



Delibera della Giunta Regionale n. 200 del 14/04/2015

Dipartimento 55 - Dipartimento delle Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali

Direzione Generale 15 - Direzione Generale per le risorse strumentali

U.O.D. 9 - UOD Valorizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare regionale

Oggetto dell'Atto:

APPROVAZIONE SCHEMA PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE CAMPANIA -
MINISTERO DEGLI INTERNI - QUESTURA DI NAPOLI PER IL RECUPERO DELL'EX
ALBERGO UNIVERSO

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO:

- a. che la Regione Campania è proprietaria dell'immobile "ex albergo Universo" ubicato in Napoli alla Piazza Salvo D'Acquisto, identificato in catasto fabbricati del Comune di Napoli al foglio MON/4 part.lla 58 sub 19, 34, 35 e 36, già sede istituzionale di alcune strutture della Regione e della Polizia di Stato;
- b. che nell'ambito delle collaborazioni Istituzionali, la Regione Campania intende aderire alla richiesta del Ministero dell'Interno, acquisita al prot. con nr. 0446325 del 30/6/2014, concernente la possibilità di realizzare all'interno del fabbricato di Piazza Salvo D'Acquisto, di proprietà regionale, una sorta di satellite della struttura operativa principale di via Medina, costituendo così un importante presidio di sicurezza a favore della cittadinanza, tra l'altro facilmente raggiungibile con il servizio pubblico cittadino;
- c. che la Regione intende sostenere e rafforzare, attraverso le Istituzioni competenti, i servizi a supporto della sicurezza dei cittadini e degli ospiti della città di Napoli, contribuendo in tal senso alla riqualificazione dell'immobile denominato ex albergo Universo;
- d. che la Regione Campania si impegna a reperire risorse, all'interno della Programmazione, ai fini della riqualificazione e messa in sicurezza dell'immobile;

CONSIDERATO:

- a. che conseguentemente ai rapporti istituzionali fra Regione Campania e Ministero dell'Interno, a fronte dell'ipotesi di collaborazione fra gli Enti stessi circa il risanamento dell'ex albergo Universo di Napoli, si intende addivenire alla sottoscrizione, di un protocollo tra Regione Campania e Ministero dell'Interno per la riqualificazione dell'ex albergo Universo;

RITENUTO pertanto:

- a. di dover promuovere la sottoscrizione, di un Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Ministero dell'Interno, finalizzato al risanamento e valorizzazione della struttura cd. "ex albergo Universo", di proprietà della Regione Campania, ed alla sua successiva destinazione a servizio di pubblica utilità.

VISTO

- il parere dell'avvocatura espresso con nota prot.0390369/2015

PROPONE

e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:

- 1. di approvare lo schema di "Protocollo d'intesa per il risanamento e valorizzazione della struttura c.d "ex albergo Universo di Napoli" di proprietà della Regione Campania";
- 2. di inviare il presente provvedimento alla Segreteria di giunta per la pubblicazione sul BURC

Protocollo d'intesa tra la Regione Campania e il Ministero degli Interni – Dipartimento della Pubblica sicurezza, per il recupero funzionale dell'ex Albergo Universo di Napoli.

TRA

La Regione Campania, con sede in Napoli, Via Santa Lucia 81, nel presente atto rappresentata dal Presidente della Giunta Regionale, domiciliato per la carica presso la sede dell'Ente Regione Campania

E

il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica sicurezza, rappresentato dal Prefetto di Napoli, ..., domiciliato per la carica presso la sede.....

Premesso che:

- la Regione Campania è proprietaria dell'immobile "ex albergo Universo" ubicato in Napoli alla Piazza Salvo D'Acquisto, identificato in catasto fabbricati del Comune di Napoli al foglio MON/4 part.IIIa 58 sub 19, 34, 35 e 36, attualmente libero e nella immediata disponibilità della Regione Campania, ma bisognevole di interventi di ristrutturazione radicale che lo possano rendere nuovamente utilizzabile;
- la Direzione Generale per le risorse strumentali della Regione Campania, con decreto dirigenziale nr.345, ha pubblicamente diramato l'avviso esplorativo di manifestazione d'interesse per l'eventuale locazione a terzi di una serie di immobili, raggruppati in lotto, tra i quali il citato ex "Albergo Universo" lotto 7;
- nell'ambito delle collaborazioni Istituzionali la Regione Campania intende aderire alla manifestazione d'interesse per l'eventuale locazione dell'immobile in questione espressa dal Ministero degli Interni – Dipartimento della Pubblica sicurezza- direzione Centrale dei Servizi Tecnico-logistici e della Gestione Patrimoniale al fine di una ricollocazione e razionalizzazione degli Uffici della Questura di Napoli, con l'obiettivo di realizzare all'interno del fabbricato di Piazza Salvo D'Acquisto, una sorta di satellite della struttura operativa principale di via Medina, costituendo così un importante presidio di sicurezza a favore della cittadinanza, tra l'altro facilmente raggiungibile con il servizio pubblico cittadino;
- è opportuno attivare un processo di collaborazione tra la Regione Campania e il Ministero degli Interni – Dipartimento della Pubblica sicurezza – rappresentato dal Prefetto di Napoli per l'integrazione ed il coordinamento delle azioni finalizzate alla realizzazione di un progetto di recupero, valorizzazione e successiva locazione al Ministero degli Interni, dell'ex Albergo Universo ad uso Uffici della Questura di Napoli

Tutto ciò premesso:

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

Obiettivi

Il presente Protocollo ha ad oggetto la collaborazione tra la Regione Campania e il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica sicurezza, finalizzata al risanamento e valorizzazione della struttura denominata "Ex Albergo Universo", di proprietà della Regione Campania, ed alla sua successiva locazione al Ministero dell'Interno – dipartimento della P.S. per uso Uffici della Polizia di Stato.

ARTICOLO 2

Impegni delle parti

I sottoscrittori del presente atto si impegnano a svolgere per le rispettive competenze, ogni azione volta al raggiungimento delle finalità di cui al precedente articolo 1 e precisamente:

Il Ministero degli Interni – Dipartimento della Pubblica sicurezza, attraverso il supporto del Servizio Tecnico-Logistici e Patrimoniale della Polizia di Stato "Campania-Molise. Puglia- Basilicata" dovrà presentare il

quadro esigenziale per la verifica preliminare dell'idoneità dell'edificio ad accogliere le funzioni previste, ai sensi della vigente normativa.

La Regione Campania si impegna ad individuare con successivo atto deliberativo le risorse finanziarie occorrenti per l'intervento di riqualificazione, ristrutturazione dell'edificio nel rispetto della normativa vigente, condizionatamente all'acquisizione delle coperture economiche rese disponibili, cui il soggetto attuatore, da essa individuato, dovrà attenersi in fase di esecuzione

La progettazione sarà svolta da tecnici incaricati dal soggetto attuatore, individuato dalla Regione Campania, sulla base di uno studio di fattibilità fornito dal Servizio Tecnico- Logistici e Patrimoniale della Polizia di Stato "Campania-Molise- Puglia- Basilicata"

ARTICOLO 3

Proprietà

L'immobile, oggetto del presente accordo, adeguatamente risanato e ristrutturato dal soggetto attuatore individuato dalla Regione Campania resta nella proprietà della medesima

Il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica sicurezza si impegna ad assumere in locazione secondo la normativa vigente, previa ristrutturazione e riqualificazione, l'immobile verso la corresponsione di un canone che sarà congruito dall'Agenzia del Demanio.

ARTICOLO 4

Collaborazione e reciproca informazione

In ossequio al principio di leale collaborazione tra enti istituzionali, la Regione Campania ed il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica sicurezza - si impegnano, in conformità al proprio ordinamento, a dare piena attuazione al presente Accordo e ad assicurare ogni scambio di informazioni utili per il perseguimento delle finalità di cui agli articoli precedenti

ARTICOLO 5

Efficacia

La durata del presente accordo è stabilita in anni 5 (cinque) decorrenti dalla sottoscrizione, al termine dei quali potrà essere modificato, integrato o rinnovato.

Eventuali modifiche, integrazioni o rinnovo del presente Protocollo d'Intesa, che si rendessero necessarie, saranno concordate in forma scritta tra le parti.

ARTICOLO 6

Protocollo di Legalità

In riferimento al Protocollo di Legalità sottoscritto tra la Regione Campania e la Prefettura di Napoli in data 1/8/2007 e pubblicato sul B.U.R.C. del 15/10/2007 n. 54, la Regione Campania ed il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica sicurezza si obbligano al rispetto delle norme ivi contenute, che qui si intendono integralmente riportate e trascritte.

ARTICOLO 7

Foro competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere in merito all'interpretazione e/o esecuzione del presente accordo è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del Foro di Napoli.

ARTICOLO -7

Riservatezza

Fatta salva la normativa vigente in materia di accesso, nonché quella relativa alla tutela della privacy e sicurezza dei dati e delle informazioni delle pubbliche amministrazioni, tutta la documentazione e le informazioni rese disponibili, di cui le parti verranno in possesso durante l'esecuzione delle attività oggetto del presente Accordo, dovranno essere considerate riservate.

E' fatto divieto alle parti di modificare, pubblicizzare e trasferire ad altri in qualsiasi formato la documentazione e le informazioni sopra citate e di utilizzare le stesse per fini diversi dall'esecuzione delle attività oggetto del presente Accordo.

ARTICOLO 8

Privacy

Le parti si scambiano il reciproco consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del d.lgs n.196/2003, per le finalità di cui al presente Accordo.

ARTICOLO 9
Clausole finali

Gli oneri relativi alla stipula del presente Accordo sono a carico della Regione Campania.
Per quanto non espressamente disciplinato dal presente Accordo valgono le norme generali dell'Ordinamento giuridico dello Stato.

Luogo e data

Letto, approvato e sottoscritto



Decreto Presidente Giunta n. 109 del 10/06/2015

Dipartimento 55 - Dipartimento delle Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali

Direzione Generale 14 - Direzione Generale per le Risorse Umane

U.O.D. 3 - UOD Stato giuridico ed Inquadramento del personale

Oggetto dell'Atto:

CONFERIMENTO INCARICO DIRIGENZIALE AD INTERIM AL DOTT. RUGGERO
BARTOCCI, MATR.17766

IL PRESIDENTE

VISTI

- a. la DGR n. 612 del 29/10/2011 di approvazione del Regolamento n. 12 “*Ordinamento amministrativo della Giunta Regionale della Campania*”, pubblicato sul BURC n. 77 del 16/12/2011;
- b. il vigente Regolamento n. 12/2011, come successivamente integrato e modificato;
- c. l’art. 6, comma 1, del citato Regolamento;
- d. la D.G.R n. 479 del 10/09/2012, come successivamente modificata, di approvazione del “Disciplinare per il conferimento degli incarichi dirigenziali ai dirigenti di ruolo della Giunta regionale della Campania”;
- e. la D.G.R n. 478 del 10/09/2012, come successivamente modificata, di approvazione, tra l’altro dell’articolazione delle strutture Ordinamentali.
- f. la D.G.R n. 427 del 27/09/2013 e la D.G.R. n. 488 del 31/10/2013 con cui sono stati conferiti gli incarichi di dirigente delle Direzioni Generali e delle Unità Operative dirigenziali e di Responsabile delle Strutture di Staff, non conferiti con la DGR. n. 614 del 19/10/2012;
- g. la D.G.R. n. 277 del 8/05/2015 con cui è stata, tra l’altro, prevista l’istituzione della U.O.D. 53.08.07 “Servizio ispettivo” nell’ambito della Direzione Generale per la Mobilità;

VISTI, altresì

- a. l’art.40, comma 2 del Regolamento n. 12/2011;
- b. l’art. 7 del Disciplinare allegato alla DGR n. 479/2012 s.m.i.;
- c. l’art. 20 del decreto legislativo n. 39/2013;

PRESO ATTO che

- a. con la citata D.G.R. n. 277 del 8/05/2015, la Giunta regionale ha disposto il conferimento al dott. Ruggero Bartocci, matr. 17766, dell’incarico di responsabile ad interim della UOD 08 “Servizio ispettivo” della Direzione Generale per la Mobilità, istituita con la sopra citata deliberazione;
- b. che in data 04/06/2015 con prot. n. 03844664 è stata acquisita agli atti della Direzione Generale per le Risorse Umane la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità e inconferibilità, resa dal citato dirigente ai sensi del decreto legislativo n. 39/2013;

RITENUTO, per l’effetto, di conferire al dott. Ruggero Bartocci, matr. 17766, l’incarico di responsabile ad interim della UOD 08 “Servizio ispettivo” della Direzione Generale per la Mobilità stabilendone la decorrenza dalla data di notifica del presente decreto e la scadenza al 14 novembre 2015, in conformità a quanto disposto dalla Giunta Regionale nella D.G.R. n. 277 del 8/05/2015, salvo la revoca per sopravvenute esigenze amministrative e/o organizzative.

D E C R E T A

Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:

1. di conferire al dott. Ruggero Bartocci, matr. 17766, l’incarico di responsabile ad interim della UOD 08 “Servizio ispettivo” della Direzione Generale per la Mobilità;
2. di stabilire la decorrenza dell’incarico dalla data di notifica del presente decreto e la scadenza dello stesso al 14 novembre 2015, salvo la revoca per sopravvenute esigenze amministrative e/o organizzative;

3. di disporre che nell'ipotesi di cessazione del rapporto di lavoro a qualsiasi titolo il termine dell'incarico, di cui al precedente punto, si intende anticipato alla stessa data di cessazione;
4. di trasmettere il presente atto all'Assessore al Personale, al Capo di Gabinetto, al Capo Dipartimento delle Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali, al Direttore Generale per le Risorse Umane, ai competenti uffici della Segreteria di Giunta per gli adempimenti consequenziali e la pubblicazione sul B.U.R.C., nonché al Direttore Generale per la Mobilità per la notifica al dott. Bartocci, stabilendo che detto ufficio dovrà dare comunicazione dell'avvenuto adempimento alla D.G. per le Risorse Umane.

CALDORO



Decreto Presidente Giunta n. 110 del 10/06/2015

Dipartimento 70 - Strutture di Missione

Direzione Generale 2 - Programmazione e Gestione delle Risorse Idriche

Oggetto dell'Atto:

DISPOSIZIONI URGENTI PER FRONTEGGIARE LA SITUAZIONE DI CRITICITA' IN ATTO NEGLI IMPIANTI DI COLLETTAMENTO E DEPURAZIONE DI ACERRA, MARCIANISE, NAPOLI NORD, FOCE REGI LAGNI E CUMA - NOMINA COMMISSARIO DEGLI IMPIANTI DI DEPURAZIONE DI ACERRA, MARCIANISE, NAPOLI NORD, FOCE REGI LAGNI E CUMA AI SENSI DELLA DGR N. 146\2015.

IL PRESIDENTE

PREMESSO che con D.G.R. n. 146 del 28/03/2015, per le motivazioni ivi indicate, è stata disposta, al fine di assicurare la sicurezza delle persone e delle cose e mantenere i livelli minimi di servizio e per evitare il rischio di interruzioni o disfunzioni nella gestione dei predetti impianti che determinerebbero gravi condizioni di pericolo per la tutela dell'ambiente, della salute ed igiene pubblica, nelle more della piena operatività dell'ente di governo dell'Ambito Territoriale Ottimale regionale individuato ai sensi dell'articolo 147, comma 1, del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 e comunque non oltre il 28 febbraio 2016, la gestione commissariale degli impianti di depurazione di Acerra, Marcianise, Napoli Nord, Foce Regi Lagni e Cuma, stabilendo che, d'intesa con il Dipartimento della Protezione Civile, la predetta gestione subentri nei rapporti attivi e passivi del commissario di cui all'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 maggio 2012, n. 4022, mediante la chiusura della contabilità speciale e il riversamento delle somme residue su apposito conto alla stessa gestione intestato;

RILEVATO che la predetta deliberazione ha, altresì, stabilito che la titolarità della gestione commissariale debba essere assicurata da un Commissario, nominato con successivo decreto del Presidente della Giunta regionale, individuato nel dr. Nicola dell'Acqua, tenendo conto della competenza e della professionalità in possesso nonché dell'esperienza maturata nella predetta gestione, come attestate nella nomina di cui alla citata OCDPC n. 16 del 10.08.2012, e della necessità di assicurare in continuità la definizione delle procedure in essere

VISTO il curriculum vitae del dott. Nicola Dell'Acqua;

ACQUISITE agli atti della Struttura di missione PGRI (Programmazione e Gestione delle Risorse Idriche) la dichiarazione dell'interessato di insussistenza di cause ostative e/o di inconferibilità e di incompatibilità di cui alle leggi nazionali e regionali vigenti in materia;

RITENUTO, per l'effetto,

- a. in attuazione della DGR n. 146/2015, di nominare quale Commissario per la gestione commissariale degli impianti di depurazione di Acerra, Marcianise, Napoli Nord, Foce Regi Lagni e Cuma, il dr. Nicola dell'Acqua.
- b. di stabilire la durata dell'incarico, decorrente della data di adozione della DGR 146/2015, fino e, comunque, non oltre il termine del 28/2/2016.
- c. di rinviare per quanto riguarda i poteri e le funzioni attribuite al Commissario nell'ambito delle attività da espletarsi per la gestione commissariale a quanto previsto dalla DGR 146/2015;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Struttura di missione PGRI e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal dirigente p.t.

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono di seguito integralmente riportate:

1. in attuazione della DGR n. 146/2015, di nominare quale Commissario per la gestione commissariale degli impianti di depurazione di Acerra, Marcianise, Napoli Nord, Foce Regi Lagni e Cuma, il dr. Nicola dell'Acqua.
2. di stabilire la durata dell'incarico, decorrente della data di adozione della DGR 146/2015, fino e, comunque, non oltre il termine del 28/2/2016.
3. di rinviare per quanto riguarda i poteri e le funzioni attribuite al Commissario nell'ambito delle attività da espletarsi per la gestione commissariale a quanto previsto dalla DGR 146/2015;
4. di precisare dal conferimento del presente incarico commissariale non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
5. di inviare il presente atto all'Assessore all'Ambiente, al Capo Dipartimento della salute e delle risorse naturali, alla Direzione Generale per l'Ambiente e l'Ecosistema, al Responsabile della

Struttura di Missione Programmazione e Gestione delle Risorse Idriche, per gli adempimenti consequenziali, nonché alla Segreteria di Giunta e al BURC per la pubblicazione.

CALDORO



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 40 del 05.05.2015

Oggetto: *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (B.P.C.O.). Adozione*

PREMESSO

- a) che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b) che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale campano ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in diciotto punti, tenendo conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- c) che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente della Regione Campania è stato nominato Commissario ad Acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art.1, comma 88 legge n.191/09;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3.3.2011 il Dott. Mario Morlacco è stato nominato Sub Commissario 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 23.4.2010;
- e) che con delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato sub Commissario ad acta con il compito di affiancare, insieme al Dott. Morlacco, il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro.

CONSIDERATO

- a) che il progressivo aumento della prevalenza delle patologie croniche determina un notevole consumo di risorse sia in termini di costi relativi all'assistenza che di costi indiretti e che le stesse patologie risultano essere in molti casi sottotrattate;
- b) che la linea progettuale 2.1 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, di cui al Decreto del Commissario ad acta n° 105

dell'1/10/2014, prevede, tra l'altro, l'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali;

- c) che in data 19 aprile 2013 il Direttore del Centro Interdipartimentale di ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione ha trasmesso alla Commissione Regionale per la Qualità e l'Appropriatezza delle prestazioni in materia sanitaria e sociosanitaria il P.D.T.A. per la gestione integrata della paziente con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (B.P.C.O.) e che la stessa Commissione ha positivamente assunto lo stesso P.D.T.A. nelle sedute del 14 e 28 maggio 2013;
- d) che con nota n° 0758414 dell'11/11/2014 della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale è stato chiesto alle aziende sanitarie regionali di nominare un referente aziendale al fine di implementare il P.D.T.A. per la B.P.C.O..

RAVVISATA

- a) la necessità di implementare progressivamente i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali in tutto l'ambito regionale e considerata l'immediata disponibilità del P.D.T.A. per la B.P.C.O.;
- b) l'esigenza di fornire precise linee di indirizzo al fine di uniformare le modalità di applicazione del Percorso.

RITENUTO, pertanto,

- a) di adottare il P.D.T.A. per la B.P.C.O. assunto dalla Commissione Regionale per la Qualità e l'Appropriatezza delle prestazioni in materia sanitaria e sociosanitaria (all. 1);
- b) di approvare il documento "Implementazione del P.D.T.A. per la B.P.C.O.: linee di indirizzo" (all. 2);
- c) di stabilire che l'implementazione del P.D.T.A. per la B.P.C.O. avverrà, in prima applicazione, con una fase pilota che vedrà coinvolte la A.S.L. Napoli 1 Centro con le Aziende ospedaliere ed Universitarie cittadine, la A.S.L. Avellino con l'Azienda Ospedaliera "Moscati" e l'A.S.L. di Caserta con l'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano";
- d) di ascrivere alla responsabilità dei Direttori Generali delle Aziende di riferimento la mancata attuazione del presente provvedimento, prevedendo che una quota della retribuzione variabile è rapportata al conseguimento dell'obiettivo di implementazione del P.D.T.A. per la B.P.C.O.;
- e) di incaricare il Direttore Generale della Tutela della Salute e Coordinamento del S.S.R. dei provvedimenti conseguenziali;

Per le motivazioni indicate in premessa e che si intendono di seguito integralmente trascritte:

DECRETA

1. di adottare il P.D.T.A. per la B.P.C.O. assunto dalla Commissione Regionale per la Qualità e l'Appropriatezza delle prestazioni in materia sanitaria e sociosanitaria (all. 1);
2. di approvare il documento "Implementazione del P.D.T.A. per la B.P.C.O.: linee di indirizzo" (all. 2);

3. di stabilire che l'implementazione del P.D.T.O. per la B.P.C.O. avverrà, in prima applicazione, con una fase pilota che vedrà coinvolte la A.S.L. Napoli 1 centro con le Aziende ospedaliere ed Universitarie, la A.S.L. Avellino con l'Azienda Ospedaliera "Moscati" e l'A.S.L. di Caserta con l'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano";
4. di ascrivere alla responsabilità dei Direttori Generali delle Aziende di riferimento la mancata attuazione del presente provvedimento, prevedendo che una quota della retribuzione variabile è rapportata al conseguimento dell'obiettivo di implementazione del P.D.T.A. per la B.P.C.O.;
5. di incaricare il Direttore Generale della Tutela della Salute e Coordinamento del S.S.R. dei provvedimenti consequenziali, con particolare alle attività di monitoraggio e controllo finalizzate alla verifica dell'implementazione del PDTA e dei relativi costi;
6. di notificare il presente provvedimento al Capo Dipartimento Salute e Risorse Naturali, al Direttore Generale della Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie.
7. di trasmettere il presente provvedimento al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Si esprime parere favorevole

I Sub Commissari ad Acta

Dott. Mario Morlacco

Prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale Tutela della Salute
e Coord. SSR
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente della Struttura
di Staff tecnico-operativo
Dott. Renato Pizzuti

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Implementazione del P.D.T.A. per la B.P.C.O.: linee di indirizzo

PREMESSA

Le patologie croniche, in progressivo incremento, causano un cospicuo consumo di risorse assistenziali sanitarie, inducendo, tra l'altro, ripetuti ricoveri ospedalieri ed ingenti costi indiretti, quali quelli legati alle assenze dal lavoro; il ricorso alle strutture ospedaliere, frequentemente inappropriato, è indice di un non ottimale gestione dei pazienti a livello territoriale. Si impone, quindi, di rivedere l'attuale assetto organizzativo, che vede ancora gli ospedali quali luoghi principali e quasi esclusivi deputati all'assistenza, coinvolgendo le strutture territoriali e utilizzando nuovi, sia pur ampiamente validati, strumenti operativi.

Infatti, i pazienti affetti da patologie croniche necessitano di continuità assistenziale, di follow-up sistematici più o meno intensi a seconda della gravità clinica, di informazione e sostegno al fine di raggiungere la massima autogestione possibile. Sorge, quindi, l'esigenza di nuovi modelli organizzativi assistenziali, basati su di un approccio sistemico e integrato con un'azione coordinata tra tutti gli attori del sistema assistenziale (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali, Medici di Medicina Generale, personale infermieristico e del comparto), che, con compiti e responsabilità diversi, sviluppino interventi mirati verso comuni obiettivi su un "patto di cura" condiviso con il cittadino ed i suoi eventuali caregivers.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (P.D.T.A), basati su protocolli condivisi e progettati per la gestione del paziente con patologia cronica, funzionali, agevoli e personalizzati, nonché strutturati attraverso l'integrazione tra potenzialità assistenziali territoriali e risorse professionali e strumentali ospedaliere, definiti sulla base delle evidenze scientifiche formulate a livello nazionale e internazionale, costituiscono un ottimo strumento per ridurre la variabilità assistenziale ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, migliorando l'efficacia clinica.

In data 19 aprile 2013 il Direttore del Centro Interdipartimentale di ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione ha trasmesso alla Commissione Regionale per la Qualità e l'Appropriatezza delle prestazioni in materia sanitaria e sociosanitaria il P.D.T.A. per la gestione integrata della paziente con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (B.P.C.O.); la Commissione ha positivamente assunto lo stesso P.D.T.A. nelle sedute del 14 e 28 maggio 2013.

La disponibilità immediata di un documento condiviso ed i livelli di prevalenza della B.P.C.O. fanno ritenere opportuno avviare il processo di diffusione e monitoraggio dei P.D.T.A., iniziando proprio con quello relativo alla stessa B.P.C.O..

Il P.D.T.A. sarà, in prima applicazione ed in modo sperimentale, applicato in tre AA.SS.LL. e nelle Aziende Ospedaliere ed Universitarie che insistono nei rispettivi ambiti territoriali, al fine di evidenziare punti di forza e criticità dello stesso ed adottare interventi migliorativi prima della completa diffusione su scala regionale.

Azioni delle strutture e dei professionisti coinvolti

Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del S.S.R.

- Raccolta ed analisi dei dati epidemiologici regionali.
- Analisi dello stato dell'arte delle aziende sanitarie con i referenti aziendali, con particolare riferimento al numero di Medici di Medicina generale, alla quantificazione del target di potenziali pazienti, all'offerta di ore di specialistica in pneumologia, al numero ed alla tipologia di spirometri disponibili, al numero di visite, di esami spirometrici e di visite domiciliari effettuate, ed al numero di Unità Operative di Pneumologia o Medicina Interna e relativi posti letto .
- Definizione ed attribuzione delle risorse necessarie.
- Definizione dei contenuti per la formazione destinata ai Medici di Medicina Generale, ai Dirigenti Medici, agli Specialisti Ambulatoriali ed agli altri professionisti sanitari, da parte di un apposito gruppo di lavoro, al quale parteciperanno anche esponenti delle Società Scientifiche di riferimento ed esperti in materia, nell'ambito dei seguenti obiettivi formativi generali:
 - o Fornire elementi di conoscenza in ambito organizzativo gestionale.
 - o Consentire ai Medici di Medicina Generale di effettuare un corretta identificazione, inquadramento e follow-up dei pazienti con BPCO, nel rispetto del percorso regionale.
 - o Standardizzare l'effettuazione e l'interpretazione degli esami spirometrici e l'indirizzo al trattamento dei pazienti da parte degli specialisti e dei dirigenti medici.

L'elenco dei docenti sarà definito a livello regionale.

Le Aziende Sanitarie garantiranno gli interventi formativi secondo il format stabilito a livello regionale e con i docenti inseriti nell'elenco.

- Ridefinizione della scheda di monitoraggio utilizzata dai Medici di Medicina Generale.
- Definizione degli indicatori per il monitoraggio del P.D.T.A..

AA.SS.LL., AA.OO. e AA.OO.UU.

- Adozione del P.D.T.A. con specifico atto deliberativo da effettuare entro 30 giorni dalla data di adozione del Decreto.
- Effettuazione attività di formazione per Medici di Medicina Generale, Dirigenti Medici, Specialisti Ambulatoriali ed altri professionisti sanitari, nel rispetto dei contenuti definiti dal livello regionale.
- Acquisizione delle risorse necessarie: sulla scorta delle criticità identificate dalla Regione con l'ausilio dei referenti, le Aziende provvederanno ad acquisire quanto necessario e finanziato dalla Regione stessa, rendicontando nel dettaglio le spese sostenute.
- Definizione del modello organizzativo locale: le Aziende adotteranno specifico atto deliberativo, nel quale saranno dettagliatamente indicate le varie fasi del percorso, le azioni previste ed i relativi livelli di responsabilità e sarà definita l'istituzione di e la composizione di uno staff di coordinamento

Medici di Medicina Generale

Costituiscono il punto nodale di tutto il percorso. A loro compete, infatti, tra l'altro, l'identificazione dei pazienti a rischio, l'invio allo specialista, la definizione dell'approccio terapeutico ed il follow-up dei pazienti, nonché l'effettuazione di interventi di educazione sanitaria.

Saranno oggetto di formazione in ambito clinico specialistica ed organizzativo, al fine di garantire quanto indicato.

Percorso Diagnostico e Terapeutico della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

Questo documento ha ricevuto il consenso da parte delle diverse figure professionali ed istituzionali che hanno contribuito alla sua realizzazione. Il percorso di condivisione si è sviluppato attraverso alcune tappe fondamentali.

Si è partiti dall'analisi dei risultati scaturiti dal progetto QuADRO (Qualità, Audit, Dati, Ricerca, Outcome) che ha visto ASL e Regioni su tutto il territorio nazionale impegnate a promuovere nella pratica del Medico di Medicina Generale (MMG) il valore dell'appropriatezza prescrittiva nella diagnosi e trattamento della BPCO. In tutte le ASL coinvolte nel progetto QuADRO si è intrapreso un percorso che ha previsto l'attività di autoanalisi da parte del MMG in ambito BPCO e successivi "confronti fra pari" per discutere gli ambiti di non appropriatezza.

Nella Regione Campania il progetto "Valutazione della Appropriatezza Diagnostica e Terapeutica della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)" è stato approvato con Decreto Dirigenziale n.78 del 27 Luglio 2007 dall'Area Generale di Coordinamento 20 Assistenza Sanitaria Regione Campania, che ha conferito al CIRFF (Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione) dell'Università degli Studi di Napoli Federico II il ruolo di coordinamento tecnico delle attività di acquisizione ed analisi dei dati e, al Prof. Alessandro Vatrella, il ruolo di coordinatore scientifico dell'attività progettuale. Tale progetto era finalizzato alla realizzazione di un "Percorso Diagnostico Terapeutico per la gestione integrata del malato con BPCO" condiviso da tutti i soggetti interessati.

Nel mese di novembre 2012, presso la sede del CIRFF, si è tenuta una riunione cui hanno partecipato specialisti pneumologi appartenenti alle diverse strutture assistenziali campane e referenti delle società scientifiche pneumologiche (AIPO, AIMAR, SIMER), rappresentanti dei MMG ed responsabili della Commissione Regionale per la Qualità e la Appropriatezza delle Prestazioni in materia Sanitaria e Sociosanitaria della Regione Campania, per analizzare i dati emersi dal progetto QuADRO.

L'analisi dei risultati ha evidenziato alcune criticità legate soprattutto all'appropriatezza diagnostica e terapeutica dei pazienti con BPCO. Su tali basi un gruppo di lavoro ristretto costituito da specialisti pneumologi ha provveduto ad una prima stesura del documento. Questa bozza è stata fatta circolare tra tutti coloro che hanno contribuito al progetto per eventuali commenti.

Infine, si è cercato di presentare tale documento condiviso in una forma sintetica e il più possibile schematica che ne renda facile e rapida la consultazione.

1. PREMESSA

Le malattie respiratorie ed, in particolare, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), costituiscono un importante problema di salute pubblica. Esse sono sottodiagnosticate e sottostimate e se ne prevede un ulteriore incremento di incidenza e prevalenza sia per l'invecchiamento della popolazione, che per le conseguenze della diffusione dell'abitudine al fumo e dell'inquinamento ambientale. Nel 2020 la BPCO rappresenterà, da sola, la terza causa di morte nel mondo [1, 2].

A causa della sottovalutazione dei sintomi (tosse, catarro, dispnea) e della mancata diagnosi, la BPCO viene spesso diagnosticata soltanto in fase avanzata di malattia e di vita, quando la funzione respiratoria è già significativamente compromessa. In altri casi, la prima diagnosi viene addirittura fatta nel corso di una riacutizzazione che abbia richiesto l'ospedalizzazione.

Le stime di prevalenza della BPCO nella popolazione generale sono del 3-5%, con 2.5-3 milioni di malati in Italia e circa 250-300 mila in Campania.

La BPCO rappresenta la causa più comune di insufficienza respiratoria cronica e di invalidità respiratoria.

Gli standard di diagnosi e cura sono spesso inadeguati in tutti gli stadi della condizione patologica, costituendo un problema generale a tutti i livelli di intervento, dalla prevenzione fino alla gestione a lungo termine delle fasi avanzate della malattia.

La spesa sanitaria della BPCO, sia in termini di costi diretti (farmaceutica e ricoveri) che indiretti (perdita di giornate lavorative, impegno di *caregivers*, etc.), è elevata con potenziali punti critici di inappropriata, riassumibili nei seguenti punti:

- mancata adesione a linee guida validate;
- assenza di protocolli diagnostico-terapeutici;
- ricorso inappropriato al ricovero per riacutizzazioni.

2. DEFINIZIONE

La BPCO è una condizione patologica dell'apparato respiratorio caratterizzata da ostruzione del flusso aereo, cronica e parzialmente reversibile, cui contribuiscono in varia misura alterazioni bronchiali (bronchite cronica), bronchiolari (condizione patologica delle piccole vie aeree) e del parenchima (enfisema polmonare). La BPCO è causata dall'inalazione di sostanze nocive, soprattutto fumo di tabacco, che determinano, con vari meccanismi, un quadro di infiammazione cronica. Clinicamente si manifesta con tosse e catarro cronici, dispnea, e ridotta tolleranza all'esercizio fisico.

La BPCO può indurre importanti effetti sistemici ed essere associata, frequentemente, a complicanze e comorbidità, molto comuni nei soggetti più anziani o con condizione patologica in fase avanzata (3).

3. FISIOPATOLOGIA

L'ostruzione cronica del flusso aereo è il risultato della combinazione di lesioni diverse e variabili per sede, tipo, gravità, estensione. Nella maggioranza dei pazienti la riduzione del calibro delle vie aeree, soprattutto di quelle più periferiche con diametro < 2mm (4, 5) è riconducibile a fenomeni di infiammazione, ipersecrezione mucosa, rimodellamento, responsabili di:

- Iperinsufflazione polmonare statica (aumento del volume di equilibrio elastico toraco-polmonare a causa della riduzione della forza di retrazione elastica del polmone);
- Iperinsufflazione polmonare dinamica (ulteriore aumento del volume di fine espirazione presente a volte anche a riposo, ma particolarmente rilevante sotto sforzo);
- Maldistribuzione e disparità del rapporto ventilazione-perfusione.

La distruzione parenchimale polmonare, che ne deriva, determina diminuzione della pressione di ritorno elastico.

4. DIAGNOSI

La diagnosi di BPCO si basa sulla presenza di sintomi respiratori e/o esposizione a fattori di rischio *confermati dalla dimostrazione dell'ostruzione al flusso aereo mediante la spirometria*. Le conseguenti alterazioni polmonari vanno confermate con altre indagini di secondo livello di funzionalità respiratoria (3). La presenza di un rapporto fra volume espiratorio massimo per secondo e capacità vitale (FEV1/VC), che rimane inferiore al valore normale (< 70% o, più

5. FOLLOW UP DEL PAZIENTE CON BPCO STABILE E LIVELLI DI GRAVITÀ DELLA PATOLOGIA

La gestione del paziente con BPCO raggiunge elevati livelli di complessità negli stadi avanzati della condizione patologica allorché, alla marcata compromissione funzionale, si associano gli alterati scambi gassosi, la riduzione della tolleranza all'esercizio fisico, il crescente livello di dispnea e la presenza di comorbidità cardiovascolari, metaboliche, neoplastiche e psichiche.

I pazienti più gravi rappresentano una frazione percentualmente minore sul totale dei pazienti con BPCO ma concentrano gran parte della utilizzazione delle risorse e richiedono una gestione complessa e articolata fra territorio e ospedale.

La migliore gestione della BPCO può essere raggiunta con l'integrazione fra specialista pneumologo, medico di medicina generale ed altri specialisti, di volta in volta competenti.

La valutazione di gravità del paziente con BPCO in fase stabile è multidimensionale e deve tener conto della gravità dei sintomi (con particolare riferimento alla dispnea), della frequenza delle riacutizzazioni, del grado di compromissione funzionale (espresso dal grado di ostruzione bronchiale valutato con la spirometria) e della presenza di comorbidità (vedi documenti di riferimento a e b). Nella intestazione della tab.1 sono indicati quattro livelli di gravità della BPCO che debbono guidare anche la frequenza del follow up.

PRESTAZIONI	MONITORAGGIO DELLA BRONCHITE CRONICA (SENZA OSTRUZIONE) E DELLA BPCO LIEVE (FEV ₁ /VC >95 E FEV ₁ >80%) ASINTOMATICA	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ <80%, DISPNEA DA SFORZO EVENTUALI COMORBIDITÀ	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ <60% CON DISPNEA DA SFORZO, FREQUENTI RIACUTIZZAZIONI E COMORBIDITÀ	MONITORAGGIO DELLA BPCO CON FEV ₁ <50% CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E CON COMORBIDITÀ ^(*)
	Biennale	Annuale	Annuale	Annuale
Disassuefazione tabagica, se fumatore	tutti e/o centro antitumo	tutti e/o centro antitumo	tutti e/o centro antitumo	tutti e/o centro antitumo
Valutazione cattica (incluso indice di massa corporea, BMI, eventuale uso di questionari) e dei fattori di rischio	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Pulsossimetria	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Spirometria semplice	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Consulenza pneumologica	specialista pneumologo in caso di dubbio diagnostico	specialista pneumologo	specialista pneumologo	specialista pneumologo
Spirometria globale	laboratorio specialistico ^(*)	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Misura della capacità di diffusione (DLCO)		laboratorio specialistico ^(*)	laboratorio specialistico ^(*)	laboratorio specialistico
Radiografia ^(*)	radiologia	radiologia	radiologia	radiologia
ECG ^(*)	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
ECG ecocardiogramma		specialista struttura specialistica	specialista struttura specialistica	specialista
Emogasanalisi			laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Test del cammino del 6 minuti		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Saturazione O ₂ notturna ^(*)		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Altre consulenze o indagini ^(*)		altre consulenze o indagini ^(*)	altre consulenze o indagini ^(*)	altre consulenze o indagini ^(*)
		il medico di medicina generale è responsabile del monitoraggio della terapia cronica; ogni 6 mesi rivaluta ambulatorialmente il paziente; effettua controlli della SaO ₂ ; in caso di riacutizzazione e nei due mesi successivi, lo porta allo specialista; in caso di variazioni persistenti del quadro clinico.	il medico di medicina generale è responsabile del monitoraggio della terapia cronica; rivaluta il paziente ambulatorialmente ogni 3 mesi; invia subito allo specialista in caso di riacutizzazioni; lo specialista pneumologo è responsabile della gestione delle riacutizzazioni in fase acuta e fino al recupero della stabilità.	il medico di medicina generale è responsabile del monitoraggio della terapia cronica; rivaluta il paziente al massimo ogni 2 mesi; invia immediatamente allo specialista in caso di riacutizzazione e/o di comparsa di nuovi segni e sintomi. Lo specialista pneumologo è responsabile della gestione delle riacutizzazioni fino alla loro stabilizzazione e monitorizza le comorbilità, avvalendosi delle necessarie consulenze.

(*) quando indicato

(**) per i pazienti con insufficienza respiratoria
la DMG si avvale dei centri di cura
o di emergenza per la diagnosi e la cura

Tabella 1. Piano di monitoraggio da seguire nei diversi livelli di gravità della BPCO. In essa, si specifica il tipo di prestazione da erogare, il professionista che la eroga ed i tempi di intervallo del follow-up.

6. TERAPIA

6.1 Prevenzione

Il principali fattori di rischio per la BPCO sono il fumo di sigaretta, l'inquinamento atmosferico nelle aree urbane e l'esposizione lavorativa a polveri e gas.

Il fumo rappresenta di gran lunga la più importante causa per lo sviluppo di BPCO.

La quota di BPCO attribuibile al fumo di sigaretta oscilla fra 70% e 80% nei vari studi. I fumatori hanno una maggiore prevalenza di sintomi respiratori e di alterazioni funzionali polmonari, un maggior declino annuale del FEV1 ed una maggiore frequenza di mortalità per BPCO.

L'abolizione dei fattori di rischio è il primo provvedimento da adottare nella gestione della BPCO e in questo contesto è fondamentale la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco.

È necessario che i medici di medicina generale registrino in cartella la storia e lo status degli assistiti rispetto al fumo e fornire a tutti i fumatori almeno un avviso minimo per la cessazione. L'intervento minimo dedicato al colloquio con il paziente in occasione della visita ambulatoriale, è considerato doveroso in quanto di dimostrata efficacia. La cessazione del fumo infatti rappresenta attualmente l'intervento con la maggiore capacità di influenzare la storia naturale della malattia.

Data l'importanza della cessazione del fumo come misura terapeutica essenziale, tutti i pazienti fumatori con BPCO accertata, che non riescono a smettere con un intervento minimo, devono esser assistiti per la cessazione dell'abitudine al fumo con trattamento comportamentale e farmacologico (intervento di secondo livello). Sono oggi considerati farmaci di prima scelta per il trattamento del tabagismo i sostituti della nicotina nella varie formulazioni (cerotti, gomme da masticare, inalatori, compresse), il bupropione a lento rilascio e la vareniclina. La prescrizione di uno di questi farmaci associata ad un intervento di *counseling* prolungato è in grado di ottenere il maggior numero di cessazioni.

Lo pneumologo dovrebbe considerare il trattamento del tabagismo come parte integrante della terapia prescritta al paziente BPCO fumatore ed essere in grado di assicurare ogniqualvolta necessario un intervento di secondo livello effettuato in prima persona o ricorrendo ai Centri Antifumo.

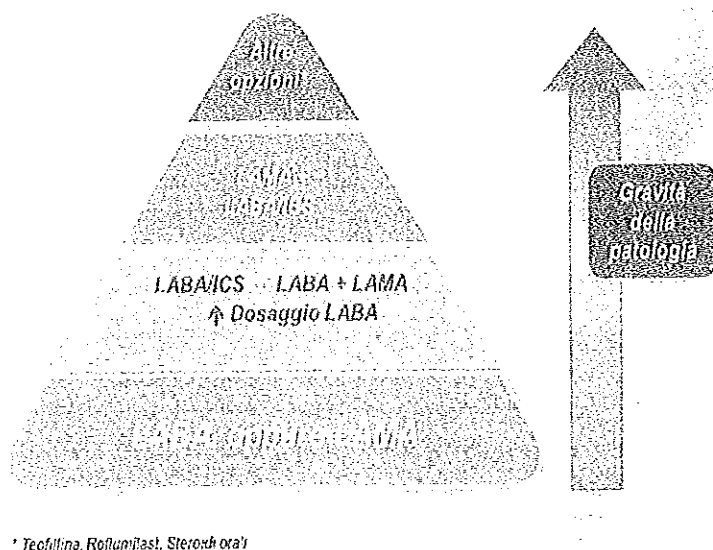
6.2 Terapia farmacologica

Obiettivi della terapia farmacologica nella BPCO (fig. 2) sono il controllo dei sintomi (soprattutto della dispnea), la riduzione della frequenza e della gravità delle riacutizzazioni, il miglioramento della funzione polmonare, della tolleranza allo sforzo e della qualità di vita.

I farmaci utilizzati nella terapia della BPCO in fase stabile sono i broncodilatatori (anticolinergici e beta-agonisti) e gli anti-infiammatori (glucocorticoidi per via inalatoria e roflumilast), somministrati anche in combinazione a seconda della gravità della malattia, della frequenza delle riacutizzazioni e della risposta al trattamento. L'uso della teofillina è limitato ai pazienti con malattia più severa, allorquando i sintomi persistano nonostante l'uso corretto degli altri trattamenti.

La **scelta terapeutica** deve essere **personalizzata**; guidata dalla gravità della patologia (Fig. 2), considerata nel suo complesso di sintomi, funzione respiratoria, complicanze, comorbidità e caratteristiche individuali (fenotipo).

Fig. 2. Diagramma terapeutico graduato sulla risposta clinica



- Nelle persone sintomatiche con ostruzione bronchiale ($FEV_1/VC < 88\%$ del pred. negli uomini ed all'89% nelle donne), anche in presenza di un FEV_1 pre-broncodilatatore $>80\%$ del valore teorico, si può considerare il trattamento con farmaci broncodilatatori a lunga durata d'azione.
- Qualora, in presenza di ostruzione bronchiale (vedi sopra), il FEV_1 sia $<80\%$ del valore teorico è indicato il trattamento regolare e continuativo con un broncodilatatore a lunga durata d'azione per via inalatoria.
Nel caso di risultato giudicato insoddisfacente in termini di sintomatologia e/o funzionalità polmonare da parte del paziente e/o del medico curante, dovrà essere considerata una delle 3 seguenti opzioni (da non intendersi in ordine prioritario):
 - l'aggiunta (nei pazienti con frequenti riacutizzazioni: ≥ 2 /anno) di un corticosteroide per via inalatoria (l'utilizzo della combinazione fissa può migliorare significativamente l'aderenza del paziente alla terapia);
 - l'aggiunta di un secondo broncodilatatore a lunga durata d'azione, con meccanismo d'azione differente;
 - l'aumento (ove possibile) della dose del singolo broncodilatatore.
- Nei pazienti con $FEV_1 < 60\%$ del valore teorico e/o frequenti riacutizzazioni (≥ 2 /anno), di prima diagnosi o che restano sintomatici nonostante l'uso regolare di una terapia già in corso, considerare:
 - una delle terapie al punto precedente
 - l'associazione LAMA+LABA+CSI.
- 1. Nei pazienti con sintomi di bronchite cronica, $FEV_1 < 50\%$ e frequenti riacutizzazioni (≥ 2 /anno), considerare: l'ulteriore aggiunta di un inibitore delle fosfodiesterasi-4 (roflumilast).
- Tutte le evidenze scientifiche sottolineano, in modo inequivocabile, che i trattamenti devono iniziare precocemente, sin dagli stadi lievi della malattia e protrarsi in modo continuativo nel tempo. Questa strategia consente di ridurre il deterioramento funzionale, le riacutizzazioni, i ricoveri ospedalieri e la progressione della malattia negli stadi più avanzati caratterizzati da insufficienza respiratoria latente o conclamata. In tali fasi evolutive, infatti,

i costi della malattia, legati all'impiego di risorse sanitarie sia a livello ospedaliero che ambulatoriale, sono particolarmente elevati.

Raccomandazioni ai fini dell'appropriatezza prescrittiva:

- La prescrizione dei farmaci inalatori indicati nella terapia della BPCO può essere autorizzata in base ai soli dati clinici, ma confermata unicamente se viene effettuata, entro 1 anno dalla prima diagnosi, una valutazione funzionale con stadiazione del livello di gravità dell'ostruzione.
- Tutti i farmaci vanno utilizzati nel pieno rispetto delle indicazioni di scheda tecnica

Indicatori di processo nel paziente BPCO in fase di stabilizzazione clinica

- 1) Registrazione dell'abitudine al fumo nei database dei MMG
 - a. Nel 100% dei pazienti con diagnosi di BPCO
- 2) Presenza di spirometria nei pazienti con diagnosi pregressa o di prima formulazione di BPCO in trattamento con farmaci inalatori predosati
 - a. Registrare entro 1 anno una spirometria nel 90% dei pazienti di prima diagnosi
 - b. Registrare una spirometria eseguita negli ultimi 3 anni nel 90% dei pazienti con diagnosi pregressa o, in mancanza, eseguirla entro 1 anno.

Indicatori di risultato nel paziente BPCO in fase di stabilizzazione clinica

Prescrizione steroidi inalatori nei pazienti con FEV1 <60% del valore teorico e/o frequenti riacutizzazioni (≥ 2 /anno).

- a. Almeno il 90% dei pazienti in terapia con steroidi inalatori devono rispondere a questo criterio

6.3 Terapia non farmacologica (Riabilitazione Respiratoria)

6.3.1 Considerazioni preliminari

La Definizione dello Statement dell'American Thoracic Society e dell'European Respiratory Society [13] considera la Riabilitazione Respiratoria (RR) *“un approccio terapeutico, basato sulla evidenza scientifica, sulla multidisciplinarietà e sulla personalizzazione, diretto a pazienti con malattie respiratorie croniche sintomatici e con ridotta capacità a svolgere le normali attività di vita quotidiana, con lo scopo di ridurre i sintomi, migliorare lo status funzionale, incrementare il livello di partecipazione e ridurre i costi per la cura di queste patologie”*. In pratica, quindi, la riabilitazione respiratoria è diretta al trattamento della *disability* e dell'*handicap* derivanti dall'*impairment funzionale respiratorio*, ed agli *impairment secondari*, riconducibili alle compromissioni cardiovascolari, alla disfunzione dei muscoli periferici e respiratori, alla malnutrizione, alle malattie scheletriche, ai deficit sensoriali ed ai disturbi psicosociali.

Obiettivi della Riabilitazione Respiratoria sono il miglioramento dei sintomi, in particolare della dispnea, della tolleranza allo sforzo e della qualità della vita. Minori evidenze sono disponibili per gli altri obiettivi perseguiti: prevenzione delle complicanze e delle riacutizzazioni, rallentamento della progressione della condizione patologica e miglioramento della sopravvivenza. Lo scopo principale è di riportare il paziente al più alto livello possibile di funzione indipendente, aiutandolo a conoscere meglio la malattia da cui è affetto, i trattamenti e le strategie di gestione messi in atto. La RR sembra, inoltre, in grado di ridurre l'utilizzo di risorse sanitarie, probabilmente diminuendo la durata delle ospedalizzazioni e gli accessi al Servizio Sanitario non programmati.

La composizione del programma riabilitativo presuppone l'attuazione di attività utili e necessarie, che possono essere variamente combinate in funzione della valutazione iniziale. Tra le *attività fondamentali*, di cui non può mai essere privo qualunque programma di riabilitazione respiratoria, vi sono l'ottimizzazione della terapia farmacologica, dell'ossigenoterapia, della ventiloterapia, l'allenamento all'esercizio fisico (che può includere allenamento alla forza ed alla resistenza) e l'attività educativa. *Componenti accessorie* del programma possono comprendere l'allenamento dei muscoli respiratori, la fisiochinesiterapia toracica, il supporto nutrizionale (14,15).

Aspetti irrinunciabili dell'attività riabilitativa in campo pneumologico sono:

- la *multidisciplinarietà* dei servizi (ad essa partecipano medici pneumologi, psicologi, terapisti della riabilitazione);
- l'*individualizzazione* del programma terapeutico, diversificato per ciascun paziente;
- il *reinserimento* del paziente, inteso come massima indipendenza e massima attività produttiva e sociale;
- l'aspetto *economico e sociale* che, teso a migliorare il livello di indipendenza e di attività del paziente, si traduce in una maggiore produttività dello stesso ed in un minor costo di ospedalizzazione.

6.3.2 Indicazioni e controindicazioni

Una selezione attenta dei pazienti è indispensabile per l'ottenimento di risultati ottimali.

Indicazioni alla riabilitazione respiratoria sono i disturbi respiratori cronici, nei quali, nonostante l'impiego ottimale di altri trattamenti disponibili (farmaci, ossigeno, ventilazione meccanica, terapia chirurgica, etc), permangono sintomi quali dispnea, fatica muscolare, intolleranza allo sforzo e limitazioni nelle normali attività della vita quotidiana e nella socializzazione. Pertanto, benché in questi ultimi anni la riabilitazione respiratoria sia stata indirizzata prevalentemente ai pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (15,16), essa è anche indicata nei pazienti con Bronchiectasie, Fibrosi Cistica, Malattie polmonari interstiziali, Ipertensione Arteriosa Polmonare, Patologie neuromuscolari e nei pazienti broncopneumopatici da sottoporre ad intervento di resezione chirurgica polmonare per *Non Small Cell Lung Cancer*.

Nel management della *Broncopneumopatia cronica ostruttiva* la riabilitazione respiratoria costituisce, al pari della terapia farmacologica, una componente fondamentale [13,17]. I benefici

indotti dai programmi di training sulla efficienza della muscolatura scheletrica e sulla riduzione della richiesta ventilatoria, necessaria per un determinato sforzo fisico, sulla iperinflazione polmonare dinamica, pur in assenza di un miglioramento dei parametri funzionali respiratori, consentono aumento della tolleranza all'esercizio fisico, riduzione della percezione della dispnea e miglioramento della qualità di vita [18].

Nei broncopatici cronici, da sottoporre ad intervento di resezione chirurgica polmonare, incrementare il valore del VO2 di picco, che è il migliore predittore indipendente della frequenza di complicanze chirurgiche, dovrebbe essere la più importante "mission" preoperatoria. Tale obiettivo può essere raggiunto con la ottimizzazione della terapia farmacologica e con l'approccio riabilitativo, interventi ad effetto sinergico e, quindi, da utilizzare simultaneamente (19,20,21,22, 23).

Controindicazioni principali alla RR sono la mancata volontà a partecipare e l'insufficiente aderenza al programma, una severa compromissione cognitiva, eventuali problemi logistici (come, ad es. la lontananza dall'ospedale). Età e gravità della condizione patologica non costituiscono limitazioni alla riabilitazione respiratoria. L'abitudine al fumo non rappresenta una controindicazione al programma riabilitativo, in quanto nel programma possono essere comprese sessioni di disassuefazione al fumo.

6.3.3 Setting Assistenziali

Per garantire "il principio di appropriatezza, inteso sia come appropriatezza clinica delle prestazioni sia come appropriatezza di regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse", considerato che l'Insufficienza Respiratoria rientra tra le patologie complesse (Decreto 64 del 26/09/2011, Regione Campania), il percorso riabilitativo delle diverse tipologie di malattie dell'Apparato Respiratorio deve riconoscere specifici e ben definiti setting assistenziali, codificati da leggi nazionali e regionali¹.

Sono pertanto prevedibili i seguenti setting assistenziali:

- **Trattamento ambulatoriale (Riabilitazione estensiva)**
 - Pazienti con diagnosi clinico-strumentale di *Broncopneumopatia cronica ostruttiva* (Stadio GOLD III – IV) in fase stabile senza complicanze e con aumentata percezione della dispnea, riduzione della performance fisica.
- **Trattamento in regime di ricovero in DH (Riabilitazione intensiva)**
 - Pazienti con diagnosi clinico-strumentale di *Broncopneumopatia cronica ostruttiva* (Stadio GOLD III – IV) in fase di post acuzie con complicanze, aumentata percezione della dispnea, riduzione della performance fisica.
 - *Neoplasie polmonari in pazienti con BPCO da sottoporre a resezione chirurgica* con: comorbidità, VO2 di picco < 15 ml/Kg/min.
 - *Pazienti con BPCO sottoposti a resezione chirurgica per neoplasia polmonare* con comorbidità, VO2 di picco < 15 ml/Kg/min.
 - *Insufficienza respiratoria cronica o acuta su cronica* con comorbidità, ma autosufficienza.
- **Trattamento in ricovero ordinario (Riabilitazione di alta specializzazione)**
 - *Insufficienza respiratoria cronica o acuta su cronica* con comorbidità, senza o con parziale autosufficienza.

La valutazione dei risultati rappresenta uno dei momenti fondamentali del programma

¹ Legge Regionale n 11 del 15 marzo 1984;

Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania: Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 22 del 03 maggio 2003;

Regolamentazione della Riabilitazione Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del Ministero della Salute: GU 2-3-2011;

Linee Guida per la Riabilitazione in Campania: DGRC 64 del 26-09-2011;

Piano Sanitario 2011-2013 della Regione Campania.

riabilitativo. Attualmente si tendono a misurare gli obiettivi ed i relativi risultati per ogni singolo aspetto del paziente e quindi misurare il miglioramento del danno funzionale, della disabilità e dell'impatto sociale della condizione patologica; la valutazione funzionale è indispensabile, eseguita almeno all'inizio, per l'impostazione del programma riabilitativo.

Indicatori di processo nel paziente BPCO da sottoporre a trattamento riabilitativo

Presenza di valutazione funzionale respiratoria a riposo e, quando possibile, sotto sforzo, nel 100% dei pazienti da sottoporre a programma riabilitativo

Gli *indicatori*, correlati a obiettivi e risultati, oltre la funzione respiratoria, sono la tolleranza all'esercizio, la qualità della vita, il miglioramento della dispnea, la valutazione della forza muscolare, la valutazione nutrizionale, l'aumento della sopravvivenza, la riduzione delle riacutizzazioni, il contenimento del ricorso alle cure mediche e l'assenteismo.

7. Riacutizzazioni della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

La riacutizzazione della BPCO è definita da un peggioramento acuto dei sintomi abituali della persona con BPCO cioè dispnea, tosse ed espettorazione, che va al di là della normale variabilità giornaliera e che richiede un adeguamento terapeutico: cioè un ciclo di steroidi per via sistemica o di antibiotici o entrambi (24).

La frequenza e la gravità delle *riacutizzazioni* (infettive, da inalazione di inquinanti ambientali) sono tra i fattori determinanti la prognosi della BPCO. Esse devono essere distinte da *altre complicanze*, che possono insorgere in caso di BPCO: embolia polmonare, scompenso cardiaco, aritmie, squilibri metabolici ed elettrolitici, pneumotorace spontaneo, terapie inappropriatamente somministrate (O₂, ipnoinduttori, tranquillanti, diuretici).

Le riacutizzazioni sono più frequenti nei pazienti con maggiore compromissione funzionale e possono determinare temporanea inabilità fisica, anche dopo la dimissione dall'ospedale. E', pertanto, indispensabile prevenirle e trattarle tempestivamente fin dall'esordio dei primi sintomi per ridurre l'impatto della malattia sulla qualità di vita del paziente. La scelta terapeutica deve essere adeguata per il singolo caso e guidata dalla gravità del quadro clinico, considerato nel suo complesso di sintomi, alterazioni della funzione respiratoria, complicanze, comorbidità e caratteristiche individuali (fenotipo) della persona che ne è affetta.

La terapia farmacologica delle *riacutizzazioni, curabili a domicilio*, consiste, sostanzialmente, nella somministrazione degli stessi farmaci utilizzati per la fase stabile della condizione patologica, broncodilatatori a rapida/prolungata azione (SABA-LABA e/o LAMA), con modifica, ove possibile, dei dosaggi, della frequenza ed eventualmente della via di somministrazione, con l'aggiunta, se necessario, di altri presidi farmacologici come gli antibiotici ed i corticosteroidi per via sistemica in una dose non superiore a 30-40 mg/die di prednisone per 7-14 gg.

Nonostante un adeguato e tempestivo intervento terapeutico, alcuni pazienti, a causa della gravità della BPCO e/o della severità della riacutizzazione, non rispondono prontamente al trattamento domiciliare e, quindi, se soddisfano uno o più dei criteri indicati nella tab.2, si pone la indicazione al ricovero in ospedale .

Tab. 2 - Criteri di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per riacutizzazione di BPCO (3).

- Inadeguata o mancata risposta al trattamento instaurato a domicilio
- Presenza di comorbidità a elevato rischio (polmonite, aritmie cardiache, insufficienza cardiaca congestizia, diabete mellito, insufficienza epatica o renale) o di età molto avanzata del paziente
- Anamnesi di frequenti riacutizzazioni
- Aumento notevole della dispnea e/o insorgenza di nuovi segni (cianosi, edemi periferici, aritmie cardiache)
- Aggravamento significativo della ipossiemia
- Aggravamento della ipercapnia/acidosi respiratoria (non rilevabile a domicilio)
- Alterazioni dello stato mentale
- Incapacità di dormire o mangiare per i sintomi
- Mancanza o inaffidabilità dell'assistenza familiare con incapacità del paziente di autogestirsi
- Incertezza nella diagnosi

Il rispetto di tali criteri è indispensabile per ridurre la notevole in appropriatezza che si osserva in caso di ospedalizzazione per BPCO riacutizzata.

In linea generale, la presenza di comorbidità non dovrebbe modificare il trattamento della BPCO e le comorbidità stesse devono essere trattate indipendentemente.

Il ricovero ospedaliero è giustificato soprattutto in caso di documentata comparsa e/o aggravamento dell'insufficienza respiratoria.

Il paziente con BPCO che viene ricoverato deve essere trattato secondo un modello standard ottimale basato sulle evidenze e, a secondo della gravità dell'Insufficienza Respiratoria (IR) sviluppata, in strutture Pneumologiche dedicate con differenti livelli di cure: Unità operative con possibilità di Monitoraggio funzionale, Unità di Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria, Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR), oppure in ambito rianimatorio (UTI) se all'IRA si associa la compromissione simultanea di più organi (MOF - *Multiple Organ Failure*).

8. Gestione integrata del paziente con BPCO grave con insufficienza respiratoria cronica stabile ("setting" assistenziali² nei pazienti in ossigenoterapia a lungo termine (LTOT) e/o Ventilazione Meccanica Domiciliare (VMD)

Nella storia naturale della BPCO alcuni pazienti arrivano ad una condizione clinica di insufficienza respiratoria ipossiémica o ipossiémico-ipercapnica. Tale condizione clinica, e le relative decisioni terapeutiche, deve essere sempre documentata da un esame emogasanalitico e mai diagnosticata sulla base di soli elementi clinico anamnestici

8.1 L'ossigenoterapia a lungo termine (OLT)

Questo trattamento è indicato nei pazienti che, in fase stabile a riposo, con il miglior trattamento possibile, presentino alla emogasanalisi, ripetuta due volte a distanza di almeno 15 giorni, una $PaO_2 \leq 55$ mmHg, oppure una PaO_2 compresa tra 56 e 59 mmHg con presenza di almeno una delle seguenti condizioni: ipertensione arteriosa polmonare a riposo; cuore polmonare cronico, policitemia con ematocrito $>55\%$; cardiopatia ischemica [25,26]. Per i pazienti con insufficienza respiratoria secondaria a patologie neoplastiche e neuromuscolari, per autorizzare la prescrizione di ossigeno liquido, è sufficiente una sola determinazione emogasanalitica, con PaO_2 uguale o inferiore a 65 mmHg, (BURC n. 31 del 04/08/2008) (tabella 3).

Anche se non è stato dimostrato un aumento della sopravvivenza, costantemente è rilevabile nella pratica clinica che l'ossigenoterapia a lungo termine ($>15h/die$) prolunga e migliora la vita dei pazienti ipossiemicici, incrementando la gittata cardiaca, il contenuto ed il trasporto di ossigeno nel sangue arterioso; aumenta la capacità di tolleranza allo sforzo, in parte dovuta alla riduzione della frequenza respiratoria con contenimento dell'iperinflazione polmonare e della conseguente dispnea (27,28,29,30,31).

Tabella 3 - Indicazioni all'ossigenoterapia continuativa a bassi flussi (LTOT) nei pazienti con BPCO (documenti a,c)

- $PaO_2 < 55$ mmHg, $SaO_2 < 88\%$ in fase stabile e durante regime terapeutico ottimale
- PaO_2 tra 55 e 59 mmHg, $SaO_2 < 89\%$ in presenza di ipertensione polmonare, cuore polmonare, edemi declivi, eritrocitosi (ematocrito $> 55\%$), deficit cognitivo
- $PaO_2 < 65$ mmHg in pazienti con neoplasia o malattia neuromuscolare (sufficiente un unico rilievo emogasanalitico)
- Nei pazienti in cui si è dimostrata una ipossiemia durante lo sforzo o durante la notte (almeno 30% della durata del sonno)

La OLT è una terapia di elevato costo e di significativo impegno per il paziente. La durata minima del trattamento in grado di garantire risultati clinici, non deve essere inferiore alle 15 ore/die, con assoluta necessità di coprire le ore notturne. La corretta esecuzione del trattamento richiede la stretta collaborazione tra lo specialista pneumologo, deputato alla prescrizione, ed il MMG, E' pertanto indispensabile:

A) La *valutazione pneumologica iniziale*, trasmessa al Medico di Medicina Generale con lettera esplicativa della diagnosi e dei principali esami effettuati (in primis le misure emogasanalitiche previste dalla regolamentazione regionale), è orientata, fondamentalmente, all'inquadramento clinico-funzionale respiratorio; all'educazione sanitaria e terapeutica del paziente e della famiglia (aderenza terapeutica, principi di prevenzione, formazione "care givers", etc);

B) Le *valutazioni pneumologiche successive*, concordate in base al piano terapeutico e di monitoraggio, prevedono: accurata anamnesi di raccordo con la visita precedente, con particolare riferimento alle eventuali riacutizzazioni infettive intercorse; emogasanalisi arteriosa, a cadenza trimestrale, per verificare la persistenza dei requisiti previsti per la OLT e le eventuali indagini strumentali richieste in base alle condizioni cliniche del paziente

8.2 Ventilazione Meccanica non Invasiva Domiciliare (VMD)

L' utilizzo del supporto ventilatorio domiciliare , in *"casi selezionati"*, può anche apportare benefici nella BPCO in fase di stabilità, se applicato in concomitanza all'ossigenoterapia continua. L'efficacia, valutata sulla funzione respiratoria, sullo stato di salute, sulla morbilità e mortalità, ha evidenziato che la VMD può avere un ruolo aggiuntivo nella gestione della BPCO grave in fase stabile, in presenza di alcuni *specifici criteri di selezione* (Tabella 4) [33,34,35,36,37,38], il trattamento viene generalmente riservato, in associazione all'ossigenoterapia a lungo termine, a pazienti con ipercapnia diurna costante dal punto di vista clinico e frequenti riacutizzazioni che impingono il ricovero ospedaliero, talora con ammissioni in UTI.

Tabella 4. Criteri di selezione dei pazienti con BPCO stabile da sottoporre a ventilazione meccanica non invasiva domiciliare (VMD) (documento d)

- Ipercapnia diurna rilevante e costante (> 55 mmHg) in pazienti in O_2 terapia
- Esclusione di una patologia terminale
- Evidenza di ipoventilazione notturna con scarsa qualità del sonno e frequenti risvegli, correggibili con NIV
- Frequenti riacutizzazioni ed ammissioni in UTI
- Adeguata motivazione del paziente
- Appropriato supporto educativo ed acquisita capacità gestionale da parte del paziente del supporto ventilatorio

Come specificato nella Tab. 4 i casi selezionati di pazienti affetti da BPCO con insufficienza respiratoria ipossiemo-ipercapnica, suscettibili di trattamento con VMD, debbono rispondere oltre che a specifici requisiti clinico strumentali, anche a criteri di documentata compliance al trattamento, testata con adeguato periodo di training realizzato in centri pneumologici, integrati da percorsi educazionali/formativi estesi ai caregivers, soprattutto per pazienti con autonomia limitata.

