemi di qualita'

La telemedicina e' una modalita' di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario - assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario - professionista sanitario).

Standard

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilita' e ridurre

le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto piu' omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialita' delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilita' nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilita' in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilita' e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;

b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonche' dei Piani Terapeutici Elettronici;

c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali gia' attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, ecc.)

d) interoperare con il repository centrale del FSE, una volta realizzato, al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;

e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualita' e documentano in merito alla gestione del rischio clinico; ai protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo; alla documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver; alla formazione continua e interprofessionale del personale.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) recante Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) Recante Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Allegato 3 - Glossario

Glossario acronimi

ADI - Assistenza Domiciliare integrata
AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale
ANA - Anagrafe Nazionale Assistiti
ASL - Azienda Sanitaria Locale
ATS - Ambiti Territoriali Sociali
CdC - Casa della Comunita'
CIA - Coefficiente di Intensita' Assistenziale
CO 1 1 6 1 1 7 - Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato
COT - Centrale Operativa Territoriale
CF - Consultorio Familiare

CP - Cure palliative
DP - Dipartimento di Prevenzione
DPCM - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza
FAR - Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale
FSE - Fascicolo sanitario elettronico
GEA - Gornate effettive di assistenza
GDC - Giornate di cura
IFoC - Infermiere di Famiglia o Comunita'
LEA - Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS - Livelli essenziali delle prestazioni sociali
MMG - Medico di Medicina Generale
NEA - Numero Europeo Armonizzato
NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC - Ospedale di Comunita'
PAI - Progetto di assistenza individuale integrata
PDTA - percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS - Pediatra di Libera Scelta
PNC - Piano Nazionale Cronicita'
PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNP 2020-2025 - Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025
PRI - Piano Riabilitativo Individuale
PUA - Punto Unico di Accesso
RLCP - Rete Locale di Cure Palliative
SAI - Specialisti Ambulatoriali Interni
SDGs - Obiettivi di sviluppo sostenibili
SDK -Software Developer Toolkit
SDO - Scheda di Dimissione Ospedalera
SIAD - Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro
SNPS - Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima
SPID - Sistema Pubblico di Identita' Digitale
SSN - Servizio Sanitario Nazionale
TERP - Tecnico della riabilitazione psichiatrica
TNPEE - Terapista della neuro e psicomotricita' dell'eta' evolutiva
TS - sistema Tessera Sanitaria
UCA - Unita' di Continuita' Assistenziale
UCCP - Unita' Complessa di Cure Primarie
UCP - Unita' di Cure Palliative
UCP - DOM - Unita' di Cure Palliative Domiciliari
UVM - Unita' di Valutazione Multidimensionale

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 18 del 22 ottobre 2010

Approvazione delle tre reti assistenziali G.01 ospedaliera; G.04 Emergenza-Urgenza; G.02 Territoriale.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (Legge finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze e la singola Regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della Regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscriversi con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima Regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009.

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23/12/2009, avente ad oggetto: «Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il Ministro della Salute ed il Presidente della Regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione», successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/2/2010.

PRESO atto che l'art. 7, co. 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo «sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria»;

— che l'art. 2, co. 95, della L. n. 191/2009 (Legge finanziaria 2010), prevede che «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la Regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

DATO atto che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della Regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 co. 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 luglio 2010 con la quale il Presidente protempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 1/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222.

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, co. 83 della Legge n. 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario ad acta adotta tutte le misure indicate nel piano nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano.

DATO atto che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

PRESO atto, altresì, che nella citata deliberazione del Consiglio dei Ministri 30 luglio 2010 si elencano le linee di intervento da attuare con programmi operativi del Commissario ad acta, tra i quali al punto 2) è previsto il «Riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presìdi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia».

VISTI gli obiettivi generali di piano G.1 «Ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera», G.2 «Riorganizzazione della rete di assistenza territoriale» e G.4 «Qualificazione delle attività di emergenza-urgenza».

VISTI gli obiettivi specifici di piano S.1 «Riorganizzazione della rete ospedaliera» ed in particolare gli obiettivi S.1.1 «Disattivazione di 5 presidi per acuti equamente distribuiti nelle varie ASP e avvio dei lavori di riconversione dei medesimi 5 presìdi»; S.1.2 «Identificazione e valutazione sull'opportunità di

mantenere in esercizio dopo l'1 gennaio 2010 ulteriori 6 strutture ospedaliere pubbliche»; S.1.3 «Fissazione su scala regionale del fabbisogno di U.O.C., suddivise tra mediche e chirurgiche, da applicarsi nella ridefinizione della rete ospedaliera regionale»; S.1.4 «Adozione del Piano di riorganizzazione definitivo della rete di offerta ospedaliera»; S.1.5 «Prosecuzione dell'azione di chiusura/riconversione dei presidi e dei reparti non funzionali alla rete ospedaliera regionale in lungodegenza e riabilitazione, in punti di assistenza territoriale, in strutture residenziali, in case della salute entro 120 giorni dall'approvazione del Piano di riorganizzazione definitivo della rete di offerta ospedaliera»; S.1.7 Comunicazione verso i cittadini.

RICHIAMATA la D.G.R. del 2 luglio 2010 n. 490 avente ad oggetto «Adempimenti di cui al Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale – D.G.R. del 16 dicembre 2009 n. 845 – Obiettivo specifico S.1 «Riorganizzazione della rete ospedaliera» con la quale si procedeva alla determinazione del fabbisogno dell'offerta ospedaliera secondo il documento allegato che fa parte integrante della stessa D.G.R..

RICHIAMATA la D.G.R. del 2 luglio 2010 n. 492 avente ad oggetto «Adempimenti di cui al Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale – D.G.R. 16 dicembre 2009 n. 845 – Obiettivo specifico S.12 «Riordino della funzione di emergenza-urgenza anche in relazione alla ridefinizione della rete ospedaliera», con la quale si procedeva all'individuazione della metodologia per il riordino della funzione di emergenza-urgenza sul territorio regionale secondo il documento allegato che fa parte integrante della stessa D.G.R..

VISTI i documenti allegati, che fanno parte integrante del presente decreto:

1) «Il riordino della rete ospedaliera», che sostituisce integralmente il documento allegato alla D.G.R. 490/2010 (all. 1).

2) «Il riordino della rete emergenza/urgenza», che sostituisce integralmente il documento allegato alla D.G.R. 492/2010 (all. 2);

3) «Il riordino della rete territoriale» (all. 3).

CONSIDERATO che occorre stabilire precisi tempi di realizzazione del riassetto del SSR derivante dall'attivazione delle nuove reti ospedaliera, territoriale e dell'emergenza-urgenza quali previste dai documenti allegati al presente decreto e di cui ne costituiscono parte integrante.

RITENUTO che entro 30 giorni dal parere del tavolo governativo interministeriale sul presente decreto i Commissari Straordinari delle Aziende debbano presentare un piano attuativo coerente con il riassetto delle tre reti di cui agli allegati documenti che definisca il riordino dell'ambito di loro competenza.

RITENUTO che il processo di riconversione degli ospedali individuati e specificati in allegato possa avvenire in due fasi e precisamente:

a) entro il 30 marzo 2011 Ospedali di: Palmi, Taurianova, Siderno, Chiaravalle, Soriano, San Marco Argentano;

b) entro il 30 marzo 2012 Ospedali di: Rogliano, San Giovanni in Fiore, Acri, Mormanno, Trebisacce, Cariati, Praia a Mare, Lungro, Soveria Mannelli, Serra San Bruno, Scilla, Oppido Mamertina.

CONSIDERATO che è necessario un costante e continuo monitoraggio da parte del Dipartimento sugli atti dei Commissari Straordinari delle Aziende relativi all'attuazione del processo di riconversione.

RITENUTO che il Dipartimento debba anche offrire un supporto tecnico-metodologico in relazione all'attuazione dei provvedimenti di riconversione e che a tal fine è stato formalmente costituito uno specifico gruppo operativo coordinato dal Dirigente del Dipartimento responsabile della gestione del Piano di rientro.

RITENUTO congruo un tempo massimo di 10 giorni dal parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale per dare l'avvio ai processi di riconversione che dovranno concludersi, inderogabilmente, entro i termini di cui alle due già citate fasi e che dovranno rispettare, per ciò che riguarda la prima fase, le cadenze temporali previste dal cronoprogramma allegato (all. 4).

STABILITO che l'intero processo di riconversione deve essere gestito da un apposito gruppo operativo costituito in ogni Azienda secondo le direttive di uno specifico e successivo decreto del Commissario ad acta.

STABILITO che in caso di accertata inadempienza da parte dei Commissari Straordinari rispetto alla tempistica definita nel presente decreto il Commissario ad acta attiverà i poteri sostitutivi della Regione.

RIBADITO che il numero degli ospedali di zona montana, precisamente Acri, San Giovanni in Fiore, Serra San Bruno e Soveria Mannelli, è immodificabile in quanto essi costituiscono una tipologia organizzativa il cui mantenimento è da valutare dopo il superamento della situazione di emergenza socio-sanitaria della Regione Calabria.

STABILITO che le attività chirurgiche nei presìdi da riconvertire in prima fase debbano cessare entro cinque giorni dal parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale.

STABILITO che al riordino della rete ospedaliera privata accreditata si procederà con successivo provvedimento.

STABILITO, altresì, che al riordino della rete laboratoristica pubblica e privata si procederà con successivo provvedimento.

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

1. Di approvare i documenti tecnici, di seguito elencati, di cui agli allegati 1, 2 e 3 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto:

— «Il riordino della rete ospedaliera» (all. 1);

— «il riordino della rete emergenza/urgenza» (all. 2);

— «il riordino della rete territoriale» (all. 3).

2. Di stabilire che entro 30 giorni dal parere del tavolo governativo interministeriale sul presente decreto i Commissari Straordinari delle Aziende presentino un piano attuativo coerente con il riassetto delle tre reti di cui agli allegati documenti che definisca il riordino dell'ambito di loro competenza.

3. Di Disporre che il processo di riconversione degli ospedali individuati e specificati in allegato avvenga in due fasi e precisamente:

a) entro il 30 marzo 2011 Ospedali di: Palmi, Taurianova, Siderno, Chiaravalle, Soriano, San Marco Argentano;

b) entro il 30 marzo 2012 Ospedali di: Rogliano, San Giovanni in Fiore, Acri, Mormanno, Trebisacce, Cariati, Praia a Mare, Lungro, Soveria Mannelli, Serra San Bruno, Scilla, Oppido Mamertina.

4. Di disporre che il Dipartimento garantisca un supporto tecnico-metodologico in relazione all'attuazione dei provvedimenti di riconversione attraverso l'attività dello specifico gruppo operativo all'uopo costituito e coordinato dal dirigente del Dipartimento responsabile della gestione del Piano di rientro.

5. Di stabilire che entro 10 giorni dal ricevimento del parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale venga dato avvio ai processi di riconversione che dovranno concludersi, inderogabilmente, entro i termini di cui alle due alle fasi sopraccitate nel rispetto delle cadenze temporali previste, per la prima fase di riconversione, dal cronoprogramma allegato (all. 4).

6. Di approvare il cronoprogramma, di cui all'allegato 4 che costituisce parte integrante del presente atto.

7. Di stabilire che l'intero processo di riconversione sia gestito da un apposito gruppo operativo costituito in ogni Azienda secondo le direttive di uno specifico e successivo decreto del Commissario ad acta.

8. Di stabilire, in caso di accertata inadempienza del rispetto della tempistica definita nel presente decreto, l'attivazione, da parte del Commissario ad acta, dei poteri sostitutivi della Regione.

9. Di ribadire che il numero degli ospedali di zona montana, precisamente Acri, San Giovanni in Fiore, Serra San Bruno e Soveria Mannelli, è immodificabile in quanto essi costituiscono una tipologia organizzativa il cui mantenimento è da valutare dopo il superamento della situazione di emergenza socio-sanitaria della Regione Calabria.

10. Di stabilire:

— che le attività chirurgiche nei presìdi da riconvertire in prima fase cesseranno entro cinque giorni dal parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale;

— che al riordino della rete ospedaliera privata accreditata si procederà con successivo provvedimento;

— che al riordino della rete laboratoristica pubblica e privata si procederà con successivo provvedimento.

11. Di stabilire che il presente decreto è senza ritardo trasmesso a cura del Dipartimento «Tutela della Salute», agli interessati ed ai Ministeri competenti.