Anche per il paziente in VMD vanno garantiti, come per la OLT, l'inquadramento pneumologico iniziale e controlli in follow up per verificare l'efficacia e l'aderenza al trattamento. Tali controlli debbono essere oggetto di specifica comunicazione da parte del centro specialistico al MMG.

9. Setting Assistenziali del paziente ospedalizzato: *paziente con BPCO in fase di grave riacutizzazione con insufficienza respiratoria cronica riacutizzata (39,40)*

Con il termine di insufficienza respiratoria (IR) (che può essere acuta, cronica o cronica riacutizzata) si designa la condizione caratterizzata da un'alterata pressione parziale dei gas (O_2 e CO_2) nel sangue arterioso. I criteri necessari per porre diagnosi di IR sono una pressione parziale arteriosa di ossigeno (PaO_2) $<55-60$ mmHg durante la respirazione in aria ambiente, accompagnata o meno da ipercapnia (pressione parziale arteriosa di anidride carbonica ($PaCO_2$) >45 mmHg).

L'IR (acuta o cronica riacutizzata) può essere parziale (ipossiemia isolata) o globale (ipossiemia + ipercapnia) e la sua gestione prevede il monitoraggio strumentale dei parametri vitali e l'impiego terapeutico, oltre che dei farmaci (fra cui l'ossigeno), della ventilazione meccanica. Tale assistenza deve essere attuata in strutture pneumologiche dedicate con differenti livelli di cure: Unità di terapia intensiva respiratoria (UTIR), Unità di terapia intensiva intermedia respiratoria (UTIIR) o Unità di Monitoraggio respiratorio (UMR):

Nella tabella 5 sono indicati i setting assistenziali per ogni livello di cure (39)

Criteri maggiori	Unità di Terapia intensiva respiratoria	Unità di Terapia intensiva intermedia respiratoria	Unità di monitoraggio respiratorio
rapporto infermiere/paziente per turno lavorativo	>1:3	1:3 o 1:4	1:5 o 1:6
dotazione per ogni letto	monitor polifunzionali** ventilatori da terapia intensiva	monitor polifunzionali** ventilatori meccanici (per VM non invasiva, con disponibilità di ventilatori da terapia intensiva)	monitor polifunzionali** ventilatori meccanici (per VM non invasiva)
affezioni trattate	insufficienza respiratoria mono organo o insufficienza di più organi	insufficienza respiratoria mono organo	insufficienza respiratoria mono organo
medico di guardia	24 ore/24 ore	disposizione immediata	su chiamata (all'interno dell'ospedale)
ventilazione meccanica	invasiva, non invasiva	non invasiva (invasiva se necessaria)	non invasiva (se necessaria)
personale medico	la responsabilità deve essere affidata a uno pneumologo esperto in ventilazione meccanica		
criteri minori broncoscopia	all'interno dell'Unità	all'interno dell'Unità	all'interno o all'esterno dell'Unità
strumentazione per emogasanalisi (ABGA)	all'interno dell'Unità	all'interno dell'Unità	all'interno o all'esterno dell'Unità
* tutti i criteri maggiori e almeno 1 dei minori devono essere soddisfatti per poter includere una Unità in uno dei tre livelli.			
** per il monitoraggio di ossimetria, ecg, PA non invasiva, frequenza respiratoria			

Tabella 5. Setting assistenziali per i diversi livelli di cura della BPCO.

Il razionale di una organizzazione per livelli di cura è basato su 2 rilievi fondamentali:

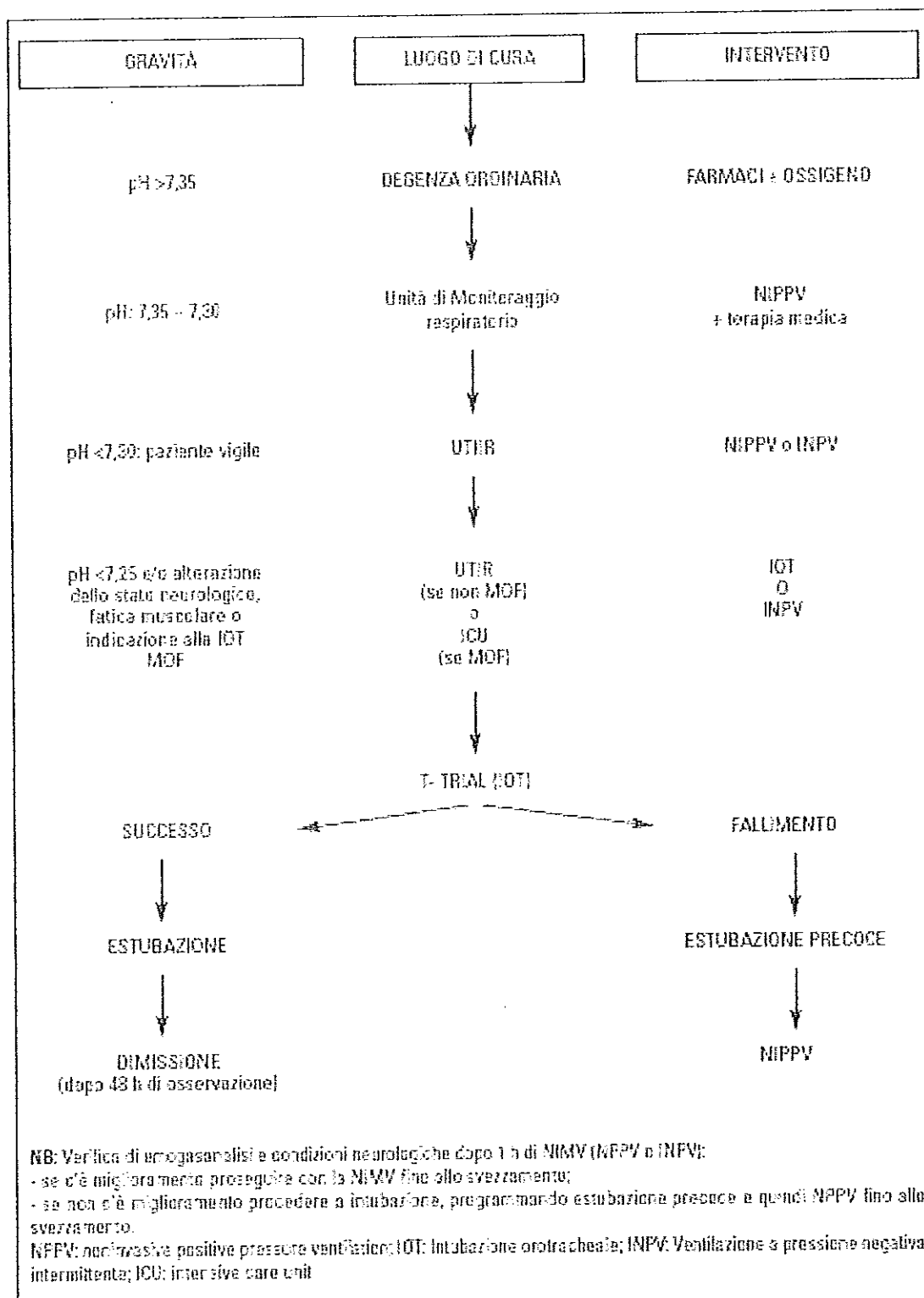
- le patologie respiratorie acute e/o croniche riacutizzate rappresentano oramai un dato epidemiologico sempre più rilevante ed è indispensabile avere, nelle U.O. di Pneumologia, posti letto adeguati a ricevere pazienti in condizioni di criticità respiratoria senza sottrarre risorse maggiori (strumentali ed economiche) alle U.O. di Rianimazione, che, anzi, verrebbero alleggerite da numerosi ricoveri sia in ingresso che in uscita;
- la Ventilazione Meccanica Non-Invasiva è ormai un punto essenziale e imprescindibile di qualsiasi linea guida del trattamento dell'insufficienza respiratoria configurandosi, in sua assenza, una gravissima omissione assistenziale, di cui sempre più spesso se ne discute in medicina legale in termini di ignoranza, imperizia o incapacità. Si tenga presente che la organizzazione e la competenza del posto di lavoro influenzano in maniera drammatica i risultati delle cure per pazienti affetti da malattie polmonari, con una mortalità che arriva ad essere 3

volte superiore nei presidi meno organizzati, ovvero meno specializzati (41). Lo scopo della VM è quello di mettere a riposo i muscoli respiratori, permettendo ai farmaci di curare in modo adeguato la causa dello scompenso respiratorio. Essa dovrebbe essere istituita precocemente. Il trattamento è definito «conservativo» se il paziente è trattato con ventilazione meccanica non invasiva (VMNI). La maggior parte dei casi di IRA secondari a BPCO può essere trattata in modo conservativo. La VM per mezzo di intubazione endotracheale o tracheostomia è indicata se il trattamento conservativo fallisce o in presenza di controindicazioni della VMNI (tab. 6). Il tasso di successo riportato con la ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva (NPPV) varia dal 51 al 91%. La sopravvivenza a breve e a lungo termine è maggiore che con la sola terapia medica e di quella riportata con VM invasiva.

Tab. 6. Controindicazioni alla VMNI.

- coma
- mancata collaborazione da parte del paziente
- chirurgia addominale alta
- necessità di frequenti aspirazioni e mancata protezione delle vie aeree
- edentulia e/o gravi alterazioni del massiccio facciale.

Il luogo di cura e il tipo di intervento è funzione della gravità dell'insufficienza respiratoria (tab. 7).



Tab. 7. Luogo di cura in base alla gravità dell'insufficienza respiratoria (39,40)

Il ricovero in rianimazione sarà considerato solo in caso di fallimento del trattamento "conservativo" o in presenza di criteri di esclusione della VMNI o di compromissione severa

Tab. 8. Criteri di ammissione in Rianimazione (39)

- Arresto respiratorio
- Instabilità emodinamica (ipotensione, aritmie gravi, infarto miocardico)
- Coma, paziente non collaborante, sonnolenza, alterazioni stato mentale
- Secrezioni vischiose e/o abbondanti, elevato rischio di broncoaspirazione
- Recente chirurgia facciale e/o gastroesofagea
- Trauma craniofacciale – Alterazioni naso faringee stabili
- Ustioni
- Obesità estrema
- Insufficienza multiorgano

Sono di seguito indicate le condizioni per iniziare lo svezzamento dalla VM (tab. 9), i criteri per le dimissioni dalle Unità pneumologiche dedicate (tab. 10) o dall'ospedale (tab. 11)

Tab. 9. Condizioni per iniziare lo svezzamento dalla ventilazione meccanica (39)

- risoluzione della causa che ha determinato l'istituzione della VM
 - valutazione clinica delle modalità di respiro del paziente durante un tentativo di respirazione spontanea (impiego di muscoli accessori della respirazione, asincronia toracicoaddominale o respiro paradossale)
 - stato di vigilanza conservato con buon orientamento spazio temporale
 - riflesso della tosse e riflesso faringeo intatti
 - stabilità emodinamica
 - temperatura corporea $<38^{\circ}\text{C}$
 - livello di Hb $>10\text{ g/dL}^*$
 - bilancio idroelettrolitico normale
 - non necessità di impiegare sostanze vasoattive e sedativi
- * Il livello di Hb è un criterio ancora controverso (Boles 2007)

Tab. 10. Criteri per dimissione da Unità pneumologiche dedicate (39)

- completo o parziale svezzamento dalla ventilazione meccanica con buona autonomia respiratoria
- recupero di autonomia nella vita di relazione (alimentazione autonoma; non necessità di particolare supporto nutrizionale)
- condizioni generali stabili
- chiusura (quando possibile) di un'eventuale tracheotomia

Tab. 11. Criteri per dimissione dall'ospedale (39)

- terapia broncodilatatrice inalatoria richiesta meno di 6 volte al giorno
- capacità del paziente di camminare nella stanza
- capacità del paziente di nutrirsi e dormire senza grave dispnea
- controllo della eventuale iperreattività bronchiale
- stabilità clinica anche senza terapia parenterale da almeno 12-24 ore
- emogranalisi stabile da almeno 12-24 ore
- piena comprensione della gestione terapeutica domiciliare da parte del paziente o di chi se ne prende cura
- avvenuta pianificazione del follow-up e dell'assistenza domiciliare
- coinvolgimento consapevole del paziente, della famiglia e del medico di base nella terapia domiciliare

Indicatori di risultato nel paziente BPCO riacutizzato in fase di ospedalizzazione

Riduzione del 80% dei ricoveri con codice 088 (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)

10. Integrazione territorio-ospedale per la gestione integrata della BPCO

La BPCO è una “*condizione patologica prevenibile e curabile*” (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases – GARD, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS), per cui sono individuabili specifici compiti e precise responsabilità delle istituzioni centrali e locali, degli specialisti ospedalieri, della medicina del territorio (medicina generale, specialistica, personale sanitario) e delle società scientifiche.

Livelli assistenziali essenziali e profili standard di intervento devono, quindi, essere chiaramente previsti.

La migliore gestione della BPCO può essere raggiunta con l'integrazione fra medico di medicina generale, specialista pneumologo ed altri specialisti, di volta in volta competenti. Per ciascuna figura devono essere ben definiti i compiti da svolgere, nell'ambito di un percorso diagnostico e terapeutico condiviso ed appropriato per i diversi livelli di gravità della condizione patologica.

- **Il Medico di Medicina Generale** ha un ruolo fondamentale nell'identificazione dei casi (*case finding*), come primo livello di interazione con il sistema dei servizi. La diagnosi di BPCO si basa, sostanzialmente, su una storia di fumo di sigarette o di inalazione cronica di polveri, gas o vapori tossici e viene confermata da specifici indici di funzionalità respiratoria. Essa va ipotizzata in tutti i fumatori ed ex-fumatori di età superiore ai 40 anni e/o in pazienti con malattie extrapolmonari legate al fumo.
- **Profilo di intervento standard del livello ambulatoriale di Medicina Generale**

- Promuovere educazione sanitaria e *counseling*.
 - Prevenire la BPCO , individuando i soggetti a rischio.
 - Attivare procedure di prevenzione dei fattori di rischio.
 - Impostare provvedimenti antifumo.
 - Promuovere vaccinazione anti-influenzale annuale.
 - Consigliare vaccinazione anti-pneumococcica a tutti i soggetti affetti da BPCO ed, in particolare, a quelli di età superiore ai 65 anni.
 - Indirizzare in consulenza allo specialista pneumologo per la definizione del quadro clinico funzionale.
 - Favorire l'accesso alla spirometria come procedura di screening, a **fumatori o ex fumatori di 40 anni** e oltre, sintomatici. Osservare l'evoluzione clinica e la compliance del paziente alle prescrizioni.
 - Controllare e osservare i sintomi e l'evoluzione clinica in ogni stadio di malattia.
 - Valutare l'aderenza alla cessazione del fumo di sigaretta, alle vaccinazioni anti-influenzali e alle altre misure preventive (es.: modifica stili di vita, controllo del peso, corretta alimentazione, attività fisica, etc.).
 - Stabilire il *timing del follow-up* sulla base dell'osservazione, potendo essere l'evoluzione clinica più o meno rapida.
 - Valutare periodicamente in condizioni di stabilità (schema di Follow up) e ottimizzare la terapia.
 - Identificare le riacutizzazioni avvalendosi eventualmente dello specialista pneumologo e/o di altri specialisti o, se necessario, ricorrendo alla ospedalizzazione.
 - Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici.
 - Gestire (ne è responsabile) la cartella clinica informatizzata.
- Lo **Specialista Pneumologo** ha compiti ben identificabili: assicurare prestazioni specialistiche sufficienti ad una diagnosi completa, provvedere all'impostazione ed al monitoraggio della terapia.
- **Il Profilo di intervento standard del livello ambulatoriale specialistico pneumologico**
- Fornire consulenza specialistica al MMG per la valutazione iniziale ed in caso di evoluzione del quadro clinico-strumentale.
 - Eseguire la spirometria nel rispetto dei criteri di accuratezza e di riproducibilità, riportate dalle Linee Guida ATS/ERS 2005.
 - Individuare i soggetti da sottoporre ad approfondimento diagnostico o trattamento di quadri clinici acuti
 - Assicurare prestazioni ambulatoriali strumentali di primo e secondo livello con possibilità di esecuzione in Day Service di un **Percorso Ambulatoriale Complesso e Coordinato - PACC -**.
 - Individuare, tra i pazienti che accedono alla pneumologia, i pazienti stabilizzati che possono essere avviati al MMG.
 - Assicurare approfondimenti della diagnosi differenziale (asma ed altre patologie), eventualmente con Rx torace nelle due proiezioni.
 - *Epicrisi specialistica* con stadiazione del livello di gravità dell'ostruzione e del quadro clinico.
 - Monitorare il piano per il trattamento domiciliare della IR con OLT e/o assistenza ventilatoria.
 - Valutazione dell'evoluzione clinica e follow-up.
 - Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici

- Collaborare alle attività di formazione del personale coinvolto ed alle iniziative di educazione sanitaria, terapeutica e comportamentale dei pazienti.
- **La gestione della BPCO stabilizzata** è affidata, quindi, all'attività integrata del Medico di Medicina Generale e dello Specialista Pneumologo con specifici obiettivi.
 - Monitoraggio periodico, clinico e funzionale, della malattia nei vari stadi, da effettuarsi mediante visite di controllo programmate (in media con frequenza semestrale/annuale).
 - Accertamento nel corso di tali visite della gravità della malattia su base individuale tenendo conto della sintomatologia del paziente, della limitazione del flusso, della frequenza e della gravità delle riacutizzazioni, delle complicanze, dell'insorgere o del grado dell'insufficienza respiratoria, delle comorbidità e dello stato generale di salute, provvedendo ad eventuali adeguamenti terapeutici.
 - Scelta di trattamenti rispondenti a necessità pratiche del paziente e disponibilità dei farmaci.
- **Il Distretto Sanitario** ha anch'esso compiti ben definiti:
 - Attivare procedure di prevenzione dei fattori di rischio
 - Gestire le procedure di erogazione per l'ossigeno in terapia domiciliare
 - Collaborare al sistema informativo per la rilevazione dei dati
- Una **Rete Assistenziale Pneumologica** deve, inoltre, prevedere un sistema di *cure integrate* con valutazione del grado di disabilità (Tab. 8) alla accettazione in carico ambulatoriale o ospedaliero ed alla dimissione, che orienti nell'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche a domicilio anche a pazienti acuti (**ADI: Assistenza Domiciliare Integrata**) ed alla impostazione di modelli assistenziali post-acuzie: *dimissioni protette, deospedalizzazioni rapide*.

L'adozione di cure domiciliari è, infatti, una scelta obbligata nella gestione a lungo termine delle fasi avanzate della malattia, sia per ridurre i costi sociali che per offrire al paziente la possibilità di continuare a curarsi, con l'aiuto di congiunti o altre persone all'uopo formate (*care givers*), in un ambiente di assistenza familiare quotidiano e confortevole.

Documenti di riferimento

- a) Documento intersocietario delle Società Scientifiche Pneumologiche (AIPO- SiMER – AIMAR) e di SIMG, Agenas e Ministero della Salute: “ La gestione clinica integrata della BPCO” 2013
- b) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Executive Summary: Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. www.goldcopd.org. 2013.
- c) Tavolo Tecnico Regione Campania “Linee guida ossigenoterapia a lungo termine in soggetti affetti da insufficienza respiratoria cronica”. Componenti: Prof. Mario Caputi, Dr. Fausto De Michele, Dr. Giuseppe Fiorentino, Dr. Fausto Pecci, Dr.ssa Anna Pisani.
- d) Tavolo Tecnico Regione Campania per elaborazione Linee Guida di regolamentazione della prescrizione della ventilazione meccanica domiciliare. Componenti: Dr.ssa Rosaria Canzanella, Prof. Mario Caputi, Dr. Fausto De Michele, Dr. Giuseppe Fiorentino, Dr. Antonio Maddalena, Dr. Fausto Pecci, Dr.ssa Carla Riganti, Dr. Raffaele Testa.

BIBLIOGRAFIA

1. Mannino DM, Buist AS . Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007; 370: 765–773.
2. Decramer M, Sibille Y. European conference on chronic respiratory disease. *Lancet* 2011; 377: 104–106.CCERTAMENTI (5)
3. La gestione clinica integrata della BPCO. Documento intersocietario delle Società Scientifiche Pneumologiche (AIPO- SiMER – AIMAR) e di SIMG, Agenas e Ministero della Salute; 2013
4. Hogg JC, Macklem PT, Thurlbeck WM. Site and nature of airway obstruction in chronic obstructive lung disease. *N Engl J Med* 1968; 278_1355-60.
5. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, et al. The nature of small-airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. *N Eng J Med* 2004; 350: 2645-2653.
6. Celli BR, Halbert RJ, Enright P, Brusasco V. Should we abandon FEV1/FVC <0.70 to detect airway obstruction? No/Yes. *Chest* 2010;138:1037-1042.
7. Sorino C, Battaglia S, Scichilone N, et al. Diagnosis of airway obstruction in the elderly: contribution of the SARA study. *Int J COPD* 2012;7:389-395.
8. Mannino DM, Diaz-Guzman E. Interpreting lung function data using 80% predicted and fixed thresholds identifies patients at increase risk of mortality. *Chest* 2012;141:73-80.
9. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, et al. Canadian Thoracic Society recommendation for management of chronic obstructive pulmonary disease - 2007 update. *Can Respir J* 2007;14:5b-32b.
10. Satta M, Ghezzi H, Kim WD, et al. Loss of alveolar attachments in smokers. A morphometric correlate of lung function impairment. *Am Rev Respir Dis* 1985;132:894-900.
11. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. ERS, consensus statement. *Eur Respir J* 1995; 8: 1398-1420.
12. Executive Summary: Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 187, Iss. 4, pp 347–365, Feb 15, 2013
13. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, Carone M, Celli

- B, Engelen M, Fahy B, Garvey C, Goldstein R, Gosselink R, Laitau S, Mavichyuk IV, Maltais F, Morgan M, O'Donnell D, Prefault C, Reardon J, Rochester C, Schols A, Singh S, Troosters T. ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006 Jun 15;173(12):1390-413.
14. ACCP/AACVPR. Pulmonary rehabilitation. Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007; 131: 4-42
15. Casaburi R, ZuWallack R. Pulmonary rehabilitation for management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2009;360(13):1329-35
16. De Blasio F, Polverino M - Current best practice in pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Ther Adv Respir Dis* (2012) 6(4) 221-237
17. N. Ambrosino, V. Bellia, M. Caputi, L. Corbetta, S. D'Antonio, G.L. Di Tanna, E. di Virgilio, L. Fabbri, M.A. Franchi, G. Gensini, F. Lauria, R. Marasso, S. Nardini, F. Pasqua, F. Petetti, R. Pistelli, C. Pizzi, C. Sanguinetti, G. Schmid, A. Zanello, G. Bassi, F. Falcone. Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva - Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia. AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ROMA 2011
18. Richard Casaburi Ph.D., M.D., and Richard Zuwallack, M.D. Pulmonary Rehabilitation for management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2009; 360: 1329-35
19. Bolliger CT, Jordan P, Soler M, et al. Exercise capacity as a predictor of postoperative complications in lung resection candidates. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151:1472-1480
20. National Emphysema Treatment Trial Research Group. Rationale and design of the National Emphysema Treatment Trial (NETT): a prospective randomized trial of lung volume reduction surgery. *Chest* 1999;116: 1750-61.
21. Kraus WE, Douglas PS: Safety and feasibility of aerobic training on cardiopulmonary function and quality of life in postsurgical non-small cell lung cancer patients: A pilot study. *Cancer* 2008;113(12):3430-3439.
22. Jones LW, Peddle CJ, Eves ND, et al. Effects of presurgical exercise training on cardiorespiratory fitness among patients undergoing thoracic surgery for malignant lung lesions. *Cancer* 2007;110:590-8.
23. Bobbio A, Chetta A, Ampollini L, et al. Preoperative pulmonary rehabilitation in patients undergoing lung resection for non-small cell lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008;33:95-8.
24. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al., for the ECLIPSE Investigators. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2010; 363:1128-1138.
25. Weitzenblum E, Sautegeau A, Ehrhart M, et al. Long-term oxygen therapy can reverse the progression of pulmonary hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1985;131(4):493-8.
26. Zielinski J, Tobiasz M, Hawrylkiewicz I, et al. Effects of long-term oxygen therapy on pulmonary hemodynamics in COPD patients: a 6-year prospective study. *Chest* 1998;113:65-70
27. O'Donnell DE, D'Arsigny C, Webb KA. Effects of hyperoxia on ventilatory limitation during exercise in advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:892-8).
28. O'Donnell DE, Bain DJ, Webb KA. Factors contributing to relief of exertional breathlessness during hyperoxia in chronic airflow limitation. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:530-5.

29. Somay R, Porszasz J, Lee SM, Casaburi R. Dose-response effect of oxygen on hyperinflation and exercise endurance in nonhypoxaemic COPD patients. *Eur Respir J* 2001;18:77-84.
30. Plywaczewski R, Sliwinski P, Nowinski A, et al. Incidence of nocturnal desaturation while breathing oxygen in COPD patients undergoing long-term oxygen therapy. *Chest* 2000; 117: 679-683.
31. Fletcher EC, Luckett RA, Goodnight-White S, et al. A double-blind trial of nocturnal supplemental oxygen for sleep desaturation in patients with chronic obstructive pulmonary disease and a daytime PaO₂ above 60 mm Hg. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 1070-1076
32. N. Ambrosino, V. Bellia, M. Caputi, L. Corbetta, S. D'Antonio, G.L. Di Tanna, E. di Virgilio, L. Fabbri, M.A. Franchi, G. Gensini, F. Lauria, R. Marasso, S. Nardini, F. Pasqua, F. Petetti, R. Pistelli, C. Pizzi, C. Sanguinetti, G. Schmid, A. Zanello, G. Bassi, F. Falcone. Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva - Linee guida nazionali di riferimento per la prevenzione e la terapia. AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ROMA 2011
33. Kolodziej MA, Jensen L, Rowe b, Sin D. Systematic review of noninvasive positive pressure ventilation in severe stable COPD. *Eur Respir J* 2007; 30: 293-306
34. Clini E, Sturani C, Rossi a, et al. The Italian Multicentre study on noninvasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J* 2002; 20: 529- 38
35. Casanova C, Celli BR, Tost L, et al. Long-term controller trial of nocturnal nasal positive pressure ventilation in patients with severe COPD. *Chest* 2000; 118:1582-90
36. Meecham Jones DJ, Paul EA, Jones PW, Wedzicha JA. Nasal pressure support ventilation plus oxygen compared to oxygen therapy alone in hypercapnic COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 538-544
37. Elliott MW. Noninvasive ventilation in chronic ventilatory failure due to chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002;20:511-4
38. J.A. Wedzicha, J-F. Muir. Noninvasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease, bronchiectasis and cystic fibrosis. *Eur Respir J* 2002; 20: 777-784. Consensus conference report. Clinical indications for non invasive positive pressure ventilation in chronic respiratory failure due to restrictive lung disease, COPD, and nocturnal hypoventilation. *Chest* 1999;116:521-534
39. Linee guida sulla gestione della insufficienza respiratoria, Regione Toscana, agosto 2010;
40. AIPO. Raccomandazioni per la ventilazione meccanica domiciliare. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2003; 18: 461-470.
41. Agabiti et al. *Eur Respir J*. 2010;35:1031-8



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 42 del 12.05.2015

Oggetto: Art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii. Accredimento Istituzionale definitivo per attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per le strutture sanitarie dell'A.S.L. di Benevento. Il Integrazione DCA n. 130 del 31.10.2014.

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accredimento degli erogatori;

RICHIAMATO il decreto commissariale n. 130 del 31.10.2014, con il quale è stato disposto l'accredimento istituzionale definitivo delle strutture eroganti attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo dell'A.S.L. di Benevento, stabilendo, tra l'altro:

- a. di rinviare le determinazioni in ordine alle istanze presentate dalle seguenti strutture, all'esito di ulteriori approfondimenti sui rapporti pregressi sussistenti tra le Case di Cura e l'A.S.L.:
 - Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l. – istanza ST02861
 - CMR - Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione SpA – istanza ST04274;
 - GE.P.O.S. S.r.l. - istanza ST04117;

RILEVATO che in ordine alla Casa di Cura GE.P.O.S. S.r.l. è stato disposto l'accredimento istituzionale con decreto commissariale n. 151 del 24.12.2014;

RAVVISATA la esigenza di assumere determinazioni in ordine alla Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l. e del Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione – CMR S.p.A. alla luce di ulteriori approfondimenti condotti anche alla luce degli orientamenti giurisprudenziali che stanno emergendo per



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

analoghe fattispecie;

VISTE:

- a. la nota di prot. n. 438 del 2.1.2015 con la quale il Direttore Generale f.f. dell'A.S.L. di Benevento ha comunicato l'esito degli approfondimenti condotti per la Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l. esplicitando il percorso relativo ai precedenti rapporti intercorsi con la struttura, dal quale si rileva il rapporto contrattuale ex art. 8-quinquies del D.L.vo 502/1992 - instaurato precedentemente al 1° luglio 2007 - per le attività di cui si chiede l'accreditamento e per le quali l'A.S.L. medesima ha accertato il possesso delle condizioni e dei requisiti con deliberazione n. 3 del 3.1.2014, come da seguente configurazione:

Cod. Disc.	Descrizione	P.L. Totale	Di cui a ciclo diurno
56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	105	0
60	Lungodegenza	30	0
	TOTALE P.L.	135	

- b. la nota di prot. n. 439 del 2.1.2015 della medesima A.S.L. dal quale si rileva che la struttura C.M.R. S.p.a. ha intrattenuto rapporti contrattuali ex art. 8-quinquies del D.L.vo 502/1992 - instaurati precedentemente al 1° luglio 2007 - per le attività di cui si chiede l'accreditamento e per le quali l'A.S.L. medesima ha accertato il possesso delle condizioni e dei requisiti con deliberazione n. 2 del 3.1.2014, con la seguente configurazione:

Cod. Disc.	Descrizione	P.L. Totale	Di cui a ciclo diurno
56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	26	0
	TOTALE P.L.	26	

RILEVATO:

- a. che l'art. 1, comma 796, della legge n.296/2006, tra l'altro, così dispone:
lett. s): *a decorrere dal 1° gennaio 2008 cessano i **transitori accreditamenti** delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da **accreditamenti provvisori o definitivi** disposti ai sensi dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;*
lett. t): *le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1 gennaio 2010 cessino gli **accreditamenti provvisori** delle strutture private, di cui all'art. 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-quater comma 1 del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992;*
lett. u): *“le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dal 1° gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione, ai sensi del comma 8 del medesimo articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992. Omissis. Per le regioni impegnate nei piani di rientro .., le date del 1° gennaio 2008 di cui alla presente lettera e alla lettera s) sono anticipate al 1° luglio 2007 ... omis sis”*
- b. da ultimo, il comma 1-bis dell'art. 7, D.L. 30 dicembre 2013, n. 150, nel testo integrato dalla legge di conversione 27 febbraio 2014, n. 15 ha così modificato l'originaria previsione di cui alla lett. t)

*Regione Campania*
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

dell'art. 1, comma 796, della legge n. 296/2006:

“ lett. t. le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private ospedaliere e ambulatoriali, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 31 ottobre 2014 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992. Omissis ...”.

- c. Che, corrispondentemente, l'art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e s.m.i. così dispone:
“Ferma restando la sussistenza del fabbisogno e delle condizioni di cui agli articoli 8-ter e 8-quater, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), in conformità ai principi generali del sistema, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettere s) e t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), il fabbisogno va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accREDITAMENTO delle strutture private transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1° luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante l'accREDITAMENTO delle strutture o attività di nuova realizzazione. Omissis ”;
- d. che, dal quadro normativo delineato, si rileva che rientrano nella prima fase dell'accREDITAMENTO istituzionale le strutture provvisoriamente accreditate o perché già transitoriamente accreditate ai sensi dell'art. 6, comma 6, della L. 724/1994 o perché provvisoriamente accreditate ai sensi dell'art. 8-quater, comma 7, del D.L.vo n. 502/1992, purché alla data del 1° luglio 2007;

RITENUTO, pertanto di dover disporre l'accREDITAMENTO istituzionale definitivo delle suddette strutture sanitarie ad integrazione del decreto commissariale n. 130 del 31.12.2014;

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

1. ad integrazione del decreto commissariale n. 130 del 31.10.2014 è disposto l'accREDITAMENTO istituzionale definitivo delle seguenti strutture sanitarie dell'A.S.L. di Benevento eroganti attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno:

Casa di Cura Privata Villa Margherita s.r.l.

Casa di Cura Privata Villa Margherita s.r.l. – P. IVA: 03272190244 – Sede Operativa: Contrada Piano Cappelle, n. 55 – Benevento – Classe di qualità: 3			
Cod. Disc.	Descrizione	P.L. Totale	Di cui a ciclo diurno
56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	105	0
60	Lungodegenza	30	0
	TOTALE P.L.	135	



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

CMR - Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione SpA

CMR - Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione S.p.A. – P.Iva: 00735260622 – Sede Operativa: Via Pennino, Trav. Mustilli – S. Agata de' Goti – Classe di qualità: 3

Cod. Disc.	Descrizione	P.L. Totale	Di cui a ciclo diurno
56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	26	0
	TOTALE P.L.	26	

2. di stabilire che l'accreditamento di cui al punto 1 decorre dalla data di adozione del presente DCA
3. di confermare in ogni altra parte il citato decreto commissariale n.130/2014 anche in ordine alla verifica della compatibilità dei disposti accreditamenti con i fabbisogni in corso di rideterminazione alla luce dell'adeguamento del piano ospedaliero di cui al DCA n. 49/2010 agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera ex art. 15, comma 3, lett. c) del D.L. 6/7/2012, n. 95, convertito dalla legge 7/8/2012, n. 135, già approvati in Conferenza Permanente ed in corso di adozione con decreto ministeriale;
4. di trasmettere copia del presente decreto all'ASL di Benevento per i provvedimenti di rispettiva competenza e per la notifica alle Strutture interessate;
5. di trasmettere copia del presente decreto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio sanitario regionale per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Prof. Ettore Cinque

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)

DECRETO N. 45 DEL 21/05/2015

OGGETTO: **Recepimento accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza” (rep. 138/2014). Approvazione requisiti, criteri e modalità di accesso per le prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza.**

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della Legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola sono stati nominati Sub Commissari ad Acta con compito di affiancare il commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro e che con successiva delibera del 23 marzo 2012 il Consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del dott. Mario Morlacco i compiti in precedenza attribuiti al dimissionario dott. Achille Coppola;
- d. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il prof. Ettore Cinque è stato nominato quale Sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

PREMESSO altresì:

- a. che ai sensi del DPCM 29/11/2001, sub allegato 1C, l'assistenza sanitaria territoriale, in regime semiresidenziale e residenziale, a favore di minori affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico costituisce un livello essenziale di assistenza;
- b. che il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013 (rep. atti n. 4/CU), prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica in età evolutiva e in età adulta proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre la disomogeneità;
- c. che nella seduta del 13/11/2014, repertorio atti n. 138, la Conferenza Unificata per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane ha approvato il documento recante “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza”, che fornisce principi generali, indicazioni sull’assetto organizzativo, sull’inserimento e sui percorsi di trattamento individuali, sulle tipologie dei percorsi di cura, nonché sull’accreditamento e su monitoraggio e verifiche;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)***CONSIDERATO:**

- a. che la Regione Campania, in materia di strutture per l'assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale di neuropsichiatria infantile, non ha mai adottato specifica disciplina e quindi, non è di fatto disponibile alcuna offerta regolamentata pubblica e/o del privato autorizzato/accreditato e che, pertanto, il bisogno in materia viene soddisfatto con il ricorso o a strutture fuori territorio regionale, o a strutture autorizzate per altre tipologie di assistenza, con effetti indesiderati nella gestione del caso clinico e nella spesa pubblica;
- b. che, tra l'altro, il Ministero della Giustizia, Dipartimento Giustizia Minorile, ha sollecitato più volte formalmente, da ultimo con nota del 26/04/2014 indirizzata al Presidente della giunta regionale, l'individuazione di strutture idonee per l'accoglienza e l'assistenza sanitaria a minori con problemi psichiatrici non compatibili con il collocamento in carcere, in attesa di giudizio o con provvedimenti di esecuzione penale;
- c. che, proprio per rispondere alla specifiche criticità riguardo al collocamento in strutture terapeutiche di tipo sanitario dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria con problematiche di tipo psichiatrico, la Direzione Generale Tutela della Salute ha costituito, con propria nota n. 2014.0499264, un gruppo di lavoro ristretto in seno ai componenti dell'Osservatorio regionale sulla Sanità Penitenziaria, integrato da esponenti dell'AG, che si occupi della specifica problematica;
- d. che è necessario, quindi, disciplinare e realizzare la suddetta offerta di prestazioni residenziali e semiresidenziali nonché dare impulso al consolidamento degli interventi integrati, per minori e adolescenti con disturbo psichiatrico, tra il Servizio Sanitario Regionale e attori istituzionali e agenzie territoriali interessati, quali Scuola, Centri di Giustizia Minorile, Enti Locali, mondo dell'associazionismo/Terzo Settore, ecc;
- e. che con nota del Sub Commissario ad Acta n. 3377/C del 25/07/2014, indirizzata a tutte le AASSLL della Campania, sono stati forniti indirizzi per le attività territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare riferimento all'organizzazione di un centro unico aziendale per la salute mentale in età evolutiva che assicuri forme di coordinamento, di indirizzo e di procedure omogenee per l'espletamento di funzioni fondamentali come prevenzione, diagnosi clinica e funzionale, interventi in casi di emergenza e urgenza, elaborazione del progetto personalizzato di intervento che contenga tutte le necessarie e possibili azioni di cura e assistenziali (abilitativi e riabilitativi, terapeutici e psicoterapeutici, farmacologici, il collocamento in strutture residenziali o semiresidenziali sanitarie);
- f. che, sulla scorta degli indirizzi del citato accordo CU del 13/11/2014 e della predetta circolare subcommissariale, gli uffici regionali competenti della DG Tutela della salute hanno provveduto ad elaborare il documento tecnico denominato "*Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)*", con relative sezioni, volto a individuare criteri e modalità d'accesso, finalità, caratteristiche, fabbisogno, requisiti e tariffe delle strutture che erogano prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza nonché i criteri e procedimento di accreditamento in prima applicazione presso il Sistema Sanitario Regionale (SSR);

TENUTO CONTO:

- a. che la DGRC n. 7301 del 31/12/2001 ha definito i requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie delle strutture pubbliche e private residenziali e ha approvato le procedure di autorizzazione;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

- b. che la citata delibera, al punto c) dell'introduzione, elenca le strutture sanitarie soggette ad autorizzazione che erogano prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale e ne definisce i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici;
- c. che il Regolamento n. 1 del 22/06/2007 definisce i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale;
- d. che il DPCM 1° aprile 2008 ha, tra l'altro, trasferito al SSR la competenza in materia di collocamento dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e con patologia di tipo psichiatrico;

RITENUTO di:

- a. garantire, ai sensi del DPCM 29/11/2001, sub allegato 1C, il livello essenziale di assistenza sanitaria territoriale, in regime semiresidenziale e residenziale, a favore di minori affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico su tutto il territorio regionale;
- b. recepire l'Accordo Conferenza Unificata del 13/11/2014, repertorio atti n. 138;
- c. di disciplinare finalità, caratteristiche, fabbisogno, requisiti e tariffe delle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza nonché criteri e modalità d'accesso alle prestazioni, e criteri e procedimento di accreditamento in prima applicazione presso il SSR;

RITENUTO quindi altresì necessario:

- a. di approvare il documento tecnico allegato denominato *“Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)”*;
- b. di fare carico alle Aziende Sanitarie Locali di adottare tutte le misure organizzative e amministrative necessarie a dare rapida attuazione alle previsioni del suddetto Documento;
- c. di incaricare, in considerazione del carattere innovativo e delle ricadute in termini sanitari, economici e sociali dell'applicazione della presente normativa, la UOD *Interventi sociosanitari* di attivare le necessarie azioni di monitoraggio sull'applicazione del presente provvedimento, al fine di proporre, terminato il primo anno di applicazione, eventuali modifiche o aggiornamenti del documento tecnico sulla scorta di eventuali criticità evidenziate;
- d. di incaricare pertanto, al fine del monitoraggio dell'applicazione del presente decreto, delle prestazioni erogate e della relativa spesa, l'ARSAN di adeguare i sistemi informatici e informativi attivi (file H, piattaforma LEAsociosan) al fine di accogliere anche i flussi relativi alle strutture e alle prestazioni di cui al presente decreto, in raccordo con la UOD 05;

ATTESO che dall'applicazione/attuazione del presente provvedimento potranno determinarsi una razionalizzazione e un contenimento della spesa sanitaria dovuta all'attuale fenomeno della mobilità interregionale per gli interventi soprattutto residenziali in materia, maggiori livelli di appropriatezza clinica e trattamentale con effetti positivi per l'utenza e le loro famiglie, e un notevole impulso alla realizzazione di una rete integrata tra le articolazioni del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per minori e adolescenti con disturbo psichiatrico e gli attori istituzionali e le agenzie territoriali interessati (Scuola, Centri di Giustizia Minorile, Enti Locali, mondo dell'associazionismo/Terzo Settore, organismi del tessuto produttivo, ecc.);



Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)

VISTI:

- il DPCM 29/11/2001 concernente la definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- il DPCM 01/04/2008 riguardante *“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”*;
- il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013 (rep. atti n. 4/CU);
- l'accordo del 13/11/2014 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane su *“Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza”* (rep. atti n. 138/2014);
- la nota del Sub Commissario ad Acta per la Sanità in Campania n. 3377/C del 25/07/2014 concernente indirizzi per le attività territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- la DRGC n. 7301/2001 e s.m.i.;
- il Regolamento regionale n. 1/2007;
- la L.R. n. 4 del 2011 e s.m.i.;

DECRETA

per tutte le motivazioni richiamate in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. di **recepire** l'allegato accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *“Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza”* approvato nella seduta del 13/11/2014, repertorio atti n. 138, della Conferenza Unificata permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane (Allegato A);
2. di **approvare** il documento (Allegato B) facente parte integrante e sostanziale del presente decreto, denominato *“Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)”*;
3. di **fare carico** alle Aziende Sanitarie Locali di adottare tutte le misure organizzative e amministrative necessarie a dare rapida attuazione alle previsioni del suddetto Documento;
4. di **incaricare**, in considerazione del carattere innovativo e delle ricadute in termini sanitari, economici e sociali dell'applicazione della presente normativa, la UOD *Interventi sociosanitari* di attivare le necessarie azioni di monitoraggio sull'applicazione del presente provvedimento, al fine di proporre al termine del primo anno di applicazione, eventuali modifiche o aggiornamenti del documento tecnico sulla scorta di eventuali criticità evidenziate;
5. di **incaricare** pertanto l'ARSAN, al fine del monitoraggio dell'applicazione del presente decreto, delle prestazioni erogate e della relativa spesa, di adeguare i sistemi informatici e informativi attivi (file H, piattaforma LEAsociosan) al fine di accogliere anche i flussi relativi alle strutture e alle prestazioni di cui al presente decreto, in raccordo con la UOD 05;
6. di **riservarsi** di adeguare il presente provvedimento alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

7. di **inviare** il presente provvedimento a cura della struttura commissariale alle AASSLL della Campania, al Dipartimento Salute e Risorse Naturali, alla Direzione Generale Tutela della Salute, alla UOD Interventi sociosanitari e al Settore "Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale" per la pubblicazione sul BURC.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissari ad Acta
dott. Mario Morlacco prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento
Salute e Risorse naturali
dott. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela
della Salute ed il Coordinamento
del Sistema Sanitario Regionale
dott. Mario Vasco

Il Dirigente dell'U.O.D. Interventi Socio-Sanitari
dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente i.d.
Dott. Gennaro Pastore

Il Funzionario P.O.
dott. Riccardo Malafronte

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza".

Rep. Atti n. 138/cu del 13 NOV. 2014

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 13 novembre 2014:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTA la nota in data 20 ottobre 2014, con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento indicato in oggetto, diramato alle Amministrazioni centrali ed alle Autonomie locali con lettera del 29 ottobre 2014;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 6 novembre 2014 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole;

VISTA la nota del 6 novembre 2014, con cui la Regione Liguria, Coordinatrice della Commissione politiche sociali, ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di accordo in parola;

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Articolo 1

1. E' approvato il documento recante "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico - riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

2. Alle attività previste dal presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta





CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
14/130/CR08a/C8

**PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SUL
DOCUMENTO RECANTE**

**GLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI
TERAPEUTICO RIABILITATIVI PER I DISTURBI
NEUROPSICHICI DELL'INFANZIA E
DELL'ADOLESCENZA**

Indice:

Premessa

1. Le Strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza: principi generali;
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo;
3. Inserimento residenziale e semiresidenziale terapeutico di minorenni con patologie psichiatriche: Piano di trattamento individuale e Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato;
4. Tipologia dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali terapeutici per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza;
5. Indicazioni per l'accREDITAMENTO;
6. Monitoraggio e verifiche



Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, dedica un capitolo specifico alla tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza.

Il PANSM, mentre per i pazienti adulti prevede tre distinti modelli clinico organizzativi a seconda della gravità dei quadri clinici e delle compromissioni funzionali dei pazienti, per i minorenni mette in evidenza alcune caratteristiche specifiche: *“Nel caso della tutela della salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza, benché valgano principi analoghi [alla presa in carico dei soggetti adulti] e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza e agli interventi in età evolutiva.*

- 1) L'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.*
- 2) In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura.*
- 3) In modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.*

Coerentemente con detti principi il PANSM, dopo aver evidenziato la rilevante difformità organizzativa nelle varie Regioni relativamente ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) e alle risorse ad essi dedicate, con conseguenti criticità della risposta fornita, pone come primo obiettivo il seguente: *“Esistenza (realizzazione) di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva”.*



Disporre di una rete integrata di servizi di NPIA (ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali) risponde al principio della continuità terapeutica (in opposizione alla frammentazione degli interventi) che è garantita da un servizio territoriale di riferimento a cui è affidato il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nell'ambito della comunità locale (ruolo che nella rete psichiatrica per gli adulti è assegnata al centro di salute mentale e che per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva deve essere svolto dal servizio territoriale di NPIA). Il coordinamento, ai fini della continuità terapeutica, deve riguardare tutti gli interventi: ambulatoriali, domiciliari, in regime semiresidenziale e residenziale, in regime di ricovero ospedaliero per le fasi di acuzie; deve essere previsto inoltre un collegamento formale stabile con le aree dei consultori e della dipendenza patologica, oltre che con l'area sociale, l'area educativa e quella giudiziaria.

In particolare, gli interventi per i minorenni con disturbo neuropsichico grave devono poter garantire una diagnosi precoce, interventi tempestivi e quando necessario, intensivi, nel contesto meno restrittivo possibile, con la possibilità di presa in carico di lungo periodo, in un'ottica di appropriatezza e di percorsi di cura. Per evitare una eccessiva medicalizzazione del minore con disturbi psichiatrici, va valutata la priorità di interventi di supporto sanitario realizzati nell'ambito di strutture a carattere socio-educativo, attraverso attività cliniche e riabilitative, di consulenza e supporto e svolte da specifiche professionalità.

Nei termini indicati, la tempestività nell'individuazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, soprattutto nelle disabilità complesse, è elemento fondamentale per l'appropriatezza delle risposte. A livello regionale si devono individuare criteri che consentano di ottimizzare i passaggi tra l'accesso, la valutazione, la presa in carico, la riabilitazione/abilitazione, garantendo omogeneità ed equità di risposte su tutto il territorio regionale.

Di contro, è abbastanza generalizzata una carenza di strutture ed interventi per i disturbi neuropsichici nei minorenni, specie se in fase di acuzie. A fronte di un numero di posti letto di NPIA, peraltro non presenti in tutte le Regioni, per ricoveri ordinari già molto basso (nel 2012 ne risultavano 336 a livello nazionale, con una diminuzione del 35% rispetto al 2008)¹, i letti dedicati alle patologie psichiatriche in età evolutiva risultano meno di 80². La carenza di risorse

¹ Ministero della Salute – Direzione generale sistema informativo e statistico sanitario. NSIS – Flussi SDO, 2012.

² 1) Atti del Convegno “*Modelli innovativi di intervento nella crisi acuta in adolescenza*”, Milano, maggio 2010. 2) Documento GAT “*Acuzie Psichiatrica in Adolescenza*”, Regione Lombardia, febbraio 2012.



ospedaliere minime, solo in parte tamponata con il ricorso “alternativo” a ricoveri in contesti poco adatti come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) o i reparti pediatrici, o all’inserimento improprio in strutture residenziali terapeutiche, determina emergenze e cronicizzazioni evitabili, secondarie all’inadeguatezza delle cure e a comunicazioni difficili tra Territorio e Ospedale.

Inoltre, quando è possibile un ricovero appropriato in ambiente NPJA, la sua durata finisce per essere condizionata dalla difficoltà di dimissione verso un ambiente terapeutico adeguato, più che dai tempi di gestione e contenimento dell’urgenza che lo aveva determinato.

Diventa, pertanto, imprescindibile definire standard di riferimento e relativi criteri di accreditamento per le componenti organizzative della rete, sia relativamente al fabbisogno territoriale (per le attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali), sia relativamente al fabbisogno di posti letto ospedalieri, in un’ottica di appropriatezza, considerando che la neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza deve occuparsi di condizioni patologiche neurologiche e psichiatriche in un target di popolazione non omogeneo che comprende soggetti dall’età infantile a quella adolescenziale.

Come già evidenziato nel PANSIM, vi è inoltre la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell’integrazione tra i servizi di salute mentale per l’età evolutiva e quelli per l’età adulta, con l’elaborazione di modelli operativi innovativi che prevedano la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione, all’intervento precoce e alla continuità del percorso di cura. Da sottolineare che l’applicazione di modelli innovativi di intervento integrato tra i due servizi consente di affrontare adeguatamente gravi disturbi, che hanno il loro esordio proprio nell’ambito della fascia dei 16-20 anni, quali le psicosi e i disturbi del comportamento alimentare (DCA). In secondo luogo, ciò può agevolare non l’adozione formale di prassi di trasferimento automatico di utenti tra servizi di NPJA e Servizi di Salute Mentale per adulti, al compimento della maggiore età, bensì la condivisione approfondita del percorso di cura individuale del giovane, al fine di valutare gli interventi appropriati e di individuare le soluzioni idonee, con il coinvolgimento di tutti i diversi servizi competenti.

Fermo restando che la programmazione della rete integrata sociosanitaria costituisce obiettivo prioritario e propedeutico alla realizzazione di tutti gli altri

obiettivi previsti dal PANSIM, il presente documento si riferisce al secondo obiettivo, relativamente ai trattamenti residenziali e semiresidenziali terapeutici.

I trattamenti in regime semiresidenziale e residenziale costituiscono un elemento importante dell'intervento in favore dei minorenni con disturbi neuropsichici; a fronte di ciò, sono del tutto diversificate, come già sopra segnalato, le indicazioni normative e programmatiche, sia a livello nazionale che locale. In base alla rilevazione effettuata dai tecnici regionali del settore sull'anno 2011³, nella maggior parte delle Regioni le strutture residenziali terapeutiche di NPIA non sono presenti né sono previste dalla normativa regionale; la semiresidenzialità terapeutica, soprattutto psichiatrica, è carente in modo trasversale, mentre il 90% dei circa 500 posti di residenzialità terapeutica esistenti si colloca nelle regioni del nord-ovest, con differenze marcate relativamente ai criteri organizzativi e di funzionamento: tipologie strutturali, dotazione di personale, soggetti destinatari, criteri e procedure di inserimento, modalità di finanziamento e relative tariffe, requisiti di accreditamento, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

I servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza trattano inoltre diverse tipologie di utenza: minorenni con disturbi psichiatrici, neurologici e neuropsicologici, alcuni dei quali determinano disabilità complesse, associate o meno a disturbi comportamentali. A tal proposito, pur senza ricorrere a separazioni radicali, appare opportuno individuare risposte terapeutiche semiresidenziali e residenziali differenziate per gli utenti con patologie psichiatriche e per gli utenti con disabilità, adeguate alla tipologia di bisogni prevalenti, in rapporto anche alle diverse fasce di età.

Benché gli aspetti generali trattati nel presente documento siano analoghi per entrambe le tipologie di utenti, i capitoli specifici sono relativi solo ad utenti con patologie psichiatriche e si rimandano a successivi documenti di indirizzo gli approfondimenti relativi agli interventi residenziali terapeutici di NPIA per utenti con disabilità fisica o intellettiva.

Accanto a queste prime considerazioni, occorre anche tener presenti:

- i cambiamenti avvenuti nello scenario familiare e sociale;
- l'evoluzione dei bisogni assistenziali emergenti nella popolazione minorile, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai

³ Rilevazione effettuata attraverso i referenti tecnici regionali del settore.



- contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- i cambiamenti normativi che hanno determinato il trasferimento dall'Amministrazione della Giustizia minorile al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie, ivi compresa la tutela della salute mentale in favore dei minori sottoposti a provvedimento penale;
 - l'evoluzione delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Si sottolinea che tale *impostazione metodologica è comune a quella usata per la stesura del documento "Le strutture residenziali psichiatriche"*⁴ –

Nella declinazione degli indirizzi operativi che seguono è opportuno fare riferimento anche ad altri documenti ufficiali di analisi e di valutazione elaborati nel recente passato, quali:

- Progetto Mattoni del SSN: Mattone 12 *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, per le parti relative alla salute mentale e alla disabilità (Ministero della Salute) 2007
- Relazione della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA *Prestazioni residenziali e semiresidenziali* (Ministero della Salute) 2007
- Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato Regioni 10 febbraio 2011)
- Progetto obiettivo materno infantile 1998-2000
- Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 (capitolo "Area organizzativa dei Servizi di salute mentale e riabilitazione per l'età evolutiva")
- Glossario dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle attività correlate (versione approvata formalmente dal consiglio direttivo SINPIA il 23 marzo 2005)
- Un sistema di indicatori per analizzare i Sistemi di Salute Mentale delle Regioni. Settore Infanzia e Adolescenza (GISM 2010)

⁴ Accordo in Conferenza Unificata del 17.10.2013



- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (accordo Conferenza Unificata 26 novembre 2009)

1. Le Strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza: principi generali

Le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche sono dedicate al trattamento di minorenni con disturbi neuropsichici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi, associati a interventi di supporto sociosanitario, all'inclusione sociale, nei contesti di vita del minore e costituiscono una importante componente della rete dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza.

Un minorenne con un disturbo neuropsichico che determina difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica e con necessità di interventi multi professionali, è preso in carico dal Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza che elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale per un trattamento terapeutico- riabilitativo.

L'inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, basata su criteri di appropriatezza, come processo attivo e non di autorizzazione "passiva".

Si sottolinea che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" con il minorenne, con la partecipazione della famiglia e il coinvolgimento dei competenti servizi sociali per i minori, della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento.

Il Servizio inviante segue e monitora, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi.

Ciò premesso, va sottolineato che le strutture semiresidenziali e quelle residenziali, pur entrambe con finalità riabilitative, hanno indicazioni e caratteristiche differenti. Le semiresidenze forniscono un servizio diurno, ospitando un'utenza con bisogni assistenziali che consentono la permanenza



nell'ambito familiare e nel contesto socio educativo di riferimento e dunque rappresentano l'intervento da privilegiare nel trattamento dei disturbi neuropsichici dei minorenni, anche al fine di prevenire la necessità di ricovero ospedaliero o di inserimento in struttura residenziale terapeutica e di minimizzarne la durata. L'indicazione all'inserimento residenziale è invece collegata alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi maggiormente intensivi, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, o nei quali vi sia anche l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale.

Ciò implica la necessità di individuare specifici criteri di inserimento per le due tipologie di percorso e di indicare i possibili raccordi laddove il percorso di cura ne preveda l'avvicendamento.

Nel rimandare ai successivi capitoli in cui verranno descritte le specifiche caratteristiche dei percorsi semiresidenziali e residenziali per gli utenti con patologia psichiatrica, si ritiene mettere qui in rilievo alcuni aspetti rilevanti per tutti gli utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva.

Contrasto dell'istituzionalizzazione. E' noto come l'istituzionalizzazione, specie se prolungata, possa avere ricadute negative sul percorso di crescita e sviluppo dei minorenni e sulla loro integrazione nel contesto di appartenenza. Essa va pertanto limitata al tempo indispensabile a garantire la terapeuticità necessaria.

Elemento importante per contrastare l'istituzionalizzazione è la presenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento e alla sua durata, la connotazione puntuale dei percorsi di cura in rapporto alle caratteristiche del programma terapeutico riabilitativo adottato e la presenza di strutture territoriali, semiresidenziali e di ricovero per gestire adeguatamente tutte le fasi del percorso.

La territorialità. Dai dati disponibili⁵ risulta che la maggior parte degli inserimenti residenziali terapeutico riabilitativi dei minori con disturbi neuropsichici oggi avviene a significativa distanza dal luogo di residenza. Ciò implica numerose conseguenze negative, rendendo più difficile il raccordo tra struttura residenziale e servizio inviante, il mantenimento delle relazioni significative, il reinserimento sociale nell'ambiente di provenienza. Si sottolinea, quindi, l'importanza che

⁵ La psichiatria di comunità in Lombardia: Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012).

l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di residenza o, comunque, del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, fatto salvo quando vi sia specificamente la necessità di un allontanamento.

Le fasce d'età. L'inserimento in struttura residenziale terapeutica è più frequente in età adolescenziale, ma può avvenire anche in altre epoche della vita. Premesso che nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse, qualora questo avvenga, devono essere previste modalità organizzative che consentano la gestione con moduli differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie sono molto differenti.

L'integrazione socio-sanitaria. E' uno dei temi più critici e complessi. Nei minorenni con disturbi neuropsichici, nella maggior parte dei casi, sono necessari interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e interventi sociali (educativo pedagogici, sostegno alle famiglie ecc.), con una prevalenza variabile fra gli uni e gli altri. Tale necessità si propone anche quando i minori sono inseriti in strutture residenziali. Le soluzioni adottate nelle varie regioni sono diversificate, prevedendo strutture residenziali terapeutico-riabilitative, a gestione sanitaria, e strutture residenziali socio educative, a gestione sociale, nelle quali gli eventuali interventi sanitari sono garantiti dalle ASL anche tramite protocolli di collaborazione con i servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza. A fronte di ciò, con il presente documento si intende fornire indicazioni sulle caratteristiche clinico organizzative dei percorsi residenziali e semiresidenziali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando i differenti livelli di intensità terapeutico riabilitativa, fermo restando che, ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", nelle strutture sanitarie residenziali, gli interventi sanitari e socio-sanitari sono a carico del fondo sanitario nazionale. Eventuali interventi socio educativi possono essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione tra ASL e Ambiti territoriali sociali.

Rapporti con il Tribunale per i Minorenni. L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di minorenni con disturbi neuropsichici può essere richiesto dal Tribunale per i Minorenni, sia nell'ambito della tutela, sia per provvedimenti penali. In tali casi deve essere attivata una concertazione tra il Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, la Magistratura minorile ed i servizi sociali per minori dell'Ambito, per individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso e, laddove non è necessario un ricovero ad elevata integrazione



sanitaria, prevedere anche Comunità Educativo Assistenziali supportate dai servizi di Neuropsichiatria dell'ASL, con quote sanitarie riconducibili ai livelli di intensità assistenziale dell'intervento, secondo quanto previsto dai LEA e comunque concordate tra ASL e Comuni.

Transizione dalla minore età all'età adulta. Il passaggio alla maggiore età rappresenta una fase assai delicata, che non sempre coincide con la chiusura di un percorso e l'apertura di un altro. Richiede pertanto la stretta integrazione tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, inclusa l'individuazione di modalità che consentano l'eventuale prosecuzione del percorso terapeutico nell'ambito della struttura residenziale o semiresidenziale per minorenni anche dopo il compimento del diciottesimo anno, previa valutazione congiunta tra gli operatori di riferimento dei servizi dell'età evolutiva e dei servizi dell'età adulta, per un periodo comunque breve, per obiettivi specifici e nell'ambito di una progettualità condivisa tra i servizi, l'utente e la famiglia, nel rispetto dei bisogni clinici e riabilitativi del soggetto.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

Personale

Sia in ambito residenziale che semiresidenziale, l'équipe è multi professionale e deve prevedere la presenza di medici neuropsichiatri infantili, psicologi esperti nell'età evolutiva, educatori professionali e/o personale riabilitativo. La presenza di infermieri ed operatori sociosanitari (OSS) è indispensabile nelle strutture residenziali, mentre in quelle semiresidenziali può essere opportuna in base alle caratteristiche dell'utenza e del progetto di intervento. Per lo svolgimento di alcune attività specifiche può essere prevista la presenza di istruttori di attività esterni e/o l'affiancamento di soggetti del volontariato e del terzo settore su specifici progetti di supporto alle attività.

Nell'avvalersi dell'opera di soggetti del volontariato, che non potrà comunque in alcun caso essere sostitutiva delle attività istituzionali, le strutture dovranno prevedere specifiche procedure di *tutoring* e adeguati interventi formativi, nonché favorire il carattere continuativo della relazione del volontario con gli utenti.

Trattandosi di utenti minorenni, nel caso delle strutture residenziali, la presenza degli operatori deve sempre essere organizzata in modo da garantire nell'arco delle 24 ore la presenza e tipologia di personale adeguato alle differenti intensità assistenziali richieste.



La multi professionalità deve essere garantita da momenti di compresenza programmata delle diverse figure professionali. Deve essere garantita un'attività di supervisione per il personale.

Ciascuna Regione e Provincia autonoma indica gli standard assistenziali sulla base dei criteri descritti nel presente documento, regolamentando, altresì, il ruolo dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza quali responsabili della gestione del paziente minorenne e delle decisioni in ordine agli interventi terapeutico riabilitativi più appropriati (ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ospedalieri). Per quanto concerne gli standard strutturali, si fa presente l'opportunità di mantenere il numero massimo di ricettività di ogni singola struttura entro limiti coerenti con l'esigenza di trattamenti individualizzati.

Modalità organizzative

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico- assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di NPJA, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, in cui sia previsto anche lo scenario post-ricovero con l'inclusione del minore nel gruppo sociale.

Il progetto di intervento deve essere individualizzato e l'équipe multidisciplinare, cardine dell'intervento, deve coinvolgere come partner attivo il minore, la sua famiglia e il territorio di riferimento, favorendo l'integrazione delle componenti sanitarie, riabilitative ed i servizi sociali di Ambito e definendo chiaramente gli obiettivi e le modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

La partecipazione attiva della famiglia e degli utenti al percorso terapeutico rappresenta un aspetto cruciale della presa in carico; ne consegue pertanto che l'assenso al trattamento da parte del minore e il consenso da parte dei suoi familiari è atto preliminare e indispensabile, che prosegue poi nel percorso successivo.

Ciascuna struttura adotta un proprio documento organizzativo in cui, nel rispetto degli elementi generali descritti nel presente documento e sulla base degli indirizzi e delle indicazioni regionali in materia di accreditamento, definisce le



proprie caratteristiche, le tipologie di utenza (specificando fascia di età, tipologie di disturbi e patologie affrontate), l'organico e le funzioni degli operatori, le procedure e i criteri di ammissione/trattamento/conclusione, le procedure di gestione del rischio clinico, delle urgenze comportamentali evitabili e delle emergenze, le modalità di relazione con i minorenni e le famiglie, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

In tutte le strutture terapeutiche di NPJA, semiresidenziali e soprattutto residenziali, deve essere presente un registro delle richieste d'accesso ricevute da parte dei servizi di NPJA che evidenzia se sono state accolte o no, in quali tempi e per quali motivazioni, e che tenga nota, inoltre, delle conclusioni e delle interruzioni dei percorsi. Deve essere definito e documentato un Regolamento interno, coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi propri della struttura, del quale deve essere fornita copia ed informazione agli utenti, ai familiari e ai servizi invianti. Tale regolamento deve descrivere i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza, le regole relative al comportamento degli operatori e degli utenti, le eventuali regole di vita comunitaria quotidiana.

3. Inserimento residenziale e semiresidenziale terapeutico di minori con patologie psichiatriche: Piano di Trattamento Individuale (PTI) e Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

In età evolutiva è più che mai valido l'assunto alla base della costruzione dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'OMS, secondo il quale la gravità della perturbazione del percorso di sviluppo, l'urgenza dell'intervento, la prognosi a distanza e le necessità assistenziali non sono definite solo dalla diagnosi nosografica, ma anche dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema. In questa ottica, relativamente agli utenti che presentano patologie psichiatriche, il ricorso ad interventi terapeutici residenziali si rende necessario in particolari quadri psicopatologici, di seguito elencati, nei quali la connotazione di gravità si pone non solo in relazione alla diagnosi nosografica quanto alle problematiche di funzionamento generale presentate e alle eventuali difficoltà di contenimento del contesto. Diversi quindi sono i disturbi per i quali può essere indicato l'intervento terapeutico semiresidenziale o residenziale psichiatrico in età evolutiva, in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa. Il disturbo più frequente è il disturbo grave della condotta, dimensione transnosografica caratterizzata da *patterns* sintomatologici gravemente disfunzionali per il soggetto stesso e per l'ambiente circostante. In numerosi studi se ne delinea l'aumento dell'incidenza in



adolescenza, con una sempre crescente e preoccupante anticipazione dell'età di insorgenza. Presumibilmente il maggiore e diffuso disagio sociale provoca un aumento dell'espressività psicopatologica comportamentale e soprattutto una riduzione delle abilità di *coping* da parte delle famiglie e dell'ambiente in generale.

Altri disturbi per i quali può esservi l'indicazione ad un intervento semiresidenziale o residenziale sono i disturbi schizofrenici e le forme gravi dei disturbi affettivi, dei disturbi del comportamento alimentare e dei disturbi ossessivi-compulsivi.

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche di NPIA per utenti con patologie psichiatriche, l'inserimento e l'eventuale prosecuzione devono essere proposti dal medico Neuropsichiatra Infantile del Servizio territoriale di NPIA sulla base di un Piano di trattamento individuale (PTI), in cui si prevedano anche elementi prognostici per l'inclusione sociale successivi al ricovero, da condividere con i servizi sociali dell'Ambito di riferimento del minore. Il PTI deve sempre includere la diagnosi, codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali e descrivere la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e nel gruppo dei pari (sulla base di strumenti di valutazione standardizzati quali Vineland, C-GAS, ICF WHODAS), le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica, nonché i punti di forza e le criticità della famiglia e del contesto di riferimento. Deve inoltre indicare i trattamenti farmacologici che sono stati utilizzati ed i risultati ottenuti.