12. Di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, lì 22 ottobre 2010

Il Presidente
On. Giuseppe Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 19 del 25 ottobre 2010

Compartecipazione alla spesa sanitaria – Ticket. Modifica al Regolamento regionale adottato. Obiettivo G05.S13.01.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (Legge Finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze e la singola Regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della Regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscriversi con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima Regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009.

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23/12/2009, avente ad oggetto: «Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il Ministro della Salute ed il Presidente della Regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione», successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/2/2010.

PRESO atto che l'art. 7, co. 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo «sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria»;

REGIONE CALABRIA
DCA n. 64 del 05 LUG. 2016

OGGETTO: P.O. 2016-2018 – Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali – Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016.

IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi I e 2, del D.L. 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del D.L. n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione del Programma operativo 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015, di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni e interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quìnquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;

RICHIAMATO l'art. 15, comma 13, lett. c) del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale, intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;

DATO ATTO che con DCA n. 9 del 2 Aprile 2015, successivamente integrato dal DCA n. 38 del 14/05/2015, si è proceduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera, delle reti tempo-dipendenti (rete sindrome coronarica acuta, rete ICTUS, rete politrauma, rete trasporto neonatale) e della rete di emergenza-urgenza, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, pubblica e privata accreditata, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento), per realizzare il risultati programmati di allineamento della rete ospedaliera ai parametri ed agli standard previsti dalla normativa statale di riferimento (adempimento Lea punto f);

VISTO il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 con il quale è stato approvato il "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Tale Regolamento, in attuazione delle disposizioni contenute nella legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che le regioni debbano adottare un provvedimento di programmazione teso a ricondurre la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente utilizzati a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (pl) per mille abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (Disposizione contenuta nell'art. 15 comma 13 lett. c) della legge n. 135/2012) garantendo il progressivo adeguamento agli standard previsti nell'arco di un triennio;

DATO ATTO che il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (verbale riunione congiunta del 26 novembre 2015), nel riconoscere la validità della metodologia utilizzata dalla Regione per la definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere appropriate, hanno rilevato che la dotazione programmata risulterebbe inferiore rispetto allo standard corretto per mobilità per le acuzie, di circa 310 posti, mentre per le post-acuzie, la dotazione attesa risulterebbe superiore allo standard corrispondente di 95 posti letti, invitando la struttura commissariale a fare un'ulteriore riflessione sulla opportunità di

portare la dotazione dei posti letto per post-acuzie al massimo previsto dal DM n. 70/2015 al netto della mobilità (0,64 pl per 1.000);

VISTA la nota LEA_CALABRIA-SCLEA-22/02/2016-0000002-P, con la quale, al fine di rendere omogenei i provvedimenti che le Regioni e le Province Autonome devono trasmettere, ai sensi del suddetto disposto normativo, e rendere trasparenti i criteri di valutazione, il Tavolo degli adempimenti e il Comitato per la verifica del l'erogazione dei Lea di cui agli art. 12 e 9 dell'Intesa del 23 marzo 2015, insieme al Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri di cui al DM 70/2015, hanno predisposto un documento di indicazioni operative, approvato nella seduta congiunta dei predetti Tavoli del 19 febbraio 2016;

DATO ATTO che nella suddetta nota veniva, inoltre, comunicata alla Regione anche l'informazione relativa alla dotazione dei posti letto per mille abitanti corretta per il saldo di mobilità secondo quanto disposto dell'articolo 1, comma 3, lettera b, del DM n. 70/2015, che di seguito si riporta:

Tabella - Applicazione art. 1, comma 3, lettera b, D.M. 70/2015

Regione	Popolazione residente al 01/01/2015	Popolazione al 01/01/2015 "pesata"[1]	Distribuzione posti letto standard per popolazione "pesata" corretta per mobilità				
			PL acuti - 3 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per mobilità	PL acuti x 1.000 abitanti	PL post acuti - 0,7 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per mobilità	Posti letto post acuti x 1.000 abitanti	Totale PL acuti e post acuti - pop. "pesata" corretti per mobilità
CALABRIA	1.976.631	1.991.503	5.554	2,79	1.296	0,65	6.850

RICHIAMATO il DCA n. 30 del 3/03/2016 avente ad oggetto "*P.O. 2016-2018 – Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" – modifiche e integrazioni al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e s.m.i.*";

DATO ATTO che Tavolo e Comitato, nella riunione del 26 novembre 2015, chiedevano alla struttura commissariale di trasmettere, entro il 15.01.2016, un elenco degli ambiti di intervento del Programma Operativo 2016-2018, tenendo anche in considerazione gli obiettivi individuati con la metodologia condivisa *ex* art. 12 del Patto per la salute 2014-2016;

- che la Struttura Commissariale, in risposta alla richiesta del Tavolo, ha inviato una bozza dei Programmi Operativi 2016-2018, di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (prot. 43_16 del 25.02.2016);
- che, in esito alle osservazioni sulla bozza dei PP.OO., evidenziate dal Tavolo interministeriale nella riunione del 19 aprile 2016, con DCA n. 63 del 05/07/2016, è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;
- che il Programma Operativo 2016 – 2018, all'intervento 2.1.1. – Riorganizzazione delle reti assistenziali - prevede l'adeguamento del DCA n. 30/2016 ai pareri dei ministeri vigilanti ed alle indicazioni Ministeriali di cui al verbale del Tavolo di Verifica del 19 Aprile 2016;

RILEVATO che in relazione al succitato DCA n. 30/2016, sia il Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri nella riunione del 5 aprile 2016 (cfr. nota prot. n. 14988 del 13/05/2016), che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nella riunione congiunta del 19 aprile 2016, si sono espressi in termini favorevoli chiedendo, comunque, alla Struttura Commissariale:

1. di allineare la programmazione dell'offerta di posti letto ospedalieri agli standard normativi, tenendo conto che i posti letto equivalenti di residenzialità territoriale devono essere inclusi nel computo dei posti letto ospedalieri (a meno di una modifica delle relative tariffe);
2. di eliminare, al fine di rispettare detti standard, i posti letto programmati nel provvedimento ma non assegnati e non contemplati nella tabella A (289 pl);
3. di allocare, in relazione alla rete dell'emergenza urgenza e con riferimento all'HUB di Catanzaro, le discipline relative all'emergenza urgenza in una unica sede, raccomandando di anticipare l'attivazione delle reti STAM e STEN, rispetto alle date programmate nel provvedimento, al fine di garantire la sicurezza del percorso nascita;

VISTA la nota LEA_CALABRIA-SCLEA-05/05/2016-0000013-P, con la quale il Ministero della Salute, ha fornito, in allegato, la tabella contenente il parametro massimo dei posti letto su base regionale, di seguito riportata, che so-

stituisce le tabelle già trasmesse con invii del 22/02/2016 (LEA_CALABRIA-SCLEA-22/02/2016-0000002-P) e 07/04/2016 (LEA_CALABRIA-SCLEA-07/04/2016-0000011-P);

Tabella 1 - Applicazione art. 1, comma 3, lettera b, D.M. 70/2015

Cod. Regione	Regione	Popolazione		Posti letto attivi al 01/01/2015*			Distribuzione posti letto standard per popolazione "pesata" corretti per la mobilità**				
		Popolazione residente al 01/01/2015	Popolazione al 01/01/2015 "pesata"	Acuti	Post acuti	Totale PL acuti e post acuti	PL acuti - 3 PL per 1.000 ab. (pop. "pesata") corretti per mobilità	PL acuti x 1.000 ab. (pop. "pesata")	PL post acuti - 0,7 PL per 1.000 ab. (pop. "pesata") corretti per mobilità	PL post acuti x 1.000 ab. (pop."pesata")	Totale PL acuti e post acuti (pop. "pesata") corretti per mobilità
190	CALABRIA	1.978.691	1.944.563	4.792	976	5.768	5.399	2,78	1.260	0,65	6.659

RITENUTO di dover recepire le osservazioni formulate dal Tavolo interministeriale nella riunione del 19 Aprile 2016;

RICHIAMATO l'articolo 1, comma 541 e ss., della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

RITENUTO, in coerenza con il quadro normativo nazionale sopra delineato, di dover dare seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale basato sui seguenti criteri:

- classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, sede di pronto soccorso, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, prevedendo il mantenimento di presidi con funzioni ridotte di pronto soccorso per zone particolarmente disagiate ovvero distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso; presidi ospedalieri DEA di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri DEA di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti);
- definizione della dotazione di strutture organizzative pubbliche e private per disciplina, in relazione ai bacini di utenza ed all'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza, secondo gli standard per singola disciplina e per le alte specialità previsti dal DM 70/2015, pubblicato sulla GU Serie Generale n.127 del 4.6.2015, nonché nel rispetto degli standard previsti dall'art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, in data 26.03.2012, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'intesa Stato –Regioni del 23.03.2005";

TENUTO CONTO dell'intesa sulla riorganizzazione della rete ospedaliera relativa all'Azienda Ospedaliera "Mater Domini", espressa dal Rettore dell'Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro, giusta nota prot. n. 137 data 30/06/2016, in atti presso gli Uffici della Struttura Commissariale, propedeutica alla stipula del Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'Università, per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 517/1999;

VISTO il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
ATTESO che secondo il consolidato orientamento giurisprudenziale "*una volta nominato dal Consiglio dei ministri il commissario "ad acta" per l'attuazione del Piano di rientro sanitario, ai sensi dell'art. 2 comma 83, l. 23 dicembre 2009 n. 191, ha il potere di modificare il programma della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale precedentemente adottato dai competenti organi regionali* (Consiglio di Stato, sez. III, 27/04/2015, n. 2151)";

DATO ATTO che il presente provvedimento è adottato in attuazione del D.M. n.70/2015, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 nonché del Programma Operativo 2016-2018;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, a modifica e integrazione del DCA n. 30 del 3/03/2016 e in sostituzione del precedente allegato al medesimo DCA;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare la massima diffusione al predetto documento, di attuare quanto in esso contenuto secondo le indicazioni e la tempistica indicata e di provvedere al monitoraggio di attuazione;

DI STABILIRE che venga effettuato dal Dipartimento Tutela della Salute il monitoraggio semestrale sull'attuazione delle azioni a carico delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali, previste nel documento di riorganizzazione;

DI PRECISARE che l'attuazione delle reti sarà obiettivo prioritario dei Commissari/Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali;

DI ABROGARE tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE ATTO che il presente provvedimento potrà essere oggetto d'integrazioni e/o modifiche sulla scorta di eventuali osservazioni avanzate dai Ministeri affiancanti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

DI DARE ATTO che avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Calabria nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il *Sub* Commissario
Dott. Andrea Urbani

[redacted]

Il Commissario *ad acta*
Ing. Massimo Scura

[redacted]

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 198 del 12/07/2023

OGGETTO: ***Modifica e integrazione DCA n. 64/2016 – Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti***

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

PREMESSO che il DCA n. 64 del 5 luglio 2016 "*P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016*" ha approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, a modifica e integrazione del DCA n. 30 del 3/03/2016, in coerenza con quanto previsto dal DM Salute n.70/2015, recante il "*Regolamento recante la definizione deglj standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";*

CONSIDERATO che

- negli ultimi due anni, il sistema sanitario regionale è stato messo alla prova dall'emergenza determinata dalla pandemia da COVID-19, di fronte alla quale la Regione Calabria ha risposto in modo coordinato all'emergenza, attraverso l'intersecarsi di esigenze assistenziali a carico di tutti i settori strategici delle Aziende Sanitarie del SSR, quali Dipartimenti di Prevenzione, Cure Primarie, RSA, Rete Territoriale, Rete Ospedaliera;
- in risposta ad eventi epidemici/pandemici, la riorganizzazione della rete ospedaliera e il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio alla luce del DM 77/2022, con una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute e fornire risposte sanitarie di alta qualificazione;

CONSIDERATO altresì che la regione Calabria ha effettuato, in questi ultimi anni, una costante attività di monitoraggio dell'attuazione della rete ospedaliera, dalla quale sono emerse alcune criticità:

a) dai flussi HSP 12 e 13, anno 2019, si è rilevata una percentuale di attivazione dei posti letto pari in totale all'86% della programmazione e, in particolare, al 97% per le strutture private accreditate e all'82% per le strutture pubbliche. Tra le strutture pubbliche si rileva un tasso di occupazione totale inferiore allo standard previsto dal DM 70/2015 (≥90%) e pari all'80%, mentre tra le strutture private si rileva un tasso di occupazione totale inferiore allo standard previsto dal DM 70/2015 (≥90%) e pari al 63%;
b) le sentenze del giudice amministrativo relative alla riapertura del P.O. di Praia a Mare (Delibera del Commissario Straordinario dell'A.S.P. di Cosenza n.1030 del 4.08.21 e da ultimo sentenza del CdS n.384/2022) e del P.O. di Trebisacce (Delibera del Commissario ad acta n.3/2021) che impongono la riattivazione dei due P.O.;
c) la mancata riconversione del P.O. di Cariati;
d) l'organizzazione dei centri di emodinamica concentrati, con riferimento all'area centro, nella città di Catanzaro, pur in presenza di una forte domanda assistenziale nell'area del crotonese;
e) la carente offerta assistenziale nell'area della Piana di Gioia Tauro, anche in conseguenza dello sviluppo delle attività economiche dell'area stessa;
f) la forte mobilità passiva nelle patologie neuromuscolari e nei trapianti di cellule staminali e previsione di specifici centri presso il GOM di Reggio Calabria;

PRESO ATTO che la legge regionale 15/12/2021 n. 32 e s.m. ha provveduto all'Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale calabrese denominata *"Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria - Azienda Zero",* alla quale sono state attribuite specifiche competenze di governo del sistema sanitario regionale;

VISTO il DCA n.162 del 18/11/2022 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2022-2025, che si pone l'obiettivo di portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico, adeguando l'organizzazione dei servizi alle innovazioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Le priorità di tale Programma sono:

- il potenziamento dell'assistenza territoriale nelle sue diverse declinazioni
- il rafforzamento e la qualificazione dell'offerta ospedaliera
- il rafforzamento della rete pediatrica;

TENUTO CONTO pertanto che,

- a seguito delle sentenze del giudice amministrativo relative alla riapertura del P.O. di Praia a Mare (Sentenze del Consiglio di Stato n° 2576/201, n° 2968/2015, n. 1153/2017 e s.m.i., Delibera del Commissario Straordinario dell'A.S.P. di Cosenza n. 1030 del 4/08/2021 e da ultimo sentenza del CdS n. 384/2022) e del P.O. di Trebisacce (Sentenza del Consiglio di Stato n. 2151/2015 e succ., ordinanza del Consiglio di Stato del 15/02/2021, Delibera del Commissario ad acta n.3/2021) risulta necessario procedere al reinserimento di tali strutture all'interno della rete ospedaliera della Regione Calabria con la configurazione di Ospedale di Base di cui al D.M. 70/2015;
- le criticità relative alla posizione geografica di Cariati e il bacino di popolazione di riferimento rispetto agli ospedali dell'area limitrofa, ponderati con il fabbisogno sanitario espresso dalla popolazione del bacino di riferimento riconducibile in prevalenza a prestazioni e servizi propri dell'ambito territoriale, rendono necessario il reinserimento del P.O. di Cariati all'interno della rete ospedaliera con la configurazione di P.O. di zona particolarmente disagiata di cui al D.M.70/2015;

TENUTO CONTO altresì che la Regione Calabria ha disposto, con legge regionale n. 33 del 16 dicembre 2021, la fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini", la quale assume la denominazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco". L'AOU è la sede primaria dell'attività formativa pre e post-laurea della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro e la sede dell'attività assistenziale integrata con la didattica e la ricerca della stessa Università, nonché la sede dell'assistenza ospedaliera.
Con successivo DCA n. 83/2023 la Regione ha provveduto ad approvare il protocollo di intesa tra la Regione e l'Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro. Presso L'AOU saranno attivate le seguenti nuove attività assistenziali, organizzate come strutture a direzione universitaria: Pronto soccorso e Medicina di Urgenza, dotato di posti letto; Neuropsichiatria infantile, dotata di posti letto; Terapia intensiva pediatrica, dotata di posti letto; Radiologia interventistica endovascolare; Urologia pediatrica, dotata di posti letto; Ortopedia pediatrica, dotata di posti letto;

RITENUTO pertanto necessario completare il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera intrapreso con l'approvazione del DCA n. 64/2016, con l'obiettivo di consolidare e migliorare i significativi risultati in termini di qualità dell'assistenza sanitaria e di efficacia dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso un documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti, allegato al presente atto del quale costituisce parte integrante e sostanziale, dove vengono riepilogate le disponibilità complessive di posti letto di tutte le strutture, pubbliche e private accreditate a contratto, presenti e attive sul territorio regionale. Con la riorganizzazione dell'offerta, i Posti Letto per Acuti per mille abitanti sono pari a 2,91 rispetto ad uno standard per popolazione "pesata" corretta per mobilità pari a 2,78 (DM 70/2015 – Circolare Ministeriale Febbraio 2016). Tale incremento è finalizzato al programma di recupero della mobilità che sarà a regime entro il 2026;

RITENUTO altresì che il presente provvedimento diventerà effettivamente operativo a seguito del parere dei Tavoli ministeriali di verifica;

VISTO il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, comma 1, che attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 318833 del 12/07/2023.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, a modifica ed integrazione del DCA n. 64 del 5/07/2016 e in sostituzione dell'allegato al medesimo DCA;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di attuare quanto in esso contenuto e di provvedere al monitoraggio di attuazione;

DI ABROGARE tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DEMANDARE al Dipartimento regionale Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

Dott. Ernesto Esposito

ERNESTO
ESPOSITO
Regione Calabria
12.07.2023
18:00:49
GMT+01:00

Il Commissario ad acta

Dott. Roberto Occhiuto

ROBERTO
OCCHIUTO
Regione Calabria
12.07.2023
18:02:46
GMT+01:00

Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio- Sanitari

Settore 6 "Programmazione dell'offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze"

Il Dirigente del Settore n. 6

Dr.ssa Maria Pompea Bernardi

Maria pompea
Bernardi
Regione Calabria
12.07.2023 16:43:30
GMT+00:00

Il Dirigente Generale

Ing. Iole Fantozzi

Iole Fantozzi
Regione
Calabria
12.07.2023
17:59:44
GMT+01:00

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 69 del 14/03/2024

OGGETTO: ***Modifica e integrazione DCA n. 64/2016 – Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti***

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub – commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

PREMESSO che il DCA n. 64 del 5 luglio 2016 "*P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016*" ha approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, in coerenza con quanto previsto dal DM Salute n.70/2015, "*Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";*

CONSIDERATO che la regione Calabria ha effettuato un'attività di monitoraggio dell'attuazione della predetta rete ospedaliera, dalla quale sono emerse alcune criticità:

a) dai flussi HSP 12 e 13, anno 2019, si è rilevata una percentuale di attivazione dei posti letto pari in totale all'86% della programmazione e, in particolare, al 97% per le strutture private accreditate e all'82% per le strutture pubbliche. Il tasso di occupazione totale è inferiore allo standard previsto dal DM 70/2015 (≥90%), in quanto risulta pari all'80% nelle strutture pubbliche e pari al 63% nelle strutture private;
b) la mancata riconversione del P.O. di Cariati;
c) l'organizzazione dei centri di emodinamica concentrati, con riferimento all'area centro, nella città di Catanzaro, pur in presenza di una forte domanda assistenziale nell'area del crotonese;
d) la carente offerta assistenziale nell'area della Piana di Gioia Tauro, tenuto conto dello sviluppo delle attività economiche dell'area stessa;
e) la forte mobilità passiva per le patologie neuromuscolari e i trapianti di cellule staminali;
f) le sentenze del giudice amministrativo relative alla riapertura del P.O. di Praia a Mare (Delibera del Commissario Straordinario dell'A.S.P. di Cosenza n.1030 del 4.08.21 e da ultimo sentenza del CdS n.384/2022) e del P.O. di Trebisacce (Delibera del Commissario ad acta n.3/2021) che impongono la riattivazione dei due P.O.;

CONSIDERATO altresì le modifiche sulla struttura dell'offerta sanitaria che, in attuazione del DM 77/2022, hanno previsto nel documento di programmazione della rete dell'assistenza territoriale il potenziamento delle strutture di prossimità (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, Ospedali Territoriali), ampliandone la sfera assistenziale della presa in carico dei pazienti rispetto a quella della funzione ospedaliera;

VISTO il DCA n.162 del 18/11/2022 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2022-2025, che si pone l'obiettivo di portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico, adeguando l'organizzazione dei servizi alle innovazioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il Programma Operativo prevede al Punto 10.4 *Riconfigurazione della rete ospedaliera*, fra le azioni programmatorie, l'approvazione della nuova rete ospedaliera;

PRESO ATTO della Legge regionale 15/12/2021 n. 32 e s.m. che ha istituito l'ente di governance della sanità regionale calabrese denominata *"Azienda per il governo della sanità della Regione Calabria - Azienda Zero",* alla quale sono state attribuite specifiche competenze di governo del sistema sanitario regionale;

TENUTO CONTO altresì che la Regione Calabria ha disposto, con legge regionale n. 33 del 16 dicembre 2021, la fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini", la quale assume la denominazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco". Con successivo DCA n. 83/2023 è stato approvato il Protocollo di Intesa tra la Regione e l'Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro, mediante il quale sono state stabilite le modalità di partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale, nonchè le funzioni, i principi e i criteri generali relativi all'assetto organizzativo dell'AOU;

CONSIDERATO che con il DCA n. 198 del 12/07/2023 "*Modifica e integrazione DCA n. 64/2016 – Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti"* è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, a modifica ed integrazione del DCA n. 64 del 5/07/2016; che lo stesso decreto ha previsto che "*il presente provvedimento diventerà effettivamente operativo a seguito del parere dei Tavoli ministeriali di verifica*";

RILEVATA l'esigenza di un confronto con gli organi ministeriali affiancanti, il Settore regionale competente del Dipartimento Salute e Welfare, con PEC del 22/09/2023, ha chiesto alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute un supporto tecnico al fine di un confronto per le opportune valutazioni in merito al documento di programmazione della nuova rete ospedaliera;

CONSIDERATO che a seguito di intercorse varie interlocuzioni e riscontri con il Ministero della Salute, sono state evidenziate osservazioni e modifiche al documento stesso;

RITENUTO pertanto, a conclusione dell'attività di affiancamento, di apportare le necessarie modifiche ed integrazioni e, conseguentemente, approvare il nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti, che sostituisce integralmente gli allegati del DCA n. 198/2023 e si allega quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot.191724 del 13/03/2024.
Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE il nuovo *Documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti*, che sostituisce integralmente gli allegati del DCA n. 198/2023, e si allega quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DEMANDARE al Dipartimento Salute e Welfare il presente provvedimento per la notifica ai soggetti interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario *Il Sub Commissario*

f.to Ing. Iole Fantozzi ***f.to Dott. Ernesto Esposito***

Il Commissario ad acta
f.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Salute e Welfare

Settore n. 5 "Assistenza ospedaliera e Sistemi alternativi al ricovero"

Il Responsabile del Procedimento
f.to Dott.ssa Liliana Rizzo

Il Dirigente Generale
f.to Dott. Tommaso Calabrò

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 78 del 26/03/2024

OGGETTO: ***Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti***

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzidel SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione

del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub-commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

PREMESSO che il DCA n. 64 del 5 luglio 2016 "*P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016*" ha approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, in coerenza con quanto previsto dal DM Salute n.70/2015 "*Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";*

PREMESSO che con il DCA n. 198 del 12/07/2023 "*Modifica e integrazione DCA n. 64/2016 –Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti"* è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, a modifica ed integrazione del DCA n. 64 del 5/07/2016, la cui efficacia è stata subordinata al parere dei Tavoli ministeriali di verifica;

ATTESO che:

- a seguito dell'invio del predetto provvedimento è stato avviato un confronto con gli organi ministeriali affiancanti, per cui il Settore regionale competente del Dipartimento Salute e Welfare, con PEC del 22/09/2023, ha chiesto alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute un supporto tecnico, per le opportune valutazioni in merito al documento di programmazione della nuova rete ospedaliera;
- il Ministero della Salute ha evidenziato l'esigenza di apportare modifiche e precisazioni al documento;

CONSIDERATO che il nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti approvato con il DCA n. 69 del 14/03/2024 "*Modifica e integrazione DCA n. 64/2016 - Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti*" necessita di un adeguamento e di correzioni nelle tabelle allo stesso allegate, anche al fine di renderlo maggiormente coerente con i bisogni assistenziali della popolazione regionale ed i principi di efficienza ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni;