Nel PTI deve inoltre essere descritto l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso, comprese le nuove dipendenze da tecnologia, perché modificano la diagnosi, i bisogni terapeutici, la prognosi, la valutazione di gravità e il livello di intensità di cura necessario. In tali casi, il PTI, prevede, sulla base degli indirizzi regionali in materia di consulenza e di collaborazione tra servizi sanitari, il raccordo con i servizi per le dipendenze patologiche, concordando gli interventi più appropriati, da proseguire anche quando il minore è inserito in percorsi di cura residenziali e semiresidenziali.

Gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel PTI orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere, che insieme identificano la tipologia di supporto necessario.



L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- *il livello di intervento terapeutico e riabilitativo richiesto*
- *il livello assistenziale necessario*

In età evolutiva, nella definizione di tali livelli giocano un ruolo rilevante, oltre alle caratteristiche cliniche, anche l'età, gli appuntamenti evolutivi e il livello di tenuta/supporto familiare e ambientale.

Nel PTI, vengono definiti gli interventi complessivi necessari al percorso del paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità terapeutico riabilitativa, con durata e prestazioni appropriate.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura semiresidenziale o residenziale terapeutica di NPIA è poi declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura semiresidenziale o residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI) elaborato dal Servizio territoriale di NPIA.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, incluse informazioni anamnestiche rilevanti
- Motivo dell'invio da parte del Servizio territoriale di NPIA, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi a:
 - *area psicopatologica*
 - *area della cura di sé / ambiente*
 - *area della competenza relazionale*
 - *area del funzionamento scolastico*
 - *area delle autonomie e delle abilità sociali*
- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia, alla scuola, ai contesti di riferimento
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - Interventi psicoeducativi
 - Interventi abilitativi e riabilitativi
 - Psicoterapia
 - Terapia farmacologica
 - Interventi sugli apprendimenti

- Interventi sul contesto familiare
- Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio- lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, che nei minorenni vede un largo utilizzo di farmaci *off label* per età e a volte per indicazione, esso richiede l'attivazione di procedure di consenso informato da parte del paziente e dei familiari o di chi detiene la potestà genitoriale. Le decisioni relative al trattamento psicofarmacologico nonché il monitoraggio e la verifica degli *outcomes* clinici sono concordate con il medico NPJA del servizio territoriale inviante.

4. Tipologia dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali terapeutici per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza.

La complessità dei bisogni dei minorenni con disturbi neuropsichici richiede risposte nell'ambito di un sistema coordinato e fortemente individualizzato di cura, ad elevata flessibilità e integrazione tra le diverse agenzie coinvolte e le diverse fasi del percorso, con la possibilità di passaggi rapidi tra diversi livelli di intensità e tipologie di intervento.

Come già evidenziato in premessa, è in genere opportuno differenziare i percorsi per utenti con disabilità dello sviluppo da quelli per utenti con patologie psichiatriche. Elemento rilevante non è poi però la categoria diagnostica, ma il livello di complessità e di instabilità clinica. Conseguentemente appare opportuno differenziare i percorsi per tipologia/livello di bisogno e conseguente necessità di supporto, che viene a determinarsi dall'intreccio tra caratteristiche cliniche, età, bisogni terapeutico-riabilitativi, bisogni assistenziali e livello di tenuta/ supporto familiare e ambientale.

L'individuazione di modalità che permettano di focalizzarsi maggiormente sul percorso e non sulla struttura, consente, inoltre, di meglio gestire le transizioni, nell'ambito di progetti individualizzati che includano le fasi di ammissione e conclusione e favoriscano la continuità assistenziale, ad esempio con la possibilità di erogazione di percorsi semiresidenziali anche nell'ambito di strutture residenziali.

La tipologia dei percorsi viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

Livelli di intensità terapeutico-riabilitativa

Per ogni possibile fase del percorso, è opportuno poter differenziare livelli di cura con intensità terapeutico-riabilitativa adeguata alle necessità (bassa, media e alta)

- A. base (bassa intensità terapeutico-riabilitativa)
- B. livello per utenti complessi (media intensità terapeutico-riabilitativa)
- C. livello per utenti complessi ad elevata instabilità clinica (alta intensità terapeutico riabilitativa).

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi terapeutici riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità di cura sono correlati a:

- *la numerosità e l'intensità degli interventi necessari;*
- *il mix di diverse tipologie di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede);*
- *la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, scuola, socialità).*

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad esempio:

- osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- interventi di supporto all'apprendimento e alle competenze cognitive;
- inserimento scolastico in percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi, concordati con le istituzioni scolastiche in base alla normativa nazionale vigente e in continuità con il percorso educativo-terapeutico complessivo;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome, raccordate con la rete sociale;



- attività di coordinamento e di rete.

Livelli di intensità assistenziale

In base alle necessità assistenziali globali, che in età evolutiva sono prevalentemente connesse alle capacità/possibilità di supporto familiare-ambientale, i tre livelli di intensità di cura possono poi richiedere maggiore o minore intensità assistenziale.

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente e alle criticità e punti di forza del contesto familiare ed ambientale di riferimento. Trattandosi di utenti minorenni, particolare importanza riveste, nell'immediato e per il futuro, la ricostruzione o a volte addirittura la costruzione ex novo di una rete familiare e sociale di riferimento, ricostruzione da effettuarsi anche con i competenti servizi sociali di Ambito, proprio per poter attivare intorno al minore, tutta la rete sociale.

Attenzione specifica andrà infatti dedicata agli utenti privi di valido supporto familiare, per i quali si tratta di interventi fondamentali per consentire una corretta ed adeguata conclusione del percorso di cura e soprattutto per garantire la presenza di punti di riferimento al momento del passaggio all'età adulta, rispetto al quale essi rischiano altrimenti di trovarsi in una situazione di abbandono.

Tipologie di strutture

I diversi livelli di cura e di assistenza possono essere erogabili sia in ambito residenziale che semiresidenziale, sia nella stessa struttura che in strutture diverse, e succedersi nel tempo per lo stesso utente, purché vi sia la possibilità di graduare, nelle diverse fasi del percorso, l'intensità di cura ed assistenziale necessaria attraverso competenze mirate.

Si individuano pertanto due principali tipologie di strutture:

- struttura residenziale terapeutica di NPIA (SRT NPIA)
- struttura semiresidenziale terapeutica di NPIA (SSRT NPIA).

La scelta di differenziare ulteriormente ciascuna tipologia di struttura in base all'intensità terapeutico-riabilitativa prevalente andrà valutata localmente dal punto di vista clinico-organizzativo. La bassa numerosità complessiva dell'utenza di riferimento e la struttura geografica del territorio possono infatti rendere tale scelta poco praticabile in alcune Regioni, dove la differenziazione delle strutture condurrebbe ad inserimenti troppo distanti dai contesti di provenienza e sradicanti per i minori. Inoltre, in età evolutiva, i diversi livelli di necessità tendono a variare anche rapidamente nel tempo per lo stesso utente a seconda dell'andamento del disturbo di base, delle sue riacutizzazioni e degli effetti degli interventi attivati e



va valutato caso per caso se sia più opportuno mantenere la continuità terapeutica nella stessa struttura o se invece sia necessario un cambiamento per sostenere l'evoluzione e la crescita.

Nel caso di un'unica tipologia di struttura, va prestata particolare attenzione all'equilibrio complessivo del gruppo di utenti, per cui si ritiene possibile affiancare un numero limitato di percorsi ad elevata o media intensità di cura per modulo di SRT NPIA (soprattutto qualora si tratti di utenti provenienti dal penale minorile o con abuso di sostanze), mentre in genere maggiore flessibilità è possibile per le SSRT NPIA. È possibile includere anche eventuali situazioni in comorbidità con ritardo mentale lieve. L'ingresso in acuzie in residenzialità e semiresidenzialità non è clinicamente opportuno né appropriato, come già sottolineato in premessa; la gestione di utenti con sintomatologie subacute o post acute è invece appropriata e raccomandata e richiede una organizzazione specifica, ad intensità di cura molto alta.

Andrà comunque prevista nelle singole strutture la possibilità di individuare moduli per età⁶, la cui organizzazione risulta essere a basso margine di flessibilità se non nelle età di confine tra un gruppo e l'altro, per la significativa differenza dei bisogni nelle diverse fasi evolutive. In particolare nella residenzialità le diverse fasce di età richiedono una diversa organizzazione degli spazi, dei tempi e degli arredi.

Specializzazione e differenziazione dei percorsi di cura

Nell'ambito dei percorsi di cura erogati dalle strutture semiresidenziali e residenziali, appare fondamentale poter diversificare gli interventi per condizioni specifiche in base alle evidenze scientifiche di riferimento, quali ad esempio i trattamenti dei disturbi della condotta, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i trattamenti per gli esordi psicotici. Appare inoltre necessario includere gli appropriati adattamenti per utenti con condizioni specifiche associate (migranti, minori stranieri non accompagnati, soggetti provenienti da percorsi adottivi falliti, soggetti nel circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione).

⁶ In ambito semiresidenziale, 2-5aa; 6-10aa; 11-13aa; 14-18aa. In ambito residenziale sono in genere presenti soprattutto preadolescenti-bambini (10-14aa) e adolescenti (14-18aa), e vi è la necessità di spazi specifici differenziati in modo stabile per ciascuna fascia di età. Poco opportuna appare la commistione, seppure in moduli diversi, di piccoli sotto i 10 anni e di adolescenti sopra i 14 nella stessa struttura residenziale. In ogni caso, l'inserimento in strutture residenziali terapeutiche di minori sotto i 10 anni di età può essere consentito solo in via eccezionale.



La differenziazione per gruppi clinici omogenei può essere utile soprattutto in quelle fasi del percorso che richiedono interventi mirati o per alcune tipologie di utenti, mentre in altre può essere più opportuno organizzare le attività per gruppi disomogenei che meglio consentono di sviluppare competenze cooperative. Si tratta quindi di gruppi flessibili e spesso transitori, in particolare in ambito semiresidenziale, dove possono essere collocati anche in spazi fisici diversi e differenziati. Lo stesso utente può essere coinvolto in un gruppo o in un altro a seconda delle proprie necessità.

Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va definito, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, l'impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo riabilitativa per gli educatori e il personale abilitativo e riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Conclusione del percorso di cura residenziale

Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutici devono avere una durata definita, in base a quanto stabilito nel PTI e PTRP di ciascun utente. La conclusione del percorso deve essere, comunque, concordata con il servizio territoriale di NPIA inviante, al quale compete la definizione del percorso successivo, dopo una valutazione congiunta, con i servizi sociali dell'Ambito e gli altri servizi coinvolti, l'utente e la famiglia, degli obiettivi raggiunti, delle criticità esistenti e della situazione individuale, familiare e ambientale, con il passaggio, quindi, ad altre unità d'offerta a minore intensità assistenziale, o in percorsi territoriali, o in strutture educative, coerentemente a quanto definito nel PTI.

La possibilità di passaggio verso comunità educative è di estrema importanza per i ragazzi che provengono da situazioni ambientali troppo deprivate o non in grado di accoglierli nuovamente, senza la possibilità di essere adottati o affidati a famiglie. In questi casi è necessario un percorso comunitario lungo, in cui alla fase terapeutica sanitaria o sociosanitaria segua una fase educativa, eventualmente con supporto specialistico o in integrazione con interventi semiresidenziali terapeutici, che conduca progressivamente ad una crescita e poi ad una vita



sempre meno protetta e che consenta un adeguato accompagnamento nella transizione all'età adulta.

La continuità assistenziale

L'integrazione tra i Servizi di Salute Mentale per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta è ampiamente sottolineata nel PANSM per la fascia di età tra i 15 e i 21 anni, nella direzione di percorsi funzionali e culturali integrati, come già evidenziato in premessa. Per quanto riguarda i minorenni con patologie psichiatriche inseriti nei percorsi semiresidenziali o residenziali terapeutici qui trattati, la valutazione congiunta tra Servizio territoriale di NPIA e Centro di salute mentale deve essere effettuata nel diciassettesimo anno di età e comunque non oltre i 6 mesi antecedenti il compimento della maggiore età, onde concordare il percorso di cura più appropriato da attuare dopo i 18 anni, nell'ottica sia di garantire la continuità di cura sia di prevenire il rischio di istituzionalizzazione. Sulla base della valutazione congiunta, al compimento del diciottesimo anno di età, la titolarità tecnica ed economica del caso passa al CSM, ma, laddove opportuno per il percorso di cura, può essere definito un proseguimento transitorio della gestione integrata. Andranno, quindi, valutati congiuntamente gli interventi più appropriati, gestendo il passaggio di responsabilità da un servizio all'altro in maniera progressiva e funzionale ai bisogni del soggetto.

Si consideri, in particolare, che alcuni utenti possono necessitare di percorsi di continuità terapeutica nelle strutture semiresidenziali o residenziali in cui sono inseriti. Il trasferimento presso strutture per adulti può rivelarsi non opportuno in presenza di un gruppo di utenti con età significativamente più elevata o con patologie non compatibili, o nel caso di percorsi terapeutici iniziati da poco o in una fase che richiede particolare stabilità o in situazioni in cui sia ipotizzabile direttamente una prossima conclusione del percorso di cura. In tali situazioni il trattamento residenziale o semiresidenziale terapeutico in strutture per minorenni può eventualmente essere esteso, sulla base di un appropriato progetto condiviso, definendo modalità e durata. Sempre al fine di garantire la continuità terapeutica, è necessario che i Servizi di Salute Mentale per l'età adulta si dotino di programmi specifici per la presa in carico di giovani adulti, già in cura presso i servizi di NPIA, prevedendo percorsi appropriati al singolo caso, di tipo ambulatoriale, o semiresidenziale o residenziale.

Percorsi residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

I trattamenti residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche sono indicati in presenza di distorsioni dello sviluppo che



compromettono gravemente l'autonomia personale e sociale, in misura tale da rendere necessario il loro inserimento in un ambiente fisico e relazionale idoneo a mobilitare le capacità adattive.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo non si esaurisce in un singolo episodio acuto, non cede agli ordinari interventi di presa in carico terapeutica e educativa e interferisce con la partecipazione alle quotidiane attività familiari ed extrafamiliari, che possono anzi aggravare lo scacco evolutivo.

L'attivazione di un percorso residenziale terapeutico è necessariamente proposta dal Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il caso, che continuerà a monitorarne l'evoluzione e a gestire il percorso complessivo e che, alla conclusione del percorso residenziale o semiresidenziale, assumerà la responsabilità degli eventuali ulteriori interventi da porre in essere. Anche per le situazioni segnalate dall'Ente Locale o dall'Autorità Giudiziaria è indispensabile la preliminare verifica dell'opportunità e appropriatezza clinica del percorso da parte del servizio territoriale di NPIA e la costruzione di un progetto condiviso.

Di norma, per giungere all'inserimento residenziale terapeutico è necessario che nell'ambito della presa in carico siano stati già attuati tutti gli appropriati interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello farmacologico.

In sintesi quindi:

- A. deve essere presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
- B. devono essere presenti gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale
- C. deve essere presente la necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati
- D. gli appropriati interventi erogabili in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o di ricovero, inclusi quelli farmacologici, non devono essere sufficienti
- E. vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

La sola presenza del criterio E in assenza dei criteri B, C e D non è sufficiente per porre l'indicazione ad un percorso di residenzialità terapeutica e deve invece orientare verso un percorso di residenzialità socio educativa, con supporto sanitario specialistico variabile a secondo delle necessità.



In considerazione del fatto che i bisogni e la conseguente necessità di supporto possono variare nel tempo in relazione a modificazioni del quadro clinico e familiare-ambientale, le diverse tipologie di percorsi più oltre descritte possono essere prorogabili e/o trasformabili le une nelle altre in termini di livello di intensità terapeutico-riabilitativa offerto. In entrambi i casi è sempre richiesta una ridefinizione del progetto che evidenzi il permanere della necessità di supporto e/o il cambiamento del livello di intensità necessario. Le modifiche del progetto devono essere sempre concordate con gli operatori del Servizio territoriale di NPIA di riferimento.

I percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa

Sono indicati per utenti complessi nei quali il quadro clinico presenta una parziale instabilità clinica.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo o nei quali altre tipologie di trattamento residenziale non siano state sufficienti
- la contemporanea presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale, che concorrono a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo psicopatologico;

Aree di intervento

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa prevedono attività clinica intensa, soprattutto in ambito medico, ma anche psicologico e la prevalenza delle attività terapeutico-riabilitative rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico neuropsichiatrica:** monitoraggio attivo e intensivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una maggiore stabilizzazione clinica e una mobilitazione dei processi di sviluppo, attraverso colloqui clinici da parte del NPIA sia con il paziente che con la famiglia, gestione della terapia farmacologica ecc;
- **area psicologica:** interventi strutturati brevi di carattere psicologico (colloqui clinico- psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** interventi strutturati intensivi e diversificati (sia individuali che di gruppo) di abilitazione psicosociale, finalizzati ad un



recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi possono prevedere anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere, non appena possibile, la presenza di interventi per il recupero delle attività scolastiche;

- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano non appena possibile, interventi di promozione delle competenze relazionali e di socializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con le strutture del territorio (scuola e servizi sociali), al fine di monitorare il progetto terapeutico riabilitativo e la rimodulazione del percorso di cura.

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa possono includere i programmi per la post-acuzie, che comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione terapeutico-riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

Possono inoltre essere relativi ad utenti per i quali è opportuno garantire da subito un livello di coordinamento molto elevato con la famiglia ed i contesti di vita per la presenza di elementi di criticità, mantenendo nel contempo l'elevata intensità terapeutica riabilitativa.

La durata massima del programma non può essere superiore a 3 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nelle strutture residenziali che attuano programmi ad alta intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:



- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e il personale riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

I percorsi residenziali a media intensità terapeutico riabilitativa

Si tratta di percorsi residenziali terapeutici per pazienti complessi con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi di instabilità rilevanti e per i quali si ritengono quindi efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi a media intensità di cura (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali). Il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo rilevante. Possono inoltre richiedere un supporto assistenziale elevato in base alla situazione familiare e sociale.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche sufficientemente stabilizzate;
- presenza di multi problematicità e complessità clinica
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, non risolte attraverso precedenti interventi, nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse;
- possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Aree di intervento

La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità clinica ed alta intensità riabilitativa e psicologica e un incremento delle attività educative e di risocializzazione:

- **area clinico neuropsichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica e di ridurre le disarmonie del percorso evolutivo ;
- **area psicologica:** interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinicopsicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura, inclusa la preparazione dei pasti, ed in attività riabilitative nel territorio. Gli interventi per il recupero degli apprendimenti assumono un ruolo rilevante e deve essere riattivato al più presto l'inserimento scolastico o formativo in



percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi. A seconda dell'età e della situazione complessiva, dovrà essere valutata l'attivazione di percorsi di orientamento lavorativo;

- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con il territorio (scuola, servizi sociali), al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla sua conclusione, rimodulare il percorso di cura e di garantire il proseguimento degli interventi.

In alcuni utenti può inoltre essere necessaria una elevata integrazione sociale, assistenziale e di rete, per la presenza di significative difficoltà nel contesto familiare ed ambientale di riferimento e la conseguente necessità di ricostruire una rete sociale di supporto, soprattutto per ragazzi prossimi al raggiungimento della maggiore età. In tal senso va mantenuto un costante rapporto con i competenti servizi sociali.

La durata massima del programma non può essere superiore a 6 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nella strutture residenziali che attuano programmi a media intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e il personale della riabilitazione
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.



I percorsi residenziali a bassa intensità terapeutico riabilitativa

Si tratta di percorsi residenziali terapeutici per pazienti con quadri clinici più stabili, privi di elementi di particolare complessità e con moderata compromissione di funzioni e abilità, per i quali è necessario un trattamento terapeutico riabilitativo residenziale di base. Il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo molto rilevante. Il tipo di supporto assistenziale necessario può essere basso o elevato in base alla situazione familiare e sociale.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche discretamente stabili;
- moderata compromissione di funzioni e abilità nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse, non risolte attraverso precedenti interventi;
- possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Aree di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta è caratterizzata dalla prevalenza di attività educative e di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione e cliniche, che sono comunque presenti e fondamentali:

- **area clinico neuropsichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica;
- **area psicologica:** interventi strutturati di carattere psicologico
- **area riabilitativa:** coinvolgimento attivo del paziente in tutte le mansioni della vita quotidiana della struttura, inclusa la preparazione dei pasti. Gli interventi per il recupero degli apprendimenti hanno un ruolo particolarmente rilevante; è sempre previsto l'inserimento scolastico o formativo in percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi. A seconda dell'età e della situazione complessiva, devono essere attivati percorsi di orientamento lavorativo.
- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano partecipazione ampia e stabile ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede.
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con il territorio (scuola, servizi sociali), al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla sua conclusione e di garantire il proseguimento degli interventi.



La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nelle strutture residenziali che attuano programmi a bassa intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e il personale riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

Gli interventi semiresidenziali terapeutici possono rappresentare un elemento fondamentale del percorso degli utenti con patologie psichiatriche, pur essendo attualmente poco diffusi. Essi consentono la messa in campo di interventi intensivi, complessi e coordinati, anche per buona parte della giornata se necessario (si pensi alle situazioni nelle quali la gravità della sintomatologia non solo richiede un ambiente adeguato ma non permette temporaneamente la ripresa della frequenza scolastica), sfruttando la positività del gruppo eterogeneo dei pari e mantenendo le relazioni sociali e familiari. Possono assumere un ruolo importante anche per il completamento del percorso di valutazione funzionale (permettendo di fare meglio emergere le risorse esistenti), per l'intervento in situazioni di subacuzie o di crisi, per la transizione da e verso la residenzialità e il ricovero. Appaiono inoltre particolarmente adatti a situazioni nelle quali sia presente anche abuso di sostanze, in cui l'intervento residenziale è difficilmente accettato, mentre quello semiresidenziale diminuisce i pericoli di "fuga" e conseguenti *drop out* ed è un tassello fondamentale del reinserimento sociale.

L'inserimento in programmi terapeutico riabilitativi a carattere semiresidenziale è definito e proposto dal servizio territoriale di NPIA di riferimento, nell'ambito del PTI, condiviso anche con i competenti servizi sociali per attivare tutte le misure necessarie a rinforzare la rete familiare e sociale.



I percorsi semiresidenziali terapeutici per minorenni con patologie psichiatriche sono indicati in soggetti in cui:

- è presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
- sono presenti compromissioni del funzionamento personale e sociale moderate o gravi
- sono necessari interventi riabilitativo-terapeutici intensivi, multipli e coordinati, a frequenza variabile
- gli interventi erogabili in ambito ambulatoriale non sono sufficienti
- non vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita ed è anzi auspicabile preservare le relazioni familiari, sociali e la frequenza scolastica.

Aree di intervento:

- ***Interventi clinici rivolti all'utente e/o alla famiglia:*** attività di valutazione (colloqui clinici, somministrazione di test), di inquadramento funzionale e di monitoraggio della condizione clinica e della terapia farmacologica. Comprendono inoltre interventi finalizzati all'erogazione di terapie medico/psicologiche, sia individuali che di gruppo.
- ***Interventi e attività riabilitative e terapeutiche:*** attività educative individuali e di gruppo volte alla valutazione e al sostegno delle autonomie, delle competenze comunicative e relazionali. Tali attività possono essere svolte al Centro o all'esterno (es. scuola, domicilio) a seconda dei bisogni individuati.
- ***Interventi di rete:*** incontri con gli interlocutori della "rete" per la discussione dei bisogni del singolo utente e della famiglia e la programmazione degli interventi.

Le attività che fanno parte del percorso semiresidenziale terapeutico riabilitativo sono declinate nel PTRP e sono svolte quotidianamente, nei giorni feriali, presso la struttura semiresidenziale o anche esternamente ad essa. Devono prevedere, sin dall'accesso, quando non già coinvolti al momento della presa in carico del minore da parte del servizio territoriale di NPJA, il coinvolgimento dei contesti sociali (es. scuola, oratorio etc.), di vita (famiglia, comunità) e, ove opportuno, dei servizi sociali. Il coinvolgimento tempestivo di tutti gli interlocutori permette di strutturare un intervento integrato e coerente, fondamentale per una maggiore efficacia degli interventi, e favorisce la costruzione di un progetto di cura a lungo termine, che continui anche dopo la conclusione del percorso semiresidenziale.



Si sottolinea che gli interventi terapeutico riabilitativi sono a carico del servizio sanitario nazionale, mentre eventuali interventi socio educativi possono essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione.

Organizzazione delle attività

Nell'ambito della fascia oraria di apertura infrasettimanale, gli orari di presenza delle diverse figure professionali sono pensati per garantire la massima flessibilità d'accesso per gli utenti e le famiglie.

L'intervento semiresidenziale deve poter essere organizzato in moduli flessibili, sul mattino, sul pomeriggio o su entrambi, tutti i giorni feriali della settimana o solo alcuni a seconda della fase del percorso, della capacità di reggere la frequenza scolastica, della tenuta familiare, dei bisogni degli utenti e delle famiglie. Deve sempre includere interventi con famiglia, scuola e contesto sociale (nell'ottica di riattivare le reti naturali e il raccordo con i luoghi aggregativi della comunità locale) e la possibilità di interventi intensivi, individuali o domiciliari, nelle fasi critiche del percorso.

Indicativamente, in condizioni di sub-acuzie o qualora le condizioni cliniche non consentano la frequenza scolastica continuativa, le attività educativo-terapeutiche possono coprire l'intera giornata, tutti i giorni. In condizioni maggiormente stabilizzate, che necessitano di interventi riabilitativo-terapeutici o di risocializzazione e nelle quali vi è una positiva frequenza scolastica, le attività educative-terapeutiche possono essere frequentate dagli utenti prevalentemente in orario pomeridiano o serale, solo alcuni giorni della settimana.

In situazioni non acute, ma nelle quali è presente una elevata criticità della frequenza scolastica e familiare-ambientale, potrebbe essere opportuno l'inserimento per l'intera giornata tutti i giorni feriali per pochi mesi, o variare nella fase di aggancio difficoltoso di un utente.

Frequenza e durata dell'inserimento vanno definiti esplicitamente nell'ambito del PTI e del PTRP e motivati.

5. Indicazioni per l'accreditamento

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree: prestazioni e servizi; personale e relative competenze, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza.

Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

Requisiti concernenti le competenze professionali

“L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l’inserimento e l’addestramento di nuovo personale.*

Requisiti concernenti la Comunicazione

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:



1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;
2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;
3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;
4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei genitori nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
5. le modalità di ascolto dei pazienti e delle famiglie.

Requisiti concernenti Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *approccio alla pratica clinica secondo evidenze;*
2. *promozione della sicurezza e gestione dei rischi;*
3. *programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;*
4. *strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.*

6 Monitoraggio e verifiche

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, attraverso la raccolta di informazioni omogenee in tutte le regioni, nel contesto delle attività complessive del sistema dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

E', inoltre, necessaria l'attivazione di un adeguato Sistema Informativo per gli interventi semiresidenziali e residenziali terapeutici di NP/IA, quale parte integrante di un indispensabile Sistema Informativo specifico per i servizi di NP/IA, con l'adozione di un set di indicatori specifici, in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale.

Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti e dei familiari. Tale valutazione è particolarmente indicata per quanto riguarda l'inserimento nelle strutture residenziali.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali terapeutici per i soggetti provenienti dal circuito penale minorile, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso, per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli *outcome* clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 16 ottobre 2014



Allegato B

Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania:

- **Strutture Intermedie Residenziali per Minori a Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.)**
- **Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)**

INDICE

Sezione 1: DEFINIZIONE, FINALITÀ, DESTINATARI, FUNZIONAMENTO

Sezione 2: REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE, SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE E ALL'ESERCIZIO

Sezione 3: REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

Sezione 4: REGIME TARIFFARIO

Sezione 5: FABBISOGNO

Sezione 6: NORME TRANSITORIE

Sezione 7: MODULISTICA

Allegato B

Sezione 1: DEFINIZIONE, FINALITÀ, DESTINATARI, FUNZIONAMENTO

1.1. Definizione

Strutture Terapeutiche Intermedie residenziali e semiresidenziali, per la realizzazione di programmi terapeutici, riabilitativi ed assistenziali a favore di preadolescenti e adolescenti che presentano un bisogno sanitario complesso di tipo psichiatrico.

1.2. Finalità

La creazione di tali strutture, garantendo la disponibilità di posti di accoglienza nel territorio campano, permette innanzitutto la riduzione del fenomeno di mobilità extra-regionale per questo tipo di bisogno sanitario e, al contempo, offre condizioni per l'appropriatezza clinica, gestionale ed economica nella realizzazione di interventi e percorsi terapeutici e riabilitativi per la presa in carico di preadolescenti e adolescenti con disturbo di tipo psichiatrico.

Il Sistema Sanitario Regionale (SSR), pertanto, si fa carico di intraprendere tutte le azioni possibili per collocare o ricollocare i pazienti quanto più possibile nel proprio contesto di vita (ad eccezione di quei casi dove l'allontanamento è obiettivo dell'intervento stesso) con immaginabili effetti benefici per l'individuo e il suo ambiente familiare.

I programmi terapeutici sono finalizzati al recupero e al potenziamento dell'autonomia individuale e del funzionamento personale e sociale, a partire dai percorsi di comprensione e superamento dei comportamenti disfunzionali.

Tutte le azioni, realizzate di concerto con i servizi sanitari e sociali, nell'assicurare la presa in carico terapeutica del minore, devono garantire un contesto relazionale idoneo, stabile e affettivamente significativo.

I programmi di trattamento a carico del SSR sono attivati secondo le indicazioni contenute nel piano di trattamento individuale predisposto dall'Equipe Multidisciplinare Territoriale (nel documento definita EMT) della ASL di residenza del minore, competente per la Neuropsichiatria Infantile, eventualmente integrata, in caso di soggetti a partire dai 17 anni di età, da operatori dei servizi per la Salute Mentale adulti, al fine di favorire ogni esigenza di continuità terapeutica nel transito dalla adolescenza all'età adulta.

I programmi di trattamento sono modulati secondo intensità variabile (intensivi ed estensivi) per rispondere in modo appropriato alle specifiche esigenze di cura del paziente.

1.3. Destinatari

I servizi sono rivolti a minori di età compresa tra i 10 e i 18 anni che, avendo superato la fase di instabilità clinica, necessitano, nel prosieguo del decorso post acuzie, di intervento terapeutico riabilitativo in regime residenziale o semiresidenziale.

L'estensione della fascia di età (10 – 18 anni) deve tener conto che nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse; qualora questo avvenga, devono essere previste modalità organizzative che consentano la gestione con gruppi differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie possono essere molto differenti.

Solo per i casi inviati dall'EMT a carico del SSR e su specifica autorizzazione della stessa EMT inviante, in ragione di esigenze cliniche di completamento del percorso terapeutico-riabilitativo, i

Allegato B

servizi possono continuare ad ospitare soggetti fino al compimento del 21° anno, purché già inseriti in minore età.

L'accoglienza di minori sottoposti a provvedimento della Autorità Giudiziaria (AG) non deve superare il 30% dei posti letto autorizzati.

Le strutture improntano l'organizzazione degli ambienti e delle attività secondo modalità di tipo domestico-familiare, che favorisca la partecipazione degli ospiti alla conduzione della vita quotidiana insieme all'equipe degli operatori. A tal fine le strutture devono essere caratterizzate da una peculiare organizzazione degli spazi e delle risorse umane.

1.4. Funzionamento

1.4.1. Accesso

L'accesso alla struttura è coordinato ed autorizzato, nei casi di inserimento i cui costi gravino sul SSR, dall'equipe multidisciplinare territoriale (EMT) della ASL di residenza del minore.

Per l'inserimento nella residenza terapeutica è necessario che siano presenti, insieme, ognuna delle seguenti condizioni:

- a) presenza di una patologia psichiatrica, non controllata con interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello farmacologico;
- b) presenza di gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale;
- c) necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati;
- d) insufficienza degli interventi erogabili in altre tipologie di setting assistenziale;
- e) necessità di una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

Pertanto la sola presenza del criterio e), in assenza dei criteri b)-c)-d), non è sufficiente per porre l'indicazione a un percorso di residenzialità terapeutica, ma deve orientare verso un percorso di residenzialità socioeducativa, con supporto sanitario specialistico variabile a seconda delle necessità.

Per i minori dell'area penale con disturbo psichiatrico la sola presenza del requisito a) è sufficiente a determinare l'accesso ai servizi in quanto intervento ordinato dalla Autorità Giudiziaria Minorile ai sensi dell'art. 22 del DPR 448/88. In questo caso il referente aziendale di cui alla DGRC n. 621/12 attiva l'EMT dell'ASL di residenza del minore che provvede alla presa in carico.

1.4.2. Inserimento

Gli inserimenti che sono a carico del Servizio Sanitario Regionale avvengono attraverso un'approfondita valutazione multidimensionale da parte delle EMT dell'ASL di residenza del minore, che deve garantire l'appropriatezza del setting attraverso la verifica del rispetto dei criteri di accesso.

In caso di un soggetto con età uguale o superiore ai 17 anni, alla valutazione multidimensionale devono partecipare, in collaborazione con l'EMT dell'ASL di residenza del minore, anche i servizi per la Salute Mentale adulti.

In tutti i casi, l'inserimento si configura come processo attivo di pratica clinica secondo cui l'insieme delle necessità assistenziali, in caso di disturbo psichiatrico in età evolutiva, non è definito solo dalla diagnosi nosografica, ma anche dalla valutazione psicopatologica e dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema.

A titolo esemplificativo, disturbi schizofrenici, forme gravi dei disturbi affettivi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivo-compulsivi, con gravi compromissioni del

Allegato B

funzionamento e dell'adattamento in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa, costituiscono situazioni per le quali può esservi l'indicazione a un collocamento semiresidenziale o residenziale presso questo tipo di strutture.

Per le strutture residenziali è garantito il funzionamento permanente nell'arco delle 24 ore per 365 giorni; per le strutture semiresidenziali, invece, di almeno 8 ore/die per non meno di 6 giorni a settimana.

Nei casi in cui il programma terapeutico preveda temporanei rientri in famiglia, la struttura è tenuta a garantire la conservazione del posto letto, per un periodo massimo di 15 giorni, a una tariffa giornaliera decurtata del 20%.

1.4.3. Documenti per la gestione del processo di cura - PTI e PTRP

Ogni progetto di collocamento, a carico del SSR, in struttura residenziale o semiresidenziale, ha il proprio fondamento di indirizzo negli obiettivi terapeutici individuati dal PTI (Piano Terapeutico Individuale) elaborato dall'EMT, mentre l'articolazione organizzativa e di intervento si riconosce nel PTRP (Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato) proposto dall'equipe multidisciplinare della struttura che accoglie il minore.

Il PTI (vedi modello allegato), proposto dall'equipe inviante, descrive:

- a) la diagnosi codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali;
- b) la gravità, complessità e stabilità del quadro clinico;
- c) il grado di compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e nel gruppo dei pari;
- d) il grado di pericolosità sociale;
- e) i punti di forza e le criticità del soggetto, della famiglia e del contesto di riferimento, nonché le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali;
- f) i trattamenti farmacologici che sono stati utilizzati ed i risultati ottenuti;
- g) il livello di intensità assistenziale da garantire da parte della struttura ospitante;
- h) le azioni per favorire il reinserimento sociale;
- i) le finalità complessive degli indirizzi del PTI con evidenza degli specifici obiettivi terapeutici da raggiungere, con particolare riferimento alle azioni per favorire il reinserimento sociale.

Il PTRP, elaborato e definito dall'equipe della struttura accogliente:

- a) recepisce gli indirizzi contenuti nel Piano Terapeutico Individuale;
- b) traduce la proposta del PTI in una serie di interventi coordinati (offerta terapeutica) attraverso l'elaborazione di una specifica scheda (vedi modello allegato);
- c) tiene conto di tutte le specifiche e complesse esigenze del paziente, comprese quelle dettate da eventuali provvedimenti giudiziari, nonché prevede le necessarie integrazioni con i servizi sanitari specialistici territoriali per tutte le altre esigenze mediche generali e specifiche del caso.

La scheda di PTRP, in quanto strumento di "contratto terapeutico", è sottoscritta dai genitori del minore o da chi ne esercita la potestà genitoriale, dal referente-case manager dell'equipe inviante e dal responsabile della struttura residenziale. Tale contratto deve essere condiviso con il minore e, laddove possibile, anche da lui formalmente sottoscritto.

Allegato B

In caso di minore sottoposto a provvedimento della AG, fermo restando la competenza della ASL di residenza per gli aspetti clinici e amministrativo-contabili, il PTRP sarà condiviso con gli operatori del Centro per la Giustizia Minorile (CGM), secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di giustizia penale minorile.

L'équipe della ASL inviante segue e monitora attraverso il "case manager" l'andamento del percorso terapeutico del PTRP, ne valuta gli esiti ed aggiorna il PTI.

1.4.4. Organizzazione

Le strutture residenziali e semiresidenziali per minori con disturbo psichiatrico devono descrivere le loro attività attraverso la Carta dei Servizi che illustra i principi ispiratori, gli indirizzi metodologici e l'offerta terapeutica anche in funzione delle specifiche fasce di età.

Le stesse, sono inoltre tenute a partecipare al monitoraggio aziendale e regionale attraverso l'invio dei dati delle loro attività.

Per ogni inserimento effettuato, i dati relativi all'inizio e alla conclusione del percorso terapeutico devono essere trasmessi all'ASL di residenza del minore.

La ASL, a sua volta, per il tramite del Centro Unico Aziendale per la Salute Mentale in Età Evolutiva di cui alla nota del sub commissario n. 3377/C del 25/07/2014, deve inviare report semestrali alla Regione Campania – UOD: Interventi Sociosanitari, che attuerà il monitoraggio di questo tipo di interventi.

Il trattamento dei dati individuali e di monitoraggio deve avvenire nel rispetto della normativa vigente sulla privacy.

1.4.4.1. Strutture Intermedie Residenziali per Minori a Intensità variabile (SIRMIV)

La struttura garantisce il funzionamento permanente nell'arco delle 24 ore per 365 giorni all'anno e la capacità di erogare programmi di trattamento, ad intensità variabile, secondo due percorsi terapeutico-riabilitativi – *intensivo* o *estensivo* – da attivare in funzione delle direttive del PTI.

a) Il trattamento *intensivo* riguarda gli utenti con parziale instabilità del quadro clinico.

L'instabilità è dovuta a condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriore stabilizzazione, a una compromissione grave o media delle funzioni e delle abilità, alla contemporanea presenza di problemi relazionali gravi o medi che mantengono o aggravano il disturbo psicopatologico.

In questa situazione sono prevalenti le attività di tipo clinico e terapeutico-riabilitativo rispetto a quelle risocializzanti e la durata massima del programma intensivo non può essere superiore a 6 mesi salvo diverso parere dell'équipe territoriale di riferimento, anche su proposta della struttura ospitante. Il programma, in ogni caso, non può avere durata superiore ai 12 mesi.

b) Il trattamento *estensivo* riguarda, invece, gli utenti con condizioni psicopatologiche discretamente stabili, moderata compromissione delle funzioni e delle abilità, ma con presenza di problemi relazionali di media o elevata gravità in ambito familiare e/o sociale. La durata massima del programma estensivo non può essere superiore a 12 mesi, salvo diverso parere dell'équipe territoriale di riferimento, anche su proposta della struttura ospitante.

Il programma residenziale totale, comprensivo della fase intensiva e di quella estensiva, in ogni caso non può avere durata superiore ai 36 mesi.

L'evoluzione del decorso clinico, sia in senso migliorativo sia peggiorativo, può giustificare la modulazione tra i diversi livelli di intensità del PTI.

Allegato B

1.4.4.2. Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (SISEM)

La struttura garantisce il funzionamento per almeno 8 ore al giorno per non meno di 6 giorni a settimana e la capacità di erogare programmi di trattamento a carattere estensivo da attivare in funzione delle direttive del PTI.

I programmi di trattamento estensivo riguardano gli utenti con condizioni psicopatologiche discretamente stabili, moderata compromissione delle funzioni ed abilità, con presenza di adeguate risorse relazionali in ambito familiare e/o sociale.

La durata massima del programma semiresidenziale non può essere superiore a 18 mesi, salvo diverso parere dell'equipe territoriale di riferimento, anche su proposta della struttura ospitante, e comunque non superiore a 36 mesi complessivi.

1.5. Offerta Terapeutica

L'offerta terapeutica è finalizzata al potenziamento delle competenze individuali per la gestione del controllo emotivo e al recupero dell'autonomia e delle funzioni adattive e cognitive del minore nelle seguenti aree:

- psicopatologica
- cura di sé/ambiente
- competenza relazionale
- autonomie e abilità sociali
- famiglia, scuola e contesti di vita

Le azioni devono svilupparsi secondo un approccio multimodale che preveda la seguente tipologia di interventi:

- interventi psicoeducativi, abilitativi e psicoriabilitativi
- interventi psicoterapeutici
- interventi di individuazione della terapia psicofarmacologica, somministrazione e vigilanza
- interventi sugli apprendimenti
- interventi sul contesto familiare
- interventi di risocializzazione di rete per l'inclusione scolastica e/o sociolavorativa

Devono essere previste azioni di tutoring e accompagnamento sia per quanto riguarda gli adempimenti di carattere giudiziario sia per l'assolvimento degli obblighi scolastici e formativi.

La struttura garantisce modalità organizzative idonee a una graduale familiarizzazione e accoglienza del minore, in raccordo con i servizi territoriali che hanno in carico il minore.

La struttura deve garantire attività trattamentali, sportive e culturali e progetti di reinserimento nel contesto socio affettivo, lavorativo e territoriale di appartenenza per il pieno superamento di ogni forma di esclusione sociale e isolamento.

In caso di minore di area penale, il programma terapeutico deve garantire particolare attenzione agli interventi di rielaborazione dei comportamenti illegali e di emancipazione dagli stili di devianza. L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (per es. possibilità di riposo, di avere momenti individuali, di partecipare alle attività organizzate anche esterne, ecc.).

Il programma terapeutico, per la specifica della valutazione degli esiti, deve essere periodicamente sottoposto alla verifica congiunta tra l'equipe inviante e gli operatori della struttura.

Eventuali emergenze psichiatriche dei minori ospiti della struttura devono essere affrontate e risolte dai servizi specialistici della ASL in cui insiste la struttura, in analogia a quanto previsto per

Allegato B

gli altri interventi di emergenza territoriale. Per tale motivo la struttura provvede ai necessari accordi con i servizi specialistici territoriali (NPI, DSM, SerT, ecc.).

Il programma terapeutico è sempre a termine in relazione agli obiettivi raggiunti, preventivamente definiti nel PTI. La conclusione definitiva del percorso è decisa dall'equipe inviante sentita la struttura ospitante. La struttura, in relazione a quanto previsto dal PTI e dal servizio territoriale inviante, concorre, con idonee modalità organizzative e operative, alla transizione del minore verso altra tipologia di offerta residenziale o semiresidenziale in funzione delle condizioni cliniche dell'ospite, ovvero al rientro in famiglia.

Il percorso di ogni minore è documentato da un fascicolo personale, la cui tenuta è garantita dal responsabile della struttura. Il fascicolo personale comprende gli atti di carattere sanitario, eventuali atti giudiziari, le schede di diagnosi e di valutazione redatte, le osservazioni periodiche degli operatori, eventuali documentazioni prodotte dai servizi esterni e dalla AG.

La struttura è inoltre dotata di un registro nel quale si annotano giornalmente le presenze degli ospiti e le attività svolte.

Esiste specifico documento interno, redatto dal Responsabile della struttura, che individua le procedure operative di redazione, conservazione e tutela dei dati sensibili.

Sezione 2: REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE, SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE E ALL'ESERCIZIO

PREMESSA: autorizzazione all'esercizio e accreditamento

La DGRC n. 7301 del 31 dicembre 2001 (BURC n. 2 dell'11.01.2002) ha definito i requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private residenziali e ha approvato le procedure di autorizzazione. La delibera citata, al punto c) dell'introduzione, elenca le strutture sanitarie e/o socio-sanitarie soggette ad autorizzazione che erogano prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale e ne definisce i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici.

Il Regolamento 1 del 22.06.2007 definisce i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero e in regime residenziale.

Il presente documento, quindi, in ragione del necessario adeguamento della rete dei servizi per i minori con disturbo psichiatrico, definisce, alla Sezione 2, i requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici, per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziali erogate dalle Strutture Terapeutiche Intermedie a Intensità Variabile – S.I.R.M.I.V. e S.I.Se.M. – per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in regione Campania e ne definisce, alla Sezione 3, i requisiti ulteriori ai fini dell'accreditamento istituzionale. Per tutto quanto non previsto nel presente documento, comprese le procedure e la relativa modulistica, si conferma il riferimento alla normativa vigente in materia.

La struttura deve essere in possesso delle caratteristiche minime funzionali e strutturali che attengono alla sicurezza degli ospiti nonché garantire la qualità delle prestazioni alberghiere erogate. Devono essere rispettati, inoltre, i requisiti previsti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.

Allegato B

Al fine di assicurare un adeguato contesto di tutela dei minori accolti, le nuove strutture residenziali per minori non possono essere realizzate in strutture residenziali destinate ad altre tipologie di utenti, quali tossicodipendenti, adulti affetti da disturbi mentali, anziani e disabili. Deve essere assicurata l'integrazione con un tessuto sociale strutturato, onde agevolare l'accesso a tutte le opportunità di inclusione offerte dal territorio e garantire il necessario collegamento con un'adeguata rete di servizi territoriali di riferimento e di supporto.

Di seguito le indicazioni per i requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici, per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziali e i requisiti ulteriori ai fini dell'accreditamento istituzionale.

2.1.2. Strutture Residenziali

La struttura è dotata di un massimo di 10 posti letto (PL).

Le dimensioni delle stanze e dei servizi igienici devono rispettare gli standard previsti per una civile abitazione, ponendo particolare attenzione alle esigenze legate all'accessibilità e mobilità.

Deve essere presente almeno un servizio igienico ogni quattro ospiti dei quali uno di dimensioni idonee a essere all'occorrenza attrezzato per la non autosufficienza e un servizio igienico riservato al personale. In caso di accoglienza mista (maschi – femmine) i servizi igienici dovranno essere specificamente riservati ai singoli generi. La struttura è dotata di cucina e di locali per il soggiorno/pranzo.

La dimensione della sala pranzo/soggiorno deve essere tale da contenere un minimo di posti pari a quello degli ospiti della struttura (operatori e utenti) e garantire accoglienza per il tempo libero, le attività socializzanti e quelle ricreative. Ogni utente dispone di spazi privati e comuni arredati in maniera dignitosa e funzionale, con armadi e mobili a lui accessibili per gli oggetti e il vestiario personale. Ogni locale è dotato di vetri antisfondamento. La struttura deve essere situata a livello del piano terra o, al massimo, al primo piano dotato di finestre con apertura vasistas. La zona notte, in caso di utenza mista (maschi e femmine), è organizzata secondo le opportune regole di sistemazione e compatibilità. Devono essere previsti gli spazi necessari e adeguati allo svolgimento delle attività trattamentali: visite mediche e somministrazione farmacologica, colloqui, incontri di gruppo, attività di laboratorio.

Le camere da letto singole devono avere una superficie minima 9 mq; quelle doppie, invece, una minima di 14 mq distinte eventualmente per genere. Deve essere previsto un locale opportunamente arredato per ospitare il personale in servizio notturno. Parimenti, devono essere previsti spazi adeguati alle necessità dell'utenza per assicurare la raccolta, il lavaggio, la stiratura, il rammendo e la distribuzione della biancheria.

2.1.3. Strutture semiresidenziali

La struttura, secondo gli indirizzi del D.M. 21 maggio 2001 n. 308 per le strutture a ciclo diurno, deve avere:

- capienza massima di 24 posti (da intendersi come numero massimo di minori contemporaneamente presenti)
- spazi (superficie indicativa mq/utente 4,00) per attività collettive e di socializzazione per un gruppo massimo di dieci minori
- stanze (superficie indicativa mq/utente 4,00) per colloqui individuali e di gruppo

Allegato B

- un servizio igienico ogni 10 minori di cui uno attrezzato per la non autosufficienza
- un servizio igienico per il personale, separato da quello degli ospiti
- servizi igienici distinti per genere, in caso di utenza mista
- un locale per il personale (superficie minima 9 mq)
- appositi locali rispondenti alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare ed in applicazione dei regolamenti comunitari di settore, qualora il progetto del servizio preveda la preparazione, la somministrazione ed il consumo dei pasti

2.2. Requisiti tecnologici comuni alle strutture residenziali e semiresidenziali

Gli arredi, le attrezzature e gli utensili devono essere curati, esteticamente gradevoli, secondo i principi di normale arredamento delle civili abitazioni al fine di assicurare comfort, funzionalità d'uso e fruibilità. Particolare attenzione deve essere rivolta alle esigenze di decoro e di protezione dei minore nel rispetto della specifica normativa nazionale e regionale.

La struttura deve essere ubicata in luoghi dotati di agevole accessibilità ai servizi scolastici, sociali, sanitari, educativi, ricreativi e culturali. Nella struttura devono essere presenti dispositivi di protezione individuale per il primo soccorso, i relativi strumenti (bombola di ossigeno, pallone ambu e defibrillatore) e la cassetta medica che devono essere custoditi secondo la normativa vigente. La struttura deve essere fornita della necessaria strumentazione elettronica e informatica (televisore, riproduttore musicale, computer, stampante, wifi, etc.) che, oltre ad essere indispensabile ausilio per tutte le esigenze del servizio, sia in grado di offrire, nell'ambito della complessiva gestione educativa, quelle opportunità, congrue all'età, per un minimo livello di alfabetizzazione digitale.

2.3. Requisiti di personale

La dotazione organica di personale, in accordo con quanto vigente in tema di normativa sul lavoro, deve garantire l'offerta delle sottoelencate attività attraverso il personale di seguito specificato:

- A. Attività e prestazioni medico specialistiche di NPI (Neuropsichiatra Infantile)
- B. Attività e prestazioni psicoterapeutiche individuali e di gruppo (anche attraverso almeno una delle figure professionali già presenti e abilitata alla psicoterapia)
- C. Attività e prestazioni di assistenza psicologica (Psicologo)
- D. Attività e prestazioni di assistenza infermieristica e tutelare (Infermieri e Operatori Sociosanitari, ciascuno per la sua competenza)
- E. Attività e prestazioni educative (Educatore Professionale, Animatore di Comunità, Animatore Sociale, ciascuno per la sua competenza)
- F. Attività e prestazioni di altre figure professionali sanitarie che possono essere impiegate in relazione a specifici programmi terapeutici (per es. Psichiatra, in relazione a eventuali pazienti con età uguale o superiore ai 17 anni, Operatore della Riabilitazione, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica)

Allegato B

Figura professionale	Tipo di attività					
	A	B	C	D	E	F
Neuropsichiatra Infantile	X	X				
Psicologo		X	X			
Psicoterapeuta		X				
Infermiere				X		
Operatore sociosanitario (OSS)				X		
Educatore Professionale, Animatore di Comunità, Animatore Sociale*					X	
Psichiatra, Operatore della Riabilitazione, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**						X

* Almeno una delle figure elencate presenti

** Figure impiegate secondo specifiche esigenze degli ospiti

Il Responsabile della struttura deve essere un medico o psicologo il quale, oltre alla presenza nei turni ordinari, garantisce pronta disponibilità h 24.

Per ogni turno notturno devono essere presenti due operatori.

I compiti di vigilanza sanitaria, ambientale e dei percorsi sanitari interni sono attribuiti a un medico referente per la struttura.

L'eventuale presenza di personale volontario e/o tirocinante, di carattere integrativo e non sostitutivo, non deve superare il 20% del numero degli operatori retribuiti.

La direzione della struttura provvede, in maniera costante e periodica, ad attivare: riunioni settimanali di equipe, periodici incontri di supervisione, costante aggiornamento professionale degli operatori impiegati, corretta tenuta dei fascicoli personali e il loro relativo aggiornamento.

La struttura ha l'obbligo di sottoporsi a controlli e verifiche da parte dei competenti servizi della ASL sulla permanenza dei requisiti e sulla qualità dei servizi erogati nonché di conferire i dati richiesti dai sistemi informativi regionali e nazionali.

Sezione 3: REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

Nella scheda che segue, sono definiti i requisiti ulteriori specifici che le strutture eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali ad intensità variabile per minori con disturbo psichiatrico devono possedere per accedere all'accreditamento istituzionale secondo le classi individuate dall'art. 50, cap. III, del Regolamento regionale n. 1/2007.

3.1. Requisiti ulteriori strutturali, organizzativi, tecnologici e di personale

1.	La struttura è inserita nel tessuto urbano o in prossimità dello stesso. In ogni caso sono garantiti i collegamenti con le sedi scolastiche e/o lavorative degli ospiti e l'accessibilità ai servizi pubblici del territorio.	B
2.	La struttura possiede le caratteristiche logistiche abitative per garantire anche l'accoglienza di eventuali minori diversamente abili.	A
3.	La struttura è dotata di spazi esclusivamente dedicati alle attività di visita medica e attività infermieristica, psicoterapia individuale e di gruppo, attività di socializzazione, sala da pranzo.	B

Allegato B

4.	L'Ente gestore ha un proprio <i>progetto di struttura</i>, cioè un progetto di servizio che formalmente illustri i principi ispiratori, gli indirizzi metodologici e il catalogo dell'offerta terapeutica secondo i seguenti punti: a) obiettivi e riferimenti valoriali ed educativi generali da cui nasce la struttura, storia dell'ente o della struttura di accoglienza, stile educativo generale b) modalità di accesso e di dimissione c) fascia di età e tipologia di utenza a cui la struttura si rivolge e per i quali si ritiene particolarmente adatta d) metodologia e strumenti compresi il tipo di prestazioni offerte (metodi e tecniche cliniche, psicoterapeutiche e socio educative) e) organigramma/funzionigramma del personale della struttura e indicazione del responsabile f) descrizione dei rapporti e degli accordi di rete con il territorio g) processi di formazione continua e di supervisione del personale	B
5.	La struttura possiede un <i>regolamento interno</i> , coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi, che deve essere fornito agli utenti e ai loro familiari o a chi ne fa le veci, nel quale sono illustrate sia le regole di vita e di comportamento per utenti, operatori e adulti che quelle relative alla vita comunitaria.	A
6.	La struttura ha riportato in un apposito documento, redatto dal Responsabile e sottoscritto da ogni operatore, le procedure per la gestione delle emergenze (fughe, reati, agiti violenti, emergenze sanitarie e ambientali, ecc).	C
7.	La struttura ha stipulato formali e condivisi accordi di rete interistituzionale con le risorse del territorio (servizi della ASL, Scuola, Centri sportivi, Parrocchie, centri giovanili, Gruppi informali di pari, ecc.).	B
8.	La struttura possiede una documentazione formale, conosciuta dagli operatori, nella quale sono descritte e condivise le procedure relative a collaborazioni con: Servizi Specialistici Sanitari, Servizi Educativi, Centri Giustizia Minorile, Medicina Generale, Urgenza ed Emergenza.	B
9.	La struttura impiega personale che, oltre alla necessaria qualificazione, è in possesso di documentata esperienza lavorativa, di almeno tre anni con minori di neuropsichiatria o con adulti con problematiche psichiatriche.	B
10.	La struttura, se privata, non intrattiene rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza oltre il 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le strutture con dotazioni pari o inferiori a cinque unità lavorative.	A
11.	La struttura deve avere un sistema di registrazione e monitoraggio delle attività che consenta annualmente (scadenza 31 dicembre) di valutare i risultati raggiunti.	A
12.	La struttura deve sottoporsi, con frequenza almeno biennale, attraverso organismi di certificazione abilitati, a procedure di certificazione della Qualità finalizzate alla ricerca delle pratiche di miglioramento.	C
13.	Il datore di lavoro organizza, con frequenza almeno biennale, direttamente o indirettamente, percorsi di formazione del personale sia di tipo generale (per es. in tema di gestione della relazione, rapporti con la famiglia, l'insegnante, ecc.) sia di tipo specialistiche (in tema di collaborazioni e integrazioni con i Servizi Specialistici Sanitari, i Servizi Educativi e i Centri Giustizia Minorile, la Medicina Generale, compresa la gestione delle Urgenze e delle Emergenze – fughe, reati, agiti violenti, emergenze sanitarie e ambientali - approfondimenti su specifiche tecniche e metodologie di intervento). La formazione è realizzata secondo la normativa in materia di crediti formativi.	B
14.	La struttura organizza, almeno con frequenza biennale, eventi di approfondimento e/o formazione in materia di presa in carico di minori con disturbo psichiatrico.	C

Allegato B

15.	La struttura non impiega volontari, se non con documentata e specifica formazione nel campo dell'assistenza a pazienti con problemi psichiatrici.	A
16.	La struttura ha uno specifico documento interno, redatto dal Responsabile, che individua le procedure operative di redazione, conservazione e tutela dei dati sensibili.	A
17.	Prestazioni erogate medie e Personale come da tabelle 1.1 e 1.2 e tabelle 2.1 e 2.2	A
18.	La Struttura deve essere dotata di spazi idonei ad assicurare – su richiesta del Referente ASL ex DGCR n. 621/12 – la pronta accoglienza di un minore sottoposto a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria oltre il numero massimo dei posti consentiti, per il tempo strettamente necessario alla individuazione, da parte del medesimo Referente, della struttura ove collocare stabilmente il paziente.	B

Ai fini dell'accreditamento le attività e le prestazioni offerte dalla struttura devono garantire le seguenti condizioni:

Tab. 1.1 PERSONALE IMPIEGATO NEI PROGRAMMI RESIDENZIALI (valori di Unità di personale a tempo pieno per un nucleo di 10 ospiti)		
Figure Professionali	Unità di personale (1unità rapportata a 36h/sett)	Ore settimanali
Neuropsichiatra Infantile	1/12	3
Psicoterapeuta	¼	9
Psicologo	2/3	24
Infermiere professionale	1/6	6
Assistente Sociale	1/9	4
Professionisti della riabilitazione (per es.: Educatore Professionale, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, ecc.)	3	108
Personale per le Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona (es.: Animatore Sociale, Animatore di Comunità, Operatore Socio Sanitario)	7	252

Tab. 1.2 PERSONALE IMPIEGATO NEI PROGRAMMI SEMIRESIDENZIALI (valori di Unità di personale a tempo pieno per un nucleo di 24 ospiti)		
Figure Professionali	Unità di personale	Ore settimanali
Neuropsichiatra Infantile	1/6	6
Psicoterapeuta	½	18
Psicologo	1	36
Infermiere professionale	1/6	6
Assistente Sociale	1/6	6
Professionisti della riabilitazione (per es.: Educatore Professionale, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, ecc.)	4	144
Personale per le Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona (es.: Animatore Sociale, Animatore di Comunità, Operatore Socio Sanitario)	4	144

Allegato B

Tab.2.1 ATTIVITÀ ASSISTENZIALI ASSICURATE NEI PROGRAMMI RESIDENZIALI (valori di attività per un nucleo di 10 ospiti)		
Tipo di attività	Minuti pz/die	
	Programma intensivo	Programma estensivo
Attività di Neuropsichiatria Infantile	11	3
Attività di Psicoterapia	11	8
Attività di sostegno in ambito psicologico	31	21
Attività di tipo infermieristico	11	5
Attività di assistenza sociale	4	4
Attività di riabilitazione	92	92
Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona	247	216

Tab.2.2 ATTIVITÀ ASSISTENZIALI ASSICURATE NEI PROGRAMMI SEMIRESIDENZIALI (valori di attività per un nucleo di 24 ospiti)	
Tipo di attività	Minuti pz/die
Attività di Neuropsichiatria Infantile	2,5
Attività di Psicoterapia	7,5
Attività di sostegno in ambito psicologico	15
Attività di tipo infermieristico	2,5
Attività di assistenza sociale	2,5
Attività di riabilitazione	60
Attività e prestazioni di assistenza e tutela alla persona	60

Sezione 4: REGIME TARIFFARIO

La determinazione delle tariffe predefinite, ai sensi della normativa vigente, tiene conto delle componenti essenziali di costo (personale, costi alberghieri e altri costi, costi generali).

Il regime tariffario che ne risulta definisce quindi il corrispettivo predeterminato da corrispondere, a fronte dell'erogazione delle attività elencate, ai soggetti che erogano assistenza residenziale e semiresidenziale a pazienti minori con disturbo di tipo psichiatrico.

Tipologia di programma	P.L. max	Tariffa giornaliera/pz
Accoglienza residenziale di tipo intensivo	10	182 euro/die
Accoglienza residenziale di tipo estensivo	10	165 euro/die
Accoglienza semiresidenziale	24	70 euro/die

Allegato B

Sezione 5: FABBISOGNO

Sia a livello nazionale che regionale, non esistono dati epidemiologici definitivi ed univoci per quanto concerne il fabbisogno di strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali per l'accoglienza di minori con disagio psichico/psichiatrico.

Come riporta la letteratura internazionale, tra il 18% e il 21% dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta una rilevante compromissione del funzionamento personale e sociale.

Nell'arco di tutta l'adolescenza, il 9%-13% dei ragazzi può presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale.

In mancanza, al momento, di dati reali per quanto riguarda la Campania, facendo riferimento al Progetto Obiettivo Materno Infantile – Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (Decreto Ministero della Sanità, 24 aprile 2000), il fabbisogno di queste strutture è tendenzialmente pari, per le semiresidenziali, ad almeno 1 ogni 500.000 abitanti e, per le residenziali, ad almeno 1 ogni 1.500.000 abitanti.

Considerando che la Campania conta attualmente circa 6.000.000 di abitanti, applicando tali stime emerge un fabbisogno per un numero di 120 posti letto per le strutture terapeutiche semiresidenziali e di 40 posti per le strutture terapeutiche residenziali, per un totale di non meno di 160 posti letto in regione Campania.

Si stima che questo fabbisogno minimo consente di dare riposte a breve termine all'emergenza rappresentata dalla totale assenza di strutture con le caratteristiche descritte nel presente documento. Terminata la fase di avvio e sperimentale, sulla scorta delle verifiche metodologiche, organizzative e di risultato si potrà poi avere un preciso quadro epidemiologico con la conseguente eventuale rimodulazione del fabbisogno.

Sezione 6: NORME TRANSITORIE – PERCORSO PER L'ACCREDITAMENTO

6.1. PRIMA APPLICAZIONE. In fase di prima applicazione del presente atto possono inoltrare istanza di accreditamento istituzionale, stante il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di personale, specifici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture di cui al presente documento, entro il limite del fabbisogno, unicamente le strutture che, alla data di pubblicazione del presente atto, rispondano al complesso delle seguenti precondizioni:

- a) possesso di autorizzazione all'esercizio quale struttura, residenziale o semiresidenziale, sanitaria o sociale, ai sensi della normativa regionale vigente;
- b) possesso dei requisiti minimi di cui alle DDGRRCC n. 3958/01 e n. 7301/01 e di quelli di cui al presente Decreto, con le seguenti precisazioni:
 - b.1 Le strutture già in possesso di autorizzazione sanitaria per altre tipologie di attività svolte in regime residenziale o semiresidenziale, dovranno acquisire l'autorizzazione per l'attività sanitaria di cui al presente provvedimento entro un anno dalla data di eventuale accreditamento ai sensi del successivo punto 6.5;
 - b.2 Le strutture in possesso di autorizzazione sociale dovranno acquisire l'autorizzazione all'esercizio per la specifica attività sanitaria entro un anno dalla data di eventuale accreditamento ai sensi del successivo punto 6.5;
- c) esercizio di attività senza soluzione di continuità per almeno tre anni negli ultimi cinque anni;
- d) possesso degli ulteriori requisiti per l'accREDITAMENTO stabiliti con il presente documento.

Allegato B

6.2. **ISTRUZIONI** per la compilazione e la presentazione delle domande di accreditamento istituzionale definitivo ai sensi dell'art.1, comma 237-vicies-quater della legge regionale 15 marzo 2011 n. 4 e s.m.i.

Le strutture di cui al paragrafo 6.1 presentano istanza di accreditamento istituzionale definitivo secondo le modalità definite ai punti seguenti.

6.2.1 Le istanze di accreditamento istituzionale, in forma cartacea e a firma del legale rappresentante, dovranno essere indirizzate al Commissario ad Acta per la Sanità, Centro Direzionale, Isola C3, tredicesimo piano, 80143 Napoli e devono pervenire entro e non oltre le ore 12.00 del sessantesimo giorno dalla data di pubblicazione sul BURC del presente decreto in plico chiuso e debitamente sigillato recante le seguenti indicazioni:

- a) ragione sociale e denominazione della struttura richiedente
- b) partita IVA
- c) indirizzo completo di recapito
- d) indirizzo completo della sede per la quale si chiede l'accredimento
- e) precisa indicazione "richiesta di accreditamento istituzionale delle attività di accoglienza per minori con disturbo psichiatrico: *(segnalare la tipologia di struttura per la quale si inoltra istanza)*

- ☐ *Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.)*
- ☐ *Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)*

Il recapito delle istanze rimane ad esclusivo rischio del mittente. Si intenderanno non presentati i plichi che dovessero giungere, per qualsiasi motivo, oltre il termine prefissato anche se il ritardo fosse imputabile al vettore.

6.2.2 Alle istanze, sottoscritte dal legale rappresentante della Struttura, deve essere allegati:

- copia del documento di riconoscimento del legale rappresentante
- dichiarazioni di notorietà ex art. 15, legge 12 novembre 2011, n. 183 attestanti:
 - a) il possesso di autorizzazione all'esercizio quale struttura residenziale o semiresidenziale, sanitaria o sociale, con le indicazioni degli estremi e dell'Ente concedente
 - b) il possesso dei requisiti minimi di cui alle DDGRRCC n. 3958/01 e n. 7301/01 e di cui al presente decreto
 - c) il possesso dei requisiti ulteriori di cui al presente decreto
 - d) documentata esperienza e di relativi rapporti con le AASSLL Regione Campania per l'accoglienza di adulti e minori con problemi psichiatrici per un periodo non inferiore a tre anni negli ultimi cinque anni, corredata di attestazione di almeno una delle AASSLL della Regione Campania

6.3 Nei quindici giorni successivi alla data di scadenza dei termini di presentazione delle istanze, i competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute, verificati i contenuti delle singole istanze di accreditamento sotto l'aspetto della completezza, le inviano alle Commissioni locali delle competenti AASSLL, istituite ai sensi dell'art. 8 della legge regionale 28.11.2008 n. 16, affinché queste provvedano a verificare, con le procedure previste dall'art. 1, comma 237 duodecies, della legge regionale 4/2011, così come modificato dall'art. 1, comma 36 della legge regionale 5/2013, oltre la veridicità della dichiarazione di notorietà, il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori.