RITENUTO, pertanto, di dover apportare le necessarie modifiche ed integrazioni e, conseguentemente, approvare il nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti, nonché l'Allegato 1 "Analisi mobilità" e le tabelle A, B, C e D che sostituiscono integralmente gli allegati del DCA n. 69/2024, e si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CONSIDERATO altresì le modifiche sulla struttura dell'offerta sanitaria che, in attuazione del DM 77/2022, hanno previsto nel documento di programmazione della rete dell'assistenza territoriale il potenziamento delle strutture di prossimità (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, Ospedali Territoriali), ampliando la sfera assistenziale della presa in carico dei pazienti rispetto a quella della funzione ospedaliera;

VISTO il DCA n.162 del 18/11/2022 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2022- 2025, che si pone l'obiettivo di portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico, adeguando l'organizzazione dei servizi alle innovazioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il Programma Operativo prevede, al Punto 10.4, *Riconfigurazione della rete ospedaliera*, fra le azioni programmatorie, l'approvazione della nuova rete ospedaliera;

VISTO i DDCCCAA n. 83 del 15.03.2023 e n. 242 del 14.09.2023 con i quali sono stati approvati i protocolli d'intesa tra la Regione Calabria, l'Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro e l'Università della Calabria;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 226608 del 26/03/2024.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante e sostanziale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI APPROVARE il nuovo *Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti*, nonché l'Allegato 1 "Analisi mobilità" e le tabelle A, B, C e D che sostituiscono integralmente gli allegati del DCA n. 69/2024 e si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DARE ATTO che l'efficacia del presente provvedimento è subordinata al parere dei Tavoli ministeriali di verifica;

DI DEMANDARE al Dipartimento Salute e Welfare la notifica del presente provvedimento ai soggetti interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare di provvedere alla pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario
f.to Ing. Iole Fantozzi

Il Sub Commissario
f.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta
f.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Salute e Welfare

Settore n. 5 "Assistenza ospedaliera e Sistemi alternativi al ricovero"

Il Responsabile del Procedimento
f.to Dott.ssa Liliana Rizzo

Il Dirigente Generale
f.to Dott. Tommaso Calabrò

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

Oggetto: DCA n.78/2024 "Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti" - Presa d'atto parere Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. 70/2015.

Codice Proposta: 62049

N°. 360 DEL 20/11/2024

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

Il Dirigente responsabile, previo controllo degli atti richiamati, attestano la regolarità amministrativa nonché la legittimità del decreto e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali.

Sottoscritto dal Direttore di Dipartimento
Dott CALABRÒ TOMMASO (con firma digitale)

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confer mava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub-commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

PREMESSO che

- con il DCA n. 78 del 26/03/2024 "*Nuovo documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti*" è stato approvato il nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, a modifica e sostituzione degli allegati del precedente DCA n. 69/2024;
- il Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. 70/2015, a seguito dell'istruttoria effettuata sul suddetto decreto e in sede di riunione congiunta con la Regione Calabria in data 10 aprile 2024, ha espresso, in merito, parere positivo con prescrizioni, per come risulta nel verbale trasmesso con nota prot. n. 0011256-17/05/2024-DGPROGS-MDS-P;

VISTI

- il DCA n. 197 del 30 dicembre 2022 "*Presa d'atto Protocollo d'Intesa tra la Regione Calabria e l'Università della Calabria per la collaborazione in ambito sanitario*";
- il DCA n. 242 del 14 settembre 2023 di approvazione dello schema di Protocollo per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche e assistenziali e s.m.i.;
- il DCA n. 295 del 14 ottobre 2024 "*Approvazione schema Addendum al Protocollo Rep. n. 17864 del 20 settembre 2023, per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche e assistenziali*";
- il DCA. n. 322 del 16 ottobre 2024 "*Rettifica DCA n. 295 del 14 ottobre 2024 "Approvazione schema*

Addendum al Protocollo Rep. n. 17864 del 20 settembre 2023, per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche e assistenziali";

TENUTO CONTO che la sottoscrizione del suddetto Protocollo dell'Intesa tra la Regione Calabria e l'Università degli Studi della Calabria recante la disciplina dell'integrazione fra attività didattiche, assistenziali e di ricerca, quale momento propedeutico alla costituzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, porterà gradualmente alla trasformazione dell'Azienda Ospedaliera "Annunziata – Mariano Santo – Santa Barbara" in Azienda Ospedaliera integrata con l'Università degli Studi della Calabria. Tale Protocollo permetterà al personale docente universitario di integrarsi con il personale ospedaliero garantendo la giusta sinergia tra assistenza, didattica e ricerca, nell'interesse congiunto della tutela della salute collettiva;

CONSIDERATO necessario rivalutare l'offerta ospedaliera dei Punti Nascita, che tenga conto sia del numero dei parti, quale elemento base per la programmazione della rete regionale e sia dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle singole strutture ospedaliere. In particolare, la rivalutazione del Punto Nascita del Presidio Ospedaliero Basso Ionio di Soverato dell'ASP di Catanzaro e la rivalutazione del Punto Nascita della struttura privata accreditata IGreco Ospedali Riuniti S.r.l. di Cosenza;

TENUTO CONTO che gli attuali presidi ospedalieri che insistono nelle aree territoriali di riferimento degli ospedali da realizzare (Ospedale della Piana, Ospedale della Sibaritide e Ospedale di Vibo Valentia) non saranno oggetto di dismissione e il loro ruolo sarà valorizzato anche successivamente al completamento dei predetti nuovi ospedali;

RITENUTO pertanto di:

- prendere atto del Parere del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. 70/2015;
- adempiere alle prescrizioni dettate nel predetto parere e conseguentemente modificare le tabelle A, B e C, in sostituzione a quelle del DCA n. 78/2024, che si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e integrare la Tabella della rete dei Punti Nascita, riportata a pag. 51 dell'Allegato "Programmazione Rete Ospedaliera" del DCA n. 78/2024, con il P.O. di Lamezia Terme, precedentemente non indicato per mero refuso, per come invece già rappresentato nell'Allegato 4 - Tabella C del medesimo DCA;
- specificare che:
  - coerentemente con quanto prescritto nel verbale ministeriale, verrà avviato un monitoraggio specifico dell'AOU Dulbecco di Catanzaro, al fine di ridurre le UU.OO.CC. in esubero rispetto al bacino di utenza secondo un cronoprogramma quinquennale, che tiene conto dei risultati delle attività, ma anche della scadenza dell'incarico di direzione ovvero del raggiungimento del pensionamento in corso di incarico del titolare; tale monitoraggio prevederà l'invio di una nuova Tabella C aggiornata al 31 dicembre di ciascun anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo che riporti la situazione dei pp.ll. e delle UU.OO. semplici e complesse;
  - nell'Area Centro, l'accorpamento delle due Emodinamiche dell'AOU Dulbecco, per come dettato nelle prescrizioni, avverrà, al fine di garantire la continuità dell'offerta clinico-assistenziale, con l'attivazione della U.O. di Emodinamica dell'ASP di Crotone;
  - gli attuali presidi ospedalieri che insistono nelle aree territoriali di riferimento degli ospedali da realizzare (Ospedale della Piana, Ospedale della Sibaritide e Ospedale di Vibo Valentia) non saranno oggetto di dismissione e il loro ruolo sarà valorizzato anche successivamente al completamento dei predetti nuovi ospedali;
  - si procederà alla rivalutazione dell'offerta ospedaliera dei Punti Nascita. In particolare, la rivalutazione del Punto Nascita del Presidio Ospedaliero Basso Ionio di Soverato dell'ASP di Catanzaro e la rivalutazione del Punto Nascita della struttura privata accreditata IGreco Ospedali Riuniti S.r.l. di Cosenza;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7;

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante e sostanziale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI PRENDERE ATTO del Parere del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. 70/2015;

DI ADEMPIERE alle prescrizioni dettate nel predetto parere e conseguentemente modificare le tabelle A, B e C, in sostituzione a quelle del DCA n. 78/2024, che si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e integrare la Tabella della rete dei Punti Nascita, riportata a pag. 51 dell'Allegato "Programmazione Rete Ospedaliera" del DCA n. 78/2024, con il P.O. di Lamezia Terme, precedentemente non indicato per mero refuso, per come invece già rappresentato nell'Allegato 4 - Tabella C del medesimo DCA;

DI SPECIFICARE che:

- coerentemente con quanto prescritto nel verbale ministeriale, verrà avviato un monitoraggio specifico dell'AOU Dulbecco di Catanzaro, al fine di ridurre le UU.OO.CC. in esubero rispetto al bacino di utenza secondo un cronoprogramma quinquennale, che tiene conto dei risultati delle attività, ma anche della scadenza dell'incarico di direzione ovvero del raggiungimento del pensionamento in corso di incarico del titolare; tale monitoraggio prevederà l'invio di una nuova Tabella C aggiornata al 31 dicembre di ciascun anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo che riporti la situazione dei pp.ll. e delle UU.OO. semplici e complesse;
- nell'Area Centro, l'accorpamento delle due Emodinamiche dell'AOU Dulbecco, per come dettato nelle prescrizioni, avverrà, al fine di garantire la continuità dell'offerta clinico-assistenziale, con l'attivazione della U.O. di Emodinamica dell'ASP di Crotone;
- gli attuali presidi ospedalieri che insistono nelle aree territoriali di riferimento degli ospedali da realizzare (Ospedale della Piana, Ospedale della Sibaritide e Ospedale di Vibo Valentia) non saranno oggetto di dismissione e il loro ruolo sarà valorizzato anche successivamente al completamento dei predetti nuovi ospedali;
- si procederà alla rivalutazione dell'offerta ospedaliera dei Punti Nascita. In particolare, la rivalutazione del Punto Nascita del Presidio Ospedaliero Basso Ionio di Soverato dell'ASP di Catanzaro e la rivalutazione del Punto Nascita della struttura privata accreditata IGreco Ospedali Riuniti S.r.l. di Cosenza;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DEMANDARE al Dipartimento Salute e Welfare il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare di provvedere alla pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Avverso il presente provvedimento è possibile presentare ricorso nelle sedi giudiziarie competenti entro il termine previsto dalla legislazione vigente e decorrente dalla data di pubblicazione sul BURC.

Il Sub Commissario
FANTOZZI IOLE
(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Il Sub Commissario
ESPOSITO ERNESTO
(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Il Commissario
ROBERTO OCCHIUTO
(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE
SETTORE 5 - ASSISTENZA OSPEDALIERA E SISTEMI ALTERNATIVI AL RICOVERO

Il responsabile del procedimento.)
LILIANA RIZZO
(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i

Il Dirigente Generale
CALABRÒ TOMMASO
(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Tabella A

Posti letto Acuti		Situazione attuale (al 2021)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	**3.942**	**4.589**
	Per 1.000 ab.	**2,06**	**2,40**
Day Hospital	Numero	**446**	**383**
	Per 1.000 ab.	**0,23**	**0,20**
Day surgery	Numero	**191**	**405**
	Per 1.000 ab.	**0,10**	**0,21**
Week surgery	Numero	**-**	**27**
	Per 1.000 ab.		**0,01**
		4.579	**5.404**

5.515

Compreso i 111 Posti letto di residenzialità territoriali – criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri (Tabella B)

Posti letto Riabilitazione		Situazione attuale (al 2021)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	**736**	**898**
	Per 1.000 ab.	**0,38**	**0,47**
Day Hospital	Numero	**91**	**94**
	Per 1.000 ab.	**0,05**	**0,05**

Posti letto Lungodegenza		Situazione attuale (al 2021)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	**271**	**170**
	Per 1.000 ab.	**0,14**	**0,09**
		1.098	1.162
	Totale	**5.677**	**6.566**
	Per 1.000 ab.	**2,97**	**3,43**

1.912.375

Tabella B: Posti letto di residenzialità territoriali – criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri		
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri	**2022**	**Note**
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	**459**	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	**2.774**	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	**62**	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1"Assistenza malati terminali")
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale (C)	**0**	Deve risultare < = (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 "Assistenza psichiatrica")
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la	**286**	Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 "Assistenza ai disabili psichici") + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 "Assistenza ai disabili fisici") + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-	**0**	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	**111**	
Per 1.000 ab.	**0,06**	

Ospedali di Comunità	
Denominazione	**N. Posti letto**
20 OdC programmati	400

Con DCA 197/2023 sono stati programmati gli ospedali di comunità in linea con la Missione 6 - Componente 1 del PNRR.