Allegato B

6.4 Gli esiti delle verifiche, di cui al comma precedente, sono trasmessi dalle AASSLL alla Struttura Commissariale per l'adozione del Decreto Commissariale di accreditamento.

6.5 Il Commissario ad Acta, in caso di esito positivo delle verifiche, emana Decreto Commissariale di accreditamento.

Al termine della prima fase di applicazione, in caso di non completo soddisfacimento del fabbisogno, possono fare richiesta di autorizzazione, secondo tempi, condizioni e modalità fissate successivamente con specifici atti regionali, nuove strutture che siano in possesso dei requisiti per autorizzazione e accreditamento di cui al presente provvedimento.

Sezione 7: MODULISTICA

Di seguito i moduli relativi a:

1. Piano Terapeutico Individuale (**PTI**)
2. Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (**PTRP**)

Allegato B

ASL _____ Centro Aziendale Unico per la Salute Mentale dell'Età Evolutiva - Responsabile:

PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATO (PTI)

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Cartella clinica																
Luogo di residenza	Abitazione																	
Codice Fiscale																		
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
ASL Distretto Sanitario																		
Equipe Territoriale																		
Referente	recapiti																	
Case manager	recapiti																	
Familiare Referente	recapiti																	
Diagnosi Clinica Principale	Cod. ICD10																	
Diagnosi Clinica Secondaria	Cod. ICD10																	
Diagnosi Clinica Secondaria	Cod. ICD10																	
Informazioni anamnestiche rilevanti																		
INDICATORI CLINICI SIGNIFICATIVI																		
☐ Depressione del tono dell'umore	☐ Instabilità affettiva																	
☐ Alterazione dell'identità	☐ Impulsività																	
☐ Non consapevolezza dell'atto commesso	☐ Aggressività																	
☐ Ideazione delirante	☐ Acting out																	
☐ Ideazione paranoidea	☐ Sentimenti di vuoto																	
☐ Ideazione ossessiva	☐ Sentimenti abbandonici																	
☐ Abuso di sostanze	☐ Angoscia																	
RISCHIO SUICIDARIO NO ☐ SÌ ☐ alto ☐ medio ☐ basso ☐																		
PERICOLOSITÀ SOCIALE ¹ NO ☐ SÌ ☐																		

¹ Obbligatorio specificare se minore sottoposto a provvedimento A.G.

Allegato B

Descrizione del quadro clinico in riferimento alla gravità, alla complessità e alla stabilità**Grado di compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e nel gruppo dei pari****Famiglia e Contesti di vita** (descrizione, punti di forza, criticità, etc)**Eventuali provvedimenti Giudiziari** (disposizione A.G., referente C.G.M., etc)**Aree di intervento**

☐ psicopatologica	☐ cura di sé/ambiente	☐ competenza relazionale
☐ funzionamento scolastico	☐ autonomie e abilità sociali	☐ autonomie e abilità sociali
☐ famiglia	☐ scuola	☐ contesti di vita

Allegato B

Area degli Interventi/ individuazione degli Obiettivi

INTERVENTI PSICOEDUCATIVI (p.es. Aiutare il paziente e i familiari a raggiungere una migliore comprensione dell'esperienza di malattia, favorire le conoscenze sulla malattia e sui fattori di rischio, etc)

INTERVENTI ABILITATIVI E RIABILITATIVI (p.es. Definire il profilo funzionale del paziente secondo la classificazione ICF, motivare il paziente alla partecipazione al programma terapeutico, coinvolgere il paziente nelle mansioni della vita quotidiana, Incrementare le abilità residue e/o recuperare quelle perdute, favorire il progresso verso il raggiungimento di obiettivi personali e la capacità di soluzione dei problemi, favorire l'acquisizione di abilità integranti (gestione tempo libero, gestione economica, ecc.). migliorare le abilità relazionali, etc)

PSICOTERAPIA (p.es. Favorire la comprensione della propria ed altrui realtà psichica, Rafforzare il senso d'identità e confini dell'Io, migliorare la gestione delle fasi di acuzie sintomatologica e il riconoscimento dei segni precoci di crisi, favorire il riconoscimento e il superamento dei pensieri e dei comportamenti disfunzionali o devianti, favorire modalità adattive e di fronteggiamento (coping), controllare la rabbia e la frustrazione, saper gestire i conflitti, favorire l'acquisizione di abilità di autogestione e di autodeterminazione)

INTERVENTI FARMACOLOGICI (p.es. Motivare al trattamento farmacologico migliorando la collaborazione del paziente, stabilizzare il quadro clinico, ridurre e sospendere il trattamento farmacologico)

Allegato B

INTERVENTI SUGLI APPRENDIMENTI (p.es. Promuovere l'apprendimento di base o comunque funzionale a migliorare l'autonomia personale e sociale del paziente)

INTERVENTI SUL CONTESTO FAMILIARE (p.es. Coinvolgere la famiglia nel percorso di recupero ed nel successivo reinserimento familiare. Migliorare l'interazione in ambito familiare; trasferire competenze relazionali e di gestione dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali)

INTERVENTI DI RISOCIALIZZAZIONE E DI RETE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA E/O SOCIOLAVORATIVA (p.es. Favorire la partecipazione ad attività di socializzazione presenti sul territorio. Favorire la partecipazione ad attività pre-lavorative o di avviamento al lavoro)

SETTING ASSISTENZIALE (Residenziale Intensivo, Residenziale Estensivo, Semiresidenziale)

(specificare) _____

Durata prevista del progetto di inserimento nello specifico setting assistenziale : mesi _____

decorrenza dal __/__/____ al __/__/____

Firme dei Componenti dell'Equipe Multidisciplinare _____

Firma dei genitori (o di chi ne fa le veci) _____ **Data** _____

Allegato B

SIRMIV _____

SISEM _____

PIANO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO (PTRP)

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Cartella clinica																
Luogo di residenza	Abitazione																	
Codice Fiscale																		
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
ASL Distretto Sanitario																		
Equipe Territoriale																		
Referente	recapiti																	
Case manager	recapiti																	
Familiare Referente	recapiti																	
Diagnosi Clinica Principale	Cod. ICD10																	
Diagnosi Clinica Secondaria	Cod. ICD10																	
Diagnosi Clinica Secondaria	Cod. ICD10																	
Motivo dell'invio da parte dell'Equipe Territoriale																		

Informazioni anamnestiche rilevanti

Allegato B

DIAGNOSI FUNZIONALE		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	
		Cod. ICF	

ANALISI DELLA SITUAZIONE

Area psicopatologica	
Punti di forza	Criticità

Area della cura di sé/ambiente	
Punti di forza	Criticità

Area della competenza relazionale	
Punti di forza	Criticità

Area del funzionamento scolastico	
Punti di forza	Criticità

Allegato B

Area delle autonomie e delle abilità sociali	
Punti di forza	Criticità

Famiglia	
Punti di forza	Criticità

Scuola	
Punti di forza	Criticità

Contesti di vita	
Punti di forza	Criticità

Allegato B

PROGETTO TERAPEUTICO ☐ **RESIDENZIALE INTENSIVO** ☐ **RESIDENZIALE ESTENSIVO** ☐ **SEMIRESIDENZIALE**

Obiettivi Generali

Aree di intervento	Obiettivi	Tipologia di interventi*						
psicopatologica		1	2	3	4	5	6	7
cura di sé/ambiente		1	2	3	4	5	6	7
competenza relazionale		1	2	3	4	5	6	7
funzionamento scolastico		1	2	3	4	5	6	7
autonomie e abilità sociali		1	2	3	4	5	6	7
Famiglia		1	2	3	4	5	6	7
Scuola		1	2	3	4	5	6	7
Contesti di vita		1	2	3	4	5	6	7

Tipologia degli interventi	Specificare (ad es. metodologia, frequenza, dosaggio, ecc)
1) Interventi psicoeducativi	
2) Interventi abilitativi e riabilitativi	
3) Psicoterapia	
4) Interventi farmacologici*	
5) Interventi sugli apprendimenti	
6) Interventi sul contesto familiare	
7) Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o sociolavorativa	

* Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, che nei minorenni vede un largo utilizzo di farmaci off label per l'età e a volte per indicazione, attivare le procedure di consenso informato da parte del paziente e dei familiari o di chi detiene la potestà genitoriale.

Operatori coinvolti (anche eventuali operatori di reti informali e del volontariato)	Qualifica

Durata prevista nello specifico setting assistenziale : mesi _____ decorrenza dal __/__/____ al __/__/____

Verifiche periodiche _____

Data, _____

Firma del Responsabile della Struttura

Firma dei Genitori

Firma del Referente Equipe Territoriale



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 46 del 25.05.2015

Oggetto: Cure domiciliari malati terminali. L.R. n. 5/2013 art. 1 c. 59 – modalità attuative

PREMESSO che:

- a. la DGRC n. 460 del 20 marzo 2007 ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;
- b. che l'art. 2, comma 88 della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010) ha stabilito che: "Per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente 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;
- c. con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d. con la delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania, è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso;
- e. che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 8, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariale n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013, n. 82/2013, n. 18/2014 e n. 108/2014;
- f. con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3.3.2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il Dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- g. che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni di emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi,



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro"
(Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013)

VISTE

- a. la L. n. 38 del 15/3/2010 – Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- b. la L. R. n. 5 del 2013 – “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013 – 2015 della regione campania (legge finanziaria regionale 2013)”, che all'art. 1 c. 59 dispone “*Per uniformare e garantire su tutto il territorio della Regione Campania l'accesso alla rete delle cure palliative in ottemperanza della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), gli hospice estendono le loro prestazioni all'assistenza cosiddetta domiciliare nei casi e con le modalità stabilite da provvedimento del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario*”;

VISTI altresì

- a. Il DCA n. 4 del 10/1/2011 – Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 e approvazione del documento recante “Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali”, che definisce tra l'altro i requisiti organizzativi, destinatari e criteri di ammissione dei centri residenziali per le cure palliative denominati Hospice;
- b. Il DCA n. 128 del 10/10/2012 – di integrazione e parziale modifica del DCA n. 4/2011;
- c. La DGRC n. 41 del 14/2/2011 – Approvazione del Documento recante Linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari - che tra l'altro individua uno specifico profilo di assistenza domiciliare per le cure palliative a favore dei malati terminali;
- d. Il DCA n. 1 del 7/1/2013 – Approvazione documento recante “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania – che tra l'altro declina per livelli di complessità e intensità assistenziale ciascun profilo di cure domiciliari, e determina il sistema tariffario per le cure domiciliari;
- e. La DGRC n. 790 del 21/12/2012 - Approvazione delle Linee operative per l'accesso Unitario ai servizi socio-sanitari – recepita con DCA n. 84/2013;
- f. La DGRC n. 275 del 21/6/2011 - Recepimento dell'accordo n.239/csr del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore;
- g. l'Accordo Stato-Regioni Rep n. 151 del 25/7/12 che ha definito i requisiti necessari per l'accreditamento delle strutture che assicurano l'assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore domiciliari;
- h. l'Accordo Stato Regioni Rep. N. 87 del 10/7/2014 di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e terapia del dolore nonché delle strutture sanitarie ospedaliere territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore;



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- i. il Decreto Ministero del Lavoro, salute e politiche sociali del 17/12/08, che istituisce il flusso informativo SIAD, ne stabilisce le caratteristiche, e determina gli obblighi informativi per il monitoraggio delle cure domiciliari;

CONSIDERATO

- a. che le cure domiciliari rappresentano il setting assistenziale da privilegiare, anche per i malati terminali, come sancito anche dalla L. n. 38/10;
- b. che è opportuno rafforzare e incrementare la capacità di presa in carico del sistema sanitario regionale per le cure domiciliari palliative a favore dei malati terminali;
- c. che è opportuno, anche in ragione dell'evoluzione della patologia, determinare condizioni favorevoli alla continuità di assistenza tra domicilio e strutture residenziali, e all'umanizzazione delle cure anche con la presa in carico da parte delle medesime equipe professionali;
- d. che le strutture residenziali denominate Hospice, come disciplinate dai DCA n. 4/11 e 128/12, presentano le caratteristiche professionali adeguate per le cure palliative da assicurare in condizioni di terminalità;

RITENUTO

di dover provvedere a disciplinare modalità per l'attuazione della previsione normativa di cui alla citata L.R. n. 5/13, in coerenza con la disciplina regionale vigente per la valutazione, l'accesso e l'erogazione di prestazioni del sistema delle cure domiciliari, e fermi restando i requisiti professionali, organizzativi e assistenziali fissati per gli Hospice;

VISTI

- a. il Dlgs n. 502 del 30 dicembre 1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss.mm.ii.;
- b. il D.Lgs. n. 229 del 19/06/1999 - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario nazionale a norma dell'art 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- c. il DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. che le AASSLL, nell'ambito della rete aziendale per le cure palliative, possono organizzare il sistema di erogazione delle cure palliative domiciliari a favore di malati terminali residenti nel proprio territorio, anche avvalendosi degli Hospice pubblici, o privati accreditati del proprio territorio, e garantendo in ogni caso l'erogazione di tutte le prestazioni palliative domiciliari per malati terminali (cd IV livello) come definite dai



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

Decreti n. 128/12 e 1/13;

2. che l'accesso alle cure domiciliari palliative per malati terminali, anche nel caso di erogazione da parte della struttura Hospice, avviene secondo le modalità e i criteri già stabiliti con il DCA n. 128/12;
3. che a tal fine e come previsto dal DCA n. 128/12, le AASSLL preliminarmente: a) organizzano e istituiscono formalmente unità di cure palliative o équipe assistenziali dedicate, quali strutture multidisciplinari specialistiche per la valutazione multidimensionale e la definizione del Piano di cure personalizzato, e con compiti di consulenza e presa in carico dei pazienti terminali; b) definiscono protocolli operativi per l'attivazione delle cure domiciliari in favore dei pazienti già presso il domicilio o in dimissione protetta da reparto ospedaliero o da struttura residenziale, e per la predisposizione dei piani esecutivi; c) stabiliscono la remunerazione delle prestazioni in osservanza di quanto previsto con il DCA n. 1/13, atteso che la tariffa ivi indicata si configura come tariffa media in relazione ai tre livelli di complessità (basso-medio-alto), garantendo equa distribuzione dei pazienti in relazione al livello di complessità ed al numero di accessi settimanali/mensili degli operatori; d) organizzano idonei controlli sull'assistenza erogata e sulla coerenza con il Piano di cure personalizzato;
4. che in caso di organizzazione delle cure palliative domiciliari come al precedente punto 1, gli Hospice devono mantenere i requisiti professionali e organizzativi previsti per l'assistenza residenziale, e adeguare l'organico per garantire le attività domiciliari affidate, garantendo personale e formazione adeguati come previsto dalla normativa e accordi Stato-Regioni vigenti in materia;
5. che in ragione delle caratteristiche organizzative e professionali degli Hospice, essi possono erogare annualmente prestazioni per un numero di Prese in Carico di IV livello non superiore a 12 per ciascun posto letto attivo (pubblico) o accreditato privato;
6. che gli Hospice privati accreditati che ai sensi del presente decreto saranno incaricati dell'erogazione anche delle cure domiciliari, si impegnano ad aggiornare la formazione del personale dedicato alle cure domiciliari, secondo i programmi formativi delle ASL specifici per le cure palliative;
7. che le AASSLL svolgano compiti di vigilanza e monitoraggio sul rispetto dei requisiti organizzativi e professionali, e delle procedure adottate per l'erogazione delle cure domiciliari di cui al presente decreto;
8. di considerare, con particolare riferimento al sistema tariffario in correlazione al livello delle prestazioni, numero di accessi e tariffe, l'anno 2015 come fase sperimentale all'esito della quale valutare eventuali, possibili rimodulazioni;
9. di riservarsi di adeguare il presente provvedimento alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte dei ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, in sede di approvazione del provvedimento;
10. di notificare il presente provvedimento alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, alla UOD 05 Interventi socio-sanitari; alla UOD 12 Personale del SSR; alla UOD 07 Governo clinico e sistema di accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private; UOD 04 Assistenza territoriale, all'ARSAN, ed alla U.O.D. Bollettino



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Ufficiale per la pubblicazione, nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Mario Morlacco

Il Capo del Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente UOD 05 - Interventi Socio Sanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO N. 50 del 27.05.2015

OGGETTO: Decreto commissariale n. 128 del 30.12.2013. concernente l'accreditamento istituzionale per le attività salvavita di radioterapia e determinazione del fabbisogno. Modifiche ed integrazioni.

PREMESSO:

- a. che con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007 la Giunta regionale della Campania ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- b. che in data 24 luglio 2009, la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. , comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;
- d. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub Commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro e che con successiva delibera del 23 marzo 2012 il Consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del Dott. Morlacco i compiti in precedenza attribuiti al dimissionario dott. Achille Coppola;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;

RICHIAMATO il decreto commissariale n. 128 del 30.12.2013 con il quale, ai sensi dell'art. 1, comma 237-vicies-quater della legge regionale n. 4 del 15.3.2011 e s.m.i.,:

- a) è stato determinato in n.40 apparecchiature il fabbisogno regionale programmato per la radioterapia con acceleratore lineare, al fine di adeguarlo allo standard apparecchi/popolazione;
- b) sono state approvate le modalità ed i termini di presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale disciplinate nell'allegato A) al richiamato decreto;

VISTO il parere n. 123-P con il quale il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno chiesto integrazioni e chiarimenti in merito al suddetto decreto commissariale con



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

riferimento ai seguenti aspetti:

- il fabbisogno determinato, benché in linea con quanto definito dal documento tecnico di indirizzo del Ministero della Salute in materia (1 apparecchio ogni 100.000/150.000 abitanti), deve risultare anche coerente con i parametri nazionali di cui all'emanando regolamento per la definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera ex D.L. 95/2012;
- il documento deve essere integrato con i criteri di distribuzione sul territorio di dette strutture ed apparecchiature, con l'evidenza delle strutture già attive e di quelle che si intenderebbe attivare, relazionando sull'attuale grado di utilizzo delle 25 apparecchiature già in uso e sulle eventuali iniziative per l'incremento dell'efficienza produttiva e il cronoprogramma dell'adeguamento tecnologico per obsolescenza;
- chiarire gli aspetti relativi all'autorizzazione e all'accreditamento per le strutture non in possesso, per qualsivoglia motivazione, del titolo di autorizzazione all'esercizio;

CONSIDERATO:

- l'offerta attuale del settore ospedaliero è coerente con gli standard di cui all'emanando regolamento ex D.L. n. 95/2012 essendo concentrata su n. 7 punti di accesso – strutture su di uno standard massimo di 10 e, precisamente:

A.S.L.	PUNTI DI ACCESSO	SEDI	N. IMPIANTI
Avellino	1	A.O. MOSCATI DI AVELLINO	1
Benevento	1	A.O. RUMMO DI BENEVENTO	1
Caserta	0		0
Napoli 1 centro	4	P.O. ASCALESI	1
		A.O.U. FEDERICO II	1
		A.O.U. SUN	1
		IRCCS. PASCALE	3
Napoli 2 nord	0		0
Napoli 3 sud	0		0
Salerno	1	A.O. RUGGI D'ARAGONA	2
Totale	7		10

- che per le strutture private autorizzate all'esercizio per l'attività di radioterapia erogata in regime ambulatoriale, il provvedimento di istituzione della rete oncologica regionale - in corso di approvazione – prevederà un collegamento organico e funzionale con i punti di offerta, costituendo le stesse diramazione territoriale della rete, al fine di rispondere efficientemente alla domanda di salute del paziente oncologico che, considerata la patologia ed il conseguente status fisico, non può né deve sottoporsi a estenuanti viaggi e lunghe attese;
- la distribuzione sul territorio della dotazione possa essere programmata sulla base della popolazione residente come da tabella allegata, che viene così come di seguito aggiornata col presente atto in n. 39 impianti, con la precisazione che le Asl di Avellino e Benevento vengono qualificate come un'unica macroarea e che il fabbisogno dell'A.S.L. Napoli 1 Centro tiene conto del ruolo regionale dell'IRCCS "Pascale" e delle dotazioni delle due Aziende Ospedaliere Universitarie:

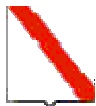


Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

A.S.L.	POPOLAZ.	FABBISO GNO	PRIVATI		PUBBLICI		TOTALE OFFERTA ATTUALE (a+b)	PRIVATI NUOVI ACCREDI TAMENTI	PUBBLICI ATTIVABILI	
			AUTORIZ ZATI	DI CUI ACCREDI TATI (a)	IN ESERCIZI O (b)	PUNTI DI OFFERTA			OSPED.	TERRITOR
Avellino/Bevento	713.415	4	0	0	2	2	2	2	0	0
Caserta	905.188	6	4	2	0	0	2	2	2	0
Napoli 1 centro	974.468	9	3	2	6	4	8	1	0	0
Napoli 2 nord	1.019.805	6	5	4	0	0	4	1	0	1
Napoli 3 sud	1.058.974	7	2	2	0	0	2	4	0	1
Salerno	1.092.574	7	5	2	2	1	4	3	0	0
Totale	5.764.424	39	19	12	10	7	22	13	2	2

- d) la dotazione complessiva di n. 39 apparecchiature risulta in linea con le indicazioni ministeriali;
- e) che, relativamente all'utilizzo delle apparecchiature, l'ARSAN, con relazione di prot.n. 1205/2014 del 31.10.2014, descrive in dettaglio i volumi di attività per centro, per tipo di struttura pubblico/privata e per A.S.L. evidenziando la necessità di riprogrammare e migliorare l'offerta delle prestazioni di radioterapia, atteso che la Campania risulta essere una delle regioni con la più bassa dotazione di acceleratori lineari ove vengono trattati mediamente 8.000/8.500 pazienti/anno a fronte di un numero stimato di circa 13.000 casi, generandosi un allungamento dei tempi di attesa per una prestazione che, per sua natura, richiede una sollecita risposta in termini assistenziali;
- f) che l'esigenza di riprogrammazione e di adeguamento dell'offerta si rende ancora più urgente ed improcrastinabile tenuto conto dell'incidenza nella c.d. "Terra dei fuochi" delle malattie tumorali da trattare anche con detta metodica;
- g) che in merito all'incremento dell'efficienza produttiva delle strutture pubbliche debba essere previsto che l'attivazione di nuovi impianti presso le predette strutture possa essere disposta solo dopo che quelle funzionanti raggiungano almeno la media di n. 300 assistiti/anno per apparecchiatura;
- h) che, relativamente all'adeguamento tecnologico, già con delibera di Giunta Regionale n. 591 del 1.12.2014, è stato approvato il piano di rafforzamento tecnologico, finanziato con risorse del POR Campania 2007/2013, che prevede, tra l'altro, l'acquisto di acceleratori lineari per quattro aziende ospedaliere già contemplate nei sette punti di offerta pubblici;
- i) che relativamente agli aspetti autorizzativi, il DCA n. 128/2013 disciplina modalità e termini di presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale, fermo restando che le strutture private richiedenti debbano essere già autorizzate all'esercizio per la specifica attività ai sensi della DGCR n. 7301/2001 (attuativa dell'art. 8-ter del D.L.vo 502/1992) ed in possesso di tutti gli ulteriori requisiti per l'accreditamento;
- j) l'aver consentito di presentare domanda anche alle strutture non in possesso di decreto autorizzativo aggiornato per cause a loro non imputabili, non comporterà il rilascio dell'accreditamento istituzionale se non previa verifica, anche in loco, da parte dell'A.S.L. del possesso di tutti i requisiti autorizzativi e di quelli ulteriori per l'accreditamento previa emissione del relativo decreto di autorizzazione all'esercizio, dando comunque atto che tutte le strutture che hanno promosso istanza risultano regolarmente autorizzate ai sensi dell'art.



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

8-ter del D.L.vo n. 502/1992;

RITENUTO, pertanto:

- a) di dover fornire ai Ministeri affiancanti i chiarimenti e le integrazioni richieste con il citato parere n. 123-P;
- b) di dover, consequenzialmente, rideterminare il fabbisogno alla luce dei suddetti chiarimenti;

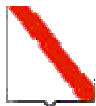
DECRETA

Per le motivazioni indicate in premessa e che di seguito si intendono integralmente riportate:

- 1) di fornire al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze i chiarimenti richiesti con il parere n. 123-P del 8.5.2014 come declinati nella parte "CONSIDERATO" del presente provvedimento, che di seguito si intende integralmente trascritto;
- 2) di rideterminare in n. 39 apparecchiature il fabbisogno regionale programmato per la radioterapia con acceleratore lineare con la seguente distribuzione territoriale:

A.S.L.	POPOLAZ.	FABBISO GNO	PRIVATI		PUBBLICI		TOTALE OFFERTA ATTUALE (a+b)	PRIVATI NUOVI ACCREDI TAMENTI	PUBBLICI ATTIVABILI	
			AUTORIZ ZATI	DI CUI ACCREDI TATI (a)	IN ESERCIZI O (b)	PUNTI DI OFFERTA			OSPED.	TERRITOR
Avellino/Bevento	713.415	4	0	0	2	2	2	2	0	0
Caserta	905.188	6	4	2	0	0	2	2	2	0
Napoli 1 centro	974.468	9	3	2	6	4	8	1	0	0
Napoli 2 nord	1.019.805	6	5	4	0	0	4	1	0	1
Napoli 3 sud	1.058.974	7	2	2	0	0	2	4	0	1
Salerno	1.092.574	7	5	2	2	1	4	3	0	0
Totale	5.764.424	39	19	12	10	7	22	13	2	2

- 3) di stabilire che all'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture provvisoriamente accreditate nonché di quelle che hanno presentato domanda ai sensi del richiamato DCA n. 128 si procederà ad intervenuta acquisizione del parere dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, cui la Regione fa riserva di adeguarsi;
- 4) di confermare in ogni altra parte il DCA n. 128/2013;
- 5) di trasmettere il presente provvedimento al Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali,



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, per quanto di competenza, nonché al BURC per la pubblicazione.

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario
Dott. Mario Morlacco

Il Sub Commissario
Prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento della Salute
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)

DECRETO n. 51 del 27.05.2015

OGGETTO: Approvazione di indirizzi operativi per l'implementazione della rete territoriale dei servizi sociosanitari e percorsi integrati in favore di persone adulte affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e malattie del motoneurone.

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal Commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi,

PREMESSO, altresì:

- a. che la DGRC n. 1613 del 15/10/2008 approva, tra le altre, la linea progettuale dal titolo "*Percorso facilitato per la comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie progressive*" per l'utilizzo dei fondi a destinazione vincolata anno 2007;
- b. che la richiamata delibera approva, nello specifico, il "*Progetto per la realizzazione di una rete integrata per lo sviluppo delle attività sanitarie e socio/sanitarie in Campania destinate ai pazienti affetti da patologie neuromotorie progressive*" e dà mandato all'istituendo tavolo tecnico regionale di elaborare un modello organizzativo e gestionale territoriale;
- c. che con DPGRC n. 168 dell'08/10/2010 e s.m.i. è stato costituito il Tavolo Tecnico Regionale sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) con il compito, tra l'altro, di attivare procedure utili di accompagnamento, verifica e monitoraggio della attuazione del percorso di assistenza ai cittadini con SLA, con particolare riferimento all'implementazione delle indicazioni approvate con la citata DGRC n. 1613/2008;
- d. che il 25 maggio 2011 la Conferenza Stato Regioni ha sancito l'accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali concernente la "Presa in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o malattie analoghe dal punto di vista assistenziale";



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)

CONSIDERATO che è opportuno delineare un percorso integrato di servizi sociosanitari integrati territoriali per i pazienti adulti affetti da SLA e altre malattie del motoneurone articolato in una sequenza di interventi per la diagnosi, la cura e la presa in carico territoriale;

PRESO ATTO del documento elaborato dal tavolo Tecnico regionale SLA riguardante la rete assistenziale in favore dei cittadini affetti da SLA in Campania e denominato: *“Indirizzi operativi per una efficace rete assistenziale in favore dei cittadini adulti affetti da SLA e malattie del motoneurone in Campania”*;

RILEVATO che

- a. tale documento risponde alle esigenze di definire modalità univoche e omogenee per la diagnosi e la gestione delle persone adulte affette da tali patologie;
- b. esso fornisce indicazioni e raccomandazioni per la corretta implementazione della rete dei servizi territoriali e per l'umanizzazione dei percorsi assistenziali;
- c. definisce altresì compiti e funzioni dei nodi della rete con particolare riguardo ai centri certificatori regionali già individuati con DGRC n. 1362 del 21/10/2005;
- d. individua la necessità di istituire un centro di riferimento regionale e ne delinea funzioni e caratteristiche;

RITENUTO, pertanto, di dover approvare il documento tecnico denominato: *“Indirizzi operativi per una efficace rete assistenziale in favore dei cittadini adulti affetti da SLA e malattie del motoneurone in Campania”*, allegato A del presente decreto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

VISTI:

- le delibere di giunta regionale n. 1613/2008, n. 996/2009, n. 995/2009, n. 39/2011 e i decreti commissariali n. 62/2012, n. 94/2013, n. 105/2014 che, in conformità agli accordi Stato-Regioni, approvano le linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della L. 662/96, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale collegati agli obiettivi di piano sanitario rispettivamente degli anni 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013;
- la DGRC n. 34/2013 (Programma regionale sperimentale per persone affette da SLA e da altre malattie del motoneurone);
- la DGRC n. 1362/2005 (Centri certificatori malattie rare);
- il DCA n. 108/2014 che approva i programmi operativi 2013-2015, collegati al piano di rientro;
- la DGRC n. 134/2013 con cui è stato approvato il “Piano Sociale Regionale 2013/2015”;

DECRETA

Per le considerazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare il documento tecnico denominato: *“Indirizzi operativi per una efficace rete assistenziale in favore dei cittadini adulti affetti da SLA e malattie del motoneurone in Campania”*, allegato A del presente decreto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. dare mandato agli uffici competenti di fornire indicazioni alle Aziende Sanitarie e agli Ambiti Territoriali per la piena attuazione dell'approvando documento e di monitorarne l'applicazione;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)*

3. di incaricare la DG: Tutela della Salute per l'individuazione del Centro di riferimento regionale e l'avvio delle procedure per lo sviluppo del registro regionale per i cittadini affetti da SLA e malattie del motoneurone, nell'ambito del registro delle malattie rare, come indicato nell'allegato A;
4. di prevedere la successiva definizione di percorsi riabilitativi a completamento dei percorsi integrati di presa in carico;
5. di trasmettere il presente Decreto al Capo di Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, al Direttore Generale per la tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e all'Ufficio Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale per la integrale pubblicazione sul BURC.

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario ad Acta
Prof. Ettore Cinque

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Il Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela Salute e Coord. SSR
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente della UOD Interventi Sociosanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

I Funzionari estensori
Dott.ssa Annarita Greco – Dott. Riccardo Malafronte

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

DALLA DIAGNOSI ALLA FINE DELLA VITA: INDIRIZZI OPERATIVI PER UNA EFFICACE RETE ASSISTENZIALE IN FAVORE DEI CITTADINI ADULTI AFFETTI DA SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE IN CAMPANIA

1. Introduzione

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è la più frequente malattia neurodegenerativa del sistema motorio e, nella forma classica, interessa il primo neurone di moto (motoneurone centrale), che è situato nella corteccia prerolandica (area cerebrale deputata alla esecuzione dei movimenti volontari), ed il secondo neurone di moto (motoneurone periferico) nel tronco cerebrale e nelle corna anteriori del midollo spinale. Le conseguenze cliniche consistono nella progressiva paralisi dei movimenti volontari.

La malattia ha abitualmente un decorso rapidamente progressivo con durata media di 3-5 anni. L'incidenza annua della malattia varia da 1 a 3 nuovi casi per 100.000 abitanti. La prevalenza, cioè la frequenza totale dei casi, è di circa 6-8 per 100.000 abitanti.

Il numero di abitanti residenti in Campania è di 5.769.750 ab. (dati ISTAT: popolazione residente al 1° gennaio 2013): sulla scorta dei dati di incidenza e di prevalenza relativi alla SLA in Italia, si stima che il numero di pazienti con tale malattia residenti in Regione è compreso tra 346-462¹, con 115-173 nuove diagnosi/anno.

I casi attesi per provincia, in termini di prevalenza, sono ricompresi:

- Napoli 183 - 244
- Salerno 66 - 87
- Caserta 55 - 73
- Avellino 17 - 23
- Benevento 26 - 34

La SLA è più frequente con l'aumentare dell'età e raggiunge un massimo ai 55-75 anni, ma può colpire anche soggetti molto giovani. E' presente una lieve prevalenza per il sesso maschile (1.3:1). Il rischio di contrarre la malattia nel corso della vita non è trascurabile ed è di 1/350 negli uomini e di 1/420 nelle donne.

Non sono descritte prevalenze etniche, con eccezione di alcune regioni con elevata prevalenza nel Pacifico occidentale.

La malattia è tipicamente sporadica, cioè colpisce un solo individuo nella famiglia, ma può anche essere familiare in una minoranza di casi (5-10%).

1

A inizi 2015, il numero dei cittadini con diagnosi di SLA inseriti nel Registro Regionale delle Malattie Rare istituito ai sensi della DGRC n. 2109/2014 è di 467 unità, perfettamente in linea con le stime di incidenza.

2. Patogenesi

Vari fattori sono potenzialmente implicati nella patogenesi della malattia: genetici, ambientali, infettivi ed autoimmuni.

Cause genetiche. Il 5-10% dei casi di SLA è familiare, usualmente con trasmissione autosomica dominante. Mutazioni del gene che codifica per la superossido dismutasi 1 (SOD1) sono responsabili del 20% dei casi familiari e del 5% delle forme apparentemente sporadiche. Le mutazioni della proteina ne determinano molto probabilmente una alterata attività di conversione dei radicali superossidi, che sono estremamente tossici.

Sono state descritte anche mutazioni di altri geni che possono causare la SLA familiare ed essere riconosciute anche in casi apparentemente sporadici. In particolare sono state identificate recentemente mutazioni in alcuni geni (TDP-43, FUS/TLS, C9ORF72) che legano la patogenesi della SLA a quella di un'altra malattia neurodegenerativa, la demenza fronto-temporale, anch'essa talora causata da mutazioni di tali geni.

Cause ambientali. La prevalenza della SLA nelle aree del Pacifico (Nuova Guinea, Isola di Guam e la penisola Kii del Giappone), ove essa si associa a parkinsonismo e demenza, è 50 volte superiore a quella del resto del mondo. Non è stato possibile documentare alcuna causa infettiva, tossica o genetica e la malattia è stata messa in relazione con l'abitudine alimentare di ingerire semi della palma *Cycas Circinalis*, che conterrebbero una sostanza neurotossica.

In alcuni studi epidemiologici, anche il fumo di sigaretta è stato associato ad un rischio più elevato di sviluppare la SLA.

Cause infettive. E' stato proposto ma non sufficientemente dimostrato il ruolo di alcuni virus (enterovirus, HIV, HTLV-1) e prioni nel determinare la malattia.

Cause immunitarie. La teoria di una causa immunitaria è controversa. In ogni caso, le immunoterapie condotte con corticosteroidi, plasmateresi, immunoglobuline, ciclofosfamide e irradiazione non sono risultate efficaci.

I meccanismi molecolari che determinano la morte dei motoneuroni restano sconosciuti, anche se è molto probabile che ne siano implicati più di uno. Accanto all'azione tossica dell'enzima SOD1 mutato, altri meccanismi primari possono essere la disorganizzazione dei neuro-filamenti, l'eccitotossicità mediata dal glutammato e le anomalie della regolazione intracellulare del calcio. I neurofilamenti sono organelli cellulari implicati nel trasporto assonale, nel determinismo della forma dei neuroni e del calibro dei loro prolungamenti assonali. Essi costituiscono un possibile bersaglio della tossicità indotta da SOD1 mutato e sono stati osservati in quantità anomala nei neuroni e nei segmenti prossimali degli assoni dei pazienti con SLA. Un livello elevato di glutammato è stato osservato nel liquido cerebrospinale di pazienti affetti da SLA sporadica. Questo dato ha suggerito l'ipotesi di una inappropriata attivazione dei recettori del glutammato con conseguente eccitotossicità dovuta all'eccessiva penetrazione di calcio nei neuroni ed attivazione di una serie di eventi che possono indurre la morte cellulare. L'ipotesi potrebbe anche spiegare la sopravvivenza nella SLA di alcuni motoneuroni, come quelli oculomotori. In questi ultimi la presenza di proteine leganti il calcio li proteggerebbe dall'eccesso intracellulare dello stesso.

3. Quadro clinico

Come precedentemente descritto l'età d'insorgenza è più frequentemente compresa tra la quinta e la sesta decade e la durata media di malattia è di 3-5 anni.

Nei pazienti affetti dalla forma tipica di SLA i sintomi iniziali consistono nella progressiva ipostenia degli arti, inizialmente asimmetrica e più frequentemente degli arti superiori. Il paziente lamenterà difficoltà nel manipolare oggetti contro resistenza (girare una chiave nella serratura) o frequenti inciampi. In un quarto dei pazienti la malattia può esordire con difficoltà nel parlare (disartria) e/o deglutire (disfagia), ed in tal caso si parla di SLA ad esordio bulbare. Raramente la sintomatologia può rimanere a lungo confinata nel distretto bulbare configurando una Paralisi Bulbare Progressiva.

I primi sintomi compaiono quando la perdita progressiva dei motoneuroni supera la capacità di compenso di quelli superstiti e la progressione clinica segue una logica di diffusione per contiguità anatomica. Così nei pazienti con esordio agli arti inferiori, il coinvolgimento dei muscoli bulbari avverrà solo molto tempo dopo la compromissione di quelli degli arti superiori. Viceversa l'esordio agli arti superiori sarà seguito più rapidamente dal coinvolgimento bulbare. Le funzioni sensoriali, sessuali e sfinteriche (sia vescicali che intestinali) non sono coinvolte. Piuttosto, nel corso della malattia può manifestarsi un deficit delle funzioni cognitive di entità variabile (20-50% dei casi) e più raramente (5-15% dei casi) è possibile osservare una demenza, generalmente di tipo fronto-temporale. Il paziente potrà osservare la progressiva diminuzione di volume delle masse muscolari, che può essere severa, ad esempio nelle mani (mani scheletriche), la comparsa delle fascicolazioni (brevi ma ripetute contrazioni di minime porzioni muscolari) e di crampi (specie notturni) e la incapacità a tollerare sforzi prolungati. Il neurologo coglierà, accanto ai segni della compromissione del motoneurone periferico (atrofia, ipostenia, fascicolazioni), anche l'evidenza di spasticità e segni specifici di compromissione del motoneurone centrale.

La causa più frequente di morte è l'insufficienza respiratoria.

In alcuni pazienti sono evidenti solo i segni di compromissione del motoneurone periferico ed in tal caso la condizione viene definita come *Atrofia Muscolare Progressiva*. Nella *Sclerosi Laterale Primaria*, condizione più rara, sono invece presenti solo segni di compromissione del motoneurone centrale.

La forma familiare di SLA è clinicamente identica alla forma sporadica e l'età media all'esordio è più precoce. La progressione di malattia è variabile e può essere più lenta o più rapida della forma sporadica.

Uno degli obiettivi fondamentali del management della persona affetta da SLA è rappresentato dal monitoraggio e trattamento dei sintomi correlati alla malattia. Si tratta di un approccio multidisciplinare che inizia dal modo in cui la diagnosi viene comunicata e prosegue per tutta la durata della malattia fino al momento del lutto.

La Consulta sulle Malattie Neuromuscolari, istituita con Decreto Ministeriale del 27 febbraio 2009, ha avuto l'obiettivo di individuare soluzioni efficaci per affrontare le maggiori criticità rilevate rispetto all'assistenza erogata, nelle diverse aree del Paese, alle persone con SLA, con altre Malattie Neuromuscolari o con malattie analoghe dal punto di vista assistenziale, fornendo indicazioni per lo sviluppo di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci, lavorando su problematiche trasversali a tutte le patologie e trovando applicazioni e soluzioni comuni. Nel corso della seduta del 25 maggio 2011 la Conferenza Stato Regioni ha sancito l'accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali concernente la "Presa in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o malattie analoghe dal punto di vista assistenziale". In particolare, l'Accordo, recependo i principi indicati dal documento conclusivo elaborato dalla Consulta

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1278_allegato.pdf), prevede il coinvolgimento diretto e l'impegno formale di tutti i suoi sottoscrittori per garantire, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, varie azioni di supporto della condizione di disabilità e invalidità, percorsi di formazione ed informazione, l'istituzione di centri di riferimento e di un sistema integrato per l'assistenza di questi malati, la valorizzazione strategica di ricerca ed innovazione.

Come ribadito nel Documento finale della Consulta, *“la complessità e varietà dei quadri clinici che caratterizza la SLA e le altre Malattie Neuromuscolari, infatti, sono affrontabili in maniera efficace ed efficiente se improntati ai seguenti principi generali:*

- *L'interazione fra i diversi problemi funzionali associata alla interazione con l'ambiente fisico determina l'appropriatezza di una specifica tipologia di intervento per le varie fasi della malattia. Pertanto il percorso assistenziale della persona affetta SLA si caratterizza per la sua complessità e la diversificazione della intensità degli interventi in relazione all'evoluzione della malattia, alla progressiva perdita di funzioni e di autonomia, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare, sociale e ambientale.*
- *La continuità assistenziale si basa sulla consapevolezza che per il singolo paziente sono fondamentali: l'integrazione degli interventi per uno stesso soggetto, tali da non risultare frammentati e incongruenti fra loro, ma flussi di un processo unitario e condiviso di presa in carico; il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presa in carico globale*
- *La centralità e l'unitarietà della persona rappresentano elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale”.*

4. La diagnosi

La diagnosi di SLA si basa essenzialmente sulla osservazione clinica ed elettrofisiologica di progressione della malattia a più distretti muscolari e sulla esclusione di patologie con quadro clinico analogo.

Sul piano clinico l'osservazione contemporanea di segni di lesione del motoneurone centrale e periferico, associati o disgiunti in più regioni corporee, in assenza di disturbi delle sensibilità e degli sfinteri, suggerisce fortemente la diagnosi.

La diagnosi clinica deve essere confermata dallo studio elettrofisiologico, che ha anche lo scopo di cogliere minime modificazioni neuromuscolari, silenti sul piano clinico nelle fasi iniziali di malattia, e favorire una diagnosi precoce.

Attualmente vengono utilizzati i criteri diagnostici emersi da una conferenza internazionale svoltasi in Giappone nel 2006. Viene mantenuta la suddivisione del corpo in 4 regioni, una bulbare e tre spinali (cervicale, toracica e lombosacrale) ma nella valutazione di regione affetta o meno, assumono uguale peso i dati clinici ed elettrofisiologici. In tal modo vengono semplificate le categorie diagnostiche e si incrementano le diagnosi precoci. Naturalmente diviene decisiva la qualità dell'indagine elettrofisiologica, che dovrà essere eseguita secondo rigorose metodologie.

In definitiva si riconoscono tre categorie diagnostiche:

SLA clinicamente possibile: segni di lesione clinica od elettrofisiologica dei motoneuroni centrale e periferico in almeno una regione;
oppure, segni di lesione del motoneurone centrale in due o più regioni; oppure, segni di lesione del motoneurone periferico in una regione rostrale rispetto ai segni di lesione del motoneurone centrale.

SLA clinicamente probabile: segni di lesione clinica od elettrofisiologica dei motoneuroni centrale e periferico in almeno due regioni con presenza di alcuni segni del motoneurone centrale, rostrali rispetto a quelli del motoneurone periferico.

SLA clinicamente definita: segni di lesione clinica od elettrofisiologica dei motoneuroni centrale e periferico nella regione bulbare ed in due regioni spinali; oppure segni di lesione clinica od elettrofisiologica dei motoneuroni centrale e periferico nelle tre regioni spinali.

La dimostrazione dell'interessamento del motoneurone periferico può essere clinica od elettrofisiologica, dunque è indispensabile stabilire quali siano i criteri elettromiografici per sostenere il dato. L'esame EMG deve dimostrare una denervazione attiva mediante la registrazione di potenziali di fibrillazione, potenziali positivi di denervazione e/o fascicolazioni complesse, ed una denervazione cronica con potenziali di unità motoria di durata ed ampiezza aumentata, con morfologia frequentemente polifasica ed instabile ed un ridotto reclutamento delle unità motorie con elevata frequenza nello sforzo massimale. Lo studio della conduzione nervosa è un completamento indispensabile dello studio elettrofisiologico. Sarà possibile osservare una ridotta ampiezza dei potenziali evocati motori con normalità o modesta riduzione della conduzione motoria. Di grande importanza ai fini della diagnosi differenziale è la dimostrazione di normalità della conduzione sensitiva e l'assenza di blocchi di conduzione lungo le fibre motorie.

L'interessamento del motoneurone centrale può essere dimostrato, anche in fase preclinica, mediante l'uso della Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS). Questa metodica è in grado di rilevare un interessamento delle vie corteccia motoria-bulbo e/o midollo mediante l'osservazione di un prolungamento del tempo necessario all'impulso elettrico a percorrere il tratto in esame e/o mediante una ridotta eccitabilità dei motoneuroni nella corteccia motoria.

Anche la RMN tradizionale può evidenziare una anomala intensità di segnale delle vie cortico-bulbari e/o midollari, mentre la RMN spettroscopica è in grado di valutare la numerosità dei motoneuroni nella corteccia motoria.

Nei casi nei quali permangono dubbi diagnostici può essere utile eseguire la rachicentesi con analisi biochimica del liquor, la biopsia muscolare o la biopsia di nervo.

La rivalutazione clinico-elettrofisiologica, anche dopo un breve periodo di 1-2 mesi, costituisce uno degli strumenti più validi per una corretta diagnosi.

Nei casi familiari è possibile praticare l'esame per le mutazioni SOD1 e degli altri geni coinvolti.

In sintesi, la diagnosi di SLA si fonda sulla dimostrazione del coinvolgimento del motoneurone periferico (clinica, elettrofisiologica o neuropatologica) e del motoneurone centrale (clinica, elettrofisiologica o radiologica), sulla osservazione della progressiva diffusione dei sintomi e segni in più regioni corporee e sulla esclusione di altre patologie che possono simularne il quadro clinico.

Accanto alla necessità di formulare una corretta diagnosi, è indispensabile monitorare le funzioni principalmente coinvolte nella SLA (motricità, loquela, nutrizione, respirazione), perché in assenza di una terapia risolutiva, la prognosi e la qualità della vita del paziente dipenderanno sostanzialmente dai presidi e gli ausili che saranno progressivamente necessari.

5. Valutazione della motricità

Le capacità motorie del paziente andranno monitorate mediante la valutazione della forza muscolare distrettuale e del grado di disabilità.

La valutazione della forza distrettuale è abitualmente eseguita mediante un test clinico che si fonda sulla osservazione della resistenza opposta dal paziente alle manovre richieste dall'esaminatore per i singoli muscoli esaminati. La forza del paziente viene descritta con un punteggio compreso tra 0 (assenza di movimento) e 5 (forza normale) secondo la scala proposta dal Medical Research Council (MRC) ed universalmente accettata (vedi appendice).

Il Test si è rivelato negli anni attendibile, riproducibile, di rapida esecuzione e praticabile anche al domicilio del paziente, viene quindi considerato un mezzo affidabile per valutare la progressione di malattia relativamente alla forza muscolare. Per la corretta applicazione è necessario che l'esaminatore conosca l'azione dei muscoli che si intende esaminare e di quelli sinergici che si associano nell'esecuzione del movimento richiesto. Abitualmente vengono esaminati i seguenti gruppi muscolari: flessore-estensori del capo; abduttori e rotatori della spalla; flessore-estensori del gomito e del polso; intrinseci della mano; flessore-estensori ed abduttori dell'anca; flessore-estensori del ginocchio e del piede; intrinseci del piede.

La quantificazione del grado di disabilità avviene mediante l'uso della scala ALS Functional Rating Scale-revised (ALS-FRS-r). Questa scala, largamente utilizzata anche nei trials clinici, è di rapida e semplice applicazione e considera le funzioni bulbari, la destrezza motoria, la forza muscolare globale e l'efficienza respiratoria mediante 12 items, ognuno con punteggio da 0 (massima compromissione) a 4 (funzione normale) (vedi **allegato 1**).

La somministrazione periodica della ALS-FRS ad esempio ogni due mesi, consente di ottenere in un periodo di tempo relativamente breve, una conferma diagnostica ed una stima della rapidità di progressione della malattia secondo lo schema seguente già in uso presso altre Regioni:

- *Punteggio invariato. nessuna progressione*
- *Riduzione di 1-2 punti del punteggio: progressione moderata*
- *Riduzione del punteggio superiore ai 2 punti: progressione rapida.*

6. Valutazione della loquela e della deglutizione

In caso di disartria/anartria si hanno a disposizione una serie di presidi in grado di permettere la comunicazione ai pazienti: tavole alfabetiche, sistemi computerizzati. È inoltre importante ricordare la possibilità di ricorrere nelle prime fasi di malattia ad un logopedista che aiuti il paziente a mantenere il più possibile le capacità comunicative. I programmi di adattamento/addestramento alla comunicazione facilitata possono vedere impegnati terapisti occupazionali, logopedisti, fisioterapisti secondo ruoli e competenze.

La Regione Campania ha recentemente pubblicato una delibera che facilita l'accesso dei pazienti ai comunicatori ad alta tecnologia utilizzando specifici fondi ministeriali (DGRC n. 109 del 20/03/2012, BURC n. 18 del 22.03.012).

La disfagia deve essere sorvegliata attentamente in quanto può determinare perdita ponderale con carenza proteica e aggravamento del decorso della malattia. La modalità più semplice per il controllo del malato da questo punto di vista è il controllo del peso corporeo che deve calare solo di poco (ipotrofia muscolare) o restare stabile, per evitare una condizione di malnutrizione. È importante comunque la consulenza nutrizionale fin dall'inizio della malattia. Il riscontro di calo ponderale significativo (> 5-10%) costituisce indicazione a proporre e discutere con il paziente il posizionamento di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG). La nutrizione enterale via PEG è in grado di stabilizzare il peso corporeo e il body mass index (BMI) del paziente, favorendo così una maggior sopravvivenza, ma dai vari studi non emerge un timing esatto per utilizzo di PEG sebbene per ridurre i rischi connessi alla procedura è ormai stabilito che l'esecuzione della PEG debba essere effettuata prima che la capacità vitale forzata (FVC) si riduca al di sotto del 50%. Inoltre la PEG è indicata alla comparsa di episodi di aspirazione nelle vie aeree per evitare l'instaurarsi di polmonite ab ingestis, potenzialmente fatale. Altre opportunità sono la gastrostomia percutanea radiologica (RIG o PRG), utile per pazienti con capacità vitale forzata anche al di sotto del 50%, e il sondino naso-gastrico, utile nell'attesa dell'esecuzione dell'intervento di PEG o RIG o nel caso di impossibilità ad eseguire quest'ultimi interventi. Esistono anche modalità di riabilitazione selettive per la deglutizione. È ovvio come in tale situazione il gastroenterologo, il dietologo e il logopedista rivestano un ruolo di importanza capitale.

Indagini utili per monitorare il deficit della deglutizione possono essere rappresentate dalla studio della deglutizione in fibroscopia (FEES) o l'RX videofluorografia esofagea in quanto consentono di evidenziare precocemente i fenomeni di aspirazione di cibo nelle vie aeree.

Un ulteriore intervento, esclusivamente sintomatico, può essere effettuato in caso di scialorrea, soprattutto se refrattaria a trattamenti medici (atropina, amitriptilina, etc), per evitare che comporti una polmonite ab ingestis: l'intervento consiste nell'iniezione di tossina botulinica nelle ghiandole parotidea e sottomandibolare o nell'irradiazione delle stesse.

7. Valutazione della respirazione

Per la corretta attivazione di un piano diagnostico-assistenziale individuale per pazienti affetti da SLA, occorre impostare correttamente la valutazione clinico-funzionale e l'assistenza specialistica pneumologica.

Razionale

L'Insufficienza Respiratoria nella Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è determinata dalla progressiva debolezza dei muscoli respiratori e può essere aggravata dall'interessamento bulbare, dall'insorgenza di episodi di aspirazione endobronchiale di saliva o alimenti, da stasi delle secrezioni bronchiali e da episodi infettivi acuti delle alte e basse vie aeree, questi ultimi spesso causati dalla presenza di tossine efficace.

Nella SLA la gravità della prognosi è legata fondamentalmente al coinvolgimento dei muscoli respiratori e, quindi, al secondario deterioramento della funzione ventilatoria con insorgenza di insufficienza respiratoria ingravescente.

Tab.1 Segni e sintomi di insufficienza respiratoria nella SLA

Sintomi	Segni
Dispnea durante lo sforzo o l'eloquio	Tachipnea
Ortopnea	Utilizzo dei muscoli respiratori accessori
Frequenti risvegli notturni	Movimento addominale paradossale
Nicturia	Decremento dei movimenti toracici
Eccessiva sonnolenza diurna (ESS [*] >9) e fatica	Tosse debole o poco efficace
Cefalea mattutina	Sudorazione
Difficoltà nell'espettorazione	Tachicardia
Scarsa capacità di concentrazione	Perdita di peso
Depressione	Confusione, allucinazioni
Scarso appetito	Papilledema (raro)
	sincope

ESS^{*}, Scala della sonnolenza di Epworth

L'esordio clinico della SLA con coinvolgimento primario respiratorio è raro; i segni ed i sintomi respiratori precoci della debolezza dei muscoli respiratori possono essere sfumati o in alcuni casi presentarsi solo durante il sonno, sono quindi indicatori poco sensibili di tale patologia. Lo studio dei muscoli respiratori è, di conseguenza, clinicamente rilevante, potendo concretizzarsi il deficit anatomico-funzionale prima che il paziente manifesti sintomi e/o segni respiratori eclatanti ed invalidanti (Tab.1). In tali pazienti è fondamentale, quindi, un monitoraggio pneumologico periodico, solitamente trimestrale, sia clinico che funzionale al fine di stabilire la presenza di insufficienza respiratoria e, quindi, definire il "timing" ottimale d'inizio della ventilazione meccanica; di svelare una tosse inefficace ed attuare quelle misure terapeutiche in grado di migliorare la qualità di vita del paziente.

Fondamentale importanza ha il colloquio con il paziente ed i familiari per delineare il decorso respiratorio della malattia e l'eventuale necessità di intraprendere un trattamento ventilatorio non invasivo o invasivo⁽¹⁾.

7.1 Diagnosi e monitoraggio della funzione respiratoria

1. Valutazione della meccanica respiratoria⁽²⁾

La valutazione della meccanica respiratoria nella SLA si avvale di test spirometrici, che consentono di indagare la funzionalità dei muscoli respiratori, indispensabile per una corretta ventilazione, e per garantire un efficace riflesso della tosse ed un valido scambio dei gas (Fig. 1).

Algoritmo diagnostico e monitoraggio della funzione respiratoria nella sclerosi laterale amiotrofica

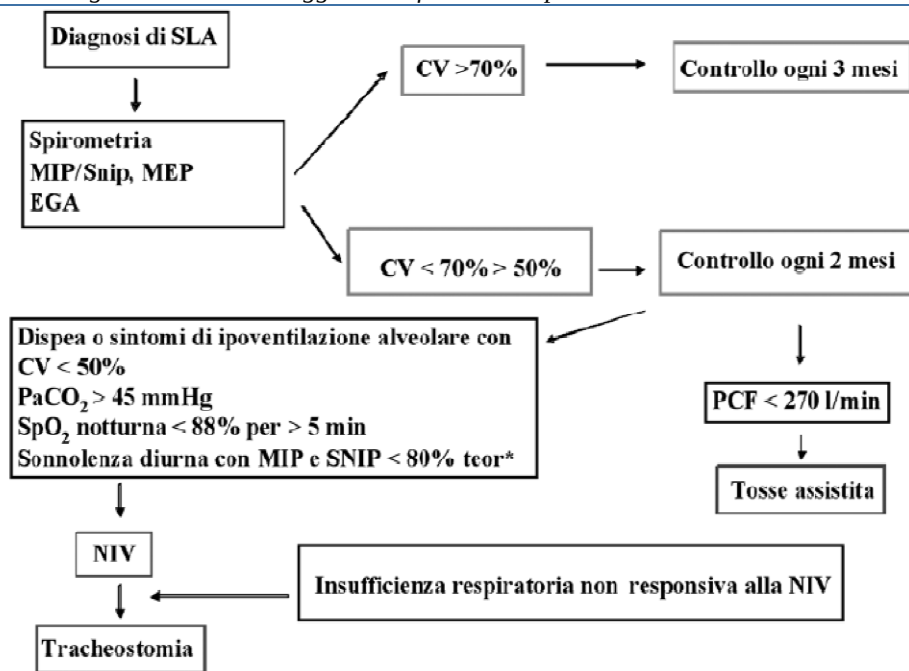


Figura 1

a. Capacità vitale forzata (CVF). E' un indice di fondamentale importanza nella diagnosi e nel monitoraggio dell'impegno respiratorio in pazienti con SLA, il cui declino tende ad assumere un decorso lineare, con un decremento medio di 2-4% circa ogni mese.

Il test deve essere eseguito sia in posizione eretta che supina. La CVF è correlata alla sopravvivenza ed il suo valore, misurato in posizione supina, è stato proposto come test attendibile nel predire la sopravvivenza ad un anno. I limiti della CVF sono legati alla difficoltà d'esecuzione dell'esame in pazienti con coinvolgimento bulbare (a causa della debolezza dei muscoli buccali); alla dipendenza dell'esame dalla forza dei muscoli respiratori, dalla scarsa sensibilità della metodica nell'individuare una debolezza diaframmatica lieve o moderata, dalla collaborazione del paziente, dalla elasticità della parete toracica, dalla pervietà delle vie aeree. Nonostante tali limiti l'American Academy of Neurology ne raccomanda la valutazione al momento della diagnosi e, quindi, periodicamente senza, però, definirne la frequenza dei controlli.

b. Massima pressione inspiratoria (MIP) e massima pressione espiratoria (MEP). Forniscono utili informazioni sulla forza dei muscoli respiratori, ma possono essere inattendibili nei pazienti affetti da SLA con debolezza dei muscoli periorali. Un valore di MIP superiore ad 80 cmH₂O e di MEP superiore a 100 cmH₂O escludono la presenza di un deficit di forza della muscolatura respiratoria. Un valore di MIP inferiore di - 60 cmH₂O è considerato un fattore predittivo di

mortalità a 18 mesi ed inoltre può essere usato come indicatore di desaturazione notturna.

Pazienti con bassi valori di CVF, di MIP e MEP richiedono ulteriori accertamenti per verificare la reale presenza di debolezza dei muscoli respiratori. Inoltre molti pazienti con il progredire della malattia non sono più in grado di eseguire la manovre richieste per la corretta esecuzione di tali esami.

c. Pressione nasale tramite Sniff Test (SNIP): E' una misura non invasiva che si basa sull'inspirazione massimale del flusso aereo attraverso una narice collegata opportunamente ad un trasduttore di pressione. È un test semplice, attendibile, riproducibile, che può essere eseguito anche da pazienti affetti da SLA con coinvolgimento bulbare. Permette di misurare la forza dei muscoli inspiratori e riflette le pressioni intratoraciche. Sembra essere più sensibile di altri test di funzionalità respiratoria nell'individuare precocemente l'interessamento dei muscoli respiratori. Un valore di SNIP superiore a 70 cmH₂O esclude la presenza di un coinvolgimento della muscolatura respiratoria e sostituisce la manovra di Sniff pressione esofagea (sniffPes). Quest'ultima andrà eseguita solo se il rilievo di bassi valori di SNIP non risulta convincente. La SNIP può, infatti, risultare poco attendibile in pazienti con concomitante Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

d. Pressione gastrica ed esofagea. Dalla differenza fra queste due pressioni si ricava la pressione transdiaframmatica (Pdi), ovvero la pressione generata dal diaframma, fornendo la pressione esofagea una buona stima della pressione pleurica. La Pdi è il test "gold standard" per la misurazione della "forza del diaframma" ed è il miglior indice predittivo di insufficienza respiratoria. Il test per lo più non è bene accettato ai pazienti, per cui in alternativa si esegue la CVF in posizione supina, che è il test di funzionalità respiratoria più strettamente correlato alla Pdi. Infatti in posizione supina un diaframma indebolito viene *risucchiato* verso la cavità toracica durante l'inspirazione, mentre la parete addominale si appiattisce verso i visceri (movimento addominale paradossale), determinando di conseguenza ortopnea e riduzione della CVF. Un valore di CVF inferiore al 75% del predetto in posizione supina è associato ad una sensibilità ed ad una specificità del 100% nel predire una Pdi patologica inferiore a 70 cmH₂O.

2. Valutazione dell'efficacia della tosse.^(2,3,4)

La valutazione dell'efficacia della tosse nella SLA è notevolmente importante. In questi pazienti è, infatti, presente difficoltà nella rimozione delle secrezioni bronchiali per un riflesso della tosse inefficace, determinato dalla progressiva debolezza ed incoordinazione dei muscoli espiratori, quest'ultimo, eventualmente, associato ad un'ipofunzione della muscolatura glottica.

a. Picco di flusso espirato durante la tosse (CPF). La tosse, allorché non raggiunge il valore soglia di 270 l/min, è da ritenersi inefficace e, quindi, insufficiente a detergere le vie aeree dalle secrezioni bronchiali.

b. Cough Pgas. La pressione che viene generata nello stomaco durante un colpo di tosse è utile per valutare la forza dei muscoli espiratori nei casi in cui la MEP sia dubbia. E' una misurazione invasiva e richiede l'introduzione di un sondino nello stomaco, per cui talvolta non è ben tollerata.

c. Pressione massimale alla bocca durante fischio (Pmow). E' un test non invasivo, che può sostituire la "cough Pgas".

Sequenza d'esecuzione dei test di valutazione della forza muscoli respiratori

- CV in posizione eretta e supina
- MIP, MEP, P_{moW}
- SNIP (se MIP bassa)
- Sniff P_{es} (se SNIP bassa)
- Sniff P_{di}
- Tw P_{di} (in pazienti non collaboranti)
- Cough P_{gas} (se MEP o P_{moW} basse)
- CPF

3. Valutazione degli scambi gassosi

Il deficit della muscolatura toraco-addominale causa insorgenza di ipoventilazione alveolare con secondaria insufficienza respiratoria. Inizialmente, però, il quadro emogasanalitico diurno può risultare nella norma e l'ipoventilazione manifestarsi solo durante il sonno.

a. Pulsiossimetria o saturimetria notturna. E' un utile strumento per valutare la presenza di episodi di desaturazioni notturne in pazienti che in stato di veglia mostrano un buon compenso emogasanalitico. Una desaturazione notturna $\leq 88\%$ per un tempo ≥ 5 minuti consecutivi è considerata un semplice e precoce indice di deficit diaframmatico.

b. Emogasanalisi. L'ipercapnia solitamente insorge tardivamente quando la forza dei muscoli respiratori raggiunge un quarto circa del valore normale e la CV si riduce al 30% del valore teorico. Ipossiemia ed ipercapnia, invece, possono essere significative durante il sonno e soprattutto nella fase REM, quando già fisiologicamente si riducono il "driver respiratorio" ed il tono muscolare.

c. Polisonnografia. Il suo ruolo è ancora controverso e gli studi finora effettuati hanno fornito dati contrastanti. Inoltre gli indici di cattiva qualità del sonno (incluso l'Indice di Apnea/Ipopnea) presentano una scarsa correlazione con le misure di qualità della vita nel paziente affetto da SLA. Può consentire una diagnosi precoce di ipoventilazione alveolare ed indurre al sospetto di SLA⁽⁵⁾.

7.2 Interventi terapeutici di interesse pneumologico

La valutazione della funzionalità respiratoria e degli scambi gassosi sono indispensabili per stabilire il "timing" ottimale per l'inizio della ventilazione meccanica. Attualmente, in assenza di un trattamento specifico per la SLA, la ventilazione meccanica viene identificata come la terapia più efficace (figura 2).

1. Ventilazione meccanica non invasiva^(2,6,7,8)

Negli ultimi 15-20 anni numerosi studi hanno indagato gli effetti positivi della ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva (NIPPV) nei pazienti affetti da SLA che abbiano indicazioni a tale trattamento. I pazienti ben adattati alla NIPPV, ovvero che la utilizzano per almeno 4 ore al giorno, hanno un incremento della sopravvivenza di circa 10-14 mesi.

La NIPPV può rallentare il declino della funzione respiratoria, modificando così il decorso naturale della malattia, probabilmente risolvendo le zone di microatelettasia (quindi migliorando la funzione respiratoria) e sostenendo i muscoli respiratori indeboliti.

La compromissione bulbare può rendere difficoltoso l'adattamento alla NIPPV, anche se non rappresenta una vera e propria controindicazione.

In uno studio epidemiologico italiano che ha coinvolto 36 Centri SLA è stato concluso che l'attenzione posta alla disfunzione respiratoria nella SLA è insufficiente, infatti, spesso, le problematiche respiratorie vengono discusse tardivamente e la NIPPV viene proposta in fase avanzata di malattia nel 50-75% dei Centri coinvolti.

7.3 “Timing” per inizio ventilazione meccanica nella sclerosi laterale amiotrofica

In caso di diagnosi SLA, il percorso per la valutazione di una ventilazione meccanica segue lo schema di cui alla fig. 2.

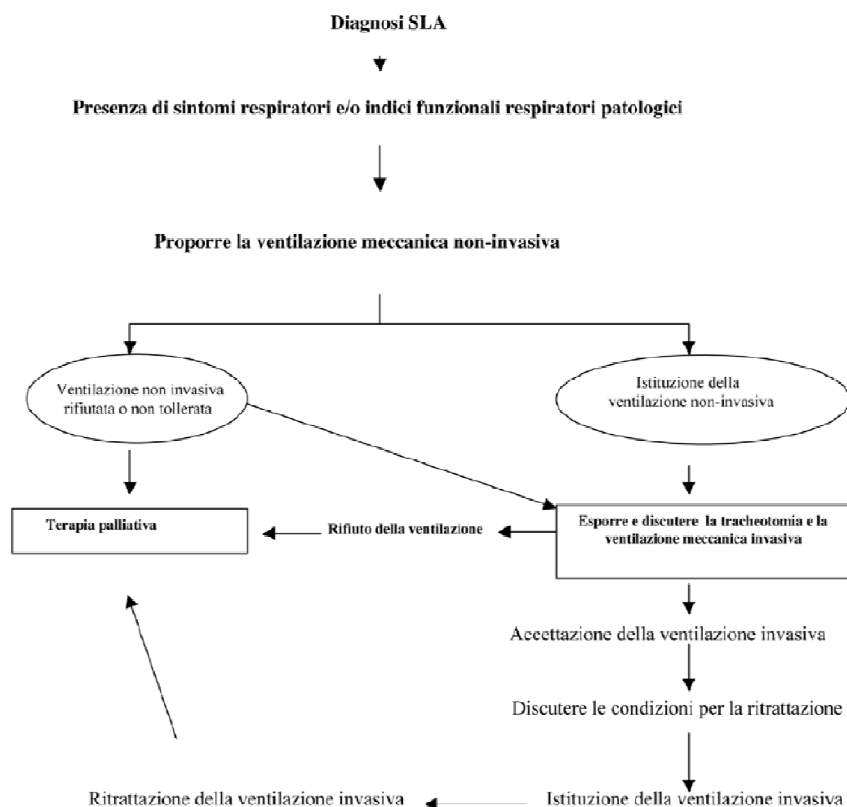


Figura 2

Non c'è tuttora un criterio univoco per definire quando iniziare la NIPPV; diversi sono, infatti, i criteri proposti dagli esperti del settore (Tab. 2 e 3). In ogni caso, prima di effettuare la prescrizione della protesi ventilatoria, il presidio deve essere attentamente valutato per verificarne l'adeguatezza delle caratteristiche tecniche alla particolare patologia in atto e l'ottimale compliance del paziente ai parametri impostati.

Tab.2 Indicazioni alla ventilazione meccanica non invasiva dell'EFNS task force on management of amyotrophic lateral sclerosis.

- | |
|--|
| <p>1 Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi respiratori correlati alla debolezza dei muscoli respiratori:</p> <ul style="list-style-type: none"> -dispnea -ortopnea -disturbi del sonno non causati dal dolore -cefalea mattutina -difficoltà di concentrazione -perdita dell'appetito -eccessiva sonnolenza diurna (Scala della sonnolenza di Epworth >9) <p>2 Segni di debolezza dei muscoli respiratori:</p> <ul style="list-style-type: none"> -FVC < 80% o SNIP < 40 cmH₂O <p>3 Presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> -significativa desaturazione notturna alla saturimetria eseguita per tutta la durata della notte o -pCO₂ al risveglio > di 6,5Kpa |
|--|

da

EFNS Task Force 2005 ⁽²⁾

Tab.3

Criteri proposti per l'introduzione della NIPPV		
American Academy of Neurology, 1999	Consensus Conference, 1999	EFNS Task force, 2005
Sintomi respiratori o CVF < 50%	Sintomi respiratori e uno dei seguenti parametri: a. $\text{PaCO}_2 \geq 45$ mmHg b. ossimetria notturna che dimostri una $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ per 5 minuti consecutivi c. $\text{MIP} < 60$ cmH ₂ O o CVF < 50%	Sintomi respiratori ed evidenza di: CVF $\leq 80\%$ o $\text{Snp} \leq 40$ cmH ₂ O oppure: PaCO_2 al mattino $\geq 6,5$ kPa

da EFNS Task Force 2005 ⁽²⁾, Kleopa KA et al. 1999⁽⁶⁾, Miller RG et al. 1999⁽⁸⁾

2. Ventilazione meccanica invasiva (VMI)

Quando la NIPPV diventa insufficiente, la ventilazione meccanica invasiva (VMI) rimane l'unico supporto terapeutico in grado di compensare l'insufficienza respiratoria del paziente affetto da SLA.

La ventilazione invasiva è indicata allorché l'utilizzo della NIPPV supera le 18 ore, in presenza di paresi flaccida dei muscoli facciali, che rendano impossibile l'adattamento alla NIPPV; di episodi ricorrenti di "ab ingestis"; di severo deficit bulbare, che impedisca l'adattamento alla NIPPV.

La VMI prolunga la sopravvivenza anche di anni, migliorando i sintomi respiratori, sebbene la malattia continui a progredire conducendo alla paralisi neuromuscolare completa fino allo stato di "locked-in syndrome". La VMI è costosa, non solo in corso di ricovero (riacutizzazione) ma anche nei trattamenti domiciliari; comporta uno sforzo organizzativo, un impegno assistenziale, un notevole e qualificato carico di lavoro per i familiari e/o per le persone che dovranno seguire il paziente e che dovranno essere specificamente formati come "caregivers". Prima di intraprenderla, quindi, attentamente discussa con i pazienti e/o con la/le persona/e che lo assisterà/anno. Per i pazienti che rifiutano la VMI deve essere garantita l'assistenza nella fasi terminali della malattia offrendo le cure più idonee anche al domicilio.

3. Riabilitazione Respiratoria^(9,10,11,12)

a. Assistenza alla tosse

La tosse è espressione di un meccanismo fisiologico di difesa delle vie aeree che si svolge in tre fasi (la fase inspiratoria, la fase della compressione a glottide chiusa e la fase espulsiva) nelle quali giocano un ruolo fondamentale i muscoli in ed espiratori e la coordinazione con chiusura e apertura della glottide. Pertanto l'assistenza alla tosse può richiedere l'intervento del fisioterapista nella fase inspiratoria o espiratoria o in ambedue.

L'assistenza alla fase inspiratoria si attua mediante l'"air stacking", che consiste nell'iperinsufflare aria all'interno del polmone allo scopo di aumentare il volume polmonare di fine inspirazione e di conseguenza la forza della tosse in fase espiratoria. Essa viene comunemente eseguita ricorrendo al pallone tipo Ambu o al ventilatore volumetrico. Quest'ultima modalità viene preferita nel paziente con funzione della glottide ben conservata e già in ventilazione meccanica. E' una modalità che richiede l'aumento del Volume "tidal" già impostato e la collaborazione del paziente, in quanto dopo la prima insufflazione il paziente non deve espirare e deve chiudere la glottide per ricevere una seconda e poi una terza insufflazione fino ad arrivare a volume insufflati molto elevati.

L'assistenza nella fase espiratoria avviene, invece, con la compressione manuale applicando delle compressioni rapide sulla superficie dell'addome e della gabbia toracica sincronizzando le compressioni con la tosse del paziente.

L'assistenza simultanea alla fase in ed espiratoria è eseguita mediante l'impiego dell'"in

exsufflator” che nella fase inspiratoria insuffla aria con una pressione di 20-50 cm di acqua e in quella espiratoria applica una negatività pressoria di 20-50 cm di acqua alla bocca del paziente.

Nei casi in cui le secrezioni sono molto periferiche, solitamente, si fa ricorso al altri tipi di presidi terapeutici in grado di assicurarne la mobilizzazione.

Ogni tipo di protesi che si intende utilizzare deve essere attentamente valutata nelle sue caratteristiche costruttive, tarata e provata su ogni singolo paziente, verificandone le controindicazioni e le possibili complicanze derivate dall'utilizzo delle apparecchiature in tale tipologia di pazienti.

In definitiva l'utilizzo, nell'ambito di un programma di Riabilitazione Respiratoria Personalizzata, di ausili meccanici per incentivare l'espettorazione anche in questi pazienti consente di ridurre significativamente il numero di ospedalizzazioni per complicanze respiratorie e di migliorare la sopravvivenza.

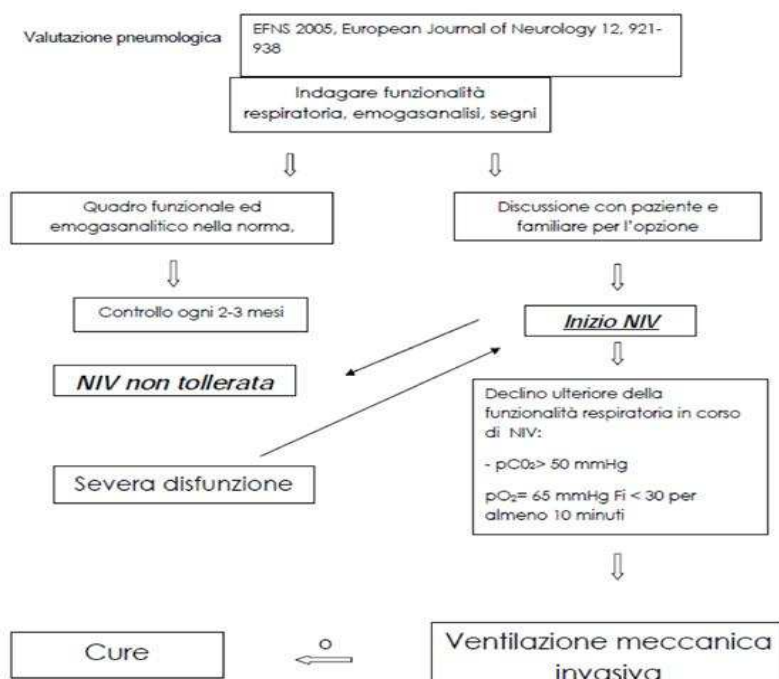
b. Il mantenimento delle attività motorie residue

Le attività motorie vengono sostenute mediante una attenta valutazione delle condizioni generali e neuro-muscolari del paziente. Talvolta si utilizza un allenamento muscolare alla forza ad intensità moderata, mentre non viene utilizzato l'allenamento all'”*endurance*”. Nelle fasi più avanzate di malattia, in presenza di stazione eretta e deambulazione ancora conservata, benché difficoltosa, vengono adottate tutte le strategie disponibili (es. mantenimento di posture corrette, impiego di deambulatori) allo scopo di ritardare le limitazioni articolari ed il passaggio sulla carrozzella. Nei pazienti fortemente compromessi l'approccio si basa sui cambi ripetuti e programmati della postura quando il paziente è a letto e sull'impiego di carrozzina a motore costruita e adattata al singolo paziente.

c. La formazione dei caregivers⁽¹³⁾

E' considerata momento fondamentale per una buona assistenza al malato, perché viene iniziata fin dalla diagnosi di malattia e solitamente vengono formate almeno due o tre persone. A ciascuno di essi si trasferiscono tutte le conoscenze necessarie per la gestione della comunicazione con il paziente, la prevenzione delle lesioni da decubito, la prevenzione o il rallentamento della rigidità articolare, il mantenimento delle funzioni motorie residue, la gestione della alimentazione (per os e/o enterale) o della PEG, la gestione della aspirazione delle secrezioni bronchiali e della ventilazione, la soluzione alle possibili emergenze.

Figura 3



8. Diagnosi differenziale

Non esiste un test specifico per la diagnosi di SLA e può essere talora difficile differenziarla da altre malattie, geneticamente determinate od acquisite, con interessamento dei motoneuroni.

Tra le malattie genetiche vanno ricordate l'Atrofia muscolare bulbo-spinale di Kennedy ed il Deficit di Esosoaminidasi A. Nel primo caso la dimostrazione elettrofisiologica di un coinvolgimento delle fibre nervose sensitive, quasi sempre silente sul piano clinico, ed alcuni segni clinici (ginecomastia) consentono di indirizzare la diagnosi. Nella seconda malattia la possibile associazione di segni di coinvolgimento del motoneurone periferico con note di atassia e/o distonie è l'aspetto clinico dirimente. Per entrambe queste malattie sono possibili test molecolari e/o biochimici.

Tra le malattie acquisite hanno grande rilievo la Mielopatia Spondilogenetica Cervicale e la Neuropatia Motoria Multifocale. Due condizioni che hanno una prognosi molto più favorevole della SLA e sono curabili, ma rappresentano la più frequente, la prima, e la più difficile, la seconda, diagnosi differenziale. Nella mielopatia la presenza clinica di disturbi della sensibilità, la dimostrazione elettrofisiologica di un danno metamerico e della sofferenza midollare mediante RMN, dovrebbero consentire una corretta diagnosi. Tuttavia non è infrequente osservare pazienti affetti da SLA che hanno nella loro storia un intervento chirurgico per mielopatia spondilogenetica che abitualmente determina una accelerazione del decorso della malattia. La Neuropatia Motoria Multifocale va differenziata essenzialmente attraverso la dimostrazione elettrofisiologica di blocchi della conduzione motoria, dovuti alla deposizione lungo gli assoni di specifici anticorpi (GM1), dimostrabili in una discreta ma variabile percentuale di pazienti e rimovibili mediante trattamento immunomodulante od immunosoppressivo con risultante beneficio clinico.

9. Funzioni e requisiti del Centro di Certificazione della SLA

Da quanto si è detto in precedenza è possibile delineare una sequenza di interventi medici e di atti diagnostici o di valutazione funzionale che dovrebbero essere disponibili in ogni centro che si occupa della diagnosi e cura della SLA o che in alternativa siano resi disponibili da centri che costituiscono la rete assistenziale.

Nodi essenziali della rete assistenziale nell'ambito della presa in carico del paziente con SLA sono il Centro Certificatore Regionale, l'Azienda Sanitaria Locale e il Distretto Sanitario.

In relazione al Decreto ministeriale - Ministero della Sanità - 18 maggio 2001 n. 279, la Regione Campania nel 2005 (Deliberazione n. 1362, BURC 59bis del 14 nov 2005) ha individuato come Centri Certificatori Regionali (CCR) le seguenti strutture pubbliche per adulti:

- A.O. S. Sebastiano di Caserta
- A.O. S. Giovanni di Dio di Salerno
- A.O. Rummo di Benevento
- A.O. Moscati di Avellino
- Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II"
- Azienda Ospedaliera Universitaria Seconda Università di Napoli (SUN)

Tali centri, individuati per la loro particolare competenza e specializzazione, sono nodi della rete per la SLA e costituiscono punti di riferimento per la diagnosi della SLA e per la successiva presa in carico, e devono essere in grado di fornire all'ammalato, mediante il supporto di presidi medici e competenze specialistiche presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera, tutte le procedure mediche per una assistenza integrata.

In pratica, i CCR devono fornire la consulenza neurologica e lo studio elettrofisiologico, eseguito da personale esperto e con attrezzature adeguate. Se non fisicamente presenti nei CCR, tali figure professionali necessarie dovranno essere funzionalmente collegate al centro con formali atti d'intesa. I CCR devono inoltre essere funzionalmente collegati con Unità Operative di Pneumologia, di Fisiatria, di Riabilitazione (anche logopedica), di Otorinolaringoiatria, di Rianimazione e di Chirurgia addominale. Infine, è necessaria la disponibilità di assistenza Nutrizionistica e Psicologica.

Il momento della diagnosi della SLA rappresenta un punto cruciale per la corretta ed efficace attivazione della rete assistenziale per i malati di SLA. Il medico certificatore del CCR, infatti, ha l'obbligo di comunicare/mettersi in rete con il referente per la SLA dell'ASL di appartenenza del paziente, al quale invierà i documenti relativi alla sua certificazione per consentire l'attivazione tempestiva dei servizi territoriali coinvolti. Analogamente, il referente aziendale SLA curerà l'attivazione dei rapporti, dei servizi e delle procedure da parte del distretto sanitario di appartenenza del paziente, che cura la parte della presa in carico territoriale, e ne darà comunicazione al CCR durante tutto il monitoraggio/decorso della malattia del paziente.

In questo modo è possibile creare quel raccordo funzionale tra Centro di Certificazione Regionale, Azienda Sanitaria Locale e Distretto Sanitario che è il fulcro attorno cui si incentra tutto il percorso assistenziale per gli ammalati di SLA. In esso, la figura del referente aziendale SLA costituisce, di fatto, quella del *care manager*.

I CCR nella fase di certificazione della malattia, si fanno carico di corredare la documentazione diagnostica e il relativo protocollo terapeutico con:

- a. Certificazione di Malattia Rara con relativo codice di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Tale certificazione è automaticamente stampabile immettendo i dati del paziente nel Registro Regionale per le Malattie Rare;
- b. Modello Regionale per il piano terapeutico del Rilutek, farmaco di fascia H OSP2;
- c. Richiesta al Referente aziendale per la SLA/referente territoriale cure domiciliari e se possibile al MMG di avvio delle procedure per la presa in carico territoriale del paziente (cure domiciliari di I o di II o di III livello);
- d. Fornire indicazioni per l'erogazione di presidi e ausili anche monouso, protesi ritenuti necessari;
- e. Indirizzi di tipo riabilitativo (necessità di attrezzature tecniche necessarie e loro caratteristiche tecniche senza indicazioni di marche e modelli onde facilitare l'erogazione da parte delle ASL di attrezzature in gara che presentino le caratteristiche richieste; FKT e/o logopedia);
- f. Informazione scritta sull'accesso all'invalidità e alla L. 104/92;
- g. Informazione scritta sulle Associazioni di malati operanti sul territorio;
- h. Fornire indirizzi utili per l'assistenza territoriale al caregiver familiare;
- i. Addestrare ed informare il caregiver;

E' necessario che la formazione dei care-giver familiari, in caso di invio a domicilio, avvenga presso le strutture dell'ASL o venga da essa verificata.

La certificazione diagnostica del CCR e le eventuali indicazioni di protesi di ausili in essa contenute sono inviate al referente SLA che ne prende atto o eventualmente informa l'U.O. competente/medico prescrittore per l'avvio immediato delle procedure necessarie alla prescrizione e fornitura. Per le procedure si rinvia alla sez. 11. La presa in carico: la rete dei servizi sociosanitari territoriali.

Prescrizione dei farmaci

Il medico certificatore, in caso di necessità prescriverà i farmaci che devono essere compresi nel Prontuario Ospedaliero e PTOR (salvo eccezioni motivate per iscritto e dovute a particolari necessità cliniche), in modo da consentirne la prosecuzione della fornitura gratuita, anche dopo il primo ciclo di terapia, da parte della Farmacia Ospedaliera territoriale che dovrà provvedere a programmarne l'eventuale erogazione.

La fornitura dei farmaci per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione/certificazione deve essere effettuata presso la Farmacia della struttura che dimette, le successive forniture, compreso il materiale per infusione ed i prodotti per il supporto nutrizionale, se necessarie, sono garantite con procedura formalizzata dalle AA.SS.LL. presso la Farmacia Territoriale, in caso di definizione di P.A.I.

I CCR devono:

1. raccogliere dati epidemiologici sulla SLA e sulle altre malattie del motoneurone anche mediante la creazione e gestione di un data base per patologia, su indicazioni regionali;
2. fornire dati su richiesta al centro di riferimento regionale – successivamente individuato – e agli uffici della regione Campania competenti;
3. realizzare attività di monitoraggio/indagini/ricerche specifiche secondo le indicazioni regionali e/o nazionali;

4. effettuare il follow-up dei pazienti attraverso un sistematico Ambulatorio dedicato e un'attività di consulenza con le strutture territoriali al fine di partecipare concretamente alla continuità assistenziale nelle fasi avanzate della malattia;
5. partecipare alle attività promosse dalla Regione Campania e attuate dal centro di riferimento regionale per la verifica degli obbiettivi raggiunti;
6. realizzare e promuovere, a livello territoriale, le attività di formazione, informazione, aggiornamento degli operatori del settore nonché partecipare alle ulteriori attività della Regione Campania per la verifica degli obbiettivi raggiunti.

Tra i CCR ne sarà individuato uno con funzioni di "Centro di Riferimento Regionale" che realizzi il coordinamento tra le istituzioni che si occupano a vario titolo dei pazienti con Malattia dei Motoneuroni.

Il Centro di Riferimento Regionale, in collaborazione con gli altri CCR e in raccordo con i competenti uffici regionali, oltre alle funzioni svolte di norma dai CCR, realizzerà le seguenti azioni:

- a. raccogliere dati epidemiologici sulla SLA e le altre malattie del motoneurone mediante la creazione e gestione di un data base per patologia;
- b. implementare un sistema informativo/banca dati/registro specifico per patologia;
- c. eseguire o consentire comunque la diagnosi molecolare nei casi familiari;
- d. eseguire indagini biochimiche, molecolari, biotipiche (nervo e/o muscolo) nei casi di difficile diagnosi differenziale;
- e. istituire una banca di materiale biologico (sangue e/o tessuti);
- f. organizzare o partecipare sia in ambito nazionale che internazionale a trials terapeutici;
- g. promuovere la ricerca;
- h. partecipare alle attività promosse dalla Regione Campania per la verifica degli obbiettivi raggiunti;
- i. definire un sistema di indicatori regionali;
- j. redigere rapporti di monitoraggio periodici;
- k. organizzare incontri formativi per gli operatori.

Fornire consulenze specifiche su richiesta ai CCR e alle Aziende Sanitarie

10 La certificazione della diagnosi e la stadiazione di malattia

Come previsto dal Decreto Ministeriale N° 279 del 18 maggio 2001, la SLA rientra nell'elenco delle patologie rare per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124. Per consentirne un'identificazione univoca ai fini dell'esenzione la SLA è stata associata ad uno specifico codice di 6 caratteri (codice di esenzione): **RF0100**.

La Regione Campania assegna ai Presidi elencati nel paragrafo 9 del presente documento il compito di certificare lo stato di patologia rara. Tale certificazione dà diritto all'assistito, previo rilascio dell'attestato di esenzione da parte della ASL di appartenenza, di fruire delle prestazioni specialistiche efficaci ed appropriate per il monitoraggio ed il trattamento della malattia stessa, in regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa; nonché di tutti i benefici previsti dall'attuale legislazione in materia. La creazione di percorsi diagnostici che permettano un più rapido

riconoscimento consentirà al paziente di accedere in tempi brevi ai benefici previsti per le malattie rare.

In definitiva all'atto della diagnosi occorre fornire al paziente e alla sua famiglia una chiara visione dei diritti che derivano loro dalla definizione di Malattia Rara evolutiva e irreversibile.

Una volta posta la diagnosi per accedere ai benefici previsti dall'ordinamento le persone affette da SLA che intendano ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile e/o della situazione di handicap (L. 104/92) devono sottoporsi ad uno specifico iter procedurale.

Il CCR deve comunicare con il MMG e far attivare la procedura di invalidità e segnalazione al referente aziendale.

Il percorso di riconoscimento richiede tempi lunghi e procedure complesse che in taluni casi possono portare a giudizi dissimili, tra le varie commissioni, pur in presenza di un quadro di compromissione funzionale analogo. Ciò si deve primariamente all'assenza di strumenti di valutazione medico-legale uniformi e scientificamente validati, specie per patologie che possono presentare quadri funzionali particolarmente diversificati e mutevoli.

Il Documento della Consulta delle Malattie Neuromuscolari suggerisce l'introduzione di uno schema valutativo dei deficit correlati ai raggruppamenti delle funzioni principali (motricità, comunicazione, alimentazione, respirazione, funzioni sfinteriche), utilizzando, tra gli altri, gli atti già in uso presso la Regione Lombardia e la Regione Marche per la valutazione della SLA.

Tale schema di valutazione è altamente utile anche per organizzare il percorso assistenziale del paziente (Piano Assistenziale Individuale - PAI), in particolare per la pianificazione delle Cure Domiciliari, in quanto consente un inquadramento terapeutico in relazione alle "funzioni".

A tal proposito l'allegato 4a del Documento finale della consulta ministeriale sulle malattie neuromuscolari propone la Tabella 4 qui di seguito riportata per la definizione dei **livelli di compromissione funzionale**.

Tabella 4

Tabella - Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche ad interessamento neuromuscolare					
Funzioni		I colonna (stadio A)	II colonna (stadio B)	III colonna (stadio C)	IV colonna (stadio D)
Principali	Secondarie	Deficit moderato (34 – 66%)	Deficit medio-grave (67 – 80%)	Deficit grave (81 – 99%)	Deficit completo (100%: accompagnamento)
Motricità	Deambulazione	Autonoma ma rallentata e faticosa	Rallentata e con necessità di appoggio di sicurezza	Perdita sub-completa della capacità di camminare autonomamente	Perdita completa della capacità di camminare
	Vestizione	Autonoma e completa, ma imprecisa e difficoltosa	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza occasionale	Necessità di assistenza sub-continua	Dipendenza totale
Comunicazione	Scrittura	Rallentata e/o imprecisa ma comprensibile	Rallentata e imprecisa, talora difficilmente comprensibile	Perdita della capacità di scrivere a mano	Perdita della capacità di scrivere su tastiera
	Parola	Dislalia occasionale, linguaggio comprensibile	Dislalia sub-continua, linguaggio talora difficilmente comprensibile	Dislalia continua con linguaggio incomprensibile	Perdita della verbalizzazione
Alimentazione		Disfagia occasionale o sporadica	Disfagia con necessità di modificazioni della consistenza della dieta	Necessità di nutrizione enterale con gastrostomia	Nutrizione esclusivamente enterale o parenterale
Respirazione		Dispnea in attività fisiche moderate	Dispnea in attività fisiche minimali (necessità di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna)	Dispnea a riposo (necessità di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna)	Dipendenza assoluta dal respiratore
Funzioni sfinteriche		Moderata ritenzione o urgenza alla minzione o defecazione, o rara incontinenza urinaria	Frequente incontinenza urinaria e/o fecale	Cateterizzazione urinaria pressoché costante	Perdita delle funzioni vescicale e/o intestinale

La suddetta tabella, opportunamente modificata, potrebbe essere utilizzata per individuare quattro fasi funzionali con criticità crescente a cui far riferimento per la stadiazione della SLA:

- STADIO **A** - DEFICIT **MODERATO**
- STADIO **B** - DEFICIT **MEDIO-GRAVE**
- STADIO **C** - DEFICIT **GRAVE**
- STADIO **D** - DEFICIT **COMPLETO**

11 La comunicazione della diagnosi: aspetti clinici, etici, psicologici, normativi

Come sottolineato nell'allegato 4 del Documento finale della Consulta, la possibilità di arrivare ad una **corretta diagnosi** in tempi relativamente brevi consente di anticipare gli interventi terapeutici necessari e di attivare il percorso di presa in carico.

Nell'ottica di una presa in carico globale, il percorso della persona affetta da SLA comincia dal modo in cui viene comunicata la diagnosi. Nel caso in cui la comunicazione tra medico e paziente sia inadeguata, quest'ultimo verrà lasciato nell'incertezza riguardo alla diagnosi, con una vaga sensazione di essere stato colpito da una malattia seria e probabilmente incurabile, e senza alcun ragionevole motivo di speranza riguardo al futuro. Spesso una tale situazione conduce a un pellegrinaggio da un dottore all'altro, da un ospedale all'altro, fino a quando un medico non farà in modo di stabilire un buon rapporto terapeutico con il paziente, basato sulla reciproca chiarezza. Attualmente, molti pazienti raccolgono da Internet informazioni sulla propria diagnosi e questo talvolta comporta che le loro conoscenze a riguardo siano maggiori di quelle dei loro medici.

La procedura di comunicazione non può seguire delle regole standard, ma deve essere improntata ad alcuni principi e ad alcune consapevolezze che di seguito vengono schematizzate:

Tipologia del colloquio	Raccomandazioni	
Luogo e tempi	Una volta che la diagnosi venga confermata al di là di ogni ragionevole dubbio la comunicazione va fatta personalmente dal neurologo (eventualmente assistito da uno psicoterapeuta o psicologo esperto di tali patologie). Particolare attenzione alla sede: preferibilmente in un luogo tranquillo, luminoso. Prevedere un tempo lungo per accogliere le reazioni emotive, dare notizie che vengono richieste ecc. Evitare che per tale procedura si possa essere distratti o interrotti da altro.	
Partecipanti	Possono assistere familiari o persone importanti per la vita del soggetto (es. compagna, amico fraterno ecc.), previa sua richiesta.	
Tipo d'informazioni	Premettere che non si ha una buona notizia, poiché si è di fronte ad una patologia importante, come molte patologie che riguardano il sistema nervoso. Al paziente dovrebbe essere comunicato che lui/lei ha una malattia progressiva. Comunicare con onestà e verità la diagnosi. L'incertezza e la reticenza accentuano la paura del non conosciuto. Dovrebbe essere menzionato e spiegato il nome della malattia, per evitare confusione (per es. con la sclerosi multipla). Dovrebbero essere enfatizzati gli aspetti positivi della malattia (per es. la mancanza di dolore, l'assenza di disturbi sensitivi, il mantenimento della capacità intellettuale e della continenza sfinterica ecc.) e' importante far notare che ci sono sperimentazioni in corso di nuovi agenti terapeutici e che esistono promettenti nuovi farmaci in dirittura di arrivo dai laboratori al paziente e alla sua famiglia, e anche incoraggiare la partecipazione alle sperimentazioni cliniche, che spesso è di beneficio di per sé. Si può consigliare un consulto ulteriore presso un altro centro. Incoraggiando atteggiamenti di speranza clinicamente fondata (es. una percentuale di soggetti vive più di 10 anni ecc., potresti esser tu uno di questi!). Evitare affermazioni ultimative e senza speranza (es. la SLA conduce alla morte nel giro di 2-3 anni... sfortunatamente non c'è nulla da fare ecc.) Nel corso di incontri successivi, puntualizzare che il cambiamento in corso va seguito, anticipando una serie di difficoltà future e conseguendo adeguate modalità di coping (es. acquisire competenze d'informatica future comunicazioni, e-book, giochi, musica ecc. prevedere l'acquisto di un'auto con particolari caratteristiche, rendere più confortevole e funzionale la propria abitazione ecc.). La perdita di una funzione deve rappresentare una sfida per potenziare tutte le altre possibilità. Sottolineare con precisione tutti i vari ausili medici-sociali-economici e riabilitativi cui il paziente ha diritto. Prevedere un opuscolo informativo in cui riassumere tutto ciò che si è detto. Invitare a prendere contatto con associazioni di pazienti con lo stesso problema: nell'ambito infatti del processo informativo dei pazienti e/o di coloro che assistono questi ultimi un ruolo sempre crescente è svolto dalle associazioni di pazienti.	
Risposte emozionali del paziente	• Paura (diventare dipendenti, essere di preso, solitudine, cosa mi aspetta, la morte ecc.) • Negazione • Incredulità • Depressione	• Rabbia • Senso di colpa • Curiosità • Speranza o disperazione • Apprezzamento o perdita del valore della vita
	Cosa fare: Lasciarle fluire liberamente, accoglierle. Dimostrare comprensione ed empatia, cercando di correggere quelle idee poco realistiche che possono sostenerle.	

Risposte emozionali dei familiari	• Tristezza • Ansia • Rabbia • Curiosità • Amore • Speranza • Incredulità • Senso di perdita (lutto anticipato)	• Senso di colpa • Irritabilità • Sfiducia • Scoraggiamento • Negazione • Senso di responsabilità • Paura di non farcela • Senso di solitudine
	Cosa fare: Lasciarle fluire liberamente, accoglierle. Dimostrare comprensione ed empatia, cercando di correggere quelle idee poco realistiche che possono sostenerle. Incoraggiare la condivisione con altri.	
Segni di burn out (stanchezza psicologica) dei familiari	• Rabbia verso il paziente (es. io devo fare tutto!) • Isolamento sociale (es. non voglio frequentare nessuno, nessuno mi è di aiuto ecc.) • Labilità emozionale, disforia (es. piangere per un fatto di poco conto ecc.) • Ansia (es. mi preoccupa di quando non potrò più prendermene cura)	• Depressione (es. non mi interessa più nulla) • Stanchezza (es. non ho più l'energia di fare ...) • Insonnia • Negazione (es. so che andrà meglio, hanno fatto un errore...)
	Cosa fare: Prevenire il carico emozionale, trovando altre figure di supporto	

Allo stesso modo importante risulta il sostegno psicologico degli operatori sanitari, che sono chiamati a lavorare in casi dove vi è una continua progressione della malattia, non c'è guarigione e dove il sentimento che si "respira" è essenzialmente carico di angoscia, dolore, paura e spesso rabbia. Il logoramento degli operatori sanitari in queste condizioni è essenzialmente stress professionale e può condurre verso episodi di *acting out* o *burn out*.

La relazione medico-paziente nel caso della SLA deve essere ispirata al modello detto dell' "**alleanza terapeutica**", unica modalità adeguata ad un percorso clinico progressivo in cui le opzioni palliative sono il cardine della cura: medico e paziente discutono, via via che si manifestano nuovi sintomi e nuovi bisogni, sulle possibilità che la scienza e la tecnica del momento forniscono in risposta. Questo atteggiamento deve essere unisono nell'equipe multidisciplinare che segue il paziente, ma maggiormente deve essere testimoniato da coloro che sono i referenti principali del paziente e dei familiari (neurologo del Centro di Riferimento, responsabile delle Cure Domiciliari territoriali). Nel percorso di presa in carico globale del paziente affetto da SLA risulta importante il coinvolgimento della figura dello psicoterapeuta o psicologo con comprovata esperienza al fine di sostenere il paziente e la sua famiglia in tutte le fasi di malattia.

12. La presa in carico: la rete dei servizi sociosanitari territoriali

Dal momento della diagnosi il paziente SLA, come ogni paziente con malattia neuromuscolare progressiva e non curabile, deve essere posto al centro di un progetto assistenziale che lo accompagni lungo il corso evolutivo della malattia fino alla fase terminale e all'exitus. In pratica, occorre realizzare continuità assistenziale dal momento diagnostico alla fine della vita, ed il paziente ha il diritto di essere preso in carico in maniera olistica. Ciò per la peculiarità della malattia, che di tempo in tempo pone nuovi problemi clinici e chiede nuove risposte agli operatori delle cure sintomatiche e palliative, uniche in grado di garantire il rispetto della dignità dell'ammalato e di tendere alla migliore qualità di vita possibile per quel momento.

L'esigenza di presa in carico globale nasce da considerazioni non solo etiche ma anche di politica economico-sanitaria: per una patologia ingravescente ad altissimo impatto di disabilità - con conseguente altissimo impatto di palliazione -, l'unica via per evitare da un lato l'abbandono e dall'altro gli sprechi è un percorso in cui figure professionali di alta competenza si integrano per affrontare in modo coordinato le fasi progressive della malattia (modalità multidisciplinare). Ancora più importante è che il percorso venga previsto essenzialmente al domicilio dell'ammalato, con i familiari co-protagonisti: anche qui, una questione etica, ma anche socio- ed economico-assistenziale.

E' evidente che questa modalità assistenziale, per funzionare, ha necessità di un'organizzazione a rete: il **Centro Diagnostico-Certificatore** invia il paziente con diagnosi di SLA all'attenzione del medico di famiglia e contestualmente al Referente Aziendale per la SLA, nominato dal Direttore Generale della ASL, indipendentemente dallo stadio di malattia (invio programmato). Pertanto il Referente Aziendale per la SLA, nominato dal Direttore Generale, informato ufficialmente di una nuova diagnosi di SLA da uno dei CCR, si relaziona con il Direttore del Distretto di competenza, e/o suo delegato sanitario il quale dispone la formazione di una **U.V.I. (Unità di Valutazione Integrata)**, secondo le procedure definite dalla delibera di giunta regionale n. 41/2011 per effettuare la valutazione multidimensionale e redigere un **PAI** (Piano Assistenziale Individuale) sulla base dello stadio di malattia e dei bisogni socio-sanitari del paziente.

La Regione Campania si è dotata di un'organizzazione definita per le Cure Domiciliari, con la **DGRC n. 41/2011 e Decreto del Commissario ad Acta per la Sanità n. 1 del 07.01.2013**.

Con la delibera 41/11, il concetto di assistenza domiciliare è riformulato in cure domiciliari, difatti rispondendo al principio dell'OMS dell'assistenza domiciliare come insieme di servizi di varia natura che concorrono a mantenere e garantire il livello di benessere, salute e funzione.

Le cure domiciliari divengono un percorso di assistenza che comprende e prevede prestazioni e trattamenti di varia natura: medica, tutelare, riabilitativa e di assistenza modulate secondo le necessità espresse e misurate in modo univoco².

Il processo di presa in carico domiciliare come evidenziato precedentemente si avvia già all'atto della diagnosi e della certificazione della stadiazione. Come peraltro definito sarà cura del centro certificatore avviare il processo di presa in carico territoriale allertando il referente sla che in questo caso funge da anello di congiunzione tra il centro certificatore e il territorio, a lui spetta attivare il meccanismo di accesso alle cure domiciliari attivando la Pua distrettuale e quindi i servizi sociali, con la procedura/processo già individuato dalla richiamata dgrc 41/2011. Il suo ruolo è evitare duplicazioni di passaggi e al contempo facilitare il percorso.

2

Per la trattazione relative alle cure domiciliari, si rinvia alla DGRC n. 41/2011 Il sistema dei servizi domiciliari in Campania-B.U.R.C. n. 11 del 14.02.2011 e al decreto commissariale n. 1/2013: Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania, B.U.R.C. n.4 del 21.01.2013.

Le fasi per l'arruolamento nel sistema delle cure domiciliari sono:

1. segnalazione/richiesta di ammissione alle cure domiciliari-formulata dal centro certificatore e inviata al referente SLA e al direttore del distretto;
2. formazione ed addestramento del familiare/care giver a carico del centro certificatore e/o ASL (si confronti con il paragrafo Raccomandazioni);
3. valutazione multidisciplinare e multidimensionale effettuata in sede di U.V.I. , per la quale si rinvia alla sezione successiva;
4. redazione ed elaborazione del PAI-Piano di assistenza individualizzato in sede di U.V.I.;
5. definizione del Piano esecutivo a seguito di valutazione multidimensionale e con il concorso del centro certificatore, équipe multidimensionale e équipe di cure domiciliari;
6. fornitura di presidi, ausili, farmaci, di cui il referente SLA e il centro certificatore avvieranno la procedura investono direttamente il distretto/unità operativa preposta.

Il processo comprende inoltre la fase di valutazione/rivalutazione periodica del PAI.

L'Unità di Valutazione Integrata Multidimensionale: U.V.I., configurata e convocata secondo le modalità della delibera di giunta regionale n. 41/2011, vedrà la presenza del professionista della riabilitazione, del referente sla e eventualmente del referente case manager del centro prescrittore; in sede di U.V.I. per l'ammissione alle cure domiciliari si dovrà determinare il livello di cure domiciliari e successivamente il profilo di cura e l'intensità del livello assistenziale, come indicato di seguito.

La proposta di ammissione è formulata dal Centro certificatore che invierà la proposta al referente SLA il quale, a sua volta, provvederà ad avviare le procedure di attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata, allertando il direttore del distretto.

Il direttore di distretto convoca formalmente la U.V.I. entro e non oltre 20 giorni dalla ricezione della segnalazione/richiesta di accesso; all'U.V.I. sono invitati e pertanto devono garantire la partecipazione: il MMG, l'assistente sociale, del comune/ambito, il referente sla, il medico specialista in riabilitazione e ogni altro specialista o figura professionale che si ritenga utile. Inoltre il direttore del distretto, nel caso in cui sia necessario, allerta ed invita l'U.O. competente/medico prescrittore per la fornitura di ausili e protesi e la farmacia distrettuale, poiché, in sede di U.V.I. dovranno essere completate le attività di prescrizione di ausili e protesi –come di seguito indicato e pianificata la erogazione dei farmaci necessari.

Ogni componente convocato in U.V.I. compilerà la scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.Di. per le parti di propria competenza.

A seguito della valutazione multidimensionale, effettuata con la S.Va.M.Di., è confermata la proposta di ammissione alle cure domiciliari; le ASL valuteranno la adeguatezza degli ambienti in cui il paziente SLA dovrà essere domiciliato, nel rispetto delle normative sulle barriere architettoniche.

All'atto dell'invio a domicilio, il direttore di distretto e/o il referente SLA allenterà la centrale operativa del 118 e il Medico di continuità assistenziale e comunicherà le informazioni cliniche utili alla eventuale presa in carico in caso di emergenza.

Fornitura di ausili -presidi

Al fine di attivare tempestivamente le procedure, si raccomanda al referente SLA e all'équipe distrettuale che prende in carico l'utente di prevedere e pianificare i tempi di fornitura di alcuni presidi, eventualmente indicati dal CCR o che si ritengano utili, quali ad esempio :

1. Letto articolato elettrico
2. Materasso antidecubito
3. Aspiratore secrezioni
4. Unità posturale
5. Sollevatore

L'indicazione di ausili e protesi, del CCR è trasmessa al referente SLA che provvederà a renderla eseguibile, attivando un meccanismo "automatico" ed evitando duplicazioni di attività onerose per l'utente e la sua famiglia. come di seguito indicato.

Il referente SLA, se individuato come medico prescrittore, procederà alla "prescrizione" degli ausili, protesi, altrimenti all'iter formalmente l'U.O. competente e/o il medico specialista prescrittore, con il quale si raccorderà affinché le procedure di prescrizione ed assegnazione avvengano contestualmente alla Valutazione multidimensionale in Unità di valutazione Multidimensionale-U.V.I. La raccomandazione è che in sede di U.V.I. la fornitura di tali presidi/ausili anche monouso dovrà essere pianificata attentamente.

Nelle fasi successive della presa in carico territoriale e in sede di rivalutazione effettuata in U.V.I., il rinnovo della prescrizione di ausili e protesi può essere effettuata direttamente dal medico specialista prescrittore, convocato in U.V.I. o dal referente SLA - se prescrittore- senza ulteriori passaggi. Per le procedure di rinnovo, anche per la fornitura di ausili monouso (pannoloni, cannule ecc...) si raccomanda di adottare un percorso agile quale la certificazione da parte del MMG/PLS di sussistenza delle condizioni ed esistenza in vita-da acquisirsi periodicamente. I MMG dovranno pertanto essere informati e informati su tale procedura.

Per tutto quanto risulti necessario e non previsto in fase di valutazione e certificazione della malattia, ma che si rendesse necessario nelle fasi successive alla ammissione alle cure domiciliari l'équipe domiciliare che prende in carico l'utente provvederà a segnalare ed allertare il referente SLA per la fornitura/ il rinnovo della fornitura, modifica della fornitura.

12.1 Criteri per l'accesso alle cure domiciliari e individuazione dei livelli e profili assistenziali

Per poter individuare il miglior profilo di cure domiciliari per un paziente affetto da sla occorre fare riferimento alla tabella desunta dal Documento finale della consulta per le malattie neuromuscolari, già esposta- che risponde in modo sintetico e mirato a quanto definito con il decreto 1/2013- e alla tabella definita per l'applicazione della delibera di giunta regionale n. 34/2013 istitutiva dell'assegno di cura per pazienti affetti da sla e già testata in sede di valutazione multidimensionale.

La scheda profili del decreto commissariale n. 1/2013 suddivide i livelli di cure domiciliari in 3 profili: *basso, alto medio carico assistenziale*, per un totale di 12 profili di cure domiciliari .

I profili/livelli sono caratterizzati da intensità assistenziali diverse misurate mediante il CIA –

Coefficiente di Intensità Assistenziale – che deriva dal rapporto tra giorni di effettiva assistenza e periodo di cura .

Nel decreto 1/2013 sono ricompresi tutti i profili di cura che possono interessare generalmente tutti i potenziali pazienti utenti di cure domiciliari, non è contemplata una specifica patologia. L'inserimento in un determinato livello e quindi profilo di cura è successivo alla valutazione multidimensionale e conseguentemente alla valutazione dell'équipe che garantirà, la presa in carico, di norma la valutazione multidimensionale è effettuata con la scheda di valutazione S.Va.M.Di. Questo strumento individua il livello di cura domiciliare, il profilo è invece individuato a posteriori ovvero utilizzando nel nostro caso non solo la tabella del decreto 1/2013 ma anche le due tabelle che si ripropongono in modo combinato di seguito. La prima – la tabella 5 – per poter collocare nel livello di cure domiciliari, la seconda – la tabella 6 – per poter individuare all'interno del livello individuato l'intensità bassa, media, alta. La tabella profili del decreto 1/13 alla quale si rinvia serve per verificare la intensità assistenziale e il numero minimo-massimo di prestazioni erogate/erogabili per ogni paziente affetto da sla; va utilizzata per dettagliare in questo caso il piano esecutivo meglio.

La tabella n. 5 che segue descrive gli accessi domiciliari articolati per stadio di malattia e per livelli di cure domiciliari; si tratta, come è evidente, di una schematizzazione indicativa, considerata l'elevata variabilità del decorso della malattia e la necessità di misurarsi continuamente con gli specifici bisogni del paziente, tarando su di essi accessi ed interventi, anche al domicilio. La tabella deve supportare gli operatori del settore e indirizzare verso un inquadramento che, seppur suscettibile di modifiche, possa garantire un adeguato livello di assistenza in relazione al bisogno, che va ri-valutato periodicamente, ovvero di norma in sede di Unità di Valutazione Integrata/Multidimensionale ogni 180 giorni/90 giorni (se collocato rispettivamente in I o II livello di cure domiciliari), comunque su richiesta del paziente del familiare e ogni volta che si verifichino sensibili mutamenti delle condizioni e dei bisogni.

Per gli stadi A e B la maggior parte delle valutazioni e la presa in carico sarà curata da specifiche figure professionali ed effettuata presso il centro di riferimento.

Per gli stadi C e D, invece sono riportati gli accessi medi per figura professionale ai quali si aggiungono gli accessi dei MMG : 2-4 accessi mensili e 2-5 accessi mensili, rispettivamente.

In sintesi, la tabella 5 è di supporto all'Unità di Valutazione Integrata e all'équipe professionale domiciliare nella fase di valutazione multidimensionale; invece per la redazione del piano esecutivo è utile la tabella 6 e la tabella profili del decreto 1/2013, come già indicato, al fine di correlare la stadiazione della malattia alle necessità di tipo assistenziali, ovvero collocare correttamente nel profilo alto, medio, basso del I, II o III livello di cure domiciliari integrate e individuare il repertorio delle prestazioni erogabili.

Tabella 5

Numero minimo di accessi domiciliari delle diverse figure professionali per paziente				
Stadio della malattia	A	B	C	D
ACCESSI MEDICI SPECIALISTI				
Neurologo	-		4/anno	3/anno
Fisiatra	-	-	4/anno	3/anno
Nutrizionista	-	-	4/anno	4/anno
Pneumologo/Anestesista	-	-	12/anno	15/anno
Psicoterapeuta o psicologo esperto	-	-	1	1
Totale accessi medici	-	-	12,5 in 180 gg	13 in 180gg
ACCESSI PROFESSIONISTI RIABILITAZIONE				
Terapista motorio	-	3/sett.	2-4/sett.	1-2/sett.
Terapista occupazionale	-	1/mese	1/mese	1/mese
Logopedista	-	1/sett.	-	-
Terapista respiratorio	-	-	1/sett.	1/sett.
Totale accessi professionisti riabilitazione	-	4,25 a settimana(III basso)	5,25 a settimana (il max è di 4)	3,25 a settimana (II basso o alto o III basso)
Infermiere (case manager)	-	1/sett.(I livello)	1-8/sett.(compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)	0-14/sett.(compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)
Operatore sociosanitario (OSS)	-	1/sett.(I livello)	1-10/sett.(compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)	0-14/sett. il massimo è 12 , (nel caso è compatibile con tutti i livelli di cure domiciliari)
Profili di cure domiciliari di cui al decreto commissariale 1/2013		I livello	II-III livello	II-III livello

La tabella 6 - già testata con l'applicazione dell'assegno di cura di cui alla dgrc 34/2013 - evidenzia il livello di complessità:alto,medio basso, in relazione alle funzioni principali oggetto di valutazione per la certificazione della sla e al grado di autonomia correnti espresse dal paziente e teorico livello di cure domicilio.

Tabella 6

Funzioni		Attività	LA		
Motricità	Passaggi posturali	Autonomo ma con difficoltà	1	-	-
		Necessità di aiuto saltuario o rischio di caduta	-	2	-
		Dipendenza da una persona per la maggior parte dei passaggi	-	-	3
	Deambulazione	Rallentata e con necessità di appoggio di sicurezza	1	-	-
		Possibile solo con ausili per tratti brevi o con assistenza	-	2	-
		Assente	-	-	3
Autonomia personale	Abbigliamento	Necessità di assistenza occasionale	1	-	-
		Necessità di assistenza sub-continua	-	2	-
		Dipendenza totale	-	-	3
	Alimentazione	Assistenza parziale	1	-	-
		Assistenza attiva e continua	-	2	-
		Dipendenza totale	-	-	3
	Igiene personale	Necessita di aiuto per una o più operazioni	1	-	-
		Necessita di aiuto per tutte le operazioni	-	2	-
		Dipendenza totale	-	-	3
Comunicazio ne	Linguaggio	Poco comprensibile	1	-	-
		Incomprensibile	-	2	-
		Assente	-	-	3
Respirazione		Ventilazione non invasiva > 12 ore/die	1	-	-
		Ventilazione non invasiva > 20 ore/die	-	2	-
		Assistenza ventilatoria continua	-	-	3
Alimentazion e	Deglutizione	Modificazioni della dieta	1	-	-
		Alimentazione enterale adiuvata	-	2	-
		Nutrizione esclusivamente enterale o parenterale	-	-	3
Funzioni sfinteriche	Continenza fecale	Saltuaria incontinenza o gravi episodi di stipsi	1	-	-
		Necessità frequente di manovra evacuative effettuate da terzi	-	2	-
		Dipendente da una persona per effettuare l'evacuazione	-	-	3
	Continenza urinaria	Saltuaria incontinenza	1	-	-
		Catetere a dimora	-	2	-
		Dipendente da una persona per effettuare la minzione	-	-	3
		PUNTEGGIO - SUBTOTALE			
		PUNTEGGIO - TOTALE			

L'intensità assistenziale, in tabella, viene indicata con

1 = bassa intensità assistenziale

2 = media intensità assistenziale

3 = alta intensità assistenziale

Un punteggio totale, in linea puramente indicativa, depone per una

- bassa intensità assistenziale se inferiore o uguale a 10
- media intensità assistenziale se inferiore o uguale a 20
- alta intensità assistenziale se inferiore o uguale a 30

La corretta assegnazione del livello assistenziale-basso, medio alto, deve tener conto dei subtotali che contribuiscono al punteggio totale. A titolo esplicativo l'assistenza ventilatoria continua o l'assenza del linguaggio con completa dipendenza nell'igiene personale e/o non deambulante giustificano l'alta intensità assistenziale. Così come la presenza di almeno tre condizioni con livello 2.

Una corretta determinazione del livello assistenziale deve considerare:

- o condizioni cliniche generali;
- o punteggio totale e subtotali dedotti dalla scheda;
- o condizioni del familiare che funge da caregiver (Scheda **4.5 Livello di stress del caregiver (Caregiver burden inventory - Cbi)** presente nella Scheda Sociale, allegato C della SVAMA).

Non si ometta il supporto della rete e il punteggio assegnato dalla valutazione sociale con la scheda C della S.Va.M.Di che forniscono indicazioni adeguate sulla

Resta fondamentale l'impegno del case manager a monitorare costantemente l'evoluzione clinica della malattia così da poter rideterminare tempestivamente il livello assistenziale.

12.2 Il Piano di Assistenza Individualizzato-PAI e il Piano Esecutivo

Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) viene elaborato dall'U.V.I. che ne è responsabile e ne verifica l'attuazione mediante il responsabile del caso (*case manager*) individuato nelle modalità previste dalla D.G.R.C. n. 41/2011.

Il PAI deve definire esplicitamente in maniera analitica:

- o in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- o titolarità e competenze e responsabilità di spesa fra sanità e sociale;
- o le competenze e le funzioni del responsabile della presa in carico e delle figure di riferimento;
- o le competenze e le funzioni del caregiver;
- o data di avvio e durata del progetto con la previsione di verifica intermedia;
- o obiettivi del PAI saranno quelli del mantenimento della stabilità clinica, del recupero funzionale raggiunto nella struttura che dimette o eventuali ulteriori recuperi funzionali possibili;
- o consenso della famiglia, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al PAI, anche per l'eventuale quota di compartecipazione della spesa.

Inoltre, il PAI deve contenere informazioni relative al Centro di Riferimento/Ospedale o medico specialista al quale rivolgersi in caso di necessità.

Per quanto non specificato in questo documento vale quanto previsto nella DGRC n. 41/2011

Sarà compito del responsabile dell'U.V.I. **raccogliere il consenso al PAI da parte del familiare al quale saranno illustrati obiettivi, fasi tempi del progetto assistenziale sia in sede di U.V.I. sia in modo continuativo durante tutta la fase della presa in carico da parte del MMG**, dell'équipe individuata per la presa in carico del paziente.

Al PAI, segue il piano esecutivo: e questo è redatto solo dopo aver definito il profilo di cura e l'intensità assistenziale delle cure domiciliari, esso contiene:

- azioni specifiche, tipologia di prestazioni ed intervento
- quantità durata e frequenza di ogni tipologia di intervento(accessi, consulenze , ore giornaliere e settimanali...);
- fornitura di presidi e materiali;
- somministrazione di farmaci;
- strumenti e tempi per il monitoraggio del piano

Il medico di medicina generale (MMG), e per i pazienti in cure domiciliari di III livello il medico specialista, rimangono le figure cruciali nell'impianto del progetto assistenziale e nel suo monitoraggio.

Il MMG, date le necessità cliniche che si modificano notevolmente nel corso della malattia, verificherà e controllerà la corretta applicazione, in accordo con il responsabile delle cure domiciliari, di tutte le procedure atte a salvaguardare la salute del paziente; qualora si creino problematiche di tipo etico riguardanti interventi che il paziente rifiuta, il Referente Aziendale per la SLA e l'UVI distrettuale, in assenza di normative specifiche, dovranno tenere in considerazione la legislazione vigente.

E' fatto obbligo per l'équipe e per il case manager – individuato in sede di valutazione multidimensionale – disporre di un diario unico/cartella che deve rimanere a domicilio dell'assistito e deve riportare tutti gli accessi con indicazioni dei tempi e della durata. Sulla cartella vanno registrate tutte le informazioni utili di tipo clinico- medico, le variazioni osservate, gli episodi occorsi e eventuali manovre, somministrazioni di farmaci che si dovessero verificare.

Tale cartella può essere consultata dal medico ospedaliero in caso di ricovero, e dal medico di **Continuità Assistenziale nel caso di un accesso a casa del paziente, e da tutti gli specialisti e gli operatori che concorrono alla realizzazione del PAI.**

Inoltre, per agevolare la raccolta e la consultazione di tutti i dati clinici del paziente nonché tutte le informazioni relative al Pai, al Piano Esecutivo, la cartella clinica/diario ecc., è consigliabile ricorrere alla dotazione di un dispositivo informatico di archiviazione, di volta in volta aggiornato a cura dei familiari e degli operatori.

Nodo imprescindibile della rete è la famiglia, protagonista essenziale della presa in carico territoriale. In essa quasi sempre emerge un CAREGIVER, e non raramente la figura di un/una BADANTE, figure che svolgono la funzione di assistenza diretta della singola persona: il Referente Aziendale, il Case Manager e il Medico di famiglia devono individuare il Caregiver, che deve essere formato ad un'assistenza meno generica, in modo da contribuire efficacemente alla realizzazione del PAI. I Centri di Riferimento Regionali devono collaborare con il team multidisciplinare territoriale tramite il referente aziendale, occuparsi della formazione degli operatori familiari ed istruirli a seconda delle capacità e delle competenze acquisite.

Le Aziende Sanitarie devono attivare specifici protocolli per la gestione delle URGENZE e delle EMERGENZE (in particolare: trasporto del paziente e accesso a idonea struttura di Rianimazione. Disporre che su ambito provinciale vi sia la disponibilità di mezzi di trasporto in emergenza per tale tipologia di utenti e che sia garantita la assistenza/presenza del caregiver familiare e dei dispositivi di comunicazione.

Nel caso siano necessari accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici che devono obbligatoriamente essere effettuati in ambiente ospedaliero, viene programmata la consulenza Specialistica in Ospedale, garantendo un accesso preferenziale ed il trasporto in autolettiga a carico del distretto/ASL; anche in tale caso deve essere garantita la presenza del caregiver familiare in tutte le fasi e la disponibilità ad allocare i dispositivi di comunicazione .

Durata del PAI: tempi e modi di rivalutazione

La durata del PAI è di norma commisurata alla intensità assistenziale, ma nel caso di disabilità gravissime e di cronicità si determina in 12 mesi la durata temporale del PAI, alla scadenza dei quali in automatico viene convocata la seduta dell'u.v.i per la conferma del PAI stesso o per eventuali integrazioni e/o modifiche.

Inoltre il PAI può essere rivalutato su istanza del care giver e/o dei familiari, dell'équipe operativa e/o degli specialisti, in ogni caso al verificarsi di variazioni delle condizioni del paziente.

I dati di presa in carico sono conferiti attraverso il sistema informativo sull'assistenza domiciliare - SIAD istituito con decreto del Ministero della salute del 17.12.2008 e che confluisce nel sistema di rilevazione regionale Leasociosan che ha regole ben definite nella tempistica e nelle modalità da inviare i tracciati definiti.

L'UVI procede periodicamente alla **VALUTAZIONE** dei risultati via via acquisiti e all'aggiornamento del PAI, man mano che la malattia, evolvendo, richiede nuove risposte assistenziali: di tutto ciò informa contestualmente il Referente Aziendale per la SLA e la famiglia. Ogni variazione che comporta la ridefinizione immediata del pai e del piano esecutivo può avvenire in modo automatico ma comunque dovrà essere ratificato e valutato in sede di U.V.I., anche ai fini del monitoraggio e della condivisione con la famiglia.

12.3 INDICATORI

Alla Regione spetta infine la valutazione dei risultati, attraverso:

A) INDICATORI DI PROCESSO:

- numero di pazienti SLA certificati (Registro Regionale Malattie Rare)
- numero dei PAI elaborati per ciascuna ASL
- numero di pazienti sottoposti a PEG per ciascuna ASL
- numero di pazienti sottoposti a NIV per ciascuna ASL
- numero di pazienti sottoposti a tracheostomia per ciascuna ASL
- tempo dalla diagnosi certificata alla tracheostomia.
- durata di degenza in rianimazione
- numero ricoveri ospedalieri rispetto ai pazienti seguiti
- numero e tipologie di chiamate in emergenza

B) INDICATORI DI ESITO:

- grado di soddisfazione del paziente e dei familiari nelle varie fasi del percorso diagnostico e assistenziale (mediante somministrazione di adeguati questionari: si suggerisce il Questionario Sullo Stato di Salute SF36).
- curva di progressione della malattia (scala di riferimento: ALS-FRS, allegato 1)

13. Accoglienza in posto di sollievo

Nel quadro di un percorso terapeutico-assistenziale è fondamentale prevedere trattamenti “a bassa intensità di cure e ad elevata intensità assistenziale e riabilitativa, in grado di garantire risposte ad esigenze diverse da quelle assicurate dalle strutture per acuti o al domicilio”. E’ riconosciuta la necessità di utilizzare strutture e servizi intermedi per approntare il rientro al domicilio dopo una fase acuta. Nelle situazioni di grave disabilità la necessità di poter accedere a tali strutture diventa essenziale. Strutture di residenzialità temporanea o permanente, di “media medicalizzazione” rappresentano in queste situazioni la garanzia della continuità assistenziale.

Pertanto, da questo punto di vista, oltre ai già citati Centri di Riferimento, altre tre esigenze assistenziali devono trovare attuazione in maniera complementare:

- alta specialità riabilitativa neuromotoria
- hospice non oncologico, per la messa in atto delle cure palliative da destinare a pazienti che non hanno familiari
- strutture per l’ospitalità a tempo indeterminato-RSA: sia per ricoveri temporanei (di sollievo) sia per lungodegenza solo per pazienti non tracheostomizzati , in caso diverso attraverso protocolli d’intesa con il Referente Aziendale .

14. Raccomandazioni

È opportuno prevedere l’addestramento e l’assistenza al caregiver in ogni fase: dalla diagnosi all’invio alle cure domiciliari e al ricovero in struttura di sollievo e in caso di ricovero presso reparti di terapia intensiva/rianimazione.

Nella prima fase del PAI, l’équipe domiciliare affiancherà il caregiver familiare.

Nel caso di ricovero temporaneo presso le UU.OO.CC. di Rianimazione e terapia intensiva per un evento acuto o per un’intervenuta necessità assistenziale (PEG ecc.) è necessario prevedere un periodo di formazione del care-giver familiare prima della dimissione per un più rapido ed efficace reintegro nella famiglia e per un trasferimento al domicilio in sicurezza. Sarebbe auspicabile che il care-giver sia presente al fianco del paziente-familiare per un numero quotidiano di ore necessarie all’apprendimento di tecniche di nursing secondo un programma prestabilito; pertanto laddove possibile si richiede di attrezzare il reparto di rianimazione /terapia intensiva in modo da garantire la copresenza del familiare durante la degenza per un periodo definito. L’orario potrà essere suddiviso nell’arco della giornata in base alle esigenze dell’interessato e della struttura Sanitaria e comunque non potrà essere inferiore a 4 ore al giorno.

I reparti di Rianimazione sono, in genere, strutturati con un unico ambiente che accoglie i pazienti indipendentemente dalla patologia di base. Tale strutturazione comporta la promiscuità dei pazienti nonché la completa perdita della privacy.

Nel caso di pazienti affetti da SLA, e quindi con stato di coscienza conservato, tale condizione è vissuta con elevato grado di sofferenza psicologica che si aggiunge a quella fisica già presente ed inoltre, anche in pazienti non coscienti (es. stato vegetativo persistente), riduce la possibilità di accesso dei parenti se previsto dalla organizzazione interna di quel reparto.

Si auspica che i reparti di rianimazione/terapia intensiva, come anche quelli di OBI e di Pronto soccorso ospedaliero siano attrezzati a gestire emergenze per pazienti affetti da LIS (in inglese: Locked in sindrom-sindrome del lucchetto) e possano prevedere un ambiente dove accogliere tali pazienti garantendone la privacy e la presenza del familiare (es. stanza singola, box separato con pannelli mobili), dotato di un comunicatore e assicurando la presenza di un medico competente in materia in grado di gestire emergenze in linea con i seguenti obiettivi:

- Ridurre il disagio psicologico del paziente
- Favorire la presenza dei parenti

Al fine di umanizzare il percorso di presa in carico, è opportuno definire procedure per l'invio programmato presso strutture ospedaliere/CCR per praticare la tracheotomia ed eventualmente per effettuare esami diagnostici e/o prestazioni specialistiche. Ciò consentirebbe di ridurre sensibilmente i tempi di degenza e il disagio del paziente, in caso di tracheotomia. Si può prevedere che ciascuna azienda sanitaria individui nel proprio territorio/provincia una struttura che garantisca questi servizi per gli utenti affetti da SLA. Tale struttura ha, congiuntamente con l'ASL, l'obbligo di addestrare/formare il proprio personale infermieristico nonché i familiari alle procedure e manovre di assistenza e cura per i pazienti tracheostomizzati.

Bibliografia essenziale

1. D. Lo Coco, S. Marchese, M.C. Pesco, V. La Bella, F. Piccoli, A. Lo Coco. La disfunzione respiratoria nella sclerosi laterale amiotrofica. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2006; 21: 280-289.
2. EFNS Task Force on management of amyotrophic lateral sclerosis: guidelines for diagnosis and clinical care of patients and relatives. *European Journal of Neurology* 2005; 12: 921-938.
3. M. Aiello, P. Tzani, A. Chetta. Test per la valutazione ed il monitoraggio della funzione ventilatoria e dell'efficacia della tosse nella Sclerosi Laterale amiotrofica. *Eur. Respir. News* 2005; 13: 93-107.
4. N. Lechtzin. Respiratory Effects of Amyotrophic Lateral Sclerosis: Problems and solutions. *RespirCare* 2006; 51 (8)
5. Ferguson KA, Strong MJ, Ahmad D. and George CFP. Sleep disorders breathing in Amyotrophic lateral sclerosis. *Chest* 1996; 100: 664-69
6. Kleopa KA, Sherman M, Neal B, Romano GJ, Heiman-Patterson T. Bipap improves survival and rate of pulmonary function decline in patients with ALS. *J Neurol Sci* 1999;164:82-8.
7. Pinto A, Evangelista T, Carvalho M, Alves M, Sales Luis M. Respiratory assistance with a non invasive ventilator in MND/ALS patients: survival rates in a controlled trial. *J Neurol Sci* 1995;129(Suppl.):19-29.
8. Miller RG, Rosenberg JA, Gelinas DF, Mitsumoto H, Newman D, Sufit R, et al. Practice parameter: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology: ALS practise parameter task force. *Neurology* 1999;52:1311-23.
9. Kang SW, Bach JR. Maximum insufflation capacity. *Chest* 200; 118:62-5
10. Clini EM, antoni FD, Vitacca M. intrapulmonary percussive ventilation in tracheostomized patients; a randomized controller trial. *Intensive Care Med* 2006; 32: 1994-2001
11. Aitkens SG, McCroy MA, klimer DD, Bernauer EM. Moderate resistance exercise program: its effect in slowly progressive neuromuscular disease: *Arch Med Rehabil* 1993; 74:711-5
12. Kilmer DD. Resonse to aerobic exercise training in humans with neuromuscular disease. *Am J Phys Med rehabil* 2002; 81: S 148-50
13. Chiò A, Gauthier A, Viola A. Caregiver time use in ASL. *Neurology* 2006;67:902-4

Riferimenti Bibliografici

1. E. Beghi, A. Millul, A. Micheli, E. Vitelli, G. Logroscino: Incidence of ALS in Lombardy, Italy. In *Neurology* 2007; 68: 141- 145.
2. J. M. Cedarbaum, N. Stambler, E. Maltab, C. Fullerb, D. Hiltb, B. Thurmond, A. Nakanishi: The ALSFRS-R: a revised ALS functional rating scale that incorporates assessments of respiratory function BDNF ALS Study Group (Phase III). In *Journal of the Neurological Sciences* 1999; 169: 13-21.
3. V. La Bella: Metodi di valutazione della progressione di malattia nella sclerosi laterale amiotrofica. In *Neurol Sci.* 2004; 25: S61-S64
4. P.M. Andersen, G.D. Borasio, R. Dengler, O. Hardiman, K. Kollewe, P.N. Leigh, P. – F. Pradat, V. Silani and B. Tomik. Good practice in the Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis: Clinical Guidelines. An evidence-based review with Good Practice Points. EALSC Working Group. *Amyotrophic Lateral Sclerosis.* 2007; 8: 195-213.
5. B. Murray, H. Mitsumoto. Disorders of upper and lower motor neurons. In *Neurology in Clinical Practice* (Ed.: W.G. Bradley, R.B. Daroff, G.M. Fenichel, J. Jankovic) Fifth Edition, Elsevier, Philadelphia, USA, 2008, pp. 2183-2220.
6. Documento conclusivo elaborato dalla Consulta
(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1278_allegato.pdf)
7. Decreto Ministeriale N° 279 del 18 maggio 2001
8. Deliberazione n. 1362 della Giunta Regionale (BURC n. 59 bis del 14/11/2005), “Approvazione individuazione, in via provvisoria, dei presidi di riferimento regionali per le malattie rare ai sensi del DM 18 maggio 2001 n. 279”
9. Circolare regionale n. 20 del 28 novembre 2008 della Regione Lombardia
10. DGR n. VIII/7915 del 06.08.2008 della Regione Lombardia
11. D.G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 della Regione Puglia - Linee Guida regionali per le non autosufficienze
12. D.G.R. n. 256 del 16 marzo 2009 della Regione Molise - Programma regionale di interventi per la non autosufficienza
13. D.G.R. n. 31 del 30 luglio 2009 della Regione Sardegna
14. D.G.R. n. 2 del 4 febbraio 2011 della Regione Sardegna
15. D.G.R. n. 18 del 17 gennaio 2011 della Regione Toscana
16. D.G.R. n. 9 del 30 aprile 2010 della Regione Piemonte
17. D.G.R. n.8/10160 del 16 settembre 2009 della Regione Lombardia
18. D.G.R. n. 10/43 del 11 febbraio 2009 della Regione Sardegna
19. DGRC n. 109 del 20/03/2012, BURC n. 18 del 22.03.2012
20. Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011: Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: “Il sistema dei servizi domiciliari in Campania”.