Di seguito si riporta la localizzazione dei 20 OdC.

Azienda	Sede OdC
ASP Catanzaro	Badolato
ASP Catanzaro	Botricello
ASP Catanzaro	Girifalco
ASP Catanzaro	Soveria Mannelli
ASP Cosenza	Cariati
ASP Cosenza	Cassano All'ionio
ASP Cosenza	Cosenza
ASP Cosenza	Lungro
ASP Cosenza	Mormanno
ASP Cosenza	Rogliano
ASP Cosenza	San Marco Argentano
ASP Cosenza	Scalea
ASP Cosenza	Trebisacce
ASP Crotone	Mesoraca
ASP Vibo Valentia	Soriano Calabro
ASP Vibo Valentia	Tropea
ASP Reggio Calabria	Bova Marina
ASP Reggio Calabria	Cittanova
ASP Reggio Calabria	Gerace
ASP Reggio Calabria	Oppido Mamertina

Tabella C

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza-urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	19	21	-	2	18	-	20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	4	-	-	4	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	-	2	2	-	2	13	-	15	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	-	-	-	-	10	-	-	10		-	-	-	
201								Tot. AREA				4	2	21	27	-	14	31	-	45		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	0	-	-	-	8		8		1	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	8	-	8		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	4	4	-	-	10		10		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	4	-	16	20	-	5	15		20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	2	-	10	12	4	-	10		14		1	-	-	
201								Tot. AREA				6	-	26	32	4	5	25	-	34		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	2	-	9	11	2	-	16		18		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	01											-	1		
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	19	21	2	-	18		20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	32	01	-	-	-	-	-	-	10		10		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	-	-	-	-	8		8		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	15		15		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	8	-	-	8	5	-	-		5		1	-	-	Fino a quiescienza del Titolare
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	01	2	-	10	12	-	-	5		5		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICA	REUMATOLOGIA	71	01	4	-	-	4	8	-	-		8		-	-	-	
201								Tot. AREA				18	-	38	56	17	-	57	-	74		5	1	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-		
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	20		20		1	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	20	-	20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	2	2	-	-	6		6		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	8		8	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180006		00	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	7	7	-	-	7		7		-	1	-	
201								Tot. AREA				-	-	9	9	-	-	21	-	21		1	1	-	
									Tot. Presidio Osp.			**28**	**2**	**94**	**124**	**21**	**19**	**162**	**-**	**202**		**15**	**2**	**-**	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	-	-	20	20	4	-	26		30		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	12		12		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	20	20	4	-	26	-	30		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	-	-	-	-	2	12		14		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (ORTOPEDICO)	98	01	-	-	-	-	-	4	-		4		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	6	12	-	18		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO CARDIOLOGIA	SC	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO GASTROENTEROLOGIA	SG	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180008		00	OSPEDALE PRAIA A MARE	Osp. P.S.	SUPPORTO	EMOTECA	EM	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			**-**	**-**	**20**	**20**	**4**	**6**	**38**	**-**	**48**		**1**	**-**	**-**	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	2	-	17	19	-	5	25		30		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	02	4	-	17	21	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	02	5	-	16	21	-	2	18		20	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	02	-	-	-	-	-	5	-		5		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	3	-	12	15	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	1	-	1	2	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	02	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
201								Tot. AREA				15	-	63	78	-	12	53	-	65		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	02	-	-	8	8	-	-	15		15		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	8	8	-	-	15	-	15		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	4	4	-	-	10		10		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	5	-	25	30	-	5	20		25		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	3	-	12	15	2	-	15		17		1	-	-	
201								Tot. AREA				8	-	37	45	2	5	35	-	42		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	ALLERGOLOGIA	01	02	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL	02	01	4	-	-	4	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL	02	02	4	-	-	4	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	-	-	17	17	2	-	14		16		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	4	-	30	34	2	-	33		35		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	1	-	9	10	2	-	8		10		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	32	01	2	-	8	10	2	-	13		15	Stroke Unit da attivare	1	1	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	8	8	-	-	16		16		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	20		20		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Corigliano	01	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	9	-	-	9	4	-	8		12		1	-	-	
201								Tot. AREA				24	-	72	96	12	-	92	-	104		5	1	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MEDICINA NUCLEARE	61	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-		
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	02	-	-	8	8	-	-	20		20	di cui 10 p.l. cod. 75 da attivarsi nell'ospedale Sibaritide	-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	20	20	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	28	28	-	-	20	-	20		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	4	4	-	-	10		10		1		-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	6		6	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180010	Ospedale Rossano	02	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	7	7	-	-	7		7		-	1	-	
201								Tot. AREA				-	-	11	11	-	-	23	-	23		1	1	-	
									Tot. Presidio Osp.			**47**	**-**	**219**	**266**	**14**	**17**	**238**	**-**	**269**		**14**	**2**	**-**	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	2	-	8	10	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	DAY SURGERY	98	01	-	-	-	-	-	6	-		6		-	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
201								Tot. AREA				2	-	8	10	-	6	-	-	6		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	20	22	2	-	18		20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	15		15		-	-	-	
201								Tot. AREA				2	-	20	22	2	-	18	-	20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180011		00	P.O. BEATO ANGELO	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			4	-	28	32	2	6	18	-	26		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	8	10	-	5	20		25	Nell'orizzonte di programmazione è prevista la riallocazione sino al 50% dei posti letto ordinari presso il plesso di Paola subordinatamente alla realizzazione e attivazione della Terapia Intensiva.	1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	02	-	2	19	21	-	6	-		6		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	02	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	2	-	2	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	4	14	18	-	4	16		20	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	02	-	-	-	-	-	4	-		4		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	1	1	7	9	-	2	8		10		-	-	-	
201								Tot. AREA				1	11	48	60	-	21	44	-	65		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	02	-	-	-	-	-	-	8		8		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	02	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	8	-	8		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	4	4	-	-	4		4		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	2	3	22	27	-	5	15		20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	2	-	10	12	2	-	10		12		1		-	
201								Tot. AREA				4	3	32	39	2	5	25	-	32		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL	02	01	4	-	-	4	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	2	-	-	2	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	02	-	-	6	6	2	-	14		16		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	10	12	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	02	2	-	20	22	8	-	20		28		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	32	02	-	-	-	-	2	-	8		10	Stroke Unit da attivare	1	1	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA	32	01	-	-	10	10	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	6	6	-	-	16		16		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	02	-	-	-	-	-	-	12		12		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	02	14	-	-	14	4	-	8		12		1	-	-	
201								Tot. AREA				24	-	52	76	16	-	66	-	82		5	1	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	02	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	02	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	02	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	13	13	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	13	13	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	02	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	SUPPORTO	EMOTECA	EM	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	02	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Cetraro	01	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	6	6	-	-	6		6		1		-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	02	-	-	-	-	-	-	4		4	Da realizzare e attivare	-		-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	4		4	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180012	Ospedale Paola	02	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	02	-	-	8	8	-	-	7		7		-	1	-	
201								Tot. AREA				-	-	14	14	-	-	21	-	21		1	1	-	
									Tot. Presidio Osp.			29	14	159	202	18	26	164	-	208		14	2	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	-	-	-	-	8	-		8		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	8	-	-	8		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICA	DAY HOSPITAL (MULTIDISCIPLINARE)	02	01	-	-	-	-	2	-	-		2		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICA	DAY HOSPITAL (CARDIOLOGICO)	02	03	-	-	-	-	4	-	-		4		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	-	-	-	-	-	-	20		20		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	15		15		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	6	-	20	-	26		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180014	Ospedale Cariati	01	OSPEDALE CARIATI	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	EMOTECA	EM	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			-	-	-	-	-	6	8	20	-	34		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	4	-	4	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	DAY SURGERY	98	01	-	-	-	-	-	12	-		12		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	4	-	4	-	12	-	-	12		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	-	-	20	20	4	-	21		25		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	20	20	4	-	21	-	25		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	10	10	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	10	10	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180015		00	OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI IN FIORE	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			-	4	30	34	4	12	21	-	37		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	-	-	-	-	2	12	-	14		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	-	-	-	-	4	-		4		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	6	12	-	18		-	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICA	DAY HOSPITAL (MULTIDISCIPLINARE)	02	01	-	-	-	-	4	-	-		4		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	-	-	-	-	4	-	21		25		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	15		15		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	8	-	21	-	29		1	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO CARDIOLOGIA	SC	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO GASTROENTEROLOGIA	SG	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	10	10	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	10	10	-	-	-	-	-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PUBBLICO	A.S.P. COSENZA	180016		00	TREBISACCE	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	EMOTECA	EM	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			-	-	10	10	8	6	33	-	47		1	-	-	
ASP 201									TOTALE ASP CS			108	20	560	688	77	100	694	-	871	di cui 18 Posti Letto Terapia Intensiva COVID	48	6	-	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	-	30	30	-	-	30		30		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	-	30	30	-	-	30		30	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	8	-	8	-	6	-	6	12	posti letto DS (ORL, ORTOPEDIA, CHIRURGIA GENERALE, ALTRO)	-	-	-	
202								Tot. AREA				-	8	60	68	-	6	60	6	72		2	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	8	8	-	-	12		12		1	-	-	
202								Tot. AREA				-	-	8	8	-	-	12	-	12		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	-	4	26	30	-	4	26		30		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	2	-	8	10	2	-	8		10		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NEONATOLOGIA	62	01	-	-	10	10	-	-	10		10		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	73	01	-	-	4	4	-	-	4		4		-	1	-	
202								Tot. AREA				2	4	48	54	2	4	48	-	54		3	1	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL (MULTIDISCIPLINARE)	02	01	6	-	-	6	6	-	-		6		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	ANGIOLOGIA	05	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	-	-	20	20	-	-	20		20		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	01												1	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	EMATOLOGIA	18	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	GERIATRIA	21	01	-	-	20	20	-	-	20		20		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	01	2	-	8	10	2	-	8		10		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	-	-	36	36	-	-	40		40		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	2	-	8	10	2	-	8		10		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	32	01	-	-	10	10	-	-	10		10		1	1	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	2	-	14	16	2	-	14		16		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	DERMATOLOGIA	52	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	21		21		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)	58	01	-	-	-	-	-	-	4		4		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	3	-	7	10	4	-	8		12		1	-	-	
202								Tot. AREA				15	-	123	138	16	-	132	-	148		8	2	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MEDICINA NUCLEARE (SENZA PL)	61	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
202								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		3	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
202								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	10	10	-	-	10		10		1	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	3		3	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
202	PUBBLICO	A.S.P. CROTONE	180032		00	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	10	10	-	-	10		10		-	1	-	
202								Tot. AREA				-	-	20	20	-	-	23	-	23		1	1	-	
ASP 202									TOTALE ASP KR			17	12	259	288	18	10	275	6	309	di cui 3 Posti Letto Terapia Intensiva COVID	20	4	-	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	-	20	20	-	-	20		20		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	1	-	29	30	-	2	20		22	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	AUDIOLOGIA E FONIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	-	20	20	-	-	20		20		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	7	-	7	-	7	-		7		-	-	-	
203								Tot. AREA				1	7	69	77	-	9	60	-	69		3	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	-	-	-	-	8		8		1	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	8	-	8		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	10	10	-	-	10		10		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	1	-	29	30	1	-	29		30		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	2	-	10	12	2	-	12		14		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NEONATOLOGIA	62	01	-	-	6	6	-	-	6		6		-	-	-	
203								Tot. AREA				3	-	45	48	3	-	47	-	50		2	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL (MULTIDISCIPLINARE)	02	02	5	-	-	5	5	-	-		5		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	-	-	14	14	-	-	14		14		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	19	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	28	30	2	-	28		30		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA	32	01	-	-	2	2	-	-	10		10		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	8	8	-	-	10		10		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	DERMATOLOGIA	52	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	20		20		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	3	-	5	8	4	-	8		12		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	01	2	-	18	20	2	-	18		20		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA (CENTRO FIBROSI CISTICA)	68	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				12	-	75	87	13	-	88	-	101		6	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	101	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	6	-	12	18	8	-	26		34		1	-	-	
203								Tot. AREA				6	-	12	18	8	-	26	-	34		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	12	12	-	-	12		12		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	6		6	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180033		00	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	6	6	-	-	6		6		-	1	-	
203								Tot. AREA				-	-	18	18	-	-	24	-	24		1	1	-	
									Tot. Presidio Osp.			22	7	219	248	24	9	253	-	286		17	1	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	DAY SURGERY	98	01	-	2	-	2	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	2	-	2	-	-	-	-	-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	MEDICA	DAY HOSPITAL	02	02	3	-	-	3	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	1	-	19	20	2	-	13		15		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	4		4		-	-	-	
203								Tot. AREA				4	-	19	23	2	-	13	-	15		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	POST ACUZIE	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	56	02	-	-	-	-	2	-	13		15		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	12	12	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	12	12	2	-	13	-	15		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180040		00	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			4	2	31	37	4	-	26	-	30		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	-	18	18	-	-	16		16		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	1	11	12	-	1	11		12	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	2	-	2	-	10	-		10		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	3	29	32	-	11	27	-	38		2	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MATERNO INFANTILE	GINECOLOGIA	37	01	1	-	12	13	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				1	-	12	13	-	-	-	-	-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICA	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	19	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	26	28	2	-	25		27		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	12		12		-	-	-	
203								Tot. AREA				2	-	26	28	2	-	25	-	27		1	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO CARDIOLOGIA	SC	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	8	8	-	-	8		8		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	6	6	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	14	14	-	-	8	-	8		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203	PUBBLICO	A.S.P. CATANZARO	180055		00	OSPEDALE BASSO IONIO	Osp. P.S.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
203								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			3	3	81	87	2	11	60	-	73		3	-	-	
ASP 203									TOTALE ASP CZ			29	12	331	372	30	20	339	-	389	di cui 6 Posti Letto Terapia Intensiva COVID	21	1	-	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	4	-	4	-	-	-		-		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	CHIRURGICA	DAY SURGERY	98	01	-	-	-	-	-	5	-		5		-	-	-	
204								Tot. AREA				-	4	-	4	-	5	-	-	5		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
204								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	18	20	5	-	25		30		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	9		9		-	-	-	
204								Tot. AREA				2	-	18	20	5	-	25	-	30		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	20		20		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	10	10	-	-	-		-		-	-	-	
204								Tot. AREA				-	-	10	10	-	-	20	-	20		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180057		00	P.O. SERRA SAN BRUNO	P.O. Z. Dis.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
204								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			2	4	28	34	5	5	45	-	55		2	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	16	18	-	2	16		18		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	2	6	8	-	2	14		16	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	-	-	-	-	2	8		10		1	-	-	
204								Tot. AREA				-	4	22	26	-	6	38	-	44		3	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	4	4	-	-	6		6		1	-	-	
204								Tot. AREA				-	-	4	4	-	-	6	-	6		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	20	20	-	-	10		10		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	-	2	18	20	-	2	18		20		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	1	-	7	8	1	-	7		8		1	-	-	
204								Tot. AREA				1	2	25	28	1	2	25	-	28		2	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	1	-	8	9	1	-	8		9		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICA	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	01	2	-	10	12	2	-	8		10		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	10	12	2	-	16		18		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	-	-	-	-	2	-	8		10		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	32	01	1	-	19	20	1	-	19		20		1	1	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	1	-	5	6	1	-	5		6		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	15		15		-	-	-	
204								Tot. AREA				7	-	52	59	9	-	64	-	73		4	1	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
204								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
204								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	6	6	-	-	6		6		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	6		6	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180034	Ospedale Vibo Valentia	00	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	8	8	-	-	8		8		-	1	-	
204								Tot. AREA				-	-	14	14	-	-	20	-	20		1	1	-	
									Tot. Presidio Osp.			8	6	117	131	10	8	153	-	171		14	2	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	02	-	2	-	2	-	2	8		10		-			
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	02	-	2	-	2	-	2	8		10		-			
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	2	8	10	-	-	-		-		-	-	-	
204								Tot. AREA				-	6	8	14	-	4	16	-	20		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	01	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	4	-	12	16	2	-	18		20		1	1	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	13		13		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	5	-	-	5	5	-	-		5		-	-	-	
204								Tot. AREA				9	-	12	21	7	-	28	-	35		1	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
204								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204	PUBBLICO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180035	Ospedale Tropea	00	OSPEDALE TROPEA	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
204								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			9	6	20	35	7	4	44	-	55		1	-	-	
ASP 204									TOTALE ASP VV			19	16	165	200	22	17	242	-	281	di cui 6 Posti Letto Terapia Intensiva COVID	17	2	-	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	4	-	21	25	-	3	27		30		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	4	-	12	16	-	4	16		20	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	2	-	8	10	-	2	8		10		1	-	-	
205								Tot. AREA				10	-	41	51	-	9	51	-	60		3	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	-	-	-	-	8		8		1	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	8	-	8		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	6	6	-	-	10		10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	3	-	27	30	-	3	27		30		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NEONATOLOGIA	62	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	3	-	18	21	2	-	18		20		1	-	-	
205								Tot. AREA				6	-	45	51	2	3	45	-	50		2	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	ANGIOLOGIA	05	01	1	-	-	1	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	2	-	8	10	1	-	11		12		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-			1		
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	16	18	-	-	33		33		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	32	01	2	-	10	12	2	-	10		12		1	1	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	8	8	-	-	8		8		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	24		24		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	10	-	-	10	4	-	8		12		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	01	2	-	9	11	2	-	8		10		1	-	-	
205								Tot. AREA				19	-	51	70	9	-	78	-	87		6	2	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-		
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-		
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-		
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	10	-	10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	1	-	9	10	-	-	13		13		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	8		8	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180059		00	OSPEDALE CIVILE LOCRI	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	1	-	7	8	-	-	7		7		-	1	-	
205								Tot. AREA				2	-	16	18	-	-	28	-	28		1	1	-	
									Tot. Presidio Osp.			37	-	153	190	11	12	220	-	243		17	3	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	2	-	18	20	-	2	18		20		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	2	-	18	20	-	2	18		20	ORTOGERIATRIA	1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	04	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	-	-	-	-	-	10		10		1	-	-	