Allegato 1: ALS Functional Rating Scale Revised (ALS FRS-R)

Voce Descrizione	Grado
1. LINGUAGGIO	
Normale processo fonatorio	4
Alterazione evidenziabile del linguaggio	3
Intelligibile con ripetizioni	2
Linguaggio associato a comunicazione non vocale	1
Perdita di linguaggio utile	0
2. SALIVAZIONE	
Normale	4
Lieve ma definito eccesso di saliva nella bocca; può avere una perdita notturna	3
Saliva moderatamente eccessiva; può avere una perdita minima	2
Marcato eccesso di saliva con una certa perdita	1
Marcata perdita; richiede costantemente l'uso di fazzoletti	0
3. DEGLUTIZIONE	
Normali abitudini alimentari	4
Iniziali problemi alimentari - occasionalmente va per traverso	3
Modificazioni della consistenza della dieta	2
Necessita di alimentazione enterale supplementare	1
Non in grado di deglutire (alimentazione esclusivamente parenterale o enterale)	0
4. SCRIVERE A MANO (con la mano che era dominante prima dell'esordio della SLA)	
Normale	4
Rallentato o approssimato: tutte le parole sono leggibili	3
Non tutte le parole sono leggibili	2
In grado di afferrare la penna ma incapace di scrivere	1
Incapace di afferrare la penna	0
5a. TAGLIARE IL CIBO E USARE UTENSILI (pazienti senza gastrostomia)	
Normale	4
Talvolta rallentato e goffo, ma non richiede aiuto	3
Può tagliare la maggior parte dei cibi, anche se in modo rallentato e goffo; è necessario un certo aiuto	2
Il cibo deve essere tagliato da altri, ma riesce ancora a portarsi il cibo alla bocca da solo	1
Deve essere nutrito	0
5b. TAGLIARE IL CIBO E USARE UTENSILI (pazienti con gastrostomia)	
Normale	4

Maldestro ma in grado di eseguire tutte le manipolazioni da solo	3
Necessario un certo aiuto con dispositivi di fissaggio	2
Fornisce una minima assistenza a chi lo aiuta	1
Incapace di eseguire qualsiasi aspetto di questi compiti	0

6. VESTIRSI E IGIENE

Funzione normale	4
Bada a se stesso in modo indipendente e completo con sforzo e ridotta efficienza	3
Assistenza intermittente o metodi sostitutivi	2
Necessita di aiuto per la cura del se	1
Dipendenza totale	0

7. GIRARSI NEL LETTO E AGGIUSTARE LE COPERTE

Normale	4
Talvolta rallentato e goffo; ma non è necessario aiuto	3
Può girarsi da solo o mettere a posto le coperte ma con grande difficoltà	2
Può iniziare il movimento, ma non girarsi o mettere a posto le coperte da solo	1
Necessita di aiuto totale	0

8. CAMMINARE

Normale	4
Iniziali difficoltà di deambulazione	3
Cammina con assistenza (qualsiasi ausilio per la deambulazione comprese ortosi per la caviglia)	2
Solo movimenti funzionali che non portano alla deambulazione	1
Nessun movimento utile degli arti inferiori	0

9. SALIRE LE SCALE

Normale	4
Rallentato	3
Lieve instabilità o fatica	2
Necessita di assistenza (compreso il mancorrente)	1
Non può farlo	0

10. DISPNEA

Nessuna	4
Compare nel camminare	3
Compare con una o più delle seguenti attività: mangiare, fare il bagno, vestirsi (ADL)	2
Compare a riposo, difficoltà della respirazione sia da sdraiati che da seduti	1
Difficoltà significative della respirazione, considerare l'uso del supporto respiratorio meccanico	0

11. ORTOPNEA

Nessuna	4
Qualche difficoltà nel dormire la notte in seguito a brevità del respiro, non uso rutinario di più di due cuscini	3
Necessità di più cuscini per dormire (più di due)	2
Dormire solo in posizione seduta	1
Impossibilità a dormire	0

12. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Nessuna	4
Intermittente uso del BiPAP	3
Continuo uso del BiPAP durante la notte	2
Continuo uso dl BiPAP sia la notte che il giorno	1
Ventilazione meccanica invasiva mediante intubazione o tracheotomia	0



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)

DECRETO n. 52 del 29/05/2015

Oggetto: Recepimento Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione “Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze”.

PREMESSO:

- a) che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b) che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal Commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c) che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d) che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi,

PREMESSO, altresì:

- a) la D.G.R.C. 2006/2004 in esecuzione della legge regionale 8/2003 “ Linee di indirizzo.....” tra le altre cose definisce linee di indirizzo per l'accesso e la valutazione e presa in carico dei cittadini affetti da demenze presa in carico dei cittadini affetti da demenze
- b) che con D.G.R.C. 18 del 14.02.2012 è stato istituito il tavolo tecnico per le demenze e con successivo D.P.G.R.C. n. 202 del 05/07/2012 sono stati nominati i componenti del richiamato Tavolo con il compito, tra l'altro, di attivare procedure utili di accompagnamento, verifica e monitoraggio della attuazione del percorso di assistenza ai cittadini affetti da demenze, con particolare riferimento all'implementazione della rete di assistenza dedicata;
- c) che il 30 ottobre 2014 la Conferenza Stato Regioni ha sancito l'accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali concernente il documento Tecnico “Piano Nazionale demenze-Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;

CONSIDERATO che

- a) il Piano Nazionale individua compiti e responsabilità delle regioni nella definizione di una rete di assistenza per i soggetti affetti da demenze;
- b) il richiamato Piano fornisce indicazioni per uniformare la rete di assistenza, con particolare

*Regione Campania**Il Presidente*

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)

riguardo alla strategia di realizzare concretamente azioni di continuità ospedale -territorio, definizione di percorsi assistenziali articolati

- c) Il Piano nazionale è aggregato intorno ad una serie di obiettivi prioritari da cui discendono azioni concrete e che l'Obiettivo 2 "Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata" prevede tra le sue azioni la creazione, implementazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni a partire da Centro per disturbi cognitivi e Demenze -CDCD ;
- d) l'esperienza maturata con le Unità di valutazione Alzheimer-U.V.A., non uniformemente diffusi sul territorio regionale e variamente funzionanti;
- e) è opportuno delineare un percorso integrato di servizi sociosanitari territoriali ed ospedalieri per i pazienti adulti affetti da demenze;

PRESO ATTO del documento elaborato con il contributo del Comitato tecnico regionale sulle demenze denominato: "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze"

RILEVATO che

- a) tale documento risponde alle esigenze di definire modalità univoche e omogenee per la diagnosi e la gestione delle persone affette da demenze;
- b) esso fornisce indicazioni e raccomandazioni per la corretta implementazione della rete dei servizi territoriali e per l'umanizzazione dei percorsi assistenziali;
- c) definisce altresì compiti e funzioni dei nodi e dei soggetti della rete con particolare riguardo agli istituendi "Centri per disturbi cognitivi e Demenze di diagnosi e cura per le Demenze -CDCD";
- d) individua una serie di azioni da realizzare e fornisce indicazioni e Raccomandazione per la corretta implementazione della rete di assistenza;

RITENUTO, pertanto, di

- a) dover recepire l'Accordo Stato- del 30/10/2014 che approva il documento Tecnico "Piano Nazionale demenze-Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze"-**allegato A** del presente decreto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- b) di dare mandato ai competenti Uffici della Direzione Salute di dare attuazione al richiamato Piano;
- c) dover approvare il documento elaborato con il contributo del Comitato tecnico regionale per le demenze "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze", **allegato B** del presente decreto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- d) dover dato mandato alle UU.OO.DD. 02-03-05-08 della D.G. Tutela della Salute di dare piena attuazione al presente atto;

VISTI:

- la D.g.R.C. 2006/2004 che approva le linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti affetti da demenza;
- le delibere di giunta regionale n. 39/2011 e i decreti commissariali n. 62/2012, n 94/2013, n. 105/2014 che, in conformità agli accordi Stato-Regioni, approvano le linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della L. 662/96, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale collegati agli obiettivi di piano sanitario rispettivamente degli anni 2010, 2011, 2012 e 2013;
- la D.G.R.C. n. 41/2011 Sistema delle cure domiciliari in Campania,
- decreto del commissario ad acta 1 del 07/01/2013 che delinea il sistema di tariffe di cure domiciliari per profili;



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/4/2010)

- Decreto Commissariale n.25/2012 che definisce i centri prescrittori demenze ospedalieri e territoriali;
- il DCA n. 108/2014 che approva i programmi operativi 2013-2015, collegati al piano di rientro;

DECRETA

Per le considerazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. dover recepire l'Accordo Stato- del 30/10/2014 che approva il documento Tecnico "Piano Nazionale demenze-Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", **allegato A** del presente decreto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. dover dato mandato agli Uffici competenti di dare piena attuazione al richiamato Piano Nazionale;
3. di approvare il documento "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze", **allegato B** del presente decreto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
4. di prevedere la successiva definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali-PDTA per le demenze;
5. dare mandato agli uffici competenti di fornire indicazioni alle Aziende Sanitarie e agli Ambiti Territoriali per la piena attuazione dell'approvando documento e di monitorarne l'applicazione, anche avvalendosi del supporto del Comitato tecnico regionale sulle demenze;
6. di incaricare la DG: Tutela della Salute per l'individuazione dei Centri per disturbi cognitivi e Demenze -CDCD, per la definizione della rete dei CDCD -come indicato nell'allegato B;
7. di dare mandato alle UU.OO.DD. 03,04,05,08 della D.G. 52 di dare piena attuazione al presente decreto commissariale e prevedere azioni di monitoraggio, per le parti di propria competenza;
8. di trasmettere il presente Decreto al Capo di Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, al Direttore Generale per la tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e all'Ufficio Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale per la integrale pubblicazione sul BURC.

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario ad Acta
Prof. Ettore Cinque

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Il Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela Salute e Coord. SSR
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente della UOD Interventi Sociosanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

I funzionari referenti
Dott.ssa Arcangela Cuomo
Dott.ssa Annarita Greco

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante "Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Rep. Atti n. 135/cv del 30 ottobre 2014

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 30 ottobre 2014:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTA la lettera in data 2 ottobre 2014, con la quale il Ministero della salute ha inviato lo schema di accordo indicato in oggetto, che con nota del 10 ottobre è stato diramato alle Regioni ed alla Province autonome di Trento e di Bolzano ed alle Autonomie locali;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica del 16 ottobre 2014, sono state concordate modifiche migliorative del testo, recepite nella versione definitiva che il Ministero della salute ha inviato con nota del 17 ottobre 2014 e che questa Segreteria ha diramato in data 22 ottobre 2014;

VISTA la nota del 29 ottobre 2014, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il parere tecnico favorevole all'accordo nella suddetta versione del 22 ottobre 2014;

ACQUISITO, nell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali con la raccomandazione - formalizzata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota in data 6 novembre 2014 - che la realizzazione del Piano sia rafforzata con ulteriori strumenti operativi, al fine di garantire nel contempo l'autonomia gestionale e organizzativa delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

premesse che:

- il decreto legislativo n. 502/92 - "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni, indirizza le azioni del Servizio Sanitario Nazionale verso il rispetto del principio di appropriatezza e la individuazione di percorsi diagnostici terapeutici e linee guida;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

- in Europa si stima che la prevalenza delle demenze incrementi, nel medesimo periodo di tempo, dall'1,6% nella classe d'età 65-69 anni al 22,1% in quella maggiore di 90 anni nei maschi e dall'1% al 30,8% rispettivamente nelle donne. I tassi di incidenza per demenza variano dal 2,4 per 1000 anni persona nella classe d'età 65-69 anni fino al 40,1 per 1000 anni persona in quella maggiore di 90 anni nella popolazione maschile e dal 2,5 all'81,7 rispettivamente nella popolazione femminile. La demenza di Alzheimer rappresenta, secondo queste stime, circa il 60% di tutte le demenze;
- le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewy, forme miste, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione generale queste patologie stanno diventando, e lo saranno sempre più, un problema rilevante in termini di sanità pubblica;
- la sintomatologia della demenza, conseguente alla grave compromissione delle funzioni cognitive, è infatti caratterizzata da una disabilità progressiva la cui gestione clinica ed assistenziale risulta estremamente complessa. Va, inoltre, tenuto presente che la condizione clinica del paziente demente è generalmente caratterizzata dal fenomeno della pluripatologia che, inevitabilmente, comporta vari gradi di disabilità a cui si accompagnano problemi somatici, psichiatrici, sociali, etici e medico-legali;
- sul territorio nazionale è presente una organizzazione differenziata tra le diverse Regioni e talora anche all'interno delle singole Regioni ed una marcata variabilità nell'offerta quali-quantitativa di servizi di diagnosi e cura. Spesso si rileva anche una ancora scarsa integrazione e collaborazione tra Ospedale, medici di medicina generale (MMG), servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata che rischiano di tradursi in una carenza nella presa in carico e nella continuità assistenziale. La realtà si presenta molto variegata, con aree di sicura eccellenza accanto ad altre dove è assolutamente necessario intervenire per dare qualità;
- i compiti dei soggetti deputati a svolgere la funzione di *governance*, Ministero, Regioni e Province Autonome, Enti Locali sono, sulla base delle differenti prerogative e responsabilità:
 - fissare obiettivi e strategie;
 - progettare le strutture di governo e di controllo;
 - sorvegliare e valutare il funzionamento;
 - misurare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi,
 - prevedere sistemi gestionali volti al miglioramento continuo e capaci d'intervenire in corso d'opera per potenziare determinate *performance*;
- in Italia sono numerose le iniziative rivolte alla demenza ma, nonostante gli sforzi di Amministrazioni, Associazioni ed operatori sanitari e sociosanitari, la gestione del problema è ancora spesso affrontata in momenti e con percorsi distinti;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

SI CONVIENE

1. Sulla necessità di definire ed implementare il “PIANO NAZIONALE DEMENZE”, Allegato A), parte integrante del presente atto, inteso come strategia globale per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore, partendo dal presupposto che, come in tutte le patologie cronico-degenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificarne la storia naturale, occorre prevedere un insieme articolato ed organico di percorsi assistenziali, secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.
2. Il Governo, le Regioni, le Province Autonome e gli Enti Locali si impegnano a implementare il Piano Nazionale Demenze, articolato in obiettivi ed azioni articolati dettagliatamente nell'allegato tecnico, per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi integrati nel settore delle demenze.
3. Le azioni, tra loro complementari e sinergiche, sono da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale.
4. L'attuazione da parte delle singole Regioni, Province Autonome ed Enti Locali delle azioni previste è realizzata nel quadro della rispettiva programmazione assistenziale e nel rispetto della connessa programmazione economico finanziaria, in riferimento alle risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente.
5. Dalle azioni previste dal suddetto Piano non devono derivare nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica

IL SEGRETARIO
Antonio Naddo



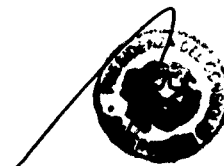
IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

PIANO NAZIONALE DEMENZE – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze**Introduzione**

La demenza è una malattia cronico degenerativa, la cui storia naturale è caratterizzata dalla progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza con vario grado di disabilità e conseguente dipendenza dagli altri, fino alla immobilizzazione a letto. E' necessario pervenire il più rapidamente possibile ad una diagnosi precisa che permetta interventi farmacologici e/o psicosociali volti a contenere la progressione della malattia in relazione allo stadio, al grado di disabilità ed alla comorbidità; è altrettanto necessario ed irrinunciabile gestire tutti i problemi che si presentano nel percorso dei vari stadi.

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto OMS e ADI una priorità mondiale di salute pubblica: *"nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, il triplo nel 2050, con ogni anno 7,7 milioni di nuovi casi (1 ogni 4 secondi) e una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8-anni. La stima dei costi è di 604 mld di dollari/anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate. E' necessario assicurare la migliore qualità di vita possibile per il paziente ed un supporto adeguato per i familiari da parte dei sistemi sanitari, sociali, finanziari e giuridici. Pertanto si deve agire subito per: 1) promuovere a livello mondiale una società in grado di comprendere ed includere le demenze; 2) considerare le demenze una priorità sanitaria e sociale nazionale in tutti i Paesi; 3) migliorare l'atteggiamento e la conoscenza del pubblico e dei professionisti rispetto alle demenze; 4) investire nei sistemi sanitari e sociali per migliorare l'assistenza ed i servizi per i pazienti ed i loro familiari; 5) aumentare la priorità data alle demenze nell'agenda della ricerca di salute pubblica."* (Ginevra 11 aprile 2012)

Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno si prefigura di dimensioni allarmanti, ed è facile prevedere che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica. Si sottolinea inoltre che il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%). Numerose evidenze disponibili in termini di prevenzione primaria e secondaria individuano sette fattori di rischio potenzialmente modificabili associati all'insorgenza della demenza di Alzheimer, quali il diabete, l'ipertensione in età adulta, l'obesità in età adulta, il fumo, la depressione, la bassa scolarizzazione e l'inattività fisica. Si stima che circa un terzo dei casi di demenza di Alzheimer siano potenzialmente attribuibili all'insieme di questi fattori. In tal senso alcuni studi condotti per diverse decadi su alcune popolazioni europee e americane sembrano documentare, negli anni più recenti, una riduzione della prevalenza della demenza da attribuire probabilmente ad una modifica degli stili di vita.



Lo scenario di riferimento non sorprende il fatto che la Commissione Europea, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e recentemente anche il summit specifico del G8, tenutosi a Londra nel mese di dicembre 2013, abbiano ribadito che la demenza di Alzheimer rappresenta una priorità nell'agenda globale per i prossimi anni. In particolare il summit di Londra ha evidenziato la necessità di politiche a sostegno dell'innovazione nel settore della ricerca e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza.

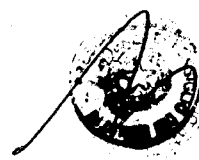
Una segnalazione a parte merita la recente Joint Action europea ALCOVE (Alzheimer Cooperative Valutation in Europe) sulle policy per le demenze. Questo progetto ha coinvolto 30 partner provenienti da 19 Paesi, inclusa l'Italia che ha coordinato l'area di epidemiologia, ed ha avuto come obiettivo il miglioramento delle conoscenze sulla patologia e sulle sue conseguenze contribuendo a stimolare una riflessione sulla qualità della vita delle persone, sul concetto di autonomia e sui diritti di chi vive con una forma di demenza. Le raccomandazioni conclusive del progetto ALCOVE si sono indirizzate su quattro aree specifiche quali l'epidemiologia, la diagnosi, i sistemi di supporto alla gestione dei sintomi psicologici e comportamentali (BPSD) delle persone affette da demenza e gli aspetti etici (diritti, autonomia, dignità).

Per quanto attiene all'epidemiologia gli aspetti più rilevanti riguardano la necessità di promuovere ulteriori studi sia sulla prevalenza della demenza in generale, rispettando standard di elevata qualità come quelli definiti nell'Alzheimer Disease International Report del 2009, sia sulla prevalenza ed incidenza in persone con demenza al di sotto i 65 anni di età per definire al meglio la frequenza di un fenomeno ancora poco conosciuto e molto eterogeneo. Appare poi urgente migliorare la raccolta dei dati sull'uso degli antipsicotici nelle persone affette da demenza in modo prospettico e sistematico in differenti contesti (comunità, assistenza domiciliare, cliniche della memoria, Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA) al fine di promuovere con campagne nazionali un uso appropriato di questi farmaci riducendo il rischio associato al loro uso.

Per la diagnosi si è raccomandata l'importanza della centralità della persona. In particolare la diagnosi tempestiva di demenza deve essere disponibile per tutti i cittadini che la richiedono nel momento in cui viene rilevata per la prima volta un'alterazione delle funzioni cognitive e/o comportamentali. Bisogna ridurre la paura e lo stigma riguardo alla demenza.

Le raccomandazioni relative ai sistemi di supporto alla gestione dei sintomi psicologici e comportamentali (BPSD) delle persone affette da demenza evidenziano come questi siano fonte di un notevole carico assistenziale e di depressione per i caregiver, così come di un aumento del tasso di istituzionalizzazione per le persone con demenza. Tutti gli Stati membri dovrebbero sviluppare una strategia olistica tridimensionale indirizzata allo sviluppo di strutture e organizzazioni assistenziali dedicate ai BPSD, ad interventi individualizzati per il paziente e il caregiver (Individualized Patient and Family Carers, IPCI) combinando interventi psicosociali e terapie farmacologiche ed infine ad assicurare la competenza dei professionisti socio-sanitari.

Le raccomandazioni relative ai diritti, l'autonomia e la dignità delle persone affette da demenza rappresentano una vera e propria emergenza dal punto di vista etico. Una persona con diagnosi di demenza non deve essere automaticamente considerata incapace di esercitare il suo diritto di scelta. La presunzione di competenza deve essere garantita alle persone con demenza durante l'intero corso della malattia, e vanno previsti anche tutti gli eventuali meccanismi di supporto in tale direzione.



Il contesto italiano

L'Italia è uno dei Paesi al mondo con la più alta percentuale di persone anziane (età uguale o superiore a 65 anni). In Europa, secondo dati ISTAT al 1° gennaio 2013, si colloca al secondo posto dopo la Germania, con un numero di anziani di 12.639.000, pari a al 21,2% della popolazione totale. Anche l'indice di vecchiaia, definito come il rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni), colloca l'Italia al secondo posto in Europa dopo la Germania, con un rapporto di 144 anziani ogni 100 giovani. Le proiezioni demografiche mostrano una progressione aritmetica di tale indicatore fino a giungere nel 2051 per l'Italia a 280 anziani per ogni 100 giovani.

Sono pertanto in aumento tutte le malattie croniche, in quanto legate all'età, e tra queste le demenze. La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa dell' 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 40% dopo gli ottanta anni. Il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà un ulteriore consistente aumento della prevalenza dei pazienti affetti da demenza. In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali.

Le conseguenze sul piano economico ed organizzativo sono facilmente immaginabili, tenendo conto che i soli costi annuali diretti per ciascun paziente vengono, in diversi studi europei, stimati in cifre variabili da 9000 a 16000 Euro, a seconda dello stadio di malattia. Stime di calcolo circa i costi socio-sanitari delle Demenze in Italia ipotizzano cifre complessive pari a circa 10-12 miliardi di Euro annui, e di questi 6 miliardi per la sola Malattia di Alzheimer.

La crescente già citata importanza attribuita agli interventi che hanno potenziale impatto sulla prevenzione della demenza, quali ad esempio quelli citati in precedenza, è testimoniata anche dal fatto che per la prima volta il Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012 aveva incluso la tematica delle demenze tra le priorità di azione, e il tema è attualmente in esame e definizione anche nella proposta del nuovo PNP quinquennale 2014-2018.

Il "modello della gestione integrata" è oggi considerato l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione possibile. Per attuare un intervento di gestione integrata è fondamentale disporre:

- di processi e strumenti di identificazione della popolazione target;
- di linee guida basate su prove di efficacia
- di modelli di collaborazione tra i diversi professionisti coinvolti per promuovere un'assistenza multidisciplinare;
- di strumenti psicoeducativi per promuovere l'autogestione dei pazienti e dei familiari quale componente essenziale dell'assistenza ai malati cronici;
- di misure di processo e di esito;
- di sistemi informativi sostenibili e ben integrati sul territorio che incoraggino non solo la comunicazione tra medici ma anche tra medici, pazienti e familiari per ottenere un'assistenza coordinata e a lungo termine.
- di meccanismi e programmi di formazione/aggiornamento per specialisti e Medici di Medicina Generale (MMG)

Soprattutto per le patologie cronico-degenerative come le demenze, dunque, appare necessario definire un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia che, come è documentato in letteratura da diverse esperienze internazionali, risulta efficace ed efficiente in rapporto ad un miglioramento della storia naturale della malattia.

In Italia, nonostante gli sforzi delle Amministrazioni, delle Associazioni e della gran parte degli operatori dell'area socio-sanitaria, la gestione del problema Demenze è ancora affrontata in momenti e, spesso, con percorsi distinti: quello diagnostico, quello assistenziale e quello riabilitativo, dimenticando che solo un approccio integrato, a tutti i livelli, può rappresentare una efficace risposta alle complesse istanze che la patologia porta con sé.

L'attuale situazione dell'offerta sociosanitaria si concentra, in varia misura, sulle strutture specialistiche attivate nell'ambito del "Progetto CRONOS", varato dal Ministero della Sanità nel 2000. In attuazione del progetto vennero costituite in tutte le Regioni italiane circa 500 "Unità di Valutazione Alzheimer" (U.V.A.) per lo screening dei pazienti da avviare alla somministrazione dei farmaci anticolinesterasici inclusi nello studio, secondo un percorso predefinito volto a garantire la massima accessibilità a tutti i soggetti interessati.

In tali servizi operano ad oggi quasi 2000 operatori sanitari e socio-sanitari tra medici (che sono responsabili, in base alle decisioni stabilite dall'AIFA, del piano terapeutico farmacologico), psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, infermieri, personale amministrativo.

I criteri suggeriti, nel protocollo del progetto, per la costituzione delle UVA erano centrati sulla identificazione di unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche, internistiche e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri, dei servizi territoriali specialistici e di assistenza domiciliare delle aziende territoriali, nonché della medicina generale.

L'Italia è stato il primo paese che ha puntato sulla creazione di centri specialistici dove viene posta la diagnosi di demenza e si coordina una fase terapeutica. Successivamente anche Francia, Germania, Regno Unito, Austria e Irlanda hanno promosso la costituzione di "memory clinics", che si basano sugli stessi presupposti. In sintesi queste strutture, in raccordo con la medicina generale, hanno rappresentato e rappresentano il fulcro di un sistema dedicato alle demenze intorno alle quali bisogna costruire una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari.

Negli anni scorsi, in alcune Regioni, però, l'istituzione delle UVA non si è basata su una programmazione che leggesse la realtà del fabbisogno e su di essa dimensionasse l'offerta di servizi, tanto che ad una valutazione eseguita sia nel 2002 che nel 2006 dall'Istituto Superiore di Sanità è emerso che in circa il 25% delle strutture il servizio è fornito un solo giorno a settimana e che in circa il 7% vi è un solo medico dedicato a questo lavoro.

Va inoltre considerato che circa il 20% delle UVA, nel corso delle indagini svolte in passato, non era stato raggiungibile.

A distanza di quasi quattordici anni tali strutture specialistiche rappresentano ancora, in molti casi, accanto alla medicina generale, il punto di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per i pazienti ed i loro familiari, ma necessitano, ormai, di interventi urgenti di adeguamento, razionalizzazione e/o potenziamento.

A titolo di esempio, basti citare il fatto che alcune Regioni hanno ritenuto opportuno cambiare in prima istanza la stessa denominazione dei centri specialistici dedicati, passando dalle UVA a "Unità di Valutazione delle Demenze" (UVD) e/o "Centri per il decadimento cognitivo", sottolineando così il passaggio da una visione centrata sull'Alzheimer ad una più ampia estesa a tutte le forme di demenze (si ricorda che circa il 40% delle demenze sono di altra natura) o ad uno spettro più articolato di stadiazioni.



La maggiore criticità del sistema è rappresentata dalla scarsa integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, a conferma delle difficoltà che ancora oggi si incontrano nel perseguire l'obiettivo prioritario della costruzione e del coordinamento della rete.

Sulla scorta di quanto detto, appare dunque strategico promuovere un processo che miri ad individuare modalità e strutture che rappresentino il nodo di accesso alla rete integrata dell'offerta sanitaria e del supporto sociale, anche alla luce dell'esperienza maturata in questi anni in riferimento ai Punti unici di accesso (PUA) specificamente rivolti all'anziano ed al disabile.

Allo stesso tempo occorre dare forza alle eccellenze cliniche, in ambito diagnostico, terapeutico e riabilitativo ed alla esperienza acquisita dalle UVA in quasi quattordici anni di attività.

Oggi si ravvede l'importanza di una denominazione comune di queste ultime strutture sul territorio nazionale che possa innanzitutto caratterizzarle come chiaro punto di riferimento e possa inoltre rendere esplicito il fatto che esse effettuano la presa in carico delle persone affette da disturbi cognitivi e/o da demenza e ottemperano alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall'AIFA (ad esempio la nota 85 pubblicata in GU serie generale n. 65 del 1973/2009 e il Comunicato sull'uso degli antipsicotici del 8/5/2009).

La denominazione condivisa che appare recepire con maggiore chiarezza le diverse istanze è "*Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)*"

Una rete integrata sanitaria, socio-sanitaria e sociale consentirà al paziente, al MMG e ai familiari di fruire in modo agevole di un qualificato riferimento clinico e assistenziale che utilizzi, in ogni fase in cui si renda necessario, il livello assistenziale adeguato, dagli specialisti all'ospedale per acuti, dall'ospedale diurno all'assistenza domiciliare integrata, dalle residenze sanitarie assistenziali alla ospedalizzazione a domicilio, al centro diurno ecc.

La consapevolezza della complessità del fenomeno delle demenze, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, richiede pertanto un impegno straordinario da parte delle Istituzioni, centrali e regionali, in stretto raccordo con le Associazioni dei familiari e dei pazienti.

Questo impegno deve indirizzarsi verso lo sviluppo di una capacità di governance dei fenomeni complessi, indispensabile ad affrontare una vera e propria emergenza socio-sanitaria.

A tal fine il "Piano nazionale demenze" intende fornire indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

Per omogeneizzare gli interventi sul territorio nazionale il Piano è aggregato intorno ad alcuni Obiettivi prioritari da cui discendono una serie di Azioni.

Tali azioni dovranno essere poi opportunamente declinate ed articolate sulla base dei bisogni specifici e delle esperienze maturate, attraverso una razionalizzazione dell'uso delle risorse finalizzate al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Appare infine urgente la necessità di un articolato sviluppo della ricerca scientifica con particolare enfasi su quelle evidenze direttamente trasferibili alla sanità pubblica in quanto capaci di supportare adeguatamente le azioni di prevenzione, di diagnosi tempestiva, di cure appropriate e di riabilitazione.

Il Piano focalizza dunque la propria attenzione su tutte le opportune misure di sanità pubblica che possano promuovere interventi appropriati ed adeguati, di contrasto allo stigma sociale, di garanzia



dei diritti, di conoscenza aggiornata, di coordinamento delle att.
ad una corretta gestione integrata della demenza.

ati

Obiettivi ed azioni prioritari

Obiettivo 1: Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria

- Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce
- Conseguire, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura e di miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei loro carer
- Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia

Azioni:

- 1.1. Promozione di strategie per la prevenzione primaria e secondaria
- 1.2. Realizzazione di una mappa aggiornata dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale anche in collaborazione con le amministrazioni comunali
- 1.3. Promozione di interventi mirati alla creazione di una rete assistenziale regionale integrata, con articolazione locale, basata su criteri di qualità organizzativi e strutturali valutabili e condivisi
- 1.4. Presenza di obiettivi specifici connessi agli interventi per le demenze nella valutazione dei direttori generali e dei direttori delle strutture operative individuate dalla programmazione regionale
- 1.5. Promozione e coordinamento a livello nazionale di attività di ricerca nell'ambito della sanità pubblica, con particolare attenzione agli aspetti epidemiologici, clinici e sociali
- 1.6. Attivazione di un tavolo di confronto permanente per le demenze, tra Ministero della salute e Regioni, queste ultime eventualmente organizzate in un tavolo interregionale (sul modello di quanto già avviene per altre aree di intervento), che si avvale del contributo scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dell'AGENAS, nonché di quello delle Associazioni nazionali dei familiari dei pazienti. Si ritiene importante che il tavolo sia integrato dalle rappresentanze della componente sociale, nelle sue articolazioni nazionale, regionale e locale.
- 1.7. Realizzazione di un sistema informativo sulle demenze, a partire dalla valorizzazione dei flussi già esistenti, che consenta il dialogo tra il livello regionale e quello nazionale e sia utilizzato a supporto delle funzioni di:
 - monitoraggio del fenomeno e programmazione degli interventi basati su indicatori di appropriatezza e qualità;
 - sostegno alla verifica di attuazione del presente Piano;
 - ricerca mirata



Obiettivo 2: Creazione di una rete integrata per le demenze e riorganizzazione della gestione integrata

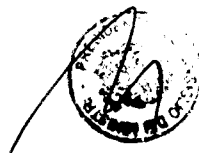
- Promuovere la prevenzione, la diagnosi tempestiva, la presa in carico, anche al fine di ridurre le discriminazioni, favorendo adeguate politiche di intersectorialità
- Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria.

Azioni:

- 2.1. Creazione, riorganizzazione e potenziamento di una rete di servizi e funzioni, a partire dal CDCD, che si configura come sistema integrato in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure (MMG, ambulatori per le demenze, Centri Diurni, ADI dedicata, etc.), con particolare attenzione agli aspetti etici.
- 2.2. Strutturazione, sulla base della specifica programmazione regionale, di questa rete di servizi e funzioni in modo che risponda a precisi criteri di qualità dell'offerta e percorsi di cura condivisi, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:
 - il dimensionamento dell'offerta di servizi basato sulla stima del fabbisogno dei diversi territori
 - l'individuazione di servizi, funzioni e competenze che garantiscano la risposta corretta ad ogni necessità di cura del paziente in ogni livello assistenziale, dalle cure primarie ai servizi specialistici ambulatoriali, a quelli residenziali e semiresidenziali, ai servizi ospedalieri
 - la messa in rete delle professionalità necessarie all'approccio multidisciplinare e multidimensionale, garantendo la disponibilità delle figure professionali indispensabili (MMG geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta occupazionale, fisioterapista, operatore socio-sanitario, etc.)
 - l'accessibilità e fruibilità dei servizi, in termini di localizzazione, congruo numero di ore di apertura giornaliera e settimanale
 - la condivisione ed implementazione di percorsi di cura / percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) che assicurano la gestione integrata
- 2.3. Formulazione di una Carta dei servizi specifica in cui siano contenute indicazioni riguardanti informazioni generali sulla operatività dei servizi e sulle modalità assistenziali dell'intero percorso, a garanzia della trasparenza dell'offerta

Obiettivo 3: Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure

- Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate



- migliorare la qualità dell'assistenza delle persone con demenza in tutti i contesti, in particolare presso le strutture residenziali e semiresidenziali e in tutte le fasi di malattia
- Promuovere l'appropriatezza nell'uso dei farmaci, delle tecnologie e degli interventi psico-sociali

Azioni:

3.1 Sviluppo di Linee Guida e documenti di consenso

- 3.1.1 Sviluppo delle Linee Guida (LG) che si rendano necessarie nel panorama della promozione di corrette pratiche preventive e clinico-assistenziali basate sulle evidenze scientifiche, con attenzione alle aree di particolare criticità
- 3.1.2 Elaborazione di tali LG nell'ambito del Sistema nazionale linee guida (SNLG), con il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali (Ministero della salute, Istituto Superiore di sanità, Regioni, AGENAS) e la collaborazione delle maggiori Associazioni di pazienti e familiari e delle principali Società scientifiche
- 3.1.3 Monitoraggio della diffusione e dell'implementazione delle LG, nonché dell'aderenza ad esse, effettuato a livello regionale attraverso l'uso di indicatori condivisi
- 3.1.4 Formulazione e approvazione di ulteriori documenti di consenso che, pur non configurandosi come LG perché pertinenti ad aree di maggiore incertezza, siano comunque ritenuti utili strumenti di appropriatezza e qualità
- 3.1.5 Dotazione e adozione, da parte delle Regioni, di un documento relativo ai percorsi di cura/percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), che garantiscono la gestione integrata in quanto essi sono finalizzati non solo a migliorare la qualità della cura, ma anche a ridurre i ritardi nell'erogazione di trattamenti appropriati e a migliorare l'uso delle risorse

3.2 Formazione e aggiornamento

- 3.2.1 Promozione di un adeguamento dei percorsi di formazione specialistica in medicina generale organizzati ed attivati dalle Regioni
- 3.2.2 Attivazione di percorsi di formazione/aggiornamento rivolti a tutte le figure professionali che operano nei servizi sanitari e sociosanitari, con modalità integrate ed inserendoli nell'ambito della formazione continua ECM aziendale e regionale
- 3.2.3 Promozione di occasioni formative in collaborazione con le associazioni dei familiari che prevedano la partecipazione di tutte le figure professionali sociosanitarie e dei familiari/caregivers informali.
- 3.2.4 Promozione di una sistematica attività di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica

Obiettivo 4: Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita

- Supportare le persone con demenza e i loro familiari fornendo loro corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili per facilitare un accesso ad essi quanto più diagnosi tempestivo possibile
- Migliorare la qualità di vita e della cura e promuovere la piena integrazione sociale per le persone con demenze anche attraverso strategie di coinvolgimento personale e familiare



favore tutte le forme di partecipazione, in particolare delle famiglie e delle Associazioni, sviluppando non solo l'empowerment delle persone ma anche quello della comunità. In questo contesto le amministrazioni regionali si attivano per il coinvolgimento anche delle Associazioni locali

Azioni

- 4.1. Promozione di eventi informativi di rilievo nazionale e regionale, mirati alla sensibilizzazione della popolazione generale, alla lotta allo stigma sociale, alla promozione del rispetto e della dignità delle persone con demenza, anche utilizzando i sistemi di comunicazione via web
- 4.2. Sviluppo di interventi di coinvolgimento attivo e consapevole dei familiari/caregiver con parallela offerta di sostegno personalizzato, formazione ed informazione mirate
- 4.3. Utilizzo di strumenti di monitoraggio delle condizioni di salute e di tutela dei caregiver
- 4.4. Sostegno e valorizzazione delle associazioni dei familiari e delle reti di volontariato, e delle loro attività dedicate ai caregiver
- 4.5. Incentivazione di tutte le opportunità a bassa soglia e ad alta capacità di contatto per il coinvolgimento delle persone con demenza e dei loro familiari ed il sostegno informale (come ad esempio i caffè Alzheimer o altre iniziative sul territorio di provata efficacia).

L'attività di monitoraggio del presente Piano verrà realizzata nell'ambito delle funzioni di confronto di cui al punto 1.6.

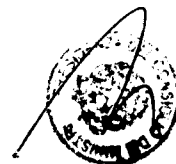
Nel primo anno di emanazione verrà effettuato il monitoraggio del recepimento formale del Piano e successivamente il monitoraggio riguarderà specificamente la sua applicazione, valutata sulla base degli indicatori che verranno individuati nell'ambito della funzione di confronto permanente per le demenze prevista dall'Obiettivo 1.

A questa funzione viene attribuito anche il compito di evidenziare tutte le criticità presenti nell'applicazione del Piano, quali ad esempio la disomogenea collocazione dei Centri nell'organizzazione aziendale, la disponibilità e lo stato di realizzazione dei flussi informativi correnti nelle diverse regioni, che dovrebbero essere canalizzati in un sistema informativo integrato, come ugualmente previsto dall'Obiettivo 1.

In questo ambito si prevede espressamente la possibilità di redigere successivi documenti di approfondimento, da sottoporre al percorso di approvazione quali Accordi in Conferenza Unificata, per argomenti che rivestono carattere di particolare criticità e delicatezza.

Accanto a quelli già citati si segnalano inoltre:

- ✓ la definizione di indicatori e criteri di qualità per le strutture incluse nella rete della gestione integrata;
- ✓ la formulazione di linee di indirizzo per promuovere corretti approcci nelle fasi di comunicazione della diagnosi, nell'acquisizione del consenso informato, e nell'utilizzo degli istituti giuridici (ad es. amministratore di sostegno);
- ✓ la valutazione di alcuni aspetti etici, quali il tema delle direttive anticipate del trattamento inclusa la possibilità di accedere alle cure palliative nella fase terminale di malattia;
- ✓ la promozione della stesura di linee di indirizzo per gli operatori a supporto e tutela del paziente in età lavorativa;
- ✓ l'approfondimento delle problematiche legate alle specificità delle demenze ad esordio precoce.



ALLEGATO B

REGIONE CAMPANIA

*INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI, LA CURA E LA PRESA IN CARICO DELLE
PERSONE CON DEMENZA: VERSO IL P.D.T.A. DEMENZE*

In collaborazione con il Comitato Tecnico Scientifico per le demenze della Regione Campania

Sommario

Introduzione	2
Sezione 1 Le sindromi correlate alle demenze: classificazioni e criteri di diagnosi:	
Premessa	6
1.1.- Le demenze degenerative primarie	7
1.1.a. – La malattia di Alzheimer (AD)	7
1.1.b. - Le demenze fronto-temporali (FTD)	9
1.1.c. – Malattie a corpi di Lewy (LBD)	11
1.2.- Demenze secondarie	12
1.2.a.Demenza vascolare	13
1.2.b-creutzfeldt-Jacob e altre malattie da prioni	13
Sezione 2 – I percorsi ed i luoghi della diagnosi, della terapia e della presa in carico del paziente con demenza e della sua famiglia	15
2.1. Il percorso ed i luoghi della diagnosi .Evoluzione della rete delle Unità di valutazione alzheimer.	15
2.1.1 Il percorso ed i luoghi della diagnosi e della valutazione	15
2.1. a. Le fasi della Valutazione multidimensionale per l'invio ai servizi territoriali sanitari e sociosanitari.	19
2.1.a.1. Valutazione anamnestico-clinica	21
2.1.a.2 Valutazione Neuropsicologica	21
2.1.a.3.Valutazione psico-comportamentale e del tono dell'umore	22
2.1.a.4.Valutazione funzionale dell'autonomia nelle attività del vivere quotidiano	23
2.1.a.5.Valutazione funzionalità motoria	23
2.1.a.6.Valutazione della Comorbidità	23
2.1.a.7.Valutazione dello Stato	24
2.1 b. Valutazione con esmi di neuroimaging	25
2.1.c. Comunicazione della diagnosi, prognosi e follow up	25
2.1.d. Esami diagnostici di uso meno frequente	26
2.1.e. Esami genetici	26
2.1.f Esami neuropatologico del cervello postmortem	26
2.2.1 Trattamento e presa in carico	27
2.2.a Il trattamento farmacologico	28
2.2.b. Il trattamento non farmacologico	31
2.3. Gli attori ed i luoghi della cura in Campania	32
2.3.a.- Attori e luoghi della cura	32
2.3.b. Percorsi e procedure di accesso dei servizi sanitari e sociosanitari integrati in Campania	34
3.3.b.1Ambulatori di riabilitazione cognitiva	34
2.3.b.2Centri Diurni Demenza (CDD)	35
2.3.b.3 RSA (nucleo demenza)	35
2.3.b.4 Assistenza domiciliare/Cure domiciliari	35
2.3.b.5 Unità di valutazione integrata-U.V.I.	36
2.3.b.6 Il Progetto di assistenza individualizzato e il Piano esecutivo	36
2.3.b.7 O.B.I. Punti di osservazione Breve	38
2.4 La persona con AD ed il suo caregiver	38
2.5. Contributo del No-Profit	40
Sezione 3 Aspetti medico-legali e di tutela sociale	40
3.1Aspetti medico-legali e di tutela sociale	42
3.2.-Diritti e provvidenze economiche	43
-ALLEGATO TECNICO:	
Tabelle per i criteri di diagnosi	46
Aifa nota 85	56
Bibliografia	57
-ALLEGATO ANAGRAFICA CENTRI U.V.A.	
-ALLEGATO RACCOMANDAZIONI	

Introduzione

Questo documento, elaborato dal Comitato demenze istituito con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 202/12, fin dal titolo “INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI, LA CURA E LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DEMENZA: VERSO IL P.D.T.A. DEMENZE”, rivela l'intento con il quale è stato definito : gettare le basi per la definizione di un percorso integrato di presa in carico del cittadino affetto da demenza anche attraverso un Percorso diagnostico terapeutico assistenziale che contenga indicatori di appropriatezza, costi e procedure, omogeneamente diffuso sul territorio e garantito a tutti i cittadini affetti da demenza.

L'obiettivo è promuovere una strategia regionale per la assistenza ai pazienti affetti da demenze, e il **Piano Nazionale demenze** recentemente approvato fornisce utili e precise indicazioni che in gran parte trovano in questo documento spazio e trattazione sia nelle sezioni che lo compongono, sia come raccomandazioni. Si intende potenziare, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, la Rete dedicata alle Demenze e fornire indicazioni per programmare un miglior utilizzo delle risorse necessarie alla assistenza del paziente con demenza. Attraverso queste Linee di indirizzo si intende delineare un modello assistenziale basato su metodologie e strumenti uniformi ed efficaci nel riconoscere i bisogni di salute da integrare con interventi più tradizionali per la tutela della Persona Fragile e per il sostegno della Famiglia/Caregiver nella gestione della malattia.

L'indicazione forte è realizzare un modello che garantisca il diritto di fruire delle offerte assistenziali attraverso un percorso di accesso definito e chiaro, che favorisca lo snellimento delle procedure burocratiche, affinché ogni nodo della rete possa rispondere in maniera tempestiva ed adeguata alla risoluzione dei problemi posti dai pazienti dementi e dalle loro famiglie. Ciò potrà avvenire anche con una adeguata qualificazione del personale e mettendo in rete, quindi in comunicazione tra loro, le risorse presenti sul territorio. In questo modello è necessario associare, la pluralità di soggetti e attori che concorrono alla assistenza dei soggetti affetti da demenza, in particolare anche il No Profit. Queste linee di indirizzo suggeriscono un percorso che coinvolga tutti gli operatori di assistenza onde garantire il superamento della parzialità e frammentazione delle risposte assistenziali.

Il Piano Nazionale si propone di aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, ma anche dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, su prevenzione, diagnosi tempestiva, trattamento e assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce. Inoltre intende migliorare la capacità del Sistema sanitario nazionale nell'erogare e monitorare i servizi attraverso la razionalizzazione dell'offerta e l'uso di metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate al fine di rendere omogenea l'assistenza, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria.

Da numerose analisi e ricerche-anche dai recenti dati del rapporto Censis- emerge che nelle regioni del Sud Italia ed in particolare in Campania, si registra un notevole incremento (circa il 35%) delle fasce anziane, secondario all'aumento delle nascite osservato nel dopoguerra (anni '50 -'60). A questo incremento del numero di anziani in Campania non corrisponde un'adeguata risposta assistenziale a confronto con quella offerta nelle regioni del Nord. Basti considerare la diffusione di offerta residenziale e semiresidenziale dedicata alle demenze che risulta disomogenea e non adeguata sul territorio e che solo con una programmazione sviluppata in relazione alla richiesta di servizi e ai dati epidemiologici può essere superata. Un elemento di ulteriore criticità del sistema è rappresentato

una scarsa integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, a conferma del fatto che ancora oggi si incontrano nel perseguire l'obiettivo prioritario della costruzione e del coordinamento della rete. Appare dunque strategico promuovere un processo che miri ad individuare modalità e strutture che rappresentino il nodo di accesso alla rete integrata dell'offerta sanitaria e del supporto sociale, anche alla luce dell'esperienza maturata in questi anni in riferimento ai Punti unici di accesso (PUA) specificamente rivolti all'anziano ed al disabile.

Questi i 4 obiettivi principali del documento:

- Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria
- Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata
- Implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure
- Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

Il "modello della gestione integrata" è oggi considerato l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione possibile.

Dagli obiettivi discendono 24 'azioni' che mirano all'adeguamento, alla razionalizzazione e al potenziamento della rete assistenziale. Gli obiettivi definiti dal richiamato Piano che di fatti è recepito integralmente dovranno essere perseguiti dalla Regione Campania così come le singole azioni dovranno essere realizzate, tenuto conto delle raccomandazioni contenute nel Piano e che di seguito si propongono, ovvero disporre:

- di processi e strumenti di identificazione della popolazione target;
- di linee guida basate su prove di efficacia
- di modelli di collaborazione tra i diversi professionisti coinvolti per promuovere un'assistenza multidisciplinare;
- di strumenti psicoeducativi per promuovere l'autogestione dei pazienti e dei familiari quale componente essenziale dell'assistenza ai malati cronici;
- di misure di processo e di esito;
- di sistemi informativi sostenibili e ben integrati sul territorio che incoraggino non solo la comunicazione tra medici ma anche tra medici, pazienti e familiari per ottenere un'assistenza coordinata e a lungo termine.
- di meccanismi e programmi di formazione/aggiornamento per specialisti e generalisti.

Un focus fondamentale è posto sulla Unità di Valutazione Alzheimer –U.V.A. e per la quale si individua un'evoluzione in *Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)*"; ciò implica una serie di azioni correttive e di riprogettazione della rete di assistenza territoriale ed ospedaliera (per alcuni interventi specifici) per i soggetti affetti da demenza e i loro familiari.

Dal punto di vista organizzativo questo è l'aspetto maggiormente dirompente individuato dal documento nazionale e che richiede una serie di azioni ed attività che vedrà la Regione Campania impegnata.

L'esperienza maturata con il Progetto Cronos del 2000 su impulso del quale sono state attivate le Unità di valutazione Alzheimer-U.V.A. come strutture specialistiche ha evidenziato che pur essendo ancora le U.V.A. il punto di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per i pazienti ed i

totale sanitario, per l'assistenza e la presa in carico, accanto alla medicina generale, necessario, ormai, di interventi urgenti di adeguamento, razionalizzazione e/o potenziamento.

Alcune Regioni hanno già avviato questo cambiamento ed evoluzione delle U.V.A., ed hanno ritenuto opportuno cambiare in prima istanza la stessa denominazione dei centri specialistici dedicati, passando dalle UVA a “Unità di Valutazione delle Demenze” (UVD) e/o “Centri per il decadimento cognitivo”, sottolineando così il passaggio da una visione centrata sull’Alzheimer ad una più ampia estesa a tutte le forme di demenze (si ricorda che circa il 40% delle demenze sono di altra natura) o ad uno spettro più articolato di stadiazioni. (dal Piano nazionale demenze).

Per dare forza alle eccellenze cliniche, in ambito diagnostico, terapeutico e riabilitativo ed alla esperienza acquisita dalle U.V.A. in quasi quattordici anni di attività, la rete delle U.V.A. e quindi dei centri prescrittori demenze in regione Campania-di cui al Decreto Commissariale n.25/2012- è rivista a partire da questo documento e ridefinita sia in termini di ruolo, funzioni sia in termine di personale, anche attraverso chiari e definiti indicatori di fabbisogno.

Al fine di completare la Rete socio-sanitaria territoriale dei Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane e favorire una organica articolazione dei percorsi assistenziali per una gestione integrata della malattia, è necessario riorganizzare le U.V.A. e ridefinire la rete.

L’elemento nuovo introdotto da questo documento è per l’appunto la ridefinizione delle U.V.A. in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD),-come indicati dal piano nazionale demenze distinti in due tipologie: CDCD-Centri diagnostico specialistici e CDCD-Centri territoriali esperti.

In modo schematico i Centri diagnostici specialisti saranno individuati tra i centri allocati presso gli ospedali o i Policlinici, mentre i centri territoriali esperti tra i centri distrettuali o sovradistrettuali con funzioni di capofila o fra i centri che rispondono ai requisiti organizzativi e di attività che si delineano in seguito.

Il percorso che qui si avvia condurrà,

- alla definizione di indicazioni di standard di servizi e criteri di appropriatezza;
- all’innovazione farmacologica e alla definizione di un piano regionale della cronicità e non autosufficienza nel quale ampio spazio dovranno avere le demenze;
- alla definizione di un PDTA demenze;
- alla ridefinizione del fabbisogno assistenziale di servizi territoriali suddiviso per i diversi livelli e prestazioni di assistenza.

SEZIONE N. 1 – Le sindromi correlate alle demenze: classificazioni e criteri di diagnosi¹**Premessa**

Le sindromi correlate al declino cognitivo sono malattie caratterizzate dalla compromissione delle principali funzioni cognitive (memoria, linguaggio, attenzione, orientamento spaziale e temporale, ecc.) e dell'autonomia nelle attività del vivere quotidiano. Di norma sono accompagnate da disturbi del comportamento e sono ad etiopatogenesi multipla con frequenti sovrapposizioni sintomatologiche. Il principale criterio di classificazione è quello di suddividere le demenze in due gruppi: quelle degenerative primarie, come la Malattia di Alzheimer (AD) e la demenza Fronto-Temporale (FTD) e quelle secondarie a cause individuabili, come le forme vascolari (VD), metaboliche, infettive, ecc.. Per ciascuna di queste malattie sono disponibili in letteratura criteri di diagnosi che consentono di differenziare tra di loro vari sottotipi. I più diffusi, anche se poco specifici e sensibili, sono quelli individuati dall'**ICD-10** e dal **DSM-IV**, ai quali però è utile associare i criteri di diagnosi definiti in dettaglio per ciascun sottotipo di demenza.

Il “**National Institute on Ageing**” e l’“**Alzheimer’s Association**” (NIA-AA) nel 2011 hanno indicato i criteri e sintomi per formulare la diagnosi di “*demenza*”, provocata da differenti cause, come si evince dalla **tabella 1 nell'allegato 1** al presente documento:

Dopo aver formulato la diagnosi di “*demenza*” è necessario differenziare gli specifici sottotipi, al fine di predisporre trattamenti adeguati e di formulare una attendibile valutazione prognostica.

1.1.- Le demenze degenerative primarie

Le demenze degenerative primarie, sono quelle per le quali attualmente non è possibile individuare una causa certa che sia responsabile del declino cognitivo e del danno d'organo e rappresentano la stragrande maggioranza di queste malattie.

1.1.a. – La malattia di Alzheimer (AD)

L'AD è la demenza degenerativa primaria più frequente e prende il nome dallo psichiatra tedesco Alois Alzheimer, che nel 1907 per primo evidenziò le tipiche lesioni anatomopatologiche in una sua paziente (Auguste D). Dal punto di vista sintomatologico l'AD ha generalmente un inizio insidioso ed un decorso cronico-progressivo, di norma con iniziale interessamento prevalente della memoria e successivamente degli altri domini cognitivi, sebbene le modalità d'esordio ed il decorso siano estremamente variabili da paziente a paziente.

La diagnosi è stata eseguita per circa trent'anni con i criteri proposti dal **DSM-IV** (confronta **tabella 2-allegato 1**) e nel 1984 dal National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke e dall'Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (**NINCDS-ADRDA**) (confronta **tabella 3-allegato 1**), che permettevano di individuare gradi differenti di sicurezza diagnostica con una sensibilità del 81% e specificità del 70% rispetto alla conferma anatomopatologica. Tuttavia dopo 27 anni dalla loro pubblicazione è stata eseguita un'ampia revisione effettuata nel 2011 dal National Institute of Aging e dall'Alzheimer Association (NIA-AA) (tabella 4), motivata anche dalle nuove scoperte sulla fisiopatologia dell'AD.

La Joint Action Alzheimer Cooperative Valuation in Europe (**ALCOVE**) ha raccomandato la promozione di studi epidemiologici che adottino i criteri clinici del **DSM IV** e del **NINCDS-ADRDA** per la demenza e l'AD, in quanto i soli a essere stati validati con dati *post-mortem*, e,

¹ Le tabelle richiamate nel testo di questa sezione sono contenute nell'allegato tecnico.

contemporaneamente, studi di prevalenza e incidenza della demenza utilizzando i nuovi criteri clinici del NIA-AA per promuovere nuove conoscenze in questo campo.

La diagnosi precoce di AD: nuovi criteri e strumenti

Gli studi effettuati negli ultimi anni indicano che il processo patogenetico dell'AD inizia anni, se non decenni, prima della diagnosi clinica di demenza. L'aspetto più innovativo dei nuovi criteri di diagnosi proposti nel 2011 è la individuazione della esistenza di una lunga fase preclinica, che, se ben caratterizzata, potrà in futuro rappresentare una grande opportunità per utilizzare eventuali nuovi trattamenti in grado di modificare la storia della malattia.

Di grande utilità per la diagnosi precoce dell'AD, secondo questi nuovi criteri, saranno i biomarcatori, che si spera siano disponibili in maniera più diffusa e non solo per ricerca in un futuro prossimo grazie al grande progresso delle tecnologie di diagnosi biochimica, neuroradiologica e neuropatologica.

I biomarcatori sono parametri (fisiologici, biochimici ed anatomici) che si possono misurare in vivo e che riflettono specifiche caratteristiche del processo fisiopatologico correlato alla malattia. I biomarcatori sono stati divisi in due grandi categorie: a) i biomarcatori di accumulo di A β amiloide che comprendono il basso dosaggio di A β ₄₂ amiloide nel liquor ed la valutazione PET con traccianti per la β -amiloide; b) i biomarcatori di degenerazione o di danno neuronale, rappresentati da livelli elevati nel liquor di proteina tau, totale e fosforilata, da rilevazione alla ¹⁸F-DG-PET di ipometabolismo nella corteccia temporo-parietale e dal riscontro alla MRI di atrofia nelle aree mediale, basale e laterale del lobo temporale e nella corteccia parietale mediale.

La diagnosi precoce di AD ha un ruolo fondamentale per ottimizzare il trattamento del paziente, perché permette:

- un tempestivo intervento su cause reversibili di demenza;
- l'istituzione di terapie che possono ritardare la progressione della malattia ed ,in futuro, fermare l'evoluzione dell'AD. Questi nuovi farmaci, infatti, potranno probabilmente essere utilizzati e saranno forse efficaci solo nei casi di diagnosi precoce di malattia;
- l'inizio di terapie che possono potenziare la performance cognitiva del paziente sfruttando la sua non completa compromissione dei circuiti neuronali;
- l'attuazione di misure che riducono gli effetti della comorbidità associata alla demenza;
- l'attuazione tempestiva da parte del paziente e della famiglia di misure necessarie per risolvere i problemi connessi con la progressione di malattia.

La necessità della diagnosi precoce di AD rispetta gli stessi criteri sviluppati per altre patologie, come le malattie cardiovascolari, il diabete mellito e l'ipercolesterolemia. Poiché la malattia non è necessariamente sintomatica (vedi aterosclerosi), l'identificazione di fattori di rischio e di stadi preclinici è fondamentale per evitare o ritardare il più possibile la comparsa dei segni evidenti di patologie.

Il maggiore fattore di rischio per AD è certamente l'età. Le donne hanno una maggiore prevalenza di malattia, probabilmente perché sono più longeve degli uomini. Fattore di rischio modificabile e certo è il livello di scolarità: più bassa è la scolarità più alta è la probabilità di ammalarsi di AD. Un pregresso trauma cranico con perdita di conoscenza, avvenuto anche molti anni addietro, può indurre in una persona predisposta l'insorgenza di AD. Riguardo i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito, tabagismo, sedentarismo) numerosi studi indicano una marcata riduzione dell'incidenza di AD con un loro adeguato controllo: non solo, quindi, una diminuita incidenza di ictus ed infarto del miocardio, ma anche una ridotta possibilità di ammalarsi di AD.

Considerando il continuum della AD, secondo i nuovi criteri di diagnosi del **NIA-AA** possiamo identificare tre periodi di malattia :

- 1) AD-P: fase del processo preclinico di AD;
- 2) due Stadi clinici (AD-C : a) il primo con disturbi cognitivi iniziali senza demenza
b) il secondo con demenza conclamata.

Il primo periodo può essere a sua volta suddiviso in tre stadi:

1a) **Primo stadio:** amiloidosi cerebrale asintomatica: è possibile dimostrare un accumulo di A β -amiloide cerebrale con esame PET e misurare un basso livello liquorale di A β -amiloide, senza segni di neurodegenerazione o di sofferenza cerebrale. Il soggetto è del tutto asintomatico.

1b) **Secondo stadio:** i soggetti hanno positività per accumulo cerebrale di A β -amiloide ed uno o più segni di neuro-degenerazione,

quali a) alti livelli liquorali di proteina tau totale e fosforilata; b) ipometabolismo cerebrale all'esame ¹⁸F DG-PET nel cingolo posteriore, precuneo e corteccia temporale; c) assottigliamento all'esame MRI della corteccia cerebrale parietale mediale e laterale, cingolo posteriore, corteccia temporale ed atrofia ippocampale.

1c) **Terzo stadio:** amiloidosi cerebrale positiva con segni di neurodegenerazione ed iniziale declino cognitivo, notato soggettivamente dalla persona.

Ulteriore sviluppo è la prima fase clinica (AD-C) con declino delle proprie attività cognitive, notato dal paziente e riferito anche dai familiari, senza che questo interferisca sulle attività lavorative e di autonomia.

Queste persone si avvicinano alla condizione di mild cognitive impairment (MCI):

Considerati i vantaggi di una diagnosi precoce, la demenza andrà tempestivamente sospettata in tutti i soggetti anziani che presentino un iniziale declino delle capacità cognitive (MCI). In questi soggetti, tra i quali la prevalenza della demenza è più alta che in quelli asintomatici, l'utilizzo degli strumenti di screening presenta un più alto valore predittivo positivo e un minore rischio di falsa positività. Una pronta diagnosi in soggetti con sintomatologia iniziale viene qui denominata "diagnosi tempestiva" per differenziarla dalla "diagnosi precoce" in fase asintomatica.

I criteri pubblicati nel 2011 dal NINCDS-ADRDA per la diagnosi di **MCI**, utilizzabili prevalentemente al momento per la ricerca, sono:

- Preoccupazione per un declino delle capacità cognitive rispetto a livelli precedenti, riportati dal paziente, da un suo familiare o dal Medico di Medicina Generale (MMG.)
- Declino in uno o più domini cognitivi. é osservato un declino, rispetto all'età ed alle condizioni sociali e di educazione del paziente, di specifici domini, in particolare della memoria, delle funzioni esecutive, dell'attenzione, del linguaggio e dell'abilità viso-spaziali. Di solito un declino nella memoria episodica si osserva nelle persone con MCI che evolveranno con maggiore frequenza verso la forma clinica di AD.
- Mantenimento delle autonomie prestazionali. Il soggetto con MCI rimane autonomo, sebbene impieghi più tempo, sia meno efficiente e faccia più errori nel preparare un pasto, nel pagare un conto, nel gestire gli acquisti, nel suo lavoro, ecc..
- Sebbene vi sia un declino cognitivo, il soggetto non è demente.

La valutazione della persona si basa sull'anamnesi, sull'esame obiettivo clinico generale e neurologico e sulla necessità di escludere altre cause di declino cognitivo. Tra queste vanno escluse:

- a) il parkinsonismo e la malattia di Lewy-Body,

o) le malattie cerebrovascolari,

c) disturbi del linguaggio e del comportamento che possano suggerire patologie degenerative fronto-temporali,

d) rapido declino secondario a tumori cerebrali, a malattia da prioni, a malattie endocrino-metaboliche.

La valutazione cognitiva si basa sull'esame neuropsicologico, in particolare della memoria, senza escludere altri domini possibilmente coinvolti. La ricerca di mutazioni di geni ,causa (APP, PRESN1 e PRESEN2) o predisponenti (APOE4) la malattia, può contribuire alla diagnosi di MCI. L'utilizzo delle tecniche di neuroimaging per la valutazione in vivo è di grande supporto alla diagnosi clinica ed il possibile dosaggio biochimico anche di biomarcatori in vitro sarà di grande aiuto nell'identificare quei soggetti con MCI maggiormente predisposti ad essere affetti da AD.

Nonostante la diagnosi clinica di AD non abbia caratteri di certezza, negli ultimi anni le tecniche adottate per codificare le diverse esperienze e standardizzare le procedure diagnostiche hanno permesso che almeno l'80% delle diagnosi cliniche di AD vengano confermate all'esame autoptico: in linea generale la diagnosi è più difficile nei primi stadi della malattia per divenire più semplice con il suo progredire.

Nel secondo stadio AD-C la malattia è ormai manifesta in tutta la sua gravità.

1.1.b. - Le demenze fronto-temporali (FTD)

Questo gruppo di demenze, che in fasi tardive o intermedie possono essere indistinguibili dall'AD, sono caratterizzate sin dall'esordio dalla preminenza sul deficit di memoria, che può essere lieve o addirittura assente, di sintomi comportamentali, affettivi e del linguaggio.

Le FTD sono un insieme di demenza con ampia eterogeneità clinica, neuropatologica e genetica. Lo spettro clinico delle FTD comprende distinte sindromi:

- la Variante Comportamentale di FTD (Behavioral Variant FTD, bvFTD)
- l'Afasia Progressiva Primaria (PPA).
 - a) Variante non fluente (nfvPPA)
 - b) Variante Semantica ((svPPA)
 - c) Variante Logopenica (lvPPA)

Possono esserci vari overlap tra FTD e malattia del motoneurone (FTD-MND), e sindromi parkinsoniane che si manifestano in forme di neurodegenerazione correlate alla FTD: a) Paralisi Sopranucleare Progressiva; (PSP), b) Degenerazione Corticobasale (DCB).

Studi di genetica molecolare nell'ultimo decennio hanno identificato i seguenti sette geni che, se mutati, possono essere causa di diverse varianti fenotipiche di FTD:

- 1) **MAPT** (microtubulo associated protein Tau gene),
- 2) GRN (granulin gene),
- 3) C9ORF72 (chromosome 9 open reading frame 72),
- 4) CHMP2B (charged multivesicular body protein 2B),
- 5) VCP (gene encoding valosin-containing protein),
- 6) TARDBP (TAR DNA-binding protein TDP-43),
- 7) FUS (fused-in-sarcoma).

La frequenza di mutazioni nei suddetti geni varia in maniera significativa tra le diverse popolazioni. In linea generale, il 30-50% dei pazienti FTD possiede una storia familiare positiva e nel 10-23% dei casi la malattia segrega nelle famiglie secondo una modalità di trasmissione autosomica

dominante. Tuttavia, mutazioni nei geni MAPT, GRN e C9orf72 sono le più comuni e, insieme, giustificano circa il 17% dei casi familiari. Mutazioni in VCP e CHMP2B sono, invece, rare e giustificano meno dell'1% dei casi familiari.

Recenti progressi nella biologia molecolare e l'utilizzo di tecniche di immuno-istochimica hanno reso possibile classificare i disordini dello spettro FTD, sulla base delle inclusioni cellulari di proteine neuropatologiche. Quasi tutte le forme di FTD sono caratterizzate da un anormale accumulo citoplasmatico e/o intranucleare di proteine, a livello delle regioni atrofiche dei lobi cerebrali fronto-temporali nelle fasi iniziali di malattia e successivamente in maniera più diffusa.

Si distinguono, quattro categorie neuropatologiche principali:

1. FTLT–Tau (caratterizzate da inclusioni contenenti proteina TAU iperfosforilata,)
2. FTLT-U tra cui nell'80-90 % sono inclusioni composte da TDP-43 (proteina Tar 43 legante il DNA TAR DNA-binding protein 43) e in un 10-20% da FUS (Fused in sarcoma protein).
Demenza senza istopatologia distintiva
3. Altri tipi rari: demenza con corpi inclusi basofili, malattia da inclusione di filamenti intermedi neuronali.

Variante comportamentale di FTD (Behavioral Variant, bvFTD)

Nel 1994 un gruppo di ricercatori di Lund e Manchester ha pubblicato i criteri clinici e neuropatologici necessari per porre la diagnosi di FTD. Nel 2011 il Consorzio Internazionale per definire i criteri della bvFTD, alla luce delle nuove scoperte genetiche ed anatomopatologiche, ha formulato nuovi e più approfonditi criteri (confronta **tabella 5-allegato 1**).

Afasia progressiva primaria (PPA)

È una sindrome clinica caratterizzata da deterioramento della capacità di produzione, comprensione del linguaggio e della scrittura. Anche in questa forma sono presenti disturbi psico-comportamentali compatibili con la diagnosi di sindrome frontale, che si presentano nelle diverse fasi della malattia.

Nel 2011 sono stati introdotti criteri di classificazione della PPA in tre sottotipi:

- a) Variante non fluente/agrammatica (nfvPPA) (confronta **tabella 6-allegato 1**): è la forma più comune di FTD dopo la bvFTD;
- b) Semantica (svPPA o Demenza Semantica – SD) (confronta **tabella 7-allegato 1**): anomia, deficit di comprensione delle parole e di riconoscere i volti (prosopagnosia).
- c) Logopenica (lvPPA) (confronta **tabella 8-allegato 1**): in cui i cambiamenti comportamentali insorgono tardivamente;

Per la diagnosi, sulla base dei deficit di linguaggio e delle limitazioni nelle attività quotidiane riscontrate con valutazione neuropsicologica di screening, è necessario effettuare una valutazione specifica utilizzando test dedicati, quale l'Acheener Aphasia Test che esplorino la generazione verbale, la ripetizione e la comprensione di parole e sintassi, nominazione, conoscenza semantica e capacità di lettura. Tuttavia la distinzione clinica tra le tre forme è spesso complicata dall'*overlap* in fase avanzata di più quadri sindromici.

Paralisi sopranucleare progressiva (PSP)

La PSP è una malattia neurodegenerativa, caratterizzata da sintomi cognitivi, comportamentali e motori, che insorgono contemporaneamente. È una delle malattie rare inserite nel registro individuato dal ministero della Salute, con il codice RF0170, per le quali è prevista una specifica procedura diagnostica e di esenzione.

La PSP è caratterizzata da un andamento progressivo con sintomi motori (extrapiramidali, paralisi sopranucleare dello sguardo verticale, instabilità posturale, ecc.) e sintomi cognitivi con deficit delle funzioni esecutive, aprassia e deficit di memoria in genere meno marcati. Gli studi di neuroimaging strutturale hanno evidenziato atrofia a livello del mesencefalo rostrale, mentre quelli funzionali con ¹⁸FDG PET cerebrale mostrano ipocaptazione prevalente in sede fronto-sottocorticale.

I criteri di diagnosi sono stati pubblicati nel 1996 ad opera del **NINDS-SPSP** International workshop (The National Institute of Neurological Disorders and Stroke e la società per lo studio della PSP) e nonostante siano trascorsi poco meno di vent'anni, con alcune modifiche ed aggiornamenti, sono ancora validi. Si confronti la **tabella 9-allegato 1**.

La sindrome corticobasale (CBS) e la degenerazione corticobasale (CBD).

La CBS è un complesso quadro caratterizzato da alterazioni delle funzioni corticali fronto-parietali (aprassia degli arti, “sindrome dell’arto alieno”, perdita delle funzioni corticali sensoriali, mioclono, *mirror movements*) e disfunzione dei gangli della base (sindrome acinetico-ipertonica ad esordio asimmetrico, rigidità e distonia), non responsivi al trattamento con L-dopa.

A questa sindrome clinica corrispondono quadri neuropatologici eterogenei. Sono state osservate forme caratterizzate da riscontro neuropatologico di inclusioni citoplasmatiche tau o TDP43, assimilabili alla FTD con il quadro noto come CBD. Negli ultimi anni sono stati descritti anche casi con un quadro clinico compatibile con al CBS, ma caratterizzati dal riscontro delle tipiche lesioni della MA (placche senili e gomitoli neurofibrillari).

La CBS insorge tipicamente fra la sesta e l'ottava decade di vita con età media di insorgenza intorno ai 63 anni (Mahapatra et al. 2004). La durata media di malattia è di circa 7.9 anni. Non si sono osservate differenze significative né di incidenza, né di prevalenza fra uomini e donne. Si stima che la CBS abbia un'incidenza dello 0.62-0.92/100.000 abitanti/anno ed una prevalenza del 4.9 – 7.3/100.000 abitanti/anno e che rappresenti circa il 4-6% di tutti i parkinsonismi.

In letteratura non sono ancora presenti criteri clinici validati e concordati a livello internazionale per la diagnosi di CBS ed attualmente i più utilizzati sono: i criteri di Toronto (Lang et al., 1994), i criteri della Mayo Clinic (Boeve et al., 2003) e i criteri di Cambridge (Bak et al., 2008; Hodges et al., 2009). Si confrontino rispettivamente le **tabella 10 e 11-allegato**.

1.1.c. – Malattie a corpi di Lewy (LBD)

Sono state descritte numerose malattie le cui lesioni anatomopatologiche caratteristiche sono costituite dai corpi di Lewy, inclusioni neuronali intracitoplasmatiche eosinofile il cui principale componente strutturale è l'[alfa-sinucleina](#) ed il cui fenotipo clinico può essere ricondotto direttamente alla presenza di tali inclusioni. I corpi di Lewy sono corticali e sottocorticali, classicamente presenti nei nuclei del tronco (sostanza nera, nucleo basale di Meynert, *locus coeruleus*, nucleo dorsale del vago) dei soggetti affetti da Malattia di Parkinson (MP) e situati invece diffusamente in altre parti del cervello, anche nella corteccia e nell'ippocampo, in altre forme di demenza.

Tale gruppo di malattie sono denominate *Lewy Body Disorders* e vi appartengono oltre alla MP, la MP con demenza (PD-D), alcune varianti della MA e la demenza a corpi di Lewy (LBD).

La Demenza a corpi di Lewy (LBD)

La DLB, fino ad ora considerata un'entità nosologica a sé stante, viene attualmente ritenuta parte di tale gruppo di malattie. Costituisce circa il 25% circa di tutte le forme di demenza e rappresenterebbe, secondo i più recenti studi epidemiologici, la seconda forma dementigena degenerativa più frequente dopo la AD.

In questa forma, la demenza si accompagna sin dalle fasi precoci a segni extra-piramidali (bradicinesia, rigidità, mentre il tremore a riposo è raramente presente). I segni cognitivi, che di norma precedono i quelli motori, assumono spesso le caratteristiche di un rallentamento nel pensiero e nella azione (bradifrenia, rallentamento psicomotorio). Rispetto all'AD i deficit cognitivi tendono maggiormente a fluttuare (in particolare vigilanza e attenzione), ma la progressione di malattia è più veloce. Dato che i segni parkinsoniani compaiono tardivamente nella classica malattia di Alzheimer, o non compaiono affatto, una demenza con corpi di Lewy deve essere sempre sospettata in quei casi di demenza che mostrano già in fase iniziale marcati segni extrapiramidali. Oltre ai segni motori questa demenza si caratterizza anche per la frequente presenza, anche in fase iniziale di malattia, di sintomi allucinatori in particolare visivi, ben dettagliati e reiterati.

Nonostante la non elevata specificità di questi sintomi e segni ai fini della diagnosi differenziale, è importante sospettare la LBD per la particolare sensibilità ai neurolettici di questi pazienti. Si confronti la **tabella 12-allegato 1**.

La demenza nella Malattia di Parkinson (PD-D)

Circa 120.000 persone in Italia sono affette da PD ed ogni anno vengono diagnosticati circa 6000 nuovi casi.. La prevalenza di demenza fra i casi di PD varia dal 24% al 40% ed il rischio di svilupparla è 4-6 volte maggiore nei pazienti con PD rispetto ai controlli. La diagnosi di PD deve precedere di almeno un anno la diagnosi di demenza (PD-D), anche se nella maggior parte dei casi i sintomi motori sono presenti molti anni prima che compaia la demenza. Se l'esordio della demenza precede o concomita con il riscontro della sindrome extrapiramidale bisogna considerare diagnosi alternative. Il quadro cognitivo del PD-D è caratterizzato da deficit esecutivi, attentivi, mnestici e funzionali e frequentemente anche da disturbi comportamentali di tipo psicotico. Particolarmente rilevati sono i deficit attentivi con fluttuazioni e bradifrenia e delle funzioni esecutive (ragionamento astratto, perseverazione, impersistenza, ecc.). La PD-D si associa ad un deficit di trasmissione colinergica e numerosi studi suggeriscono il potenziale utilizzo degli inibitori della colinesterasi in questa malattia, anche se al momento è solo nell'ambito di trial farmacologici. Si confronti la **tabella 13-allegato 1**.

1.2.- Demenze secondarie

Queste demenze sono provocate da cause endocrine, metaboliche, psichiatriche, infettive, lesioni occupanti spazio o idrocefalo normoteso. Rappresentano una minima percentuale di tutte le demenze, ma loro diagnosi è importante, perché una parte di esse sono trattabili e reversibili, a differenza di quelle primitive, che al momento sono progressive ed irreversibili ed anche perché nella maggior parte di casi la loro diagnosi è facilmente raggiungibile con esami di laboratorio e strumentali. Le malattie che possono causare disturbi cognitivi sono l'ipo- e l'ipertiroidismo, le malattie epatiche in fase terminale, le infezioni da AIDS, raramente da lue e le lesioni occupanti spazio, in particolare le neoplasie cerebrali e gli ematomi subdurali. Anche l'idrocefalo normoteso, caratterizzato dalla triade sintomatologica costituita da deficit cognitivo, disturbi della marcia ed

incominciata primaria, può essere considerato una causa secondaria di demenza reversibile e risponde, quando diagnosticato precocemente, all'intervento di shunt ventricolo-peritoneale.

La sindrome depressiva può indurre sintomi e segni di demenza (pseudo-demenza); una sua diagnosi precoce è molto importante perché, se adeguatamente curata, può portare al miglioramento del tono dell'umore ed alla regressione del deficit cognitivo. Spesso un paziente conscio della comparsa di un declino cognitivo può sviluppare una sindrome depressiva, ma anche in questa condizione può giovare del trattamento.

1.2.a. – Demenza vascolare

Le più frequenti demenze secondarie sono quelle vascolari, che costituiscono oltre il 15% di tutte le forme. Per la diagnosi di demenza vascolare *probabile* è necessaria la contemporanea presenza dei seguenti tre criteri: (NINDS-AIREN/Roman GC et al, Neurology 1993;43:250)

1. **Diagnosi clinica di demenza,**
2. Presenza di **malattia vasculopatia** cerebrale evidenziabile al neuroimaging (TAC, RMN)
3. **Correlazione temporale** tra il deficit cognitivo e la malattia cerebrovascolare

Una volta giunti ad una diagnosi di demenza vascolare è utile differenziare i seguenti sottotipi:

1. **Demenza post-ictale.** Numerosi pazienti dopo ictus ischemico od emorragico, in particolare se anziani, diabetici e con pregressi deficit cognitivi, possono sviluppare a distanza di alcuni mesi una demenza od aggravare un disturbo cognitivo già presente ed evidente.
2. **Demenza multi-infartuale.** E' la risultante di piccoli infarti multipli e completi di solito delle arterie perforanti sottocorticali. È frequente in pazienti con fibrillazione atriale, valvulopatie reumatiche e malattia del nodo del seno.
3. **Demenza da singoli infarti strategici.** E' indotta dai singoli infarti in aree cerebrali funzionalmente importanti per le prestazioni cognitive (giro angolare, proencefalo basale, talamo, etc.).
4. **Demenza da coinvolgimento dei piccoli vasi o demenza vascolare sottocorticale.** E' l'esito di lesioni ischemiche a carico dei vasi di piccolo calibro che irrorano le strutture sottocorticali (demenza vascolare sottocorticale). È di solito caratterizzata da deficit cognitivi, da una sindrome disesecutiva e da disturbi della marcia.
5. **Demenza da ipoperfusione.** E' la risultante di un danno ipossico acuto, cronico o ripetuto, e colpisce aree di confine tra i territori vascolari centrali. È la meno frequente.
6. **Demenza emorragica.** E' la sequela di lesioni emorragiche intraparenchimali (fra le più frequenti l'emorragia intracerebrale a sede capsulare) o extraparenchimali (ematoma subdurale cronico, emorragia subaracnoidea).

1.2.b. – Creutzfeldt-Jakob e altre malattie da prioni

Queste demenze sono rarissime (circa 1: 1.000.000), ma necessitano in ogni caso di essere riconosciute. In regione Campania sembra esserci una incidenza molto più alta che nel resto del paese (1:200.000), dato questo ancora da verificare e le cui motivazioni non al momento ancora chiarite.

SEZIONE 2 – I percorsi ed i luoghi della diagnosi, della terapia e della presa in carico del paziente con demenza e della sua famiglia

2.1. Il percorso ed i luoghi della diagnosi .Evoluzione della rete delle Unità di valutazione alzheimer.

Le unità di valutazione alzheimer cambiano denominazione, divengono **Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**, si modificano nella funzione e nel ruolo divenendo il fulcro della rete di assistenza per i disturbi cognitivi. Saranno distinti in **Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze di II livello**, allocati presso gli ospedali o i Policlinici, e in **Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze di I livello** allocati nei distretti. Il sistema è pensato come un sistema di centri Hub & Spoke, in cui i **centri di II livello o specialistici** e i **centri di I livello o territoriali** si differenziano tra loro per la tipologia di servizi erogati oltre che per il livello di intervento, pur essendo il core delle attività diagnostica comune.

Per **Centri specialistici di II livello** per le demenze si intendono i servizi operanti presso le Università, gli IRCCS, le Aziende Ospedaliere, P.O. capaci di offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello (esami laboratoristici, neuroimaging, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale, eventuali indagini genetiche) finalizzate all'individuazione/diagnosi/conferma di diagnosi del deterioramento cognitivo e alla diagnosi differenziale, e in grado di fornire indicazioni diagnostico-terapeutiche e riabilitative avanzate.

Partecipano, inoltre, su istanza dei servizi distrettuali e del centro territoriale di I livello alla valutazione multidimensionale del soggetto e supportano inoltre nel corretto inquadramento diagnostico si richiama degli specialisti, forniscono consulenze specialistiche.

Al Centro specialistico si rivolgono le persone, prevalentemente, su invio del MMG, del centro territoriale o di altra struttura sanitaria.

I **Centri territoriali di I livello** sono il luogo della presa in carico globale del soggetto e della sua famiglia per l'assistenza e il supporto (counselling, indicazioni per il riconoscimento dell'invalidità e dell'indennità di accompagnamento, eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, accesso ai presidi e ausili protesici, assistenza domiciliare integrata e programmata, accesso ai centri diurni e alle RSA con Nucleo Alzheimer).

Effettuano in modo diretto o in collegamento funzionale con le unità operative territoriali:

- l'accertamento della diagnosi, valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale;
- il trattamento farmacologico (per il disturbo cognitivo e per il controllo dei disturbi comportamentali) e psicosociale (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale);
- i successivi follow-up per il monitoraggio dei trattamenti suddetti, in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;
- l'attività informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.
- la presa in carico tempestiva dei soggetti inviati direttamente dal MMG, U.O: distrettuale, dal Centro specialistico, attivando un percorso dedicato,

Il Centro territoriale opera in stretta collaborazione con il Distretto di appartenenza, prende parte direttamente alle U.V.I. alle quali partecipa sia nella fase di valutazione, redazione del P.A.I. anche nella fase di monitoraggio e rivalutazione del caso, monitora i casi e supporta e coadiuva le unità operative, le équipe territoriali dei distretti nella presa in carico, alla quale partecipa anche con forme di consulenza. Ha il compito di valutare e monitorare l'andamento della malattia nei pazienti seguiti in assistenza domiciliare, rappresenta un riferimento per i MMG nel loro compito di cura e accompagnando il paziente nei diversi setting assistenziali, in funzione dell'evoluzione della malattia.

Nell'allegato Raccomandazioni vi sono elementi ulteriori per la definizione dei requisiti Organizzativi e di attività.

2.1.1 Il percorso ed i luoghi della diagnosi.

Il percorso per la diagnosi di demenza è estremamente complesso sia sotto il profilo clinico che gestionale ed organizzativo. Così come indicato nelle recenti raccomandazioni del 2013 del progetto europeo Alcove la diagnosi deve in primo luogo essere tempestiva, disponibile ed accessibile a tutti i cittadini nel momento in cui venga rilevata un'alterazione delle funzioni cognitive. In tutte le fasi del percorso di diagnosi i diritti e le volontà delle persone con sospetta demenza dovrebbero essere prioritari. Inoltre, comunicare e ricevere la diagnosi è l'intervento chiave per consentire alla persona ed alla sua famiglia di mettere in atto strategie consapevoli di adattamento alla malattia.

Le fasi sono in ordine cronologico seppur flessibile ed adattabile alle condizioni del singolo paziente e del giudizio clinico dello specialista:

- **la valutazione anamnestica** (familiare e patologica) e clinica (esame obiettivo generale e neurologico)
- **la valutazione neuropsicologica con test cognitivi,**
- **la valutazione psico-comportamentale,** con scale adeguate,
- **la valutazione funzionale** con scale adeguate
- **la valutazione della funzionalità motoria** con scale adeguate
- **valutazione della comorbilità,**
- **esami di neuroimaging morfologico e funzionale**
- **esami specifici per particolari condizioni cliniche** (EEG, ecc.). Inoltre in casi selezionati e su specifica richiesta dei familiari e/o del curante, il percorso diagnostico può anche completarsi, post-mortem, con l'esame neuropatologico del cervello. Non tutte le tappe del percorso diagnostico sono però sempre indispensabili.

Nel percorso di diagnosi, devono essere usati i criteri clinici più recenti per la demenza, con un aggiornamento continuo essendo in continua evoluzione.

Per poter rispondere adeguatamente a tali richieste il percorso diagnostico deve avvalersi di diverse figure professionali, sanitarie e sociali, che collaborino tra di loro, interagendo in ogni fase della malattia. Lo strumento più indicato per l'assessment della persona con il sospetto di demenza è la **Valutazione Multidimensionale (VMD)**. Questa modalità di approccio prevede la possibilità di effettuare una serie di valutazioni che permettono l'inquadramento e la successiva presa in carico globale del paziente. Le fasi della VMD prevedono tappe cronologicamente cadenzate per poter condurre ad una corretta diagnosi e per ottimizzare le risorse da utilizzare, essa prevede il coinvolgimento di numerosi servizi e figure professionali ed è finalizzata alla diagnosi e

inquadramento clinico-medico ma anche alla presa in carico e alla definizione di un progetto di assistenza individualizzato.

Poiché la relazione tra il medico di **medicina generale** (MMG) e lo **specialista esperto** nella diagnosi di demenza deve essere costante, affidabile in tutte le fasi dalla diagnosi alla presa in carico, essa deve inserita in un percorso strutturato nella realtà territoriale della Regione Campania, il percorso diagnostico per la demenza dovrà prevedere il coinvolgimento di entrambi.

L'iter diagnostico deve consentire, con la maggiore certezza possibile, di discriminare la fisiologica senescenza cerebrale da quella patologica, ed in quest'ultima, attraverso strumenti il più efficaci possibile, differenziare le varie forme di demenza. È inoltre finalizzato alla scelta del trattamento terapeutico in tutti i suoi aspetti, farmacologici e non, ed alla individuazione dei criteri, già previsti dalle attuali normative regionali, per l'accesso ai servizi.

Lo Specialista (geriatra, neurologo, psichiatra) del Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di I o II livello-opera nella fase di conferma diagnostica, di diagnosi differenziale, di piano terapeutico-assistenziale ed interviene per il prosieguo della presa in carico del paziente in stretta collaborazione con il MMG.

Il MMG opera fin dalla prima fase di screening tra invecchiamento fisiologico e patologico. Successivamente, una volta formulata la diagnosi, interviene nella fase di definizione del piano terapeutico-assistenziale e per il prosieguo della presa in carico del paziente.

In questa SEZIONE la valutazione multidimensionale e la valutazione diagnostico-clinica sono un tutt'uno, pur svolgendosi in tempi e luoghi diversi e da professionisti diversi; il momento diagnostico, che può essere effettuato in vari momenti e luoghi, costituisce l'avvio ovvero la prima fase della valutazione multidimensionale. Come indicato nello schema 1 seguente di seguito riportata, **la valutazione multidimensionale e la valutazione diagnostico-clinica** si sovrappongono ovvero sono complementari sia per l'ambito che valutano, sia per gli strumenti e per gli attori che la effettuano.

E' evidente che l'iter diagnostico e quello della valutazione multidimensionale sono strettamente intrecciati e connessi, ciò è determinato dalla complessità della demenza che si configura a livello assistenziale come un bisogno che necessita di risposte articolate e diversificate in relazione alle necessità assistenziali dell'utente/paziente e dei suoi familiari.. Pertanto, in tutte le sue fasi, dal processo diagnostico a quello terapeutico, oltre l'esame clinico lo strumento migliore per definirne tutti gli aspetti è la Valutazione Multidimensionale (VMD). In questo contesto operativo essa si dispiega temporalmente in diverse fasi, che si schematizzano nella tabella precedente ma che si possono sovrapporre o succedersi in tempi diversi.

Il percorso si avvia con un **sospetto di demenza** formulato dal MMG o dal medico specialista dell'Unità Operativa territoriale (neurologo, geriatra....) o del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) territoriale di I livello o specialistico di II livello.

Nel primo caso il MMG indirizza al medico specialista che effettua una serie di valutazioni oppure approfondisce la valutazione preliminare demenza con gli strumenti indicati e invia al medico specialista per ulteriori indagini e per definir e il piano terapeutico riabilitativo.

In caso di sospetto di demenza, il MMG :

- allerta l'u.o. territoriale competente e/o CDCD specialistico o territoriale – a seconda del sospetto di demenza- per la formulazione della diagnosi e per la successiva definizione del piano terapeutico individuale e elabora e trasmette relazione di sospetta demenza, corredandola della eventuale documentazione, ed analisi effettuate
- redige la parte A della scheda S.Va.M.A. e richiede, secondo le procedure della delibera di giunta regionale n.41/2011, la valutazione multidimensionale in U.V.I. nel caso in cui ritiene il paziente bisognoso di una presa in carico immediata da parte dei servizi territoriali per l'ammissione in ad o in strutture residenziali-RSA nucleo demenze o centro diurno demenze;
- indirizza il paziente al centro demenze territoriale o ospedaliero
- fornisce indicazioni al familiare/care giver se già presente/individuato

Il MMG può inviare il paziente al CDCD territoriale in caso di sospetta diagnosi di demenza e potrà affiancare lo specialista in tutte le fasi.

In caso di **diagnosi di demenza**, ovvero nel caso in cui la diagnosi sia effettuata direttamente dal **CDCD territoriale o specialistico**, il medico specialista del centro:

- allerta il MMG del cittadino affetto da demenza sia nel caso in cui sia dimesso con la formulazione di un piano terapeutico farmacologico, sia nel caso in cui sia definita una proposta di ammissione di cure domiciliari, o in RSA, centro diurno o trattamento riabilitativo domiciliare.
- comunica la diagnosi ai servizi territoriali competenti soprattutto nel caso in cui ci sia la formulazione di proposta di ammissione ed accesso alle cure domiciliari, RSA, Centro diurno affinché siano attivate le procedure di valutazione multidimensionale in U.V.I.

La **diagnosi di demenza**, elaborata dal Centro demenza, conterrà la **proposta di setting assistenziale** idoneo, sarà trasmessa al **familiare/ care giver** del paziente e sarà corredata di tutti gli elementi ritenuti utili per la valutazione e per la formulazione dei piani. In caso di invio ai servizi territoriali, il medico specialista del centro demenza avrà cura di redigere la parte B della scheda S.Va.M.A. da utilizzarsi per la valutazione multidimensionale in U.V.I.

Lo **schema n.1 che segue** riporta le fasi e l'iter diagnostico e di valutazione multidimensionale per l'accertamento della demenza e la definizione del piano terapeutico e/o Piano di assistenza individualizzato-P.A.I ed è utilizzabile solo per definire gli strumenti.

Schema n.1

	fasi	Strumenti da utilizzare	Chi/ Dove/quando
Processo di valutazione multiprofessionale e Valutazione Multidimensionale	Valutazione anamnestico-clinica (Anamnesi familiare, patologica, farmacologica ed esame clinico generale e neurologico)., v	Esame obiettivo clinico-generale neurologico effettuato anche con l'ausilio della scheda A della S.Va.M.A.	MMG e/o medico specialista del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) territoriale . Fase iniziale.
	Valutazione neuropsicologica e psico-comportamentale del tono dell'umore.	-Mini Mental State Examination- MMSE (Scheda B della S.Va.M.A.) -Neuropsychiatric Inventory- NPI (Scheda B della S.Va.M.A.) -scala di Hamilton-HDS o Geriatric Depression scale - Frontal Behaviourak Inventory FBI	Fase iniziale e follow-up medico specialista del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) territoriale o specialistico Medico specialista per le fasi iniziali di diagnosi e in particolare di follow-up per la valutazione efficacia terapie
	Valutazione della autonomia funzionale, valutazione della funzionalità motoria	Activity of Daily Living (ADL) e la Instrumental Activity of Daily Living (IADL) (Scheda b della S.Va.M.A.) Scala Tinetti e scala di Reuben -(Scheda b della S.Va.M.Di.) La Unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS) per I disturbi extrapiramidali	Medico specialista dei servizi territoriali o del centro demenze per le fasi iniziali di diagnosi e in particolare di follow-up per la valutazione efficacia terapie
	Valutazione della comorbidità con esami di laboratorio e strumentali.	Cumulative Illness rating scale -CIRS (Scheda A della S.Va.M.Di.) Esami di laboratorio, consulenze, screenig vari	Può essere effettuata dal MMG e dal medico specialista del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) territoriale o specialistico o servizi territoriali, nella fase di inquadramento e di follow-up
	Valutazione del supporto sociale e della rete	Scheda di valutazione C della S.Va.M.A/S.Va.M.di	

			Assistente sociale
Valutazione con esami di neuroimaging		Esami di neuroimaging morfologico (MRI e/o TAC encefalo) e/o funzionale (PET cerebrale e/o SPECT)	È' effettuata su richiesta dello specialista per effettuare un corretto inquadramento, è effettuata dopo la valutazione clinico amnestica e la valutazione multidimensionale
Conclusioni diagnostiche, comunicazione della diagnosi e programmazione del follow-up		Criteri nazionali ed internazionali di diagnosi e follow-up. Clinical Dementia Rating	MMG e/o specialista del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) territoriale o specialistico
Esami diagnostici di uso meno frequente nella demenza		Esame del liquor, EEG, esami neurofisiologici, genetici, esame neuropatologico del cervello post-mortem.	Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) specialistico
Esami Genetici		Studio di geni noti implicati nella demenza	
Esami neuropatologico del cervello			

2.1. a. Le fasi della Valutazione multidimensionale per l'invio ai servizi territoriali sanitari e sociosanitari.

La valutazione multidimensionale, ha inizio come già specificato con la diagnosi e si conclude con la formulazione del piano di assistenza individualizzato –pai. formulato in sede di U.V.I. in caso di proposta di ammissione Una delle difficoltà che si incontra nel processo di valutazione multidimensionale è la azione di regia e coordinamento delle diverse fasi. Affinchè la valutazione del paziente sia globale si raccomanda di eseguire ed effettuare la valutazione per tutti gli aspetti indicati, al fine di pervenire non solo ad un inquadramento diagnostico e alla presa in carico ed anche per monitorare l'appropriatezza della presa in carico e l'adequatezza dei servizi e dell'offerta assistenziale garantita:

1. **Valutazione Anamnestico-clinica**
2. **Valutazione Neuropsicologica**
3. **Valutazione Psico-comportamentale**
4. **Valutazione dell'Autonomia Funzionale nelle attività del vivere quotidiano**
5. **Valutazione Funzionalità motoria**
6. **Valutazione Comorbidità**
7. **Valutazione dell'autonomia sociale/supporto della rete dei servizi/del familiare.**

Nella sezione che segue sono descritte le fasi di valutazione –anche multidimensionale e diagnosi in modo specifico

2.1.a.1. Valutazione anamnestico-clinica

Nel sospetto di demenza la prima valutazione è anamnestico-clinica, nella quale il MMG e/o lo specialista del CDCD raccolgono informazioni sulla storia familiare, patologica, cognitiva e/o farmacologica del paziente ed effettuano l'esame obiettivo clinico-generale e neurologico.

Le informazioni da raccogliere riguardano l'età e le modalità di esordio, le caratteristiche della sintomatologia cognitiva, funzionale, comportamentale del paziente, la loro evoluzione e l'impatto su eventuali altre malattie concomitanti e terapie farmacologiche. L'anamnesi familiare assume particolare importanza per la frequente familiarità della demenza, soprattutto in alcuni contesti ambientali.

Pertanto la valutazione clinico-anamnestica è fortemente raccomandata al MMG ed allo specialista nel sospetto di demenza come prima tappa imprescindibile della VMD.

Una volta effettuata la valutazione anamnestica il MMG, in caso di sospetta o dichiarata demenza redige la scheda A della S.Va.M.A. e esegue ulteriori test e scale-vedi paragrafo 2.1.a.2 di questa SEZIONE Valutazione Neuropsicologica o in alternativa invia il paziente al CDCD I o II a seconda del caso, ovvero se è necessario confermare la presunta diagnosi di demenza o se occorrono esami e approfondimenti routinari o già esami specialistici; il MMG allerta la P.U.A. distrettuale secondo la procedura della delibera di giunta regionale n.41/11, al fine di avviare un percorso di valutazione multidimensionale. Al CDCD invierà la scheda A della S.Va.M.A. e ogni altro test o scala di valutazione utilizzata.

Nel caso in cui sia lo specialista del centro demenze ad effettuare la prima diagnosi di demenza, questi, completata tutta la fase diagnostica, allenterà i servizi territoriali per definire in tempi successivi congiuntamente il Piano assistenziale individualizzato-P.A.I.. I servizi territoriali avvieranno il percorso di valutazione multidimensionale che si concluderà in U.V.I. , secondo le procedure della richiamata d.g.r.c. 41/2011, richiedendo la redazione delle sezioni della scheda S.Va.M.A., come previsto dalla procedura in uso. Si indica la S.Va.M.A. quale strumento idoneo alla valutazione multidimensionale finalizzata all'accesso ai servizi poiché contiene le informazioni utili da utilizzare per la definizione del setting assistenziale: corre l'obbligo di rilevare che occorrerebbe verificare la definizione di uno strumento dedicato ai cittadini affetti da demenza ovvero una ridefinizione della medesima scheda S.Va.M.A. eventualmente valutando l'integrazione con ulteriori scale non presenti. E' fatto obbligo come definito dalla delibera 41/2011 avviare le procedure di valutazione multidimensionale anche in urgenza qualora ve ne sia la necessità , entro le 48 dall'attivazione

La diagnosi di sospetta demenza può essere formulata da uno specialista di altra unità operativa distrettuale che invierà l'utente al centro demenza e quindi effettuerà la segnalazione alla p.u.a. distrettuale.

Qualora si tratti di caso urgente, (la cui urgenza è data anche da responsabilità medico legali definite per legge), la PUA in carica attiva immediatamente il servizio in base al bisogno e alle risorse presenti sul territorio, previa autorizzazione del Direttore del Distretto Sanitario o, in sua assenza, del responsabile UVI di appartenenza del paziente, al fine di definire monocraticamente la risposta provvisoria al bisogno socio-sanitario per un tempo massimo di trenta giorni. Contestualmente convoca l'UVI per una posticipata condivisione del Piano assistenziale

2.1.a.2 Valutazione Neuropsicologica

Di norma alla Valutazione anamnestica in caso risultato positivo il Mmg e/o lo specialista fa seguire la valutazione neuropsicologica indispensabile per formulare correttamente il sospetto e la sua successiva diagnosi e per definire quali-quantitativamente la compromissione dei domini cognitivi (memoria, linguaggio, funzioni esecutive, ecc.) che caratterizzano la demenza.

La prima valutazione può essere effettuata con test di agevole e rapida somministrazione, quali ad esempio il Mini Mental State Examination (MMSE), che già consente di orientare fortemente la diagnosi in alcuni casi e di indicare in altri la necessità di ulteriori approfondimenti neuropsicologici.

Il MMSE, esame ben validato nella popolazione italiana ed estremamente diffuso, valuta in modo molto semplice i più importanti domini, dando una informazione globale sulla presenza o meno del declino cognitivo e non sulle singole funzioni.

L'utilizzo di questo test, di grande valore ed utilità clinica, è fortemente raccomandato e può essere utilizzato sia dal MMG che dallo specialista, sia in fase iniziale di diagnosi che di follow-up.

Il Mmg al termine di questa fase potrà indirizzare l'utente allo specialista per la l'esecuzione della valutazione cognitiva di approfondimento delle varie funzioni (memoria, linguaggio, funzioni esecutive, abilità viso-spaziali, ecc.) con test neuropsicologici specifici, per la diagnosi e per il follow-up, soprattutto prima di eseguire altri esami strumentali di costo più elevato e di maggiore rischio per il paziente. Nel caso in cui sia lo specialista a eseguire tale tipo di valutazione è valido quanto sopra definito, ovvero che lo specialista, completata tutta la fase diagnostica, allenterà i servizi territoriali per definire in tempi successivi congiuntamente il Piano assistenziale individualizzato-P.A.I.

2.1.a.3. Valutazione psico-comportamentale e del tono dell'umore

Lo specialista del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), presumibilmente al centro territoriale- al quale viene indirizzato il paziente per completare la diagnosi di demenza effettuerà la valutazione dei disturbi psico-comportamentali riferiti spesso dai familiari e che sono la principale causa di istituzionalizzazione e di stress. Tali sintomi, evidenziati con l'osservazione clinica, devono essere tipizzati e quantizzati a mezzo strumenti standardizzati, tra i quali il più diffuso ed utilizzato è la Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Pertanto è raccomandata, nella fase di diagnosi e di follow-up anche per verificare l'efficacia di terapie farmacologiche e riabilitative, l'esecuzione della la valutazione psico-comportamentale, oltre che con un approccio clinico anche utilizzando scale standardizzate e validate..

Nei casi in cui i disturbi psico-comportamentali siano compatibili con forme sindromiche particolari, come quelle presente nella demenza frontale e nella demenza vascolare sotto-corticale, è consigliato l'utilizzo di scale specifiche come la Frontal Behavioural Inventory (FBI), della quale esistono versioni validate per la popolazione italiana.

Altrettanto importante è valutare la presenza di depressione, che può influire sulle prestazioni cognitive o caratterizzarsi come una risposta reattiva alla presenza del disturbo cognitivo stesso. Spesso la depressione può anche essere causa reversibile di disturbi cognitivi, che possono essere adeguatamente controllati da opportuna terapia.

La valutazione della depressione e la sua quantificazione, oltre che con l'osservazione clinica, va effettuata con strumenti standardizzati quali la scala di Hamilton (HDS) o la Geriatric Depression Scale (GDS), il cui uso è raccomandato allo specialista nella fase di diagnosi e di follow-up della demenza, anche per verificare l'efficacia di terapie farmacologiche e riabilitative.

2.1.a.4. Valutazione funzionale dell'autonomia nelle attività del vivere quotidiano

La demenza provoca la perdita della autonomia funzionale e l'individuo diventa dipendente nelle attività del vivere quotidiano. L'impatto funzionale è responsabile della disabilità, criterio discriminante della demenza da forme di declino cognitivo di grado lieve (MCI), che invece non implicano la compromissione funzionale. La perdita dell'autosufficienza è responsabile dell'enorme impatto sociale ed economico della demenza e nei soggetti più giovani di inabilità lavorativa. Le scale di valutazione per l'autonomia funzionale più utilizzate ormai da diversi decenni in Italia e nel mondo sono la Activity of Daily Living (ADL) e la Instrumental Activity of Daily Living (IADL).

Pertanto è raccomandato, nella definizione diagnostica e nel percorso di follow up della demenza, l'uso di tali scale standardizzate per la valutazione della autonomia funzionale da parte dello specialista.

2.1.a.5. Valutazione funzionalità motoria

Numerose forme di demenza, sin dalle fasi iniziali, sono associate a disturbi motori, in particolare extrapiramidali, con maggiore frequenza e precocità rispetto alla AD. In quest'ultima i disturbi motori sono presenti con maggiore frequenza nelle fasi più avanzate, e spesso anche iatrogeni. La disabilità motoria associata alla demenza espone il paziente ad un rischio esponenziale di cadute con possibili fratture, che sono una delle principali cause di aggravamento e di morte con costi umani ed economici elevatissimi. Pertanto la valutazione dei disturbi motori con scale standardizzate è fortemente raccomandata allo specialista nella diagnosi e nel follow-up per la stratificazione del rischio di cadute nel paziente con demenza e per la programmazione dell'assistenza con attuazione di strategie di prevenzione per ridurre degli eventi traumatici conseguenti alle cadute.

La valutazione della funzionalità motoria va effettuata con scale specifiche e standardizzate, tra le quali le più utilizzate sono la scale di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura di Tinetti e la scala di Reuben. La scala di valutazione dei disturbi extrapiramidali più nota è la Unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS), che può essere utilizzata anche nel caso della demenza, per quanto è auspicabile che ne venga elaborata una più specifica.

2.1.a.6. Valutazione della Comorbidità

La valutazione della comorbidità, anche a mezzo scale standardizzate, è fortemente raccomandata allo specialista, sia nella diagnosi che nel follow-up, per il corretto inquadramento clinico-terapeutico del paziente. La valutazione della comorbidità contribuisce alla definizione del grado di fragilità e del suo impatto prognostico nel paziente con demenza. La prescrizione di farmaci specifici per la demenza è inoltre condizionata dalla presenza di malattie concomitanti e dal frequente uso di molti farmaci.

La valutazione della comorbidità prevede l'uso di scale validate per la popolazione italiana, che permettono la definizione di indici di gravità e di fragilità, grazie ai quali caratterizzare e stratificare le condizioni del paziente. La più utilizzata è la cumulative illness rating scale (CIRS) che consente di ottenere informazioni quali-quantitative sulla comorbidità del paziente.

Per la valutazione il medico specialista può richiedere al MMG esami di laboratorio, sia per escludere cause secondarie di demenza (ormoni tiroidei, vitamina B₁₂ e folati, ecc.) che di screening (esami di funzionalità epatica, renale, ecc.) e/o esami e consulenze che consentano l'inquadramento del paziente (ECG, RX torace, ecc.) secondo le sue specifiche caratteristiche.

2.1.a.7 La valutazione dello stato

Conclusasi la fase di inquadramento clinico, effettuata la comunicazione della diagnosi al cittadino affetto da demenza e al familiare e/o caregiver, è stata allertata la P.U.A. e conseguentemente i servizi territoriali sociali comunali che contemporaneamente svolgeranno o avranno già svolto con la scheda s.Va.m.A. la valutazione del soggetto: in caso di bisogno sociosanitario complesso e di proposta di ammissione ai servizi sociosanitari integrati i servizi sociali territoriali formuleranno la propria valutazione di tipo sociale, mediante la SCHEDA C- VALUTAZIONE SOCIALE della s.Va.M.A.

La Scheda C è articolata in 7 sezioni da cui scaturiscono 10 indicatori finalizzati a valutare la capacità di supporto della rete sociale in riferimento alle condizioni di autonomia della persona. La scheda di valutazione sociale è compilata dall'assistente sociale che è delegato dal Coordinamento Istituzionale a rappresentare l'Ambito in sede di U.V.I. La somministrazione della scheda permette di acquisire un bagaglio di informazioni che, oltre a tradursi nella definizione del punteggio finale PSOC, permette di contestualizzare la persona valutata per un approccio più corretto alla stesura in sede di U.V.I. di un progetto personalizzato appropriato. Pertanto va compilata prima della convocazione dell' U.V.I. e successivamente presentata in sede di riunione. Per la compilazione, l'assistente si deve recare a domicilio dell'utente o presso la struttura in cui lo stesso è ospitato e deve conferire anche con familiari, persone conviventi, parenti, amici, se coinvolti o coinvolgibili nel carico di cura.

2.1 b. – Valutazione con esami di neuroimaging

Dopo aver effettuato la valutazione clinico-anamnestica e quella multidimensionale, è utile che lo specialista prescriva esami di neuroimaging, allo scopo di aumentare la sensibilità diagnostica e per contribuire al corretto inquadramento prognostico del paziente .

Nel settembre 2010 (con un successivo aggiornamento nel 2013) il Ministero della Salute ha pubblicato Linee Guida sull'impiego delle tecniche di imaging nelle demenze, che rappresentano un valido strumento di aggiornamento e di Evidence Based Medicine (EBM), la cui applicazione sul caso singolo va valutata alla luce della competenza ed esperienza del singolo professionista.

- Nella fase di diagnosi, gli esami di neuroimaging cerebrale morfologico, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e Risonanza Magnetica Nucleare (MRI) cerebrale senza mezzo di contrasto (senza mdc) sono raccomandate per escludere neoplasie o forme espansive (tumori, ematoma subdurale, idrocefalo, ecc.) e sono utilizzabili per la conferma di diagnosi di AD e di demenza vascolare (VD).
- Nella fase di diagnosi differenziale tra le varie forme di demenza l'uso della MRI e della TC non è al momento raccomandato. Nella diagnosi differenziale tra AD e VD e tra AD e FTD è però consigliato il loro uso.
- Nella diagnosi differenziale tra AD e VD e tra AD ed FTD è consigliato allo specialista l'uso di esami di neuroimaging funzionale (^{18}F FDG-PET e $^{99\text{m}}$ Tc-HMPAO SPECT).
- Nella diagnosi differenziale tra malattia di AD e LBD è consigliato allo specialista l'uso della SPECT con ^{123}I -FP-CIT.

Poiché sia nella fase di accertamento che in quella di differenziazione diagnostica l'uso del neuroimaging è considerato un valido supporto alla valutazione clinico-anamnestica, la TAC e la MRI encefalo senza mdc sono incluse tra le prestazioni esenti per patologia nel caso dei seguenti codici: codice 0.29 (malattia di

290.0 demenza senile, 290.1 demenza presenile, 290.2 demenza senile con aspetti deliranti o depressivi, 290.4 demenza arteriosclerotica).

Possono essere ripetuti una volta l'anno a carico del SSN:

- Nella fase di follow-up per la valutazione della progressione della malattia, l'uso delle tecniche di neuroimaging non è raccomandato né consigliato allo specialista
- Nella valutazione dei trattamenti terapeutici per la demenza, l'uso delle tecniche di neuroimaging non è raccomandato né consigliato allo specialista.
- Nella fase di follow-up ed in quella di valutazione di trattamenti specifici l'uso del neuroimaging va utilizzato solo all'interno di specifici protocolli di ricerca.
- Nel fase di follow-up va utilizzato il neuroimaging nei casi che presentino, a giudizio dello specialista, motivati cambiamenti dello stato clinico, che possano far sospettare eventi di nuova ed imprevedibile insorgenza (ematomi subdurali, ictus ischemici e/o emorragici, neoplasie, ecc.).

2.1.c. – Comunicazione della diagnosi, prognosi e follow up

Al termine dell'iter diagnostico, lo specialista del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) e/o il MMG, formula la diagnosi utilizzando i criteri diagnostici nazionali ed internazionali e la comunica al paziente ed alla sua famiglia, se necessario con la consulenza di una figura psicologica (psicologo, counsellor, ecc.).

Contestualmente fa la valutazione prognostica e di grading di malattia e programma il follow-up terapeutico ed assistenziale.

Può essere utilizzata per il grading di malattia la Clinical Dementia Rating (CDR), una delle scale di valutazione più diffusa e validata, il cui uso consigliato.

Sarà cura dello specialista compilare e redigere la sez B della S.Va.M.A. Inviandola al direttore del distretto e alle unità operative distrettuali competenti sia per attivare i servizi successivamente sia per consentire la convocazione dell'Unità di valutazione Multidimensionale, corredandola di ulteriori test, indagini e relazioni acquisite o effettuate ritenute utili per l'inquadramento dell'utente.

2.1.d. – Esami diagnostici di uso meno frequente

In alcuni casi clinici particolari può essere utile effettuare esami che normalmente non sono inclusi del percorso diagnostico abituale. Il contributo di tali esami può essere di grande importanza per la ricerca sulle cause della demenza, anche in particolari popolazioni a rischio.

Esame del liquor Cefalorachidiano

L'esame del liquido cefalorachidiano a mezzo rachicentesi non è al momento un esame raccomandato nella routine clinica della diagnosi della demenza, così come anche indicato nelle recenti indicazioni del progetto europeo Alcove (2013).

È consigliato a solo in casi molto particolari e nell'ambito di un percorso diagnostico specialistico: la cui esecuzione è consigliata quanto vi è la ragionevole possibilità che la demenza sia secondaria alla malattia di Creutzfeldt-Jakob, nel qual caso la presenza della proteina prionica 14-3-3 ha un alto valore predittivo, così come indicato dal Ministero della Salute (Supplemento ordinario n. 14 alla G.U. n. 19 del 23 gennaio 2002).

~~Altri casi nei quali è possibile utilizzare l'esame del liquido cefalorachidiano nel percorso diagnostico sono quelli in cui si sospetti una infezione del SNC ed in caso di sierologia positiva per infezioni (lue, ecc.).~~

Secondo i più recenti criteri diagnostici internazionali per l'AD, le informazioni provenienti dall'esame del liquido cefalorachidiano sono considerate biomarcatori di malattia e viene loro riconosciuto il ruolo potenziale nella diagnosi precoce e nella differenziazione tra le varie forme di demenza. Pertanto è auspicabile e necessario che in futuro studi multicentrici forniscano ulteriori conferme sulla utilità dell'esame del liquido cefalorachidiano nelle forme iniziali e/o precoci di demenza ed in condizioni di MCI. È inoltre auspicabile e necessario che ulteriori studi standardizzino i limiti di riferimento e le metodiche di dosaggio, poichè gli ultimi studi sembrerebbero confermare che il rilievo di valori nel liquor più bassi della normalità della proteina A β ₄₂ amiloide e contemporaneamente più alti della proteina tau potrebbe essere utile per la diagnosi precoce di AD e per una corretta diagnosi differenziale.

Esame neurofisiologici (EEG, EMG, ecc.)

L'elettroencefalogramma (EEG) e altri esami neurofisiologici non sono al momento raccomandati nel percorso diagnostico di routine per la demenza. L'uso dell'EEG è consigliato nel sospetto in cui la demenza possa essere secondaria alla malattia di Creutzfeldt-Jakob, nel qual caso appare importante eseguire registrazioni periodiche nel corso della malattia. Può essere prescritto anche in altre forme di demenza ed in caso di crisi epilettiche che richiedano una adeguata valutazione clinica e terapeutica.

Gli esami neurofisiologici (elettromiografia, ecc.) sono consigliati alla specialista nel caso in cui vi siano sintomi e segni motori, che lascino ipotizzare l'overlapping di forme differenti di malattie neurodegenerative (FTD-SLA, ecc.).

2.1.e. – Esami genetici

E' stata dimostrata da numerosi studi una relazione tra alcune forme di demenza estremamente rare ed a esordio molto precoce e mutazioni note in alcuni geni (Proteina precursore della proteina beta amiloide, Preseniline 1-2, Progranulina, MAPT, ecc.). È, pertanto, utile effettuare esami genetici per l'individuazione di queste mutazioni, ma il loro ruolo nella patogenesi e nelle modalità di esordio della demenza non è ancora totalmente dimostrato e chiarito. Inoltre, al momento, non sono ancora chiaramente codificati i criteri di stima del rischio ereditario e familiare per la demenza, sui quali stratificare i soggetti e porre l'indicazione alla richiesta di tali esami genetici.

Il loro uso può essere consentito e consigliato però allo specialista in casi particolari per i quali si ravvedano condizioni di significativa e notevole familiarità, nell'ambito di una solida alleanza terapeutica tra paziente e medico.

La sempre maggiore frequenza di casi di demenza con elevata familiarità, sia ad esordio presenile che anche in età avanzata, e la facilità con la quale è possibile accedere a tali esami genetici suggerisce la necessità sempre più pressante di individuare dei criteri e delle procedure che consentano al più presto, nell'ambito del percorso diagnostico ed assistenziale anche in Campania, l'utilizzo in sicurezza di tali esami in tutti i casi, selezionati e richiesti dalla famiglia e dagli specialisti dei CENTRI DEMENZA PRESCRITTORI² della Regione Campania.

2.1.f. – Esame neuropatologico del cervello postmortem

² Si ribadisce che i centri demenza prescrittori di cui al decreto 25/2012 modificheranno la loro denominazione in Centri cognitivi e demenze, secondo un piano regionale che sarà formulato

La diagnosi di certezza di AD e delle altre forme di demenza può essere formulata solo all'avverso l'esame neuropatologico del cervello post-mortem. Il contributo di questo esame è di grande importanza perché consente di verificare la correttezza diagnostica e terapeutica di tutta la storia clinica del paziente. La conferma diagnostica della demenza rappresenta inoltre un grande contributo alla ricerca scientifica, che in questo modo verifica ipotesi cliniche ed appropriatezza di esami di neuroimaging e di terapia.

Per l'utilizzo di tale importante metodica diagnostica è opportuno definire ed individuare percorsi e procedure di accesso, esecuzione e comunicazione della diagnosi, tali da rendere fruibile tale diagnosi neuropatologica nei casi necessari, selezionati e richiesti dalla famiglia e dagli specialisti dei CENTRI DEMENZA PRESCRITTORI della Regione Campania, nell'ambito di una solida alleanza terapeutica tra paziente e medico. 2.2. I luoghi ed il percorso della terapia

2.2. 1.Trattamento e presa in carico

La diagnosi consente la definizione dello status di "paziente" e la prescrizione della terapia aprendo la porta a tutti i servizi assistenziali dedicati. La persona con demenza esprime un bisogno assistenziale cronico e complesso, fatto di molti aspetti come ben descritto nella VMD. Nella medicina della complessità e della cronicità curare vuol dire mantenere il sistema « paziente » nel migliore equilibrio possibile con una presa in carico globale. Per la persona con demenza la cura si fa progetto e comprende gli operatori, i sistemi socio-sanitari, la famiglia e l'ambiente. Accompagna il paziente e cerca un equilibrio sempre diverso nell'evolversi delle situazioni tendendo al miglior benessere possibile.

Il modello di presa in carico delle persone con demenza tende dalla dispersione alla ricomposizione di quanto ora frantumato e disperso nell'offerta assistenziale socio-sanitaria, evitando la polverizzazione degli accessi, la parcellizzazione degli interventi e la burocratizzazione dei servizi.

L'OMS (organizzazione mondiale della sanità) ha indicato, come modelli assistenziali per la cronicità, la Sanità di Iniziativa e il Chronic Care Model (CCM). Quest'ultimo, adottato dall'OMS (WHO, 2002), è largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi paesi, dal Canada all'Olanda, dalla Germania al Regno Unito.

La Sanità di Iniziativa non aspetta il cittadino, ma è capace di andargli incontro, raccogliendo la sua domanda di salute anche inespressa e prima che evolva con un aggravamento o con una complicanza. Il Chronic Care Model è basato sulla interazione tra il paziente/caregiver (quest'ultimo reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento) ed il team multiprofessionale e si basa sulla interazione di sei sistemi complessi, che si armonizzano tra di loro:

1. Le risorse della comunità, la rete formale ed informale (famiglia, associazionismo, volontariato, associazioni no-profit, ecc.)
2. Le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie (sistema sanitario, sociosanitario e sociale regionale)
3. Il supporto all'auto-cura (paziente/caregiver come protagonista della cura)
4. L'organizzazione del percorso e del team (MMG, medico specialista, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, terapeuta della riabilitazione, OSS, ecc.)
5. Il supporto alle decisioni (linee guida EBM)
6. I sistemi informativi (rete informatica di allerta e come feed-back informativo).

I risultati attesi da questo modello assistenziale dedicato alle persone con demenza sono: anticipare gli interventi rispetto alla diagnosi e alle fasi di evoluzione; prevenire/ritardare il deterioramento cognitivo; impedire che i problemi della cronicità si trasformino in emergenza sanitaria; gestire e controllare la comorbidità e ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso; promuovere

e sostenere il domicilio come luogo elettivo di cura e riservare la residenzialità e l'ospedalità a situazioni contingenti e di breve durata.

2.2.a. Il trattamento farmacologico

Farmaci per i sintomi Cognitivi:

Attualmente sono disponibili ed autorizzati dal SSN, per il trattamento dell'AD, due classi di farmaci:

-Inibitori delle colinesterasi (ChEI) (donepezil, rivastigmia e galantamina)

-Antagonisti dei recettori N-metil D-aspartato (NMDA) (memantina)

Entrambe queste classi di farmaci non sono in grado di guarire la demenza, ma ne possono rallentare e modificarne la progressione ed hanno come indicazione specifica l'AD. La prescrizione a carico del SSN di questi farmaci è regolamentata dalla **nota 85 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**, che si riporta nell'**allegato 1** al presente documento.

Farmaci per i disturbi psico-comportamentali

Nel corso della storia naturale delle demenze si manifestano spesso disturbi del comportamento, del tono dell'umore e della affettività (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD), che influiscono notevolmente sulla qualità di vita del "caregiver e del paziente. Questi sintomi sono eterogenei, non prevedibili e la loro gravità può variare nelle diverse fasi della malattia, ma sono sempre causa di grande sofferenza e preoccupazione. I BPSD sono comuni a tutti i tipi di demenza, sono spesso simultanei e presenti in tutti pazienti nel corso naturale della malattia, persino nella condizione di "mild cognitive impairment" (MCI).

I sintomi affettivi, come depressione, tristezza, infelicità, ansia, irritabilità e senso di preoccupazione immotivata, sono frequenti spesso anche in fase molto iniziale di malattia e sono difficili da diagnosticare. Non è semplice differenziare la sintomatologia depressiva, da quella apatica e solo la risposta a terapie farmacologiche specifiche ne permette la corretta discriminazione. I sintomi psicotici sono indiscutibilmente la principale causa di richiesta di aiuto da parte del caregiver e di conseguente istituzionalizzazione del paziente. I più frequenti sintomi psicotici sono rappresentati da deliri, mis-identificazioni, allucinazioni, aggressività fisica e verbale ed agitazione che si possono manifestare in tutte le fasi della malattia. Altrettanto frequenti sono i disturbi della condotta con alterazione del ritmo sonno-veglia, della alimentazione e della sessualità. Caratteristici della demenza sono alcuni comportamenti di difficile controllo terapeutico, quali ad esempio l'affaccendamento finalistico e la sindrome sundown, caratterizzata quest'ultima da esacerbazione dei sintomi psicotici all'imbrunire.

Prima di qualsiasi trattamento è necessario escludere che i BPSD siano l'espressione clinica di condizioni patologiche organiche concomitanti, che necessitano di trattamento specifico e la cui risoluzione spesso si accompagna alla scomparsa o alla netta riduzione del disturbo psico-comportamentale.

Il trattamento dei BPSD prevede strategie farmacologiche e non, queste ultime sono metodiche di gestione del paziente ed in interventi di riabilitazione cognitivo-comportamentale. I farmaci utilizzati sono prevalentemente antipsicotici, classificati come tipici ed atipici. I farmaci antipsicotici tipici sono l'aloiperidolo (Haldol, Serenase), promazina (Talofen), clorpromazina (Largactil). Quelli atipici o di seconda generazione sono la clozapina (Leponex 25-100 mg), olanzapina (Zyprexa), risperidone (Risperdal), la quietapina (Seroquel). Questi farmaci non sono tuttavia privi di effetti collaterali, in particolare sintomi extra-piramidali, inclusa la disfagia, un'eccessiva sedazione, la discinesia tardiva, ma anche disturbi del cammino con aumento del rischio di cadute. In alcuni casi possono essere utilizzate le benzodiazepine, che però sono spesso gravate

na un maggior maggiore rischio di effetti paradossi e la possibile iniezione del respiro in pazienti predisposti con insufficienza respiratoria cronica.

L'uso di farmaci antipsicotici dovrebbe essere limitato nel tempo e sotto stretta osservazione. Alcuni studi hanno indicato un maggior rischio di infarto del miocardio e di ictus durante trattamento con antipsicotici, ma più recenti valutazioni sembrano escludere questa associazione.

Di grande utilità sono anche i farmaci antidepressivi, in particolare gli inibitori del reuptake della serotonina, che devono essere utilizzati in pazienti con demenza nel trattamento dei sintomi depressivi. Questo trattamento è di grande importanza anche nelle fasi iniziali nelle quali è necessario escludere la presenza di pseudo demenza depressiva.

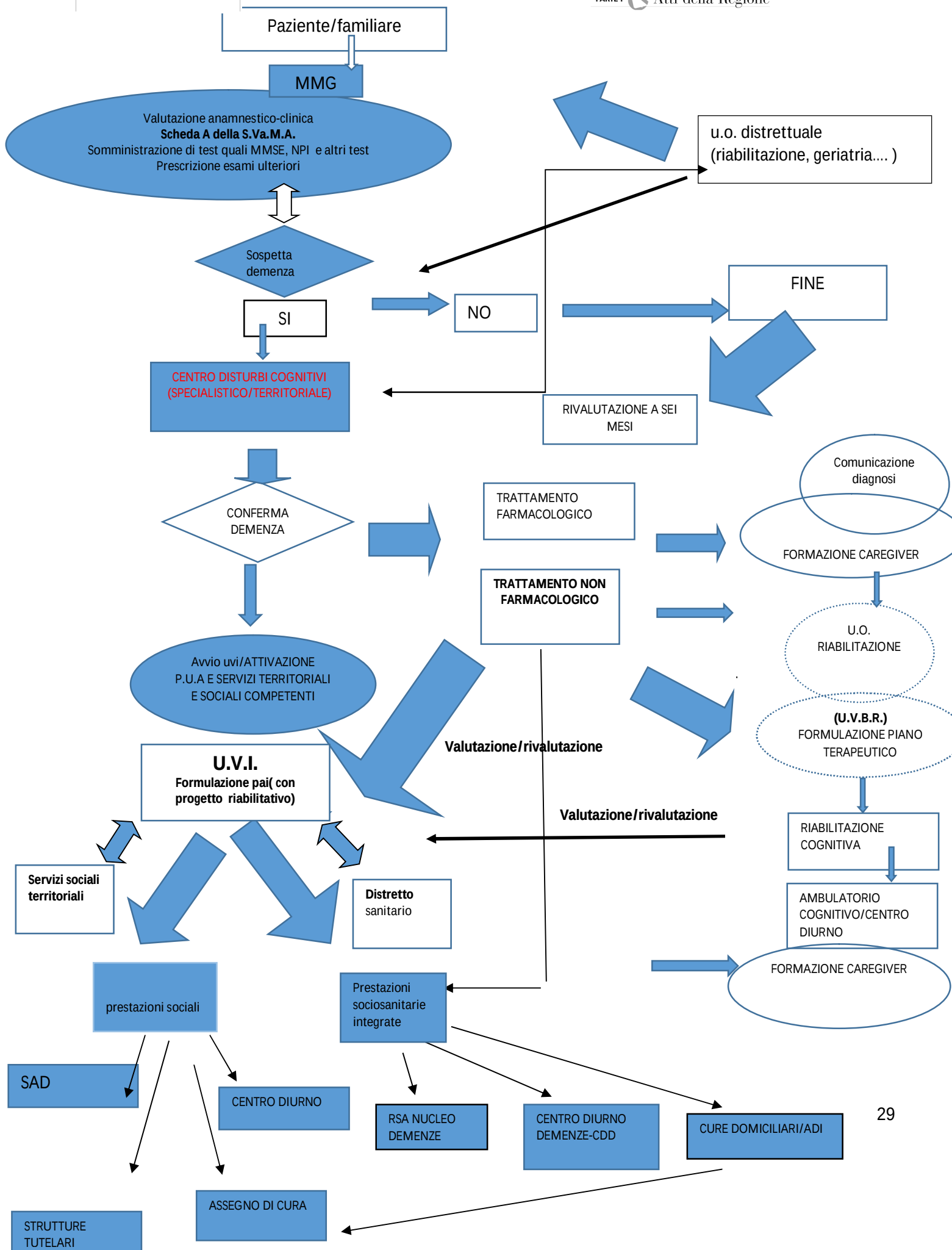
Il futuro terapeutico

I farmaci attualmente disponibili sono sintomatici ed in grado solo di rallentare la progressione della malattia. Lo scopo della ricerca scientifica è trovare nuovi farmaci più efficaci che possano intervenire sulle cause della malattia: sono stati e sono in sperimentazione molecole in grado di ridurre l'accumulo di β -amiloide, di prevenire la sua aggregazione o di promuoverne la "clearance" ed altri farmaci attivi contro la fosforilazione della proteina tau. Nessuno di questi farmaci è attualmente disponibile, ma entro pochi anni la ricerca farmacologica renderà disponibili molecole sicure ed efficaci. Tuttora, sin da ora è chiaro che le nuove molecole saranno in grado di fermare la progressione della malattia solo in casi in cui la diagnosi sarà il più precoce possibile. Appare evidente, quindi, l'importanza di poter giunger al più presto alla diagnosi di AD ai primi segni di declino cognitivo.

Dopo aver formulato e comunicato al paziente la diagnosi di demenza, l'èquipe del CDP, in sinergia con il MMG, inizia il percorso terapeutico. Quest'ultimo è costituito da varie tappe legate alla complessità della demenza, che coinvolge e necessita di interventi sia terapeutici che di gestione assistenziale del malato in termini di "presa in carico":

Segue **la figura n.1** che riporta in modo schematico il processo di diagnosi e valutazione e presa in carico precedentemente descritto.

La rete dei servizi socio-sanitari per i cittadini affetti da demenza è costituita dai Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) specialistici e territoriali, ambulatori specialistici, Unità operative distrettuali, servizi di cure domiciliari, servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari, servizi sociali, tutti in rete tra di loro e raccordati funzionalmente. E' necessario ipotizzare un'evoluzione quali-quantitativa della rete dei servizi ai cittadini in Regione Campania che non riesce attualmente a soddisfare il bisogno dei cittadini affetti da demenze e dei loro familiari. **La figura 1** presenta il funzionamento ri-definito con questo documento dell'attuale sistema a rete dei servizi.



2.2.b. -Il trattamento non farmacologico

La tipologia di trattamento più adatto e appropriato al bisogno espresso è scelta al termine della fase di valutazione diagnostica, con la conferma della diagnosi di demenza, il Centro demenza comunica la diagnosi alla famiglia/caregiver e prescrive il trattamento farmacologico dando comunicazione al MMG oppure formula una proposta di piano terapeutico non riabilitativo proposta di trattamento non terapeutico, ovvero percorso sociosanitario di riabilitazione cognitiva anche in centro diurno demenze oppure definisce una proposta di ammissione a servizi sociosanitari integrati: centri diurni demenze, strutture residenziali nucleo demenze, cure domiciliari ex adi. Per quest'ultima tipologia di servizi si prevede l'attivazione della u.v.i. attraverso la p.u.a distrettuale e quindi secondo le procedure della delibera di giunta regionale 417/2011 e 790/2012. Il sistema di offerta dei servizi territoriali si completa anche con le prestazioni di tipo sociale: assistenza domiciliare sociale, centro diurno, strutture tutelari per non autosufficienti, assegno di cura. Solo quest'ultimo è complementare al sistema di offerta sociosanitaria integrata. Il trattamento farmacologico può non escludere altre tipologie di prestazioni o servizi.

I fattori che costituiscono discriminare per la scelta del miglior setting assistenziale sono il supporto della rete sociale ovvero la presenza della famiglia e la presenza/assenza di disturbi comportamentali.

La riabilitazione cognitiva

Oltre al trattamento farmacologico riveste grande importanza nella cura dell'Ad e delle altre demenze il trattamento farmacologico. La riabilitazione cognitiva va impiegata il più precocemente possibile e costantemente in tutte le fasi della malattia con differenti modalità per ottenere la maggiore efficacia possibile. Pertanto è raccomandata in tutti i pazienti affetti da demenza. L'obiettivo di tale trattamento è stabilizzare il deficit cognitivo e consentire un progressivo processo di adattamento, da parte del paziente e della sua famiglia, a nuove condizioni, mantenendo il più a lungo possibile le abilità residue. In questo modo pur non riuscendo a guarire il paziente, può curarlo rallentandone il peggioramento, allungando la sua vita e migliorandone la qualità e stabilendo una profonda alleanza terapeutica.

Prendendo in "cura il paziente", prevede trattamenti per stimolare le funzioni cognitive compromesse (memoria, linguaggio, attenzione, orientamenti temporo-spaziali, ecc.), per ridurre i disturbi del comportamento, per migliorare l'affettività e il tono dell'umore e per mantenere l'autonomia funzionale nelle attività del vivere quotidiano. Inoltre il beneficio dei trattamenti farmacologici è maggiore quando quest'ultimo è associato a quello riabilitativo, che ne potenzia gli effetti clinici.

Le modalità dell'intervento terapeutico di riabilitazione cognitiva per i pazienti con demenza prevedono approcci aspecifici e globali, oppure specifici con tecniche orientate al trattamento di singole funzioni cognitive. L'intervento aspecifico può essere effettuato con l'utilizzo di tecniche validate da più di venti anni di esperienza, come la terapia di Validazione, la terapia della Reminiscenza, la Terapia di Ri-orientamento della realtà (ROT), la Cognitive Stimulation Therapy (CST) e la Terapia Occupazionale (TO). Le ultime tre sono le più utilizzate, e per le quali esistono protocolli operative già diffusi e validati.

L'intervento specifico si riferisce a trattamenti dedicati a singole funzioni cognitive e si avvale sia di metodi "carta e penna", che di strumenti informatici con programmi di riabilitazione cognitiva al computer la cui efficacia si sta dimostrando sempre maggiore dando un valore aggiunto all'intervento.

Il trattamento di riabilitazione cognitiva prevede un approccio terapeutico individualizzato, dove la collaborazione tra più figure professionali (medico specialista, psicologo, terapeuta occupazionale, ecc) realizza il piano di intervento sulla base delle caratteristiche cliniche e cognitive del paziente.

Si esegue negli ambulatori di riabilitazione cognitiva e congiuntamente all'animazione e terapia occupazionale anche nei Centri diurni demenza e nelle RSA nucleo demenza.