205								Tot. AREA				4	-	36	40	-	4	46	-	50		3	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	-	-	-	-	8		8		1	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	8	-	8		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	10	10	-	-	10		10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	2	-	20	22	-	3	17		20		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	1	-	16	17	2	-	18		20		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MATERNO INFANTILE	NEONATOLOGIA	62	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				3	-	36	39	2	3	35	-	40		2	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	2	-	6	8	2	-	10		12		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	01												1		
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	20	22	2	-	28		30		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	32	04	-	-	-	-	-	-	10		10		1	1	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	-	-	-	-	5	-	-		5		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	2	-	5	7	2	-	6		8		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				6	-	31	37	11	-	54	-	65		4	2	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-		
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-		
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	10		10		1	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	10	-	10		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	1	-	12	13	-	-	13		13		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	6		6	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180061		00	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	DEA I Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	8	8	-	-	8		8		-	1	-	
205								Tot. AREA				1	-	20	21	-	-	27	-	27		1	1	-	
									Tot. Presidio Osp.			14	-	123	137	13	7	180	-	200		16	3	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	Osp. P.S.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	8	10	-	4	16		20		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	Osp. P.S.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	2	-	2	-	2	18		20		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	4	8	12	-	6	34	-	40		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	Osp. P.S.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	MATERNO INFANTILE	GINECOLOGIA	37	01	-	1	4	5	-	1	9		10		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	1	4	5	-	1	9	-	10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	-	-	18	18	2	-	26		28		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	13	13	-	-	10		10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	4	-	-	4	5	-	-		5		-	-	-	
205								Tot. AREA				4	-	18	22	7	-	26	-	33		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	8	10	-	-	10		10		-	-	-	
205								Tot. AREA				2	-	8	10	-	-	10	-	10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180062		00	OSPEDALE "TIBERIO EVOLI" - MELITO P.S.	Osp. P.S.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			6	5	38	49	7	7	79	-	93		2	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	-	-	-	-	4	16		20		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	4	26	-	30		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO	106	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	5	-	15	20	5	-	16		21		1	-	-	
205								Tot. AREA				5	-	15	20	5	-	16	-	21		1	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO ONCOLOGIA	SO	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO CARDIOLOGIA	SC	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	20	20	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	20	20	-	-	10	-	10		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205	PUBBLICO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180068		00	P.O. "GIOVANNI XXIII"	Osp. P.S.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
205								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
									Tot. Presidio Osp.			5	-	35	40	5	4	52	-	61		2	-	-	
ASP 205									TOTALE ASP RC			62	5	349	416	36	30	531	-	597	di cui 14 Posti Letto Terapia Intensiva COVID	37	6	-	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	-	5	5	-	-	25	21	46		1		-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE (EPATOBILIOPANCRETICA)	09	03	-	-	-	-	-	-	9		9		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE (SENOLOGICA)	09	04	-	-	-	-	-	-	10		10		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE (D'URGENZA)	09	05	-	-	-	-	-	-	14		14		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA PEDIATRICA	11	01	5	-	8	13	-	-	15		15		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA TORACICA	13	01	-	1	5	6	-	-	9		9		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA VASCOLARE	14	01	-	-	6	6	-	-	9		9		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	NEUROCHIRURGIA	30	01	-	-	21	21	-	-	20		20		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	-	-	-	10	-		10		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Mariano Santo	02	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	02	1	-	1	2	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	1	29	30	-	-	28		28		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	-	6		6		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	-	8	8	-	5	15		20		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	48	01	-	-	-	-	-	-	2		2		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	DAY SURGERY	98	01	-	4	-	4	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Santa Barbara	03	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	03	-	1	-	1	-	20	-		20		-	-	-	
								Tot. AREA				6	7	83	96	-	35	162	21	218		10	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	-	-	-	-	25		25		1	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	25	-	25		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	13	-	-	13	-	-	15		15		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	3	-	41	44	-	5	55		60		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	8	-	10	18	6	-	14		20		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA	57	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	NEONATOLOGIA	62	01	-	-	13	13	1	-	19		20		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	73	01	-	-	10	10	-	-	10		10		-	-	-	
								Tot. AREA				11	-	74	85	7	5	98	-	110		3	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Mariano Santo	02	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	ALLERGOLOGIA	01	02	3	-	-	3	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Santa Barbara	03	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	ALLERGOLOGIA	01	03	-	-	19	19	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL	02	01	-	-	-	-	5	-	-		5		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	-	-	8	8	3	-	12		15		-	2	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	02	-	-	6	6	-	-	10		10		1	1	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	02											-	1		
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	EMATOLOGIA	18	01	2	-	13	15	4	-	13		17		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	19	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	GERIATRIA	21	01	-	-	20	20	-	-	20		20		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	01	1	-	17	18	2	-	17		19		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	19	21	18	-	27		45		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE (ABLAZ. PERCUTANEA ECOG.)	26	00	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Santa Barbara	03	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	02	-	-	-	-	-	-	18		18		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Santa Barbara	03	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	03	-	-	18	18	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	2	-	15	17	2	-	14		16		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	32	01	2	-	8	10	2	-	20		22		1	1	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	-	-	3	-	13		16		1	-	-	SPDC ASP COSENZA
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Mariano Santo	02	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	DERMATOLOGIA	52	02	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	25		25		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	15	15	1	-	14		15		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	13	-	7	20	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Mariano Santo	02	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	-	-	-	-	8	-	15		23		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Mariano Santo	02	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	01	-	-	-	-	2	-	20		22		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Mariano Santo	02	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA (ONCOLOGICA)	68	02	-	-	14	14	2	-	10		12		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA (BRONCOSCOPIA INTERVENTISTICA)	68	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	REUMATOLOGIA	71	01	-	-	-	-	4	-	6		10		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	74	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA PEDIATRICA	77	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	DETENUTI	97	01	-	-	-	-	-	-	2		2	PL dipendono da Direzione Medica di Presidio	-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	TERAPIA DEL DOLORE	96	01	2	-	4	6	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Mariano Santo	02	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICA	TERAPIA DEL DOLORE	96	01	-	-	-	-	6	-	10		16	Di cui 6 posti letto Cure Palliative	1	-	-	
								Tot. AREA				27	-	183	210	62	-	241	-	303		15	5	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MEDICINA NUCLEARE (CON PL)	61	01	-	-	5	5	-	-	5		5		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA (INTERVENTISTICA)	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ECOGRAFIA D'URGENZA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	101	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	NEURORADIOLOGIA	104	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
								Tot. AREA				-	-	5	5	-	-	5	-	5		8	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Santa Barbara	03	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	11		11		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	Santa Barbara	03	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	11	-	11		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	SUPPORTO	ANESTESIA AREA MATERNO INFANTILE	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	SUPPORTO	FISICA SANITARIA	FS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		2	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	19	19	-	-	14		14	Rimangono attivi n. 4 posti letto TIP fino all'attivazione dei posti letto TIP dell'AOU Dulbecco	1	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	34		34	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
912	PUBBLICO	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	180912	P.O. Annunziata	01	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	6	6	-	-	10		10		-	1	-	
								Tot. AREA				-	-	25	25	-	-	58	-	58		1	1	-	
AZ 912						**TOTALE AO CS**						**44**	**7**	**370**	**421**	**69**	**40**	**600**	**21**	**730**	**di cui 34 Posti Letto Terapia Intensiva COVID**	**40**	**6**	**-**	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CARDIOCHIRURGIA	07	01	-	-	14	14	-	-	14		14		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	14	16	-	2	12		14		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	2	-	15	17	-	2	18		20		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE (SENOLOGICA)	09	03	-	1	5	6	-	-	5		5		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE (APP. DIGERENTE)	09	03	-	2	6	8	-	2	4		6		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE (ENDOCRINOCH.)	09	05	-	-	4	4	-	-	4		4		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA PEDIATRICA	11	02	-	2	6	8	-	2	16		18	4 DO PL UROLOGIA E 4 DO ORTOPEDIA PEDIATRICA	1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA PLASTICA	12	01	-	2	4	6	-	2	6		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA PLASTICA	12	00	-	1	6	7	-	2	8		10		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10	01	-	2	6	8	-	2	6		8	di cui 1 PL DO ODONTOIATRIA	1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA TORACICA (a dir. Univ.)	13	00	-	1	8	9	-	-	10		10		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA VASCOLARE	14	01	-	2	4	6	-	2	4		6		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA VASCOLARE	14	00	-	1	8	9	-	2	8		10		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	NEUROCHIRURGIA	30	01	-	1	9	10	-	1	9		10		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	NEUROCHIRURGIA	30	01	-	1	19	20	-	1	24		25		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	4	4	8	-	8	-		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	2	2	1	5	-	10	-		10		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	02	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA (CHIR. ORALE)	35	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	1	7	8	-	1	7		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	4	26	30	-	4	26		30		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	02	2	2	4	8	-	4	6		10		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA (CON AUDIOLOGIA)	38	02	-	1	4	5	-	1	4		5		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	2	6	8	-	2	6		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	2	2	13	17	-	1	13		14		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	-	-	-	-	13	-		13		-	-	-	
								Tot. AREA				8	36	195	239	-	64	210	-	274		22	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	12	12	-	-	12		12		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	-	-	-	-	10		10		1			
								Tot. AREA				-	-	12	12	-	-	22	-	22		2	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	02	-	-	20	20	-	-	20		20		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (a dir. Univ.)	37	02	-	-	-	-	2	-	18		20		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	2	2	38	42	2	-	18		20		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	02	-	-	-	-	3	-	6		9		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	6	-	7	13	3	-	13		16		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	33	01	-	-	-	-	2	-	12		14		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	NEONATOLOGIA	62	02	1	-	5	6	-	-	15		15		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Ciaccio/De Lellis	03	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	65	01	8	-	6	14	6	-	8		14		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	73	02	-	-	10	10	-	-	10		10		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP)	49	00	-	-	-	-	-	-	5		5	di cui 2 p.l. da dedicare alla Cardiologia/Cardiochirurgia Pediatrica	-	-	-	
								Tot. AREA				17	2	66	85	18	-	105	-	123		6	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	1	-	20	21	2	-	18		20		1		-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	01												1		
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA (PEDIATRICA)	08	01					-	-	6		6	Posti letto da dedicare previa la definizione di un percorso di alta specialità di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica.	-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	02	3	-	18	21	2	-	18		20		1	2	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	02												1		
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Villa Bianca	04	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA (RIABILITATIVA)	08	04	2	-	-	2	2	-	-		2		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Ciaccio/De Lellis	03	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	EMATOLOGIA	18	01	5	-	15	20	12	-	8		20		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	EMATOLOGIA (SERVIZIO DI EMOSTASI E TROMBOSI)	18	02	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	19	01	1	-	7	8	1	-	7		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	19	02	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ (ENDOCRIN.)	19	02	2	-	-	2	2	-	-		2		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	GERIATRIA	21	01	2	-	8	10	4	-	10		14		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	GERIATRIA	21	01	2	-	26	28	4	-	20		24		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	01	2	-	30	32	2	-	2		4		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	01	-	-	-	-	3	-	15		18		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	2	-	10	12	2	-	10		12		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	6	-	11	17	4	-	22		26		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	-	-	8	8	-	-	8		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	2	-	8	10	2	-	16		18		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	32	02	2	-	14	16	-	-	20		20		1	1	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA	32	01	2	-	14	16	2	-	14		16		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Villa Bianca	04	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	2	-	11	13	3	-	13		16		1	-	-	SPDC ASP CZ
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	DERMATOLOGIA	52	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	DERMATOLOGIA	52	02	2	-	-	2	-	-	8		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	15	-	-	15	-	-	15		15		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	2	-	-	2	2	-	4		6		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA (EPATOLOGIA)	58	01	2	-	4	6	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA (ED ENDOCOSCOPIA OPER.)	58	02	1	-	4	5	-	-	8		8		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA (FIS. APP. DIGERENTE)	58	03	2	-	4	6	2	-	8		10		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	01	4	-	12	16	3	-	13		16		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Ciaccio/De Lellis	03	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	02	11	-	13	24	5	-	19		24		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Ciaccio/De Lellis	03	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA (CURE PALLIATIVE)	64	01	2	-	-	2	1	-	1		2		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA (MED. TRASL.)	64	02	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	TERAPIA DEL DOLORE	96	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	01	1	-	10	11	1	-	10		11		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	REUMATOLOGIA	71	01	-	-	-	-	3	-	5		8		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	74	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICA	DETENUTI	97	01	-	-	2	2	-	-	2		2	PL dipendono da Direzione Medica di Presidio	-	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
								Tot. AREA				63	-	249	312	64	-	285	-	349		25	5	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MEDICINA NUCLEARE (SENZA PL)	61	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MEDICINA NUCLEARE (SENZA PL)	61	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA ENDOVASCOLARE	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI (BIOCHIMICA CLINICA)	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI (PATOLOGIA CLINICA)	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	101	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	101	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MEDICINA LEGALE	27	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANESTESIA	82	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	NEURORADIOLOGIA	104	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	NEURORADIOLOGIA (INTERVENTISTICA ENDOVAS.)	104	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	GENETICA MEDICA	105	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		15	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Villa Bianca	04	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	-	2	2	-	-		2		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	00	2	-	-	2	-	-	-		-		-	-	-	
								Tot. AREA				4	-	-	4	2	-	-	-	2		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	COMPARTI OPERATORI	121	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	FISICA SANITARIA	FS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	FARMACOLOGIA CLINICA E FARMACOVIGILANZA	55	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	NUTRIZIONE CLINICA	125	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	IGIENE OSPEDALIERA	199	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	SUPPORTO	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		8	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	12	12	-	-	14		14		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	03	-	-	-	-	-	-	18		18	DCA 91/2020 - 104/2020	-		-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	11	11	-	-	16		16		1	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	16	16	-	-	15		15	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (DONAZIONE E TRAPIANTI)	49	00	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		MD/Germaneto	02	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA` CORONARICA	50	01	-	-	12	12	-	-	12		12		-	1	-	
914	PUBBLICO	A.O.U. "R. DULBECCO"		Pugliese	01	A.O.U. "R. DULBECCO"	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA` CORONARICA	50	01	-	-	13	13	-	-	12		12		-	1	-	
								Tot. AREA				-	-	64	64	-	-	87	-	87		2	2	-	
AOU 914									TOTALE AOU			92	38	586	716	84	64	709	-	857	di cui 33 Posti Letto Terapia Intensiva COVID	81	7	-	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CARDIOCHIRURGIA	07	01	-	-	20	20	-	-	15		15		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	28	30	-	-	32		32		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA TORACICA	13	01	-	1	14	15	-	-	10		10		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	CHIRURGIA VASCOLARE	14	01	-	1	19	20	-	-	19		19		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	NEUROCHIRURGIA	30	01	-	1	19	20	-	-	20		20		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	2	2	-	2	-		2		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	2	28	30	-	-	28		28		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	4	6	10	-	6	4		10		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	UROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	43	01	-	2	18	20	-	2	18		20		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero E. Morelli	02	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	48	01	-	-	2	2	-	-	2		2		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	CHIRURGICA	DAY SURGERY (MULTIDISCIPLINARE)	98	01	-	-	-	-	-	6	-		6	posti letto DS (CHIRURGIA GENERALE, ORTOPEDIA, CHIRURGIA TORACICA, ALTRO)	-	-	-	
								Tot. AREA				-	13	156	169	-	16	148	-	164		9	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	EMERGENZA-URGENZA	MCAE	51	01	-	-	20	20	-	-	30		30		1	1	-	
								Tot. AREA				-	-	20	20	-	-	30	-	30		1	1	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	20	20	-	-	20		20		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	-	4	32	36	-	4	36		40		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	PEDIATRIA	39	01	1	-	19	20	1	-	19		20		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	NEONATOLOGIA	62	01	1	-	16	17	1	-	16		17		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	65	01	2	-	4	6	2	-	4		6		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MATERNO INFANTILE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	73	01	-	-	10	10	-	-	10		10		-	-	-	
								Tot. AREA				4	4	81	89	4	4	85	-	93		3	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL (MULTIDISCIPLINARE)	02	01	6	-	-	6	10	-	-		10		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero E. Morelli	02	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	DAY HOSPITAL (MULTIDISCIPLINARE)	02	02	6	-	-	6	-	-	-		-		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	2	-	22	24	2	-	22		24		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	EMODINAMICA	08	01												1	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	EMATOLOGIA	18	01	-	-	-	-	8	-	24		32		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero E. Morelli	02	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	EMATOLOGIA (CENTRO PER LE MICROCITEMIE)	18	02	8	-	24	32	-	-	-		-		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	19	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	20	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero E. Morelli	02	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	GERIATRIA	21	01	-	-	4	4	-	-	10		10		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	01	-	-	27	27	-	-	27		27		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero E. Morelli	02	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	-	-	35	35	-	-	40		40		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	NEFROLOGIA	29	01	-	-	18	18	-	-	18		18		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	32	01	-	-	20	20	-	-	20		20		1	1	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	PSICHIATRIA	40	01	-	-	8	8	-	-	8		8		1	-	-	SPDC ASP RC
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	DERMATOLOGIA	52	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	EMODIALISI	54	01	-	-	-	-	-	-	25		25		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	GASTROENTEROLOGIA	58	01	-	-	-	-	-	-	10		10		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero E. Morelli	02	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	ONCOLOGIA	64	02	13	-	17	30	8	-	15		23		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	02	-	-	27	27	-	-	27		27		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	REUMATOLOGIA	71	01	-	-	-	-	3	-	3		6		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	74	01					-				-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	DETENUTI	97	01	-	-	2	2	-	-	2		2	PL dipendono da Direzione Medica di Presidio	-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICA	TERAPIA DEL DOLORE	96	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
								Tot. AREA				35	-	204	239	31	-	226	-	257		15	2	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MEDICINA NUCLEARE (SENZA PL)	61	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero E. Morelli	02	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	RADIOLOGIA (INTERVENTISTICA)	69	03	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	LABORATORIO ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	101	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	NEURORADIOLOGIA	104	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	GENETICA MEDICA	105	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		8	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	-	-	-	-	15		15		1	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	15	-	15		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	SUPPORTO	COMPARTI OPERATORI	121	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-M

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	SUPPORTO	FISICA SANITARIA	FS	01	-	-	-	-	-	-	-		-		1	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01			14	14			14		14		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	10		10	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	49	00	-	-	-	-	-	-	10		10	DCA 91/2020 - 104/2020	-	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA (C.T.M.O.)	49	00	-	-	-	-	2	-	10		12		1	-	-	
915	PUBBLICO	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	180915	Presidio Ospedaliero Riuniti	01	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	DEA II Liv.	TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	15	15	-	-	15		15		-	1	-	
								Tot. AREA				-	-	29	29	2	-	59	-	61		2	1	-	
AZ 915									TOTALE GOM			39	17	490	546	37	20	563	-	620	di cui 20 Posti Letto Terapia Intensiva COVID	42	4	-	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.
916	PUBBLICO	INRCA	180916		00	INRCA		MEDICA	GERIATRIA	21	01	-	-	39	39	-	-	39		39		-	-	-	
								Tot. AREA				-	-	39	39	-	-	39	-	39		-	-	-	
916	PUBBLICO	INRCA	180916		00	INRCA		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	20	20	-	-	20		20		-	-	-	
								Tot. AREA				-	-	20	20	-	-	20	-	20		-	-	-	
916	PUBBLICO	INRCA	180916		00	INRCA		TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
								Tot. AREA				-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	
INRCA 916									Tot. Presidio Osp.			-	-	59	59	-	-	59	-	59		-	-	-	
						TOTALE PL PUBBLICO						410	127	3.169	3.706	373	301	4.012	27	4.713		306	36	-	
															134						Il numero di posti Letto di Terapia Intensiva COVID verrà rivalutato dopo il 31/12/2024 a seguito del consuntivo sulla base dei posti letto effettivamente attivi a garanzia del rispetto dello standard regionale.				
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180017		00	SANTA LUCIA		CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	10	10	-	-	-		-	Struttura non prevista nella rete ospedaliera. Effettua prestazioni in APA PAC	-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180019		00	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	4	-	40	44	-	4	40		44		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180019		00	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	4	-	26	30	4	-	26		30		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	2	-	20	22	2	-	20		22		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		MEDICA	EMODINAMICA	08	01	-	-	-	-	-	-	-		-		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	2	-	20	22	-	2	20		22		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		CHIRURGICA	CHIRURGIA VASCOLARE	14	01	-	-	5	5	-	1	5		6		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	3	-	20	23	2	-	20		22		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	1	-	10	11	-	1	10		11		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	5	5	-	-	5		5		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180025		00	TIRRENIA HOSPITAL SRL (ex INR - ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL)		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	4	-	6	10	4	-	26		30		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180027		00	CASA DI CURA CASCINI SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	2	-	20	22	-	3	30		33		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180027		00	CASA DI CURA CASCINI SRL		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	2	-	20	22	-	2	20		22		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180027		00	CASA DI CURA CASCINI SRL		CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	1	-	10	11	-	-	-		-		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180027		00	CASA DI CURA CASCINI SRL		POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	20	20	-	-	20		20		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180027		00	CASA DI CURA CASCINI SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10	01	-	-	10	10	-	7	-		7		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180027		00	CASA DI CURA CASCINI SRL		CHIRURGICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	01	-	-	-	-	-	3	-		3		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180029		00	CASA DI CURA SCARNATI SRL		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	3	40	43	-	3	40		43		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180081		00	M.MISASI		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	5	-	40	45	5	-	40		45		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180081		00	M.MISASI		POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	10	10	-	-	10		10		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180084		00	CASA DI CURA ARENA SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	4	-	26	30	4	-	26		30		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180086		00	CASA DI CURA SAN FRANCESCO DI RAO ROSINA SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	4	-	56	60	4	-	56		60		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180001		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex La Madonnina SRL)		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	24	26	-	2	18		28		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180001		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex La Madonnina SRL)		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	2	12	14	-	2	18		20		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180001		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex La Madonnina SRL)		CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	5	5	-	-	8		8		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180002		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex Madonna della Catena)		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	56	01	9	-	81	90	8	-	80		88		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180002		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex Madonna della Catena)		POST ACUZIE	NEURO-RIABILITAZIONE	75	01	-	-	18	18	-	-	20		20		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180003		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex Sacro Cuore SRL)		CHIRURGICA	RECOVERY ROOM	RR	01	-	-	5	5	-	-	10		10	Sezione NSIS rif. PL NIDO	-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180003		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex Sacro Cuore SRL)		CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	-	-	-	-	2	18		20		-			
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180003		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex Sacro Cuore SRL)		CHIRURGICA	OCULISTICA	34	01	-	-	3	3	-	1	1		2		-	-	-	
201	PRIVATO	A.S.P. COSENZA	180003		00	iGRECO Ospedali Riuniti SRL (ex Sacro Cuore SRL)		MATERNO INFANTILE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	37	01	-	2	34	36	-	10	10		20		-	-	-	
												47	9	591	647	33	43	587	-	663		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180107		00	MARRELLI HEALTH SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	8	-	32	40	6	2	22		30		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180107		00	MARRELLI HEALTH SRL		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	4	-	16	20	4	-	16		20		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180107		00	MARRELLI HEALTH SRL		CHIRURGICA	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	-	-	-	-	4	2		6		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180107		00	MARRELLI HEALTH SRL		TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-			-	-	4		4		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180045		00	CASA DI CURA S.RITA DOTT. CAPARRA SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	20	22	2	-	20		22		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180045		00	CASA DI CURA S.RITA DOTT. CAPARRA SRL		POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	25	25	-	-	25		25		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180004		00	ISTITUTO S. ANNA		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	8	-	42	50	4	-	40		44		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180004		00	ISTITUTO S. ANNA		POST ACUZIE	NEURO-RIABILITAZIONE (Unità di risveglio e Unità gravi cerebrolesioni)	75	01	-	-	30	30	-	-	30		30		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180005		00	ISTITUTO S. ANNA		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	56	01	-	-	18	18	8	-	16		24		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180005		00	ISTITUTO S. ANNA		POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	50	50	-	-	50		50		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180085		00	ROMOLO HOSPITAL SRL		CHIRURGICA	UROLOGIA	43	01	-	3	37	40	-	-	40		40		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180085		00	ROMOLO HOSPITAL SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	12	14	2	-	12		14		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180101		00	MARRELLI HEALTH SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10	01	-	8	-	8	-	6	-		6		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180101		00	MARRELLI HEALTH SRL		CHIRURGICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	01	-	2	-	2	-	2	-		2		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180102		00	SADEL DI SALVATORE BAFFA SPA		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	12	14	2	-	12		14		-	-	-	
202	PRIVATO	A.S.P. CROTONE	180103		00	MADONNA DELLO SCOGLIO SRL		MEDICA	REUMATOLOGIA	71	01	3	-	37	40	3	-	37		40		-	-	-	
												29	13	331	373	31	14	326	-	371		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180043		00	VILLA DEL SOLE SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	10	10	20	-	10	10		20		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180043		00	VILLA DEL SOLE SRL		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	3	37	40	-	3	37		40		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180043		00	VILLA DEL SOLE SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	7	-	53	60	7	-	53		60		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180050		00	VILLA SERENA		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	3	30	33	-	3	30		33		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180050		00	VILLA SERENA		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	5	-	35	40	5	-	35		40		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180051		00	VILLA MICHELINO		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	3	27	30	-	3	27		30		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180051		00	VILLA MICHELINO		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	26	28	2	-	26		28		-	-	-	
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180053		00	VILLA SANT'ANNA SpA		CHIRURGICA	CARDIOCHIRURGIA	07	01	-	-	20	20	-	-	20		20					
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180053		00	VILLA SANT'ANNA SpA		MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	4	-	25	29	-	-	25		25					
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180053		00	VILLA SANT'ANNA SpA		CHIRURGICA	CHIRURGIA VASCOLARE	14	01	-	4	20	24	-	2	20		22					
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180053		00	VILLA SANT'ANNA SpA		TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	-	-	10	10	-	-	10		10					
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180053		00	VILLA SANT'ANNA SpA		TERAPIA INTENSIVA	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	4	4	-	-	4		4					
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180053		00	VILLA SANT'ANNA SpA		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	1	-	6	7	1	-	6		7					
203	PRIVATO	A.S.P. CATANZARO	180150		00	VILLA RACHELE SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	56	01	-	-	20	20	-	-	20		20		-	-	-	
												19	23	323	366	15	21	323	-	359		-	-	-	
204	PRIVATO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180047		00	VILLA DEI GERANI gestione SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	38	40	-	2	38		40		-	-	-	
204	PRIVATO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180047		00	VILLA DEI GERANI gestione SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	4	-	26	30	4	-	26		30		-	-	-	
204	PRIVATO	A.S.P. VIBO VALENTIA	180047		00	VILLA DEI GERANI gestione SRL		POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	20	20	-	-	20		20		-	-	-	
												4	2	84	90	4	2	84	-	90		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180071		00	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	7	-	70	77	-	7	70		77		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180071		00	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	4	-	26	30	4	-	26		30		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180073		00	VILLA AURORA HOSPITAL SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	3	40	43	-	3	40		43		-	-	-	

Codice Azienda	PUBBLICO / PRIVATO	Denominazione Azienda	Codice struttura	Denominazione Stabilimento	Subcodice stabilimento	Denominazione struttura/stabilimento	Classificazione rete emergenza urgenza	Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto HSP 12 - 13 anno 2021				Posti letto programmazione regionale					NOTE	Incarichi dirigenziali programmati			NOTE
												Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Week Surgery	Totale PL		SC	SS (*)	SSD (*)	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180073		00	VILLA AURORA HOSPITAL SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	28	30	2	-	28		30		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		MEDICA	CARDIOLOGIA	08	01	1	-	10	11	1	-	10		11		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	2	20	22	-	2	20		22		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		CHIRURGICA	CHIRURGIA PEDIATRICA	11	01	-	1	10	11	-	1	10		11		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		MEDICA	MEDICINA GENERALE	26	01	1	-	10	11	1	-	10		11		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		MEDICA	NEUROLOGIA	32	01	2	-	20	22	2	-	20		22		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	5	-	35	40	5	-	35		40		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	30	30	-	-	30		30		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180074		00	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE		MEDICA	PNEUMOLOGIA	68	01	1	-	10	11	1	-	10		11		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180075		00	CAMINITI SRL		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	3	27	30	-	3	27		30		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180075		00	CAMINITI SRL		CHIRURGICA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	3	27	30	-	3	27		30		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180075		00	CAMINITI SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	2	-	8	10	2	-	8		10		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180076		00	VILLA S.ANNA SPA		CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	5	35	40	-	5	35		40		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180077		00	VILLA ELISA SRL		POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	3	-	30	33	3	-	30		33		-	-	-	
205	PRIVATO	A.S.P. REGGIO CALABRIA	180077		00	VILLA ELISA SRL		POST ACUZIE	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	15	15	-	-	15		15		-	-	-	
												28	17	451	496	21	24	451	-	496		-	-	-	
TOTALE PL PRIVATO ACCREDITATO												**127**	**64**	**1.780**	**1.971**	**104**	**104**	**1.771**	**-**	**1.979**		**-**	**-**	**-**	
								POST ACUZIE	UNITA' SPINALE	28	01	-	-	-	-	-	-	8		8	Disciplina prevista su base regionale (come da standard) da assegnare successivamente con specifico atto.	-	-	-	
TOTALE PL PUBBLICO/PRIVATO ACCREDITATO												**537**	**191**	**4.949**	**5.677**	**477**	**405**	**5.791**	**27**	**6.700**		**306**	**36**	**-**	(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale. Si specifica che i posti letto senza afferenza e senza gradazione non si configureranno in ulteriori Strutture Complesse. Inoltre, la Tabella C verrà aggiornata e condivisa successivamente all'approvazione degli Atti Aziendali.

(*) Fermo restando il rispetto degli standard stabiliti a livello nazionale in merito al rapporto tra strutture semplici (SS) e strutture complesse (1/1,31) e tra le prime (SS) e le strutture Semplici Dipartimentali – SSD (20% delle SS), l'allocazione delle ulteriori SS rimanenti e delle SSD, sarà definita all'interno dei singoli atti aziendali in attuazione delle linee guida regionali.Formano oggetto di specificazione all'interno del presente quadro programmatico, invece, le sole Strutture Semplici facenti parte delle reti tempo-dipendenti (Stroke e SCA). Ciò al fine di garantire la massima contestualizzazione della gradazione delle SS e SSD e assicurare una maggiore efficienza dell'organizzazione aziendale.

Si specifica che i posti letto senza afferenza e senza gradazione non si configureranno in ulteriori Strutture Complesse.
Inoltre, la Tabella C verrà aggiornata e condivisa successivamente all'approvazione degli Atti Aziendali.

Le discipline della c.d. "area medica critica" includono i posti letto afferenti alla terapia sub-intensiva, già previsti nel DCA 104/2020.