RACCOMANDAZIONI

L'attività motoria

Negli ultimi anni è sempre più chiara l'evidenza della positiva influenza di stili di vita sani e della attività motoria sia sulla prevenzione che sul trattamento del declino cognitivo e della demenza. Gli studi hanno rilevato che l'attività fisica costante, intesa anche come metri di cammino a settimana e/o cammino a ritmo sostenuto sia associata a prestazioni migliori nelle performances cognitive. Analogo effetto è stato osservato con il fitness, inteso come esercizi svolti su tapis roulant, nel qual caso i soggetti con maggiore attività fisica presentavano non solo migliori prestazioni basali ma avevano anche un minore declino cognitivo dopo un periodo di sei anni di osservazione, mostrando anche una riduzione del rischio di sviluppare la demenza. L'effetto benefico dell'attività fisica sembra inoltre manifestarsi anche sulla sintomatologia depressiva, frequente nei pazienti con demenza, e sui disturbi psico-comportamentali, contribuendo alla loro riduzione ed al controllo anche in assenza di trattamenti farmacologici specifici.

È utile nel paziente con demenza valorizzare al massimo il ruolo dell'attività fisica nell'azione fondamentale di contrasto nella cronicità e nella non autosufficienza e rappresentando in tal senso una strategia di prevenzione di ulteriore disabilità. Per tale motivo è raccomandata la promozione delle iniziative volte a stimolare stili di vita sani nei pazienti con demenza, realizzando corsi di attività motoria, di ginnastica dolce, così come indicato dal decreto n. 64/2011 della Regione Campania.

La gestione della comorbidità

La comorbidità peggiora il decorso delle demenze, aumenta il grado della non autosufficienza e riduce la sopravvivenza dei pazienti dementi. Nel demente la sintomatologia delle malattie associate è spesso confusa, atipica e di difficile interpretazione. La maggior parte dei pazienti con demenza è rappresentata da anziani affetti da numerose malattie croniche, il cui mancato o inadeguato controllo comporta un notevole peggioramento della evoluzione clinica della demenza e della prognosi quoad valitudinem e quoad vitam del paziente.

Ulteriori problematiche gestionali dei pazienti con demenza sono legate alle difficoltà di mantenere adeguate idratazione e alimentazione. Le cause di tale inadeguatezza sono legate a disturbi del comportamento e/o alla disfagia oro-faringea, presente quest'ultima di solito nelle fasi più avanzate di malattia. Per affrontare tali difficoltà assistenziali è necessario mettere in atto strategie complesse e multispecialistiche, quali ad esempio l'utilizzo di diete speciali, o l'utilizzo di nutrizione enterale con sondino nasogastrico e/o con gastrostomia endoscopica percutanea (PEG).

2.3. Gli attori ed i luoghi della cura in Campania

2.3.a.- Attori e luoghi della cura

Il Medico di Medicina Generale (MMG)

L'ambulatorio del MMG è il primo punto di riferimento per la prevenzione e per la individuazione dei segnali di allarme cognitivi e/o comportamentali, che il paziente ed i suoi familiari osservano. Il MMG attiva e partecipa a tutti i processi assistenziali, che conducono il paziente verso lo specialista del CDP per la formulazione della diagnosi di demenza. Successivamente dopo la diagnosi il MMG è coinvolto direttamente nei passaggi terapeutici ed assistenziali, indicati dallo specialista del CDP.

Il Centro prescrittore (CDP)-U.V.A. Unità di Valutazione all'evoluzione in centri per disturbi cognitivi e per le demenze

Con Decreto n. 25 del 14.03.2012, la Regione Campania ha individuato ed aggiornato la Rete Regionale dei Centri Demenza Prescrittori, che sono situati in diverse realtà assistenziali tutti a disposizione dell'utenza: nel tessuto territoriale come ambulatori specialistici (ambulatori di geriatria, neurologia, ecc.), negli Ospedali e nei Policlinici Universitari oppure nei Centri Polifunzionali per le demenze (strutture con ambulatori clinici e di riabilitazione, Centri diurni demenza e Residenze sanitarie Assistenziali aggregati in un'unica sede). Tali snodi orizzontali della stesse rete di cura sono presenti nel territorio e rappresentano la più valida risposta alle esigenze del paziente con demenza, nell'obiettivo di facilitare al massimo l'accesso ai servizi. I centri Demenza corrispondono alle Unità di valutazione Alzheimer istituite con il Progetto Cronos del 1998 e tuttora attive-vedasi la mappa dei centri U.V.A. esistenti in allegato-ALLEGATO ANAGRAFICA CENTRI U.V.A..

L'attuale situazione dell'offerta sociosanitaria si concentra, in varia misura, sulle strutture specialistiche attivate nell'ambito del "Progetto CRONOS", varato dal Ministero della Sanità nel 2000. In attuazione del progetto vennero costituite in tutte le Regioni italiane-compresa la Regione Campania - circa 500 "Unità di Valutazione Alzheimer" (U.V.A.) per lo screening dei pazienti da avviare alla somministrazione dei farmaci anticolinesterasici inclusi nello studio, secondo un percorso predefinito volto a garantire la massima accessibilità a tutti i soggetti interessati.

In tali servizi operano operatori sanitari e socio-sanitari sono responsabili, in base alle decisioni stabilite dall'AIFA, del piano terapeutico farmacologico. Le professionalità richieste, oltre ai medici specialisti (neurologi, geriatri) e previste in U.V.A. sono di norma psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, infermieri, personale amministrativo. In Regione Campania attualmente operano n.///U.V.A. territoriali ed ospedaliere, che come risulta dalle rilevazioni effettuate assicurano il servizio con modalità organizzative e in tempi diversi per ciascuna Azienda, a seconda della disponibilità del personale e della esclusività e continuità del rapporto lavorativo del personale con il Centro U.V.A.

Ciò non consente una omogeneità nell'offerta ed uguaglianza dell'accesso

Attualmente, per accedere ai CDP è necessaria la prescrizione per visita specialistica (geriatrica, neurologica, ecc.) e/o valutazione multidimensionale ed effettuare la prenotazione e pagare l'eventuale ticket presso i Centri Unici di Prenotazione (CUP) oppure presso farmacie, come già attivato per alcune Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Anche per la valutazione cognitiva di approfondimento è necessaria la prescrizione del MMG, con i seguenti codici come previsto nel nomenclatore tariffario regionale: a) 94.01.2 Test di deterioramento (da utilizzare MODA oppure MDB), b) 94.02.1 Somministrazione test di memoria; c) 94.02.2 Test della memoria di Wechsler; d) 94.08.1 Somministrazione di test delle funzioni esecutive; e) 94.08.2 Somministrazione di test delle abilità visuospatiali, f) codice 94.08.4 Esame dell'afasia.

Gli specialisti della rete dei CDP hanno la competenza per :

1. La diagnosi secondo l'iter suindicato e la prescrizione del trattamento farmacologico;
2. La gestione e trattamento dei disturbi psico-comportamentali;
3. La valutazione prognostica e la programmazione del follow-up clinico e terapeutico;
4. La prescrizione di trattamenti di riabilitazione cognitiva, motoria e di presidi di riabilitazione (pannoloni, deambulatori ecc), se vi sono medici autorizzati come prescrittori
5. L'attivazione e l'eventuale partecipazione al percorso di accesso ai servizi socio-sanitari per demenza della rete territoriale (Cure Domiciliari, Centro Diurno, RSA) con le modalità già previste dall'attuale normativa;
6. Il rilascio di certificazioni medico-legali e di informazioni sui percorsi propedeutici all'accesso alle prestazioni di tutela sociale (esenzione ticket, richiesta di invalidità ecc).
7. Il coinvolgimento nel piano di assistenza del paziente delle famiglie e delle associazioni no-profit presenti sul territorio.

I criteri suggeriti, nel protocollo del progetto, per la costituzione delle UVA erano centrati sulla identificazione di unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche,

interdisciplinari e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri, dei servizi territoriali specialistici e di assistenza domiciliare delle aziende territoriali, nonché della medicina generale.

L'Italia è stato il primo paese che ha puntato sulla creazione di centri specialistici dove viene posta la diagnosi di demenza e si coordina una fase terapeutica. Successivamente anche Francia, Germania, Regno Unito, Austria e Irlanda hanno promosso la costituzione di "memory clinics", che si basano sugli stessi presupposti. In sintesi queste strutture, in raccordo con la medicina generale, hanno rappresentato e rappresentano il fulcro di un sistema dedicato alle demenze intorno alle quali bisogna costruire una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari.

Negli anni scorsi, in alcune Regioni, però, l'istituzione delle UVA non si è basata su una programmazione che leggesse la realtà del fabbisogno e su di essa dimensionasse l'offerta di servizi, tanto che ad una valutazione eseguita sia nel 2002 che nel 2006 dall'Istituto Superiore di Sanità è emerso che in circa il 25% delle strutture il servizio è fornito un solo giorno a settimana e che in circa il 7% vi è un solo medico dedicato a questo lavoro.

L'U.V.A. cambierà anche nella denominazione, che come definisce il recente Piano nazionale delle demenze è **"Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)"** che si caratterizzeranno innanzitutto come chiaro punto di riferimento dove avviene anche la presa in carico del paziente con disturbi cognitivi e dementigeni e si ottempera alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall'AIFA. In regione Campania si passerà quindi da Centro demenze prescrittore e/o U.V.A. a **"Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)"**. *Questo passaggio implica una ridefinizione delle funzioni e soprattutto la necessità di ridefinire il numero dei centri presenti secondo il principio dell'omogeneità dell'erogazione e uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari. La mappa del sistema di offerta dovrà essere modificata in virtù di una riqualificazione dell'esistente e di un potenziamento in termini di personale e competenze.*

Nel "Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)" opererà un'équipe multidisciplinare composta da medici specialisti (neurologo, psicologo, psichiatra, geriatra) operatori sociosanitari, assistente sociale, operatore amministrativo; la collocazione del "Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) sarà sia ospedaliera che territoriale e la diffusione sarà determinata in relazione all'attuale disponibilità di personale qualificato già operante nel settore delle demenze. Anche le competenze saranno riviste alla luce della istituenda rete dei centri per disturbi cognitivi e demenze che potrà prevedere centri con competenze territoriali sovradistrettuali o aziendali. Il piano di lavoro regionale dovrà prevedere inoltre l'istituzione di centri per disturbi cognitivi e demenze di I e II livello, al fine di differenziare le azioni in virtù della missione aziendale e della presenza di competenze e strumenti. In via teorica i centri di II livello sono i centri territoriali /distrettuali, quelli di I livello quelli ospedalieri.

Le U.V.A. ospedaliere saranno riconfigurate in relazione alla rete territoriale/distrettuale e ad essi saranno attribuiti funzioni di diagnostica di livello superiore se in possesso di requisiti specifici.

2.3.b. Percorsi e procedure di accesso dei servizi sanitari e sociosanitari integrati in Campania

3.3.b.1 Ambulatori di riabilitazione cognitiva

Gli ambulatori di riabilitazione cognitiva sono strutture ambulatoriali pubbliche o centri ambulatoriali di riabilitazione già accreditati al SSN con personale esperto e qualificato per effettuare trattamenti di riabilitazione cognitiva e terapia occupazionale. Negli ambulatori sono erogate prestazioni di riabilitazione cognitiva e di terapia occupazionale, su indicazione terapeutica dello specialista prescrittore del CDP. Le prestazioni erogate dagli ambulatori di riabilitazione cognitiva non sono assommabili a quelle rese a domicilio agli utenti.

La procedura di prescrizione di tali prestazioni è regolamentata dai Decreti del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010 e n. 64 del 26.09.2011. Secondo tali Decreti la riabilitazione cognitiva e la terapia occupazionale per pazienti con demenza grave va richiesta dallo specialista prescrittore (anche del CDP se abilitato) su specifico modulo compilato in triplice

Copia ed inviato al MMG ed al servizio di riabilitazione del distretto di residenza del paziente. Il MMG rilascia la impegnativa per l'erogazione di tale prestazione, ed il paziente può quindi accedere agli ambulatori di riabilitazione cognitiva, previa prenotazione ed eventuale pagamento ticket, per massimo 6 cicli/anno, ciascuno di dieci sedute, singole e/o collettive. Tali prestazioni ambulatoriali, esenti per pazienti con codice di esenzione 029 (Malattia di Alzheimer) e 011 (demenza), sono codificate nel nomenclatore tariffario in uso nella Regione Campania ed il loro costo è estremamente competitivo a fronte del beneficio terapeutico: Terapia occupazionale seduta singola (93.83), Terapia occupazionale seduta collettiva (93.83.1), Training per disturbi cognitivi seduta singola (93.89.2), Training collettivi per disturbi cognitivi (93.89.3).

L'auspicio che si formula è che i percorsi di riabilitazione cognitiva siano impostati come percorsi integrati e pertanto siano erogati presso i Centri diurni demenze, in associazione ad attività di animazione e terapia occupazionale.

2.3.b.2 Centri Diurni Demenza (CDD)

I CDD sono strutture socio-sanitarie, che ai sensi della LR 08/03 e delle successive Linee Guida del 2004 garantiscono prestazioni assistenziali, un adeguato livello di vita di relazione e, unitamente ai servizi domiciliari, la permanenza dell'utente al proprio domicilio privato il più a lungo possibile, offrendo altresì sostegno e supporto alla famiglia. Garantiscono la continuità assistenziale territoriale, consentendo il passaggio degli utenti da un regime assistenziale ad un altro, quando mutano le condizioni cliniche e di autosufficienza o familiari. Il CDD si rivolge a cittadini, anche al di sotto dei 65 anni, affetti da demenza (AD e sindromi correlate), in presenza di condizioni sociali che consentono la permanenza al domicilio e con condizioni cliniche che permettono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso la struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute. La attuale normativa vigente prevede degli specifici standard di personale, con l'erogazione di minuti di assistenza/ospite definiti per la specifica prestazione.

Le attività terapeutiche del CDD sono incentrate al recupero/mantenimento delle potenzialità residue della persona con demenza sia sotto l'aspetto motorio, cognitivo e che di relazione. Sono un importante aiuto allo specialista del CDP ed al MMG per il monitoraggio/controllo della terapia farmacologica, della comorbidità e dei disturbi psico-comportamentali. Le attività di **riabilitazione cognitiva**, animazione e terapia occupazionale sono incentrate sulla persona e sulla sua volontà di interagire positivamente con il team e con gli altri pazienti, e possono utilizzare le principali tecniche di stimolazione/riattivazione sia classiche (ROT, validation therapy, ecc.) che computerizzate.

L'ammissione in centro diurno viene effettuata con una procedura autorizzativa e valutativa da parte dall'U.V.I. (Unità di Valutazione integrata), che definisce il Progetto assistenziale individualizzato-PAI, con obiettivi da raggiungere

2.3.b.3 RSA (nucleo demenza)

Le RSA sono strutture socio-sanitarie di tipo extra-ospedaliero, realizzanti un livello medio di assistenza sanitaria medica, infermieristica e riabilitativa, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Nella R.S.A. possono essere accolte persone adulte affette da demenza Alzheimer e sindromi correlate con disturbi cognitivi e comportamentali gravi, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere, con condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità e rischio di instabilità non assistibili a domicilio. Un discrimine per il ricovero in RSA è la presenza di disturbi comportamentali, in assenza dei quali va preferito l'inserimento in Cure domiciliari/ex adi, se vi è il supporto della rete sociale e della famiglia. Nelle linee guida della LR 08/03 che formula le linee di indirizzo per l'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per soggetti adulti non autosufficienti e cittadini affetti da demenza, sono indicati precisi

standard di personale e minuti di assistenza/ospite oltre che specifiche prestazioni da erogare a carico della RSA.

Il 10% dei posti letto è riservato a ricoveri temporanei per un massimo di 30 giorni all'anno, che rispondono ad un bisogno programmato di assistenza, sia per ricoveri di sollievo alla famiglia che per dimissioni protette dagli ospedali. In particolare quest'ultima, la dimissione protetta dagli ospedali, è un essenziale servizio assistenziale che permette da una parte di migliorare le condizioni del paziente "fragile" che necessita di un periodo più lungo di stabilizzazione prima del rientrare al proprio domicilio e dall'altra di ridurre sia la durata incongrua dei ricoveri e la frequenza di successivi accessi impropri al Pronto Soccorso dal domicilio.

Il ricovero in RSA viene effettuato con una procedura autorizzativa e valutativa da parte dall'U.V.I. (Unità di Valutazione integrata), che definisce il Progetto assistenziale individualizzato-PAI, con obiettivi da raggiungere.

2.3.b.4 Assistenza Domiciliare per la Demenza/Cure domiciliari già A.D.I.

Il sistema di cure domiciliari in Regione Campania è definito con delibera di giunta regionale n.41/2011 e il decreto commissariale n.1/2013,

Il sistema è articolato in vari livelli di cure domiciliari a seconda dell'intensità delle cure e del bisogno espresso

- Cure domiciliari di I livello
- Cure domiciliari di II livello
- Cure domiciliari di I II livello
- Cure palliative.

Per l'ammissione alle cure domiciliari vale quanto definito con delibera di giunta regionale n.41/2011 .

Un approfondimento merita la redazione del piano assistenziale-p.a.i.-piano di assistenza individualizzato

Per definire il piano esecutivo va utilizzata la scheda profili del DCA n.1/2013, dal responsabile delle cure domiciliari che può provvedere alla sua formulazione in modo contestuale alla definizione del progetto di assistenza.

Il responsabile delle cure domiciliari valuta l'eleggibilità del paziente nel Livello di Cure Domiciliari proposto (I,II,III o palliative) compila le schede sui profili di cura con l'ausilio dell'équipe, che seguirà il paziente³.

Le caratteristiche di complessità assistenziale dei vari livelli delle cure domiciliari previste nelle schede sui profili possono essere ricavate con le modalità di seguito riportate:

- a) per la **patologia**, occorre considerare la scheda S.Va.M.A., nella parte dedicata alla scheda Valutazione Sanitaria, sezione Cenni Anamnestici e sezione Codifica Patologia;
- b) per la **funzione ADL**, la definizione del relativo punteggio deriva dalla compilazione della specifica scheda. Si precisa che la valutazione ADL si può ricavare correlando la scheda ADL alla scheda Barthel ADL e MOB presente nella scheda A della S.Va.M.A. ;
- c) per le **necessità assistenziali**, occorre considerare la scheda A sezione Assistenza Infermieristica della S.Va.M.A. ed il relativo allegato F (Riepilogo dei fabbisogni assistenziali), ;
- d) per il **supporto sociale**, occorre considerare la scheda C della S.Va.M.A.

Per poter giungere alla definizione dei profili, come precedentemente indicato occorre correlare la scheda redatta all'atto della dimissione dalla struttura con la scheda S.Va.M.A.

³ Per la scheda profili si rinvia al decreto commissariale 1/13 che definisce i profili di cura domiciliari e i relativi costi.

La collocazione del paziente in un determinato livello di assistenza e piano, si potrà redigere il piano esecutivo su base settimanale/mensile per l'intero periodo di cura e comunque coerentemente con la valutazione effettuata dai singoli professionisti.

E' fatto obbligo per l'équipe e per il case manager -individuato in sede di valutazione multidimensionale- disporre di un diario unico/cartella che deve rimanere a domicilio dell'assistito e deve riportare tutti gli accessi con indicazioni dei tempi e della durata; sulla cartella vanno registrate tutte le informazioni utili di tipo clinico- medico, le variazioni osservate, gli episodi occorsi e eventuali manovre, somministrazioni di farmaci che si dovessero verificare.

Tale cartella può essere consultata dal medico ospedaliero in caso di ricovero, e dal medico di **Continuità Assistenziale nel caso di un accesso a casa del paziente, e da tutti gli specialisti e gli operatori che concorrono alla realizzazione del pai.**

Nel caso siano necessari accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici che devono obbligatoriamente essere effettuati in ambiente ospedaliero, nei Centri demenze viene programmata la consulenza Specialistica in Ospedale, garantendo un accesso preferenziale ed il trasporto in autolettiga a carico del distretto/ASL.

2.3.b.5 Le Unità di Valutazione Integrata U.V.I.

Le UVI sono strutture territoriali presenti in tutti i Distretti Sanitari e Ambiti Sociali. Le UVI sono attivate su istanza dell'utente, familiari, CDP, Ospedali, Centri demenze, MMG, servizi territoriali sociali, per il tramite della P.U.A. distrettuale, secondo le procedure del decreto commissariale 84/12 -già richiamato (vedasi figura 1) . In seguito alla diagnosi e conseguente segnalazione del caso viene elaborata una Proposta di Accesso, con le modalità già descritte, nella quale vengono allegate le schede di valutazione del bisogno assistenziale.

Lo strumento utilizzato in sede di U.V.I., redatto in varie fasi dai diversi professionisti che concorrono alla diagnosi e valutazione è la scheda S.Va.M.A.(Valutazione sanitaria, sociale, cognitiva e funzionale). L'U.V.I. sulla base del bisogno assistenziale emerso e della proposta formulata, redige il Piano di assistenza individualizzato -P.a.I., indicando il setting scelto (Cure domiciliari, RSA; Centro Diurno, ecc), la durata, obiettivi e la eventuale compartecipazione economica.

In questo snodo assistenziale è di grande importanza, nel caso specifico dei pazienti con demenza, il ruolo del CDP, che dovranno essere coinvolti nelle U.V.I. sia in fase di prima valutazione, sia in fase di rivalutazione e di monitoraggio del P.A.I..

Tutte le procedure di attivazione e attivazione dell'U.V.I. sono definite nella delibera 41/2011; si intende che nel caso delle demenze, le indicazioni operative qui fornite devono essere omogeneizzate con i precedenti atti normativi e regolatori, senza che questo comporti un aggravio per l'utenza. Si rappresenta che può e deve essere applicata la procedura di urgenza in particolari casi- che ci si augura non si verifichino se è vi è un'efficiente rete di presa in carico e di risposta al bisogno- e fornire adeguata risposta entro le 48h dall'attivazione dell'u.v.i., secondo le procedure della delibera 41/2011.

2.3.b.6 Il Progetto di assistenza individualizzato e il Piano esecutivo

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI), richiamato numerose volte, è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare la valutazione, è di norma viene elaborato dall'U.V.I. tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

L'U.V.I. è responsabile del P.A.I. e ne verifica l'attuazione mediante il responsabile del caso (case manager) individuato nelle modalità previste dalla DGRC n.41/2011.

Il P.A.I. deve definire esplicitamente in maniera analitica:

- 1) in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- 2) titolarità e competenze e responsabilità di spesa fra sanità e sociale;
- 3) le competenze e le funzioni del responsabile della presa in carico e delle figure di riferimento;
- 4) le competenze e le funzione del care giver;
- 5) data di avvio e durata del progetto con la previsione di verifica intermedia;
- 6) obiettivi del PAI saranno quelli del mantenimento della stabilità clinica, del recupero funzionale raggiunto nella struttura che dimette o eventuali ulteriori recuperi funzionali possibili;
- 7) consenso della famiglia, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al pai, anche per l'eventuale quota di compartecipazione della spesa;

Nel P.A.I. deve essere inserito l'obiettivo del percorso/trattamento riabilitativo che si intende realizzare durante il ricovero in RSA, Centro diurno, durante la presa in carico in Cure domiciliari

Per quanto non specificato in questo documento vale quanto previsto nella D.G.R.C. n. 41/2011

Sarà compito del responsabile dell'U.V.I. **raccogliere il consenso al pai da parte del familiare al quale saranno illustrati obiettivi, fasi tempi del progetto assistenziale sia in sede di u.v.i. sia in modo continuativo durante tutta la fase della presa in carico da parte del MMG**, dell'équipe individuata per la presa in carico del paziente.

Al pai, segue il piano esecutivo:

- **azioni specifiche, tipologia di prestazioni ed intervento;**
- **quantità durata e frequenza di ogni tipologia di intervento;**
- **fornitura di presidi e materiali;**
- **somministrazione di farmaci;**
- **strumenti e tempi per il monitoraggio del piano**

Durata del pai: tempi e modi di rivalutazione.

La durata del pai è variabile a seconda dell'obiettivo di salute e degli outcome definiti, in modo schematico si definisce la durata del pai in sei, tre, due mesi per le cure domiciliari a seconda del profilo e livello di cura nel quale è inserito l'utente. Si stabilisce che la durata per le prestazioni residenziali e semiresidenziali è in tre mesi per la residenzialità e semiresidenzialità. In caso di disabilità gravi si indica il limite temporale in 12 mesi, ma è obbligo delle Unità operative che curano la presa in carico valutare periodicamente l'utente e confermare il P.A.I., dando comunicazione alle U.V.I. e curandone la annotazione in cartella clinica, nel fascicolo personale definito in U.V.I. dell'utente e nei flussi informativi dedicati, seguendo le regole del conferimento dati

Allo scadere del periodo si sottopone a valutazione il P.A.I. e l'utente; ne può conseguire la conferma, o la modifica dell'intensità del pai stesso a seconda se gli obiettivi siano stati raggiunti o si necessita di variare il piano di assistenza e ridefinire le prestazioni e l'intensità

Il P.A.I. può essere rivalutato su istanza del care giver e/o dei familiari, dell'équipe operativa e/o degli specialisti, in ogni caso al verificarsi di variazioni delle condizioni del paziente.

Sarà cura del direttore del distretto di concerto con il referente –medico specialista dell'u.o. operativa che prende in carico (anziani, cure domiciliari...) il medico specialista del centro demenze calendarizzare valutazioni periodiche/annuali dei pai per i soggetti affetti da demenze, con particolare riguardo per le demenze gravi, senza che ciò comporti una sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

2.3.b.7 Ospedale e Pronto Soccorso: OBI, osservazione breve intensità

La maggior parte delle esigenze assistenziali dei pazienti con demenza si riferisce a problemi legati all'Ospedale (ricovero e pronto soccorso) ed, in particolare all'OBI (osservazione breve intensiva). In tali condizioni di emergenza il paziente con demenza ha necessità di ricovero in ambiente ospedaliero così come qualsiasi altro cittadino, ma le sue condizioni richiedono sensibilità gestionali maggiori rispetto ad un soggetto senza disabilità cognitive. L'accesso in Pronto Soccorso (PS) è per questa tipologia di pazienti molto difficoltoso, perché a causa del deficit cognitivo non sono in grado di fornire informazioni adeguate sui propri sintomi e perché il cambiamento di ambiente induce spesso disturbi comportamentali. D'altro canto, i pazienti con demenza avanzata presentano spesso disturbi psico-comportamentali come unica manifestazione clinica di una malattia somatica, rendendo la diagnosi difficile o ritardandola notevolmente. I pazienti dementi, per poter accedere ai servizi di emergenza, nel caso in cui non siano in imminente pericolo di vita, devono poter esprimere il consenso informato, facendo emergere problemi gestionali e medico-legali di non poco conto. L'ospedalizzazione del paziente con demenza dovrebbe essere riservata solo ai casi per i quali vi sia la reale necessità di prestazioni non altrimenti erogabili, quali per esempio quelle di reparti specialistici di urgenza (UTIC, Stroke Unit, ecc.) cercando di gestire il resto delle problematiche a domicilio o in strutture socio-sanitarie adeguatamente organizzate.

In molti casi il ricorso all'ospedalizzazione non è la scelta più congrua per l'anziano fragile demente, per il quale forme alternative di assistenza a domicilio o in servizi socio-sanitari residenziali sono più idonee. È necessario promuovere e sensibilizzare modalità di gestione dei pazienti con demenza negli ospedali e nei reparti di emergenza, con minimi accorgimenti che potrebbero essere stimolati dalla conoscenza delle problematiche della malattia. Per ridurre il più possibile la durata del ricovero ospedaliero è necessario che gli ospedali abbiano la possibilità di collegarsi funzionalmente per dimissioni protette in ADI e/o in RSA con le organizzazioni territoriali (PUA) deputate all'accesso ai suddetti servizi.

2.4 La persona con AD ed il suo caregiver

La persona con AD è indifesa, e con il progredire della malattia farà sempre più fatica a capire ciò che gli viene detto e a trovare le parole per comunicare. Questa difficoltà provoca grande frustrazione e rischia di farlo sentire sempre più isolato perché non in grado di esprimere compiutamente sentimenti, sensazioni, timori o malessere. E' spesso isolata nel suo stesso contesto familiare perché la Famiglia non sempre riesce a riconoscere i sintomi iniziali della malattia e, successivamente, si trova impreparata, non avendo avuto la possibilità di programmare in anticipo, a gestire le problematiche che insorgono. Il tutto porta, involontariamente, a ledere la dignità del malato e può provocare disturbi comportamentali di difficile gestione.

Il Caregiver

Il Caregiver (in italiano non esiste un termine altrettanto efficace ed incisivo) è la seconda vittima della malattia. Si distingue il:

Caregiver informale detto anche "*primary caregiver*" (figlio, coniuge e più raramente un altro familiare o un amico);

Caregiver formale (l'infermiere o qualsiasi altro professionista).

Ogni famiglia mette in atto una propria strategia nella scelta del caregiver. Questa può dipendere:

- da vicende intergenerazionali;
- da condizioni contestuali in cui si manifesta la malattia del proprio congiunto;
- dai rapporti familiari

Ulteriori elementi che caratterizzano la figura del caregiver sono:

- la capacità di mediazione tra la famiglia e la rete sociale;
- l'assenza di alternativa nella scelta;
- la presenza di dinamiche collaborative con i componenti il nucleo familiare;
- l'orientamento verso la padronanza", ovvero la capacità del parente designato alla cura di dominare con sicurezza situazione di stress e di incertezza.

Vi sono, comunque, tendenze prevalenti a segnalare come la gestione del malato avvenga perlopiù all'interno del nucleo familiare ristretto: le persone maggiormente impegnate nella cura sono le donne spesso coniugate e con figli e gli stessi figli. La famiglia, infatti, rappresenta un valido contributo per prevenire l'istituzionalizzazione del paziente, che è spesso costosa ed inappropriata. La cura al proprio domicilio è possibile garantendo l'equilibrio fisico, mentale, affettivo, la tranquillità e disponibilità economica del caregiver e questo è possibile solo garantendo un adeguato supporto nella gestione del malato. Il carico di assistenza, infatti, è particolarmente gravoso: varia da un minimo di sette ore al giorno per l'assistenza diretta a quasi undici ore per la sua sorveglianza. Dall'analisi dei dati del 1° Rapporto AIMA 2012 ("Alzheimer: costi dell'assistenza e bisogni delle famiglie nella Regione Campania") emerge forte la volontà da parte della famiglia di assumere su di sé la gestione di cura dei propri cari senza alcuna delega all'esterno ma con un'altrettanta forte richiesta di supporto, soprattutto attraverso l'informazione e consigli nella gestione di cura.

Tale fenomeno riscontrabile, soprattutto nel sud Italia, può avere una sua lettura positiva in termini sociali, psicologici ed economici, ma è realizzabile solo laddove esiste una efficace rete di servizi in grado di fornire la risposta più appropriata a sostegno della domiciliarità.

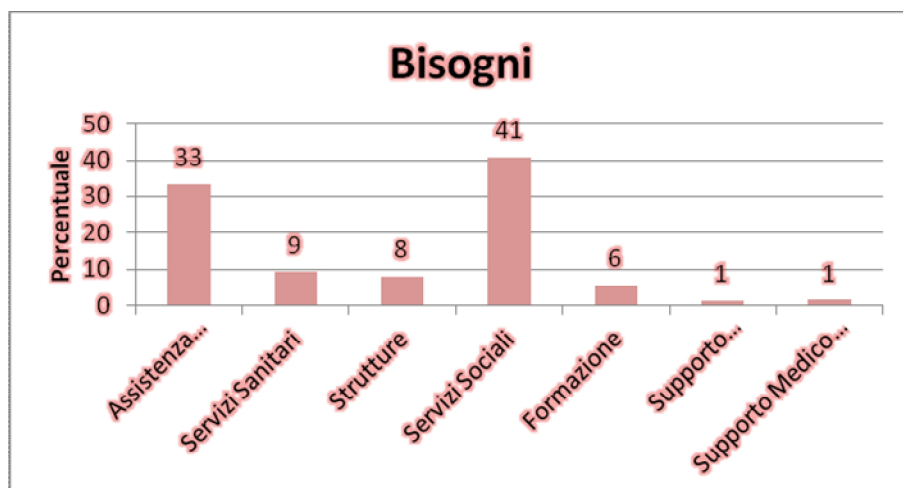


Tabella n.15. Nel grafico il panorama dei bisogni espressi dagli utenti dell'AIMA campana intesi come aree di riferimento e servizi specifici. Le basse percentuali del Supporto Psicologico (1%), Supporto Medico- Legale (1%) e Altro (1%) si spiegano tenendo conto che sono delle richieste specifiche e non aree di riferimento. Il principale bisogno emerso è relativo all'area dei Servizi Sociali nella quale il più sentito è quello relativo alle informazioni circa la patologia e la sua evoluzione.

I costi sostenuti dai caregiver possono essere suddivisi in 4 aree:

1. Costi occupazionali e finanziari quali spese extra per visite mediche specialistiche, acquisto di farmaci; di ausili per l'incontinenza, protesi o sostegni che facilitino la deambulazione, prodotti per la medicazione, prodotti per l'igiene, vitamine, integratori; abbattimento di barriere architettoniche presenti nelle abitazioni;

mancati guadagni generati dal sempre più frequente ritiro dal lavoro per svolgere il compito di cura del paziente; supporto provvisto da infermieri o badanti (talvolta per 24 ore al giorno). Queste ultime, pur rappresentando un innegabile sostegno, sembra producano ricadute limitate rispetto agli oneri assistenziali del familiare caregiver e sono destinate, in gran parte, all'espletamento di doveri domestici, all'affiancamento più che alla sostituzione del caregiver nella cura e nell'assistenza del malato, anche in virtù della poca specializzazione (Censis, 2007);

2. Costi sociali: ritiro ed isolamento sociale, perdita di tempo libero.

3. Costi emotivi: stress emotivo, basso senso di autoefficacia nell'adempire i compiti di cura, difficoltà nell'accettare il cambiamento dei ruoli nell'ambito familiare, la difficoltà che si prova

nell'accettare i cambiamenti della personalità del paziente;

4. Costi fisici relativi allo stress fisico, insorgenza e/o aggravamento di disturbi fisici, somatizzazione di stati d'ansia.

In Italia, secondo l'ultima indagine AIMA/Censis del 2007, il costo medio annuo, comprensivo dei costi familiari e di quelli a carico della collettività, è risultato pari a circa 60.000 Euro/anno e, secondo le stime del progetto EURODEM (risalenti a circa un decennio orsono, corretto in base ai trend inflattivi), è possibile stimare in Italia costi diretti di quasi 3 miliardi Euro/anno e costi indiretti circa il 200-250% superiori a quelli diretti, essenzialmente sostenuti dalla famiglia, in particolare dal caregiver.

Costi diretti (circa 15.000 euro/paziente/anno): la quota decisamente più consistente (70%) è a carico della famiglia mentre è a carico del SSN (diagnosi, farmaci, istituzionalizzazioni ecc.) una quota pari a circa il 30%. Si stima, pertanto, in circa 3 miliardi Euro la spesa sanitaria pubblica attribuibile all'AD con un impegno economico che riguarda una percentuale delle risorse sanitarie pubbliche intorno al 3% (calcolato in rapporto alla spesa sanitaria pubblica per il 1993 stimata in circa 95.000 miliardi) (Agenzia Sanitaria Italiana, 1994). Tale cifra va ovviamente innalzata del 25% se si considerano i costi derivanti dalle demenze non di tipo AD.

Costi indiretti (circa 46.000 euro/paziente/anno): ai costi diretti vanno aggiunti quelli indiretti (acquisto di farmaci e sussidi non a carico del SSN, spese di accudimento, ore lavorative perdute dai familiari, ecc.), che generalmente sono superiori del 200-250% ai costi diretti. Questi, per definizione a carico della collettività, sono il 75% del totale ed ampiamente legati agli oneri di assistenza che pesano sul caregiver (quasi il 95% del totale) e sono anche conseguenza di una cospicua perdita di risorse economiche a causa di mancati redditi da lavoro e di costi necessari a sostenere l'impiego di personale retribuito.

Costi intangibili: sono quei costi che si esprimono in termini di sofferenza fisica e psicologica del paziente e dei suoi familiari. Sebbene non monetizzabili, sono dotati di grande rilevanza sociale e umana.

2.5 Contributo del No-Profit

Ruolo del terzo settore

Nella rete dei servizi assistenziali si possono inserire anche le attività del terzo settore (associazioni di volontariato, Onlus, associazione di familiari, cooperative di tipo A e/o B, fondazioni, banche etiche, ecc.), che possono offrire approcci diversi e, talvolta, anche innovativi, che non sono erogabili dal pubblico e privato accreditato.

Il processo di affermazione e sviluppo del Welfare State risale agli anni '70, in Italia il processo di affermazione e sviluppo degli organismi No Profit (terzo settore o privato sociale) ha inizio dai primi anni '90, a seguito di un rallentamento della crescita economica e di un crescente deficit e debito pubblico. Si rafforza con la riforma dello Stato sociale che prevede l'ingresso delle organizzazioni senza fine di lucro (per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

Ancora oggi si avverte forte la necessità di lavorare per superare la visione tradizionale della sanità come rimozione delle condizioni di malattia in favore di un sistema integrato di servizi volto a dare risposte in termini di "Salute" alla persona e alla famiglia attraverso una politica attiva di prevenzione e di promozione del benessere. E' previsto il coinvolgimento di tutti gli « attori » locali attraverso il passaggio dal Welfare State ad un Welfare Mix, inteso quale pluralità di soggetti che affiancano la Pubblica Amministrazione nella concreta attuazione delle politiche sociali.

La attuale profonda crisi economica rende difficile all'Ente pubblico fornire da solo risposte adeguate e tempestive ad una domanda sempre più crescente e complessa, indotta da cambiamenti di ordine demografico, sociale ed epidemiologico (patologie invalidanti, lungo-degenza, cure palliative, ecc.) per inadeguatezza dell'attuale modello di produzione/erogazione dei servizi e per una mancata *sostenibilità* economico-finanziaria dello Stato sociale. Il *Libro bianco sul futuro del modello sociale*, pubblicato nel 2009 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, contiene significativi riferimenti agli attori sociali del nuovo sistema di welfare. In particolare, al terzo settore – inteso come comprendente Associazioni, gruppi di volontariato, imprese sociali, fondazioni e corpi intermedi – viene riconosciuta "la capacità d'interpretare i bisogni dei singoli e di farsene carico, trovando soluzioni innovative in virtù della sua peculiare capacità di «produrre relazioni e di tessere i fili smarriti della comunità». Va oltrepassato "il superamento della distinzione tra pubblico e privato attraverso il riconoscimento alle formazioni sociali di una soggettività di rilievo pubblico anche nella programmazione dei servizi" (cfr. Libro Bianco 2009 sul futuro del modello sociale).

La "welfare community" ha una stretta correlazione con la sussidiarietà nelle sue varie declinazioni ed è spesso indicata come "comunità sussidiaria". Sussidiarietà intesa come garanzia di reciprocità in tutti gli ambiti e livelli e fra tutti gli attori della vita sociale. In questo senso si può dire che la "welfare community" può rappresentare «l'alternativa al modello di società basato sull'asse individuo-Stato».

Il Rapporto Mondiale Alzheimer 2012 ("Superare lo stigma della demenza"), diffuso da Alzheimer's Disease International (ADI), Alzheimer's Association USA e, nel nostro paese, da Federazione Alzheimer Italia in occasione della XVIII Giornata Mondiale Alzheimer - propone dati e messaggi chiave così sintetizzati:

- *il 24% delle persone con demenza e più di 1/10 dei loro familiari ammettono di nascondere la diagnosi, perché temono di dover affrontare problemi correlati alla conoscenza della malattia sul posto di lavoro o con la scuola dei figli.
- *il 40% delle persone con demenza dichiara di non essere coinvolto nella normale vita quotidiana, e il 60% circa indica di essere "evitato" dagli amici e anche dai familiari.
- *i malati ed i familiari ammettono di avere rinunciato a stringere relazioni sociali a causa delle difficoltà incontrate.
- *istruzione, informazione e sensibilizzazione sono priorità per ridurre lo stigma legato alla demenza.

Il I Rapporto AIMA ("Alzheimer: Costi dell'assistenza e bisogni della Famiglia nella Regione Campania", Luciano Editore) fa emergere una forte volontà da parte della Famiglia di assumere su di sé la gestione di cura dei propri cari senza alcuna delega totale all'esterno, ma un'altrettanta forte richiesta di supporto, soprattutto attraverso l'informazione e i consigli nella gestione della cura. Tra i bisogni maggiormente espressi emergono quelli relativi all'area dei Servizi Sociali nella quale il più sentito è quello relativo alle informazioni circa la patologia e la sua evoluzione, seguiti subito dopo da quello dell'assistenza domiciliare (tab. 15). Tali attività sono utili per prevenire forme di

solitudine e depressione del paziente, ma anche di vigilanza e di sostegno alla famiglia per contribuire alla riduzione dello stress della stessa e del caregiver.

La solitudine dei malati e delle loro famiglie, infatti, aggrava i problemi rendendoli drammatici e spesso irrisolvibili. La solitudine significa il diradarsi delle relazioni e il disinteresse degli altri. Anche se tanti problemi sono di natura medica, sociale, economica bisogna combattere la solitudine dei malati e non lasciarli soli nel momento della fragilità.

Quanto può essere amaro il tempo della dipendenza, se si è circondati dall'isolamento!

Difronte allo stigma e all'isolamento c'è una cultura da promuovere : dati di Associazioni No Profit, nell'amicizia con gli anziani hanno accertato la possibilità di sostenere e mantenere gli affetti ed il calore umano anche negli anziani più fragili.

Il rapporto interpersonale è al centro dell'incontro con il malato. Il contatto con chi è malato fa riflettere i volontari e le famiglie sulla malattia, esperienza di debolezza e, quindi, di povertà di ogni essere umano.

Esperienze come del Centro Ascolto dedicato, dei Laboratori delle emozioni, di stimolazione cognitiva, musicArteterapia, di cucina, gruppi di Auto Mutuo Aiuto, Caffè Alzheimer, percorsi educativi, supporto psicosociale alle Famiglie, nonché attività di giardinaggio, di cura di mobili antichi e decoupage svolti e realizzati generalmente nel pomeriggio o in alcuni giorni festivi, hanno ottenuto risultati altamente positivi, anche in persone con AD con una forte riduzione dello stress nelle famiglie.

SEZIONE n. 3 –Aspetti medico-legali ed etici

3.1.- Aspetti medico-legali e di tutela sociale

Il MMG e lo specialista del CDP, anche in sinergia con la figura dello psicologo, se presente, hanno il compito di comunicare la diagnosi ed il percorso terapeutico-assistenziale al malato e/o alla sua famiglia con tutti i problemi conseguenti alla capacità di intendere la gravità e la progressione inarrestabile della malattia. Contemporaneamente, oltre alla difficoltà della diagnosi, è di altrettanta importanza l'impatto sociale ed economico della malattia che impone ai familiari/caregiver scelte difficili e complesse. Per questo motivo è importante fornire informazioni, oltre che sulla malattia, anche su eventuali percorsi di tutela del malato e sulla presenza di associazioni di pazienti e familiari, che possono sostenere il carico assistenziale anche con un adeguato accompagnamento. Infatti, il deterioramento mentale, causato dalla demenza, induce vari problemi etici, come esprimere la propria volontà con l'assunzione di delega da parte di terzi.

La normativa attuale prevede vari possibili interventi per pazienti fragili, che hanno bisogno di sostegno a protezione della persona e della sua volontà. Il percorso indica una segnalazione alla Sezione Affari Civili della Procura della Repubblica che, in seguito ad una indagine istruttoria, segnala il caso all'Ufficio del Pubblico Tutore del tribunale. Quest'ultimo a sua volta decide la soluzione più adeguata alle condizioni della persona malata.

Le soluzioni possibili sono:

- a) **L'amministratore di sostegno.** Figura innovativa che viene preferita agli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione, come-possibilità in più per garantire la tutela senza limitare del tutto la capacità di agire delle persone che necessitano di sostegno. Le persone, che per motivi legati ad un'infermità o disabilità fisica o psichica o situazione di particolare disagio, si trovano nell'impossibilità, parziale, temporanea o permanente, di

provvedere ai propri interessi possono essere assistite da un amministratore di sostegno nominato dal giudice tutelare del luogo di residenza.

- b) **la Procura.** Meccanismo del nostro ordinamento con il quale un soggetto può sostituirsi in attività giuridicamente rilevanti ad un altro che è titolare delle azioni da compiere. La procura può essere speciale, se relativa alla sostituzione del malato in un singolo affare, tipo una vendita; o generale, se relativa ad ogni tipo di attività futura che si potrà realizzare. Per realizzare questa operazione deve sussistere estrema fiducia da parte del malato nei confronti del procuratore ed una buona armonia familiare al fine di evitare contrasti futuri nella gestione del suo patrimonio, poiché il procuratore non è sottoposto ad alcun controllo in tale attività, a differenza di quanto accade per il tutore o l'amministratore di sostegno.
- c) **L'Inabilitazione.** La procedura, attualmente desueta, consiste nel consegnare l'apposita domanda al Tribunale Civile, che valuta se esistono le condizioni per sentenziare l'inabilitazione. In tal caso viene nominato un curatore, che non è rappresentante legale, ma deve firmare gli atti di straordinaria amministrazione insieme all'inabilitato valutandoli preventivamente con il giudice. Il curatore ha la funzione di amministrare il patrimonio assieme alla persona inabilitata e di vegliarlo in tutte le sue decisioni. Il suo operato e la sua condotta vengono continuamente controllati dal Tribunale. L'inabilitato può compiere autonomamente solo gli atti di ordinaria amministrazione, mentre deve essere affiancato dal curatore per gli atti di straordinaria amministrazione (un atto senza la firma del curatore è annullabile).
- d) **L'Interdizione.** Tale procedimento, attualmente desueto, è di grande rilevanza giuridica, in quanto la persona interdetta non potrà più compiere da solo alcun atto, anche banale, inerente alla propria sfera patrimoniale o personale (come sposarsi), né potrà votare.

3.2.- Diritti e provvidenze economiche

Oltre a problematiche di carattere medico-legale, la demenza ne provoca anche di carattere economico, soprattutto quando colpisce soggetti in età lavorativa rendendo necessario l'attivazione di una serie di tutele lavorative ed economiche.

La Costituzione Italiana riconosce al cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. In tal modo si intende tutelare la dignità umana nello spirito della solidarietà di tutti i cittadini verso coloro che, per minorazioni congenite o acquisite, siano incapaci di svolgere un lavoro proficuo.

Le diverse normative che si sono succedute e aggiornate nel tempo prevedono **provvidenze economiche** erogate in forma di pensioni, assegni o indennità e **provvidenze non economiche**:

- a) **pensione invalidità civile,**
- b) **indennità di accompagnamento,**
- c) **permessi retribuiti e riconoscimento della persona in condizione di grave "handicap" grave,**
- d) **assistenza protesica,**
- e) **agevolazioni fiscali.**

Dal 1 gennaio 2010 la domanda di accertamento di invalidità, handicap e disabilità si presenta all'INPS e non più alle ASL.

Invalidità ed Inabilità INPS. La pensione di inabilità è stata istituita dall'art. 12 della Legge 118 del 30 marzo 1971: *"si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazione congenita e/o acquisita (comprendenti) gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente, anche a carattere progressivo, ...che abbiano subito*

una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo, ...che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età." Spetta agli invalidi civili ai quali è stata accertata una **totale inabilità al lavoro** e che si trovino in stato di **bisogno economico**. Per questa seconda condizione vengono annualmente fissati limiti di reddito personale che non devono essere superati dal titolare della pensione di inabilità. La domanda per ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile, dal 1 gennaio 2010, va presentata all'INPS, tramite una procedura on line disponibile sul sito dell'Istituto. L'eventuale riconoscimento, che viene espresso in percentuale, comporta la possibilità di godere vari benefici, quali il percepimento di pensioni, indennità, agevolazioni fiscali, congedi e permessi lavorativi, esenzione dal ticket ecc.: *"L'invalido che abbia ottenuto il riconoscimento di una percentuale pari come minimo al 67% ha comunque diritto ad una serie di prestazioni, come l'esenzione dai ticket sanitari, ausili relativi alla propria patologia, ecc."*

La legge riconosce per la malattia di Alzheimer un danno permanente del 100% (cod. 1101 e 1003 della G.U. 26/2/92, n.43), con tutti i benefici in termini di varie prestazioni.

Indennità di accompagnamento. E' indipendente dal reddito e ne hanno diritto tutti i cittadini che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione" (legge 11/2/80, n.18) o comunque gli ultra65enni con difficoltà persistenti a svolgere compiti e funzioni proprie della loro età (decreto leg. 23/11/88, n.509). In particolare il 3° comma dell'art. 94 della legge 289/2002 (Finanziaria 2003) stabilisce che per l'accertamento delle condizioni di invalidità e la conseguente erogazione di indennità secondo la legge in vigore, alle persone affette dalla malattia di Alzheimer, le commissioni deputate sono tenute ad accogliere le diagnosi prodotte secondo i criteri del DSM-IV dai medici specialisti del SSN o dalle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) su certificazione del medico di base.

La legge 5/2/1992, n 104 prevede una serie di misure ed agevolazioni per chi versa in una situazione di handicap e a vantaggio di chi gli presta assistenza. In particolare, permette la riduzione dell'orario di lavoro (tre giorni lavorativi al mese) se il lavoratore ha un familiare totalmente invalido e la scelta anche della sede di lavoro più vicina al proprio domicilio. La legge 104 si avvale anche dell'opera degli obiettori di coscienza e dei cittadini di età superiore ai 18 anni che facciano richiesta di prestare attività volontaria e di organizzazioni di volontariato. La stessa legge 104/92 prevede, inoltre, agevolazioni fiscali per spese mediche e di assistenza necessaria, per gli oneri contributivi previdenziali ed assistenziali versati per il personale assunto per l'assistenza personale o familiare e per le spese sostenute per l'eliminazione di barriere architettoniche all'interno dell'abitazione o in spazi condominiali comuni. Sono, inoltre, riconosciute agevolazioni per l'acquisto di mezzi di trasporto destinati alle persone con indennità di accompagnamento ed alla conseguente esenzione dal pagamento del bollo auto, ecc..

La legge 26/3.2001 n 151 e la legge 38/8/2000 art. 80, comma 2 –permette ai lavoratori dipendenti, anche se a tempo determinato, che assistono un familiare convivente riconosciuto invalido civile nella misura del 100% e dichiarato persona con handicap ai sensi della L. 104, art.3, comma 3, di poter fruire di 2 anni di congedo straordinario. Durante la fruizione del congedo vige il divieto di svolgere alcun tipo di attività lavorativa (**legge n. 53/2000, art. 4, comma2**). Lo spirito e la finalità della legge escludono che il beneficio in argomento sia concedibile se la persona da assistere presta, a sua volta, attività lavorativa nel periodo di godimento del congedo da parte degli aventi diritto (**circ. n. 64/2001, p.3**).

Esenzione ticket sanitari. Ha diritto all'esenzione dal pagamento del ticket l'invalido civile con percentuale eguale o superiore al 67%, ma anche se affetto, ai sensi del **DM 28 maggio 1999, n. 329**, da una malattia cronica ed invalidante. Tra le prestazioni esenti per le demenze e la AD sono previste la tomografia assiale computerizzata (TAC) e la risonanza magnetica (RMN) per il solo caso di sospetto diagnostico specifico, clinicamente motivato, esplicitamente documentato e limitatamente ad una prestazione l'anno. Il diritto all'esenzione è collegato al rilascio di un attestato da parte di strutture specialistiche pubbliche.

Assistenza protesica. Su prescrizione del Medico Specialista viene autorizzata presso l'UOAR di competenza la fornitura, nei limiti previsti dal **DM 27.08.1999 n. 332**, di ausili ortopedici (es. calzature, protesi); ausili ottici; ausili acustici; protesi mammarie; ausili per la incontinenza; ausili per la comunicazione; apparecchi attinenti la funzione respiratoria.

TABELLE PER I CRITERI DI DIAGNOSI

Tabella n.1. Criteri di diagnosi di “demenza “ secondo NIA-AA del 2011	
1.	<i>riduzione dell’abilità nel lavoro e nelle comuni attività quotidiane; declino da precedenti livelli di autonomia e di prestazione;</i>
2.	<i>assenza di delirio o malattie psichiatriche;</i>
3.	<i>declino cognitivo diagnosticato dall’anamnesi del paziente, dalle informazioni del caregiver e da una semplice valutazione dello stato mentale durante la visita. La valutazione neuropsicologica si esegue quando i suddetti criteri indicano un chiaro declino cognitivo;</i>
1.	<i>il declino cognitivo e comportamentale è diagnosticato quando sono coinvolti almeno due dei seguenti domini:</i> a. <i>incapacità di acquisire e ricordare nuove informazioni, come il porre domande ripetitive, la dimenticanza di appuntamenti ed eventi, il disorientamento in spazi conosciuti.</i> b. <i>declino nel ragionamento e nel gestire azioni complesse, come difficoltà ad usare il denaro, incapacità a prendere decisioni o programmare ed eseguire compiti noti o complessi.</i> c. <i>difficoltà a riconoscere volti conosciuti od oggetti comuni, a vestirsi in modo corretto.</i> d. <i>peggioramento del linguaggio, con esitazioni, errori ortografici o della parola, difficoltà a produrre frasi e parole semplici durante la conversazione.</i> e. <i>modifiche della personalità, del comportamento e del carattere, come fluttuazioni inspiegabili del tono dell’umore, agitazione, alterate motivazioni ed iniziative, apatia, diminuito interesse in attività precedentemente seguite, isolamento sociale, comportamenti ossessivi o compulsivi, perdita dell’empatia, comportamenti sociali inappropriati.</i>

Tabella n. 2. Criteri per la diagnosi per AD secondo il DSM-IV “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”	
<i>Sviluppo di deficit cognitivi multipli, manifestati da entrambe le condizioni seguenti:</i>	
1.	<i>deficit della memoria (compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni o di ricordare informazioni già acquisite)</i>
2.	<i>una (o più) delle seguenti alterazioni cognitive:</i>
a)	<i>afasia (alterazione del linguaggio)</i>
b)	<i>aprassia (alterazione della capacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità della funzione motoria)</i>
c)	<i>agnosia (incapacità di riconoscere o di identificare oggetti nonostante l'integrità della funzione sensoriale)</i>
d)	<i>d) disturbo delle funzioni esecutive (cioè, pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre).</i>
<i>Ciascuno dei deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 causa una compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo, e rappresenta un significativo declino rispetto ad un precedente livello di funzionamento.</i>	
<i>Il decorso è caratterizzato da insorgenza graduale e declino continuo delle facoltà cognitive.</i>	
<i>I deficit cognitivi dei Criteri A1 e A2 non sono dovuti ad alcuno dei seguenti fattori:</i>	
1.	<i>altre condizioni del sistema nervoso centrale che causano deficit progressivi della memoria e delle facoltà cognitive (per es., malattia cerebrovascolare, malattia di Parkinson, malattia di Huntington, ematoma sottodurale, idrocefalo normoteso, tumore cerebrale)</i>
2.	<i>affezioni sistemiche riconosciute come causa di demenza (per es., ipotiroidismo, deficienza di vitamina B12 o acido folico, deficienza di niacina, ipercalcemia, neurosifilide, infezione HIV)</i>
3.	<i>affezioni indotte da sostanze nocive al sistema nervoso centrale..</i>
<i>I deficit non si presentano esclusivamente durante il decorso di un delirium.</i>	

Tavola II. 5. Criteri per la diagnosi di AD del NINCDS-ADRDA (1984)

Malattia di Alzheimer probabile

Demenza stabilita dall'esame clinico e documentata da scale di valutazione che indagano alcuni aspetti del comportamento (come la Dementia Blessed Scale oppure da punteggi medio bassi a test atti a misurare la presenza di decadimento cognitivo, come il Mini Mental State Examination (MMSE) o da esami simili e con la conferma di tali risultati deficitari ad altri test neuropsicologici.

-Deficit di 2 o più aree cognitive quali il linguaggio, il ragionamento, la capacità di giudizio, ecc

-Peggioramento progressivo della memoria e di altre funzioni cognitive

-Assenza di disturbi di coscienza

-Esordio tra i 40 e i 90 anni, più spesso dopo i 65

-Assenza di patologie sistemiche o di altre malattie cerebrali responsabili di deficit cognitivi e amnesici di tipo progressivo.

La diagnosi di AD probabile è supportata da:

-Deterioramento progressivo di funzioni cognitive specifiche quali il linguaggio (afasia), la gestualità (aprassia), la percezione (agnosia)

-Compromissione delle attività quotidiane ed alterate caratteristiche di comportamento.

-Familiarità positiva per analoghi disturbi, soprattutto se confermati neuropatologicamente.

La diagnosi di Alzheimer probabile è supportata da risultati nella norma a test strumentali ed esami di laboratorio quali, ad esempio: tracciato EEG normale e/o con aumento aspecifico dell'attività cerebrale lenta, atrofia cerebrale visibile attraverso una TAC e che peggiora visibilmente quando si effettuano ulteriori esami a distanza di tempo l'uno dall'altro, assenza di infezioni nel liquor cerebrospinale.

Altre caratteristiche cliniche compatibili con la diagnosi di AD probabile, dopo aver escluso cause alternative di demenza:

-Plateau nella progressione della malattia

-Sintomi associati quali depressione, insonnia, disturbi di personalità, incontinenza sfinterica, reazioni verbali emotive o fisiche di tipo catastrofico. -Disturbi sessuali, calo ponderale.

-Altre anomalie neurologiche, soprattutto nei casi con malattia in fase avanzata, comprendenti segni motori quali ipertono, mioclonie, disturbi della marcia.

-Crisi epilettiche in fase avanzata di malattia.

-TAC normale per l'età.

Caratteristiche che rendono la diagnosi di AD probabile incerta:

-Inizio improvviso ed eclatante dei disturbi cognitivi: già in una fase precoce della malattia sono presenti segni neurologici focali come, ad esempio, emiparesi, emianestesia, emianopsia, disturbi del cammino all'esordio o in fase iniziale.

-Disturbi della marcia all'esordio o in fase iniziale.

Malattia di Alzheimer possibile:

Presenza di sintomi tipici della demenza senza che vi siano altri disturbi neurologici, psichiatrici o sistemici (ad esempio malattia di Parkinson, schizofrenia, idrocefalo...) che possano causare demenza e in presenza di variazioni nell'esordio, nella presentazione o nel decorso clinico. Presenza di una patologia neurologica o sistemica concomitante sufficiente a produrre demenza, ma non considerata la vera causa della demenza (coesistono altre patologie oltre quella dementigena come ad esempio uno squilibrio tiroideo o un disturbo neuroendocrino).

Malattia di Alzheimer certa:

Presenza dei criteri clinici per la diagnosi di AD probabile e presenza di accumulo di proteina tau e beta amiloide nel cervello (placche e gomitoli neurofibrillari) insolubili e visibili solo mediante autopsia

Tabella n. 4. Criteri per la diagnosi di AD secondo NIA-AA (2011)**Probabile AD**

È diagnostica quando il paziente soddisfa i criteri di diagnosi di “**demenza**” (tabella 1) con l’aggiunta delle seguenti ulteriori caratteristiche:

- a. insorgenza insidiosa nel giro di mesi od anni.
- b. chiara storia di peggioramento cognitivo evidente o riportato insieme a:
 - declino cognitivo con presentazione amnesica (difficoltà all’apprendimento e di memoria con almeno uno dei domini prima descritti compromessi)
 - con presentazione non amnesica (deficit del linguaggio, viso-spaziale o disesecutivo).
- c. Assenza di altre forme di demenza primitiva o secondaria (pregresso ictus, demenza multi-infartuale).

La presenza di mutazioni in specifici geni, quali la proteina precursore dell’amiloide (APP), la presenilina 1 (PSEN1), e la presenilina 2 (PSEN2), sostiene una maggiore probabilità di AD.

L’evidenza dell’allele $\epsilon 4$ dell’apolipoproteina E, noto per essere predisponente all’AD, non sembra dare una certezza specifica di malattia.

Possibile AD

- a) Il soggetto soddisfa i criteri clinici per la diagnosi di AD ma l’insorgenza del declino cognitivo è rapido o mancano dettagli clinici ed amnestici di un progressivo deficit cognitivo.
- b) Presentazione mista in quanto sono presenti segni di vasculopatia cerebrale (ictus, infarti multipli, leucoaraiosi), di altre demenze primitive o di uso di farmaci che possono indurre declino cognitivo.

Probabile AD con evidenza di biomarcatori

Soggetti che rispondono ai criteri di diagnosi di probabile AD e presentano evidenza di positività per specifici biomarcatori (bassi dosaggi di $A\beta_{42}$ amiloide e/o alti livelli di proteina tau totale/fosforilata nel liquor), valutazione PET con traccianti per la β -amiloide e/o rilevazione di ipometabolismo nella corteccia temporo-parietale alla ^{18}F FDG-PET e riscontro alla MRI di atrofia nelle aree mediale, basale e laterale del lobo temporale e nella corteccia parietale mediale)

Possibile AD con evidenza di biomarcatori

Soggetti che rispondono ai criteri clinici di diagnosi di demenze non-AD, ma presentano evidenza di malattia con biomarcatori positivi. (es. pazienti con diagnosi di demenza di Lewy Body o FTD, ma con positività per AD in entrambi i biomarcatori liquorali e di neuroimaging).

Tavola II. 5. Criteri per la diagnosi di behavioral variant FTD (bvFTD)**I. Malattie neurodegenerative**

Progressivo deterioramento del comportamento e/o delle capacità cognitive, riferite da un familiare o persona a conoscenza del disturbo.

II. Possibile bvFTD

Almeno tre dei seguenti sintomi cognitivi o comportamentali (A-F) (persistenti o ricorrenti, ma non occasionali) devono essere presenti:

A) Precoce disinibizione del comportamento (almeno un sintomo presente):

a1) comportamento sociale inappropriato

a2) perdita di decoro o di modi

a3) impulsività, temerarietà od azioni imprudenti

B) precoce apatia od inerzia (almeno un sintomo):

b1) apatia

b2) inerzia

C) Precoce perdita di simpatia o empatia (almeno un sintomo):

c1) diminuito interesse per i bisogni e sentimenti altrui

c2) diminuito interesse sociale, di rapporti interpersonali e di partecipazione

D) Precoce comportamento perseverativo, stereotipato o compulsivo (almeno un sintomo):

d1) semplici movimenti ripetitivi

d2) comportamenti complessi rituali o compulsivi

E) Iperoralità e cambiamenti della dieta (almeno un sintomo):

e1) modificate preferenze alimentari

e2) mangiare in modo frenetico

e3) mettere in bocca o mangiare oggetti non alimentari

F) Deficit esecutivi con mantenute relative capacità mnestiche e viso-spaziali (tutti i sintomi devono essere presenti):

f1) deficit disesecutivi

f2) relativa conservazione della memoria episodica

f3) relativa conservazione delle capacità viso-spaziali

III. probabile bvFTD

(tutti i criteri (A-C) devono essere presenti:

A) I sintomi corrispondono ad una diagnosi di bvFTD

B) Declino significativo delle autonomie

C) "imaging" consistente per diagnosi di bvFTD (almeno uno):

c1) atrofia della corteccia frontale e/o temporale anteriore con esame TAC o MRI

c2) ipoperfusione o ipometabolismo frontale e/o temporale anteriore con esame SPECT o PET

IV. bvFTD con evidente patologia FTD:

(criteri A + B o C presenti):

A) criteri per possibile o probabile FTD

B) evidenza di FTD istopatologica post-mortem o con biopsia

C) presenza di una mutazione genetica

V. criteri di esclusione di FTD:

(criteri A e B negativi per diagnosi di FTD. Criterio C positivo per possibile bvFTD ma negativo per probabile bvFTD):

A) I deficit sono più frequenti in altre patologie neurologiche o malattie internistiche

B) I disturbi del comportamento sono propri di malattie psichiatriche

C) L'esame dei biomarcatori indica AD o altra patologie neurodegenerativa

Tabella 6. Criteri per la diagnosi della variante nonfluyente/agrammatica di PPA (nfvPPA). 2011

I. Diagnosi clinica: Almeno 1 dei seguenti aspetti deve essere presente: 1. Agrammatismo nel linguaggio 2. Linguaggio faticoso, interrotto con errori e distorsione del tono (aprassia del linguaggio) Almeno 2 dei 3 seguenti aspetti deve essere presente: 1. Errata comprensione di frasi sintatticamente complesse 2. Comprensione di singole parole 3. Comprensione degli oggetti
II. Imaging: entrambi i seguenti criteri devono essere presenti: 1. Diagnosi clinica di nfvPPA 2. L'imaging deve 1 o più dei seguenti aspetti: a. atrofia predominante in area fronto-insulare posteriore sinistra al MRI o b. ipoperfusione o ipometabolismo alla SPECT o PET in area fronto-insulare posteriore sn
III. Conferma neuropatologica: criterio 1 e criterio 2 o 3: 1. Diagnosi clinica nfvPPA 2. Evidenza istopatologica di specifica neuropatologia degenerativa (vedi sopra) 3. Presenza di nota mutazione genetica

Tabella 7. Criteri per la diagnosi di PPA semantica (svPPA):

I. Entrambi i seguenti aspetti devono essere presenti: 1. Alterata denominazione di oggetti 2. Alterata comprensione di singole parole Almeno 3 dei seguenti aspetti devono essere presenti: 1. Errato riconoscimento di oggetti, in particolare per oggetti di scarsa frequenza d'uso o basso rapporto familiare 2. Dislessia o disgrafia 3. Ripetizione conservata 4. Produzione di parole conservata (grammatica e motoria)
II. Imaging: entrambi i criteri devono essere presenti 1. Diagnosi clinica di svPPA 2. 1 o 2 dei seguenti risultati: a. atrofia predominante del lobo temporale anteriore b. ipoperfusione o ipometabolismo alla SPECT o PET del lobo temporale anteriore
III. Conferma neuropatologica: criterio 1 e criterio 2 o 3: 1. Diagnosi clinica di svPPA 2. Evidenza istopatologica di specifica neuropatologia degenerativa 3. Presenza di nota mutazione genetica

Tabella 8. Criteri per la diagnosi di variante logopenica di PPA

I. Entrambi i seguenti aspetti devono essere presenti:

- 1. Alterato recupero di una singola parola nel linguaggio spontaneo e nella denominazione*
- 2. Alterata ripetizione di sentenze e frasi*

Almeno 3 dei 4 seguenti aspetti devono essere presenti:

- 1. Errori fonologici nel linguaggio spontaneo e nella denominazione*
- 2. Conservata comprensione di una singola parola e riconoscimento di oggetti*
- 3. Conservata capacità motoria nel linguaggio*
- 4. Assenza di chiari agrammatismi*

II. Imaging: entrambi i criteri devono essere presenti:

- 1. diagnosi clinica di variante logopenica di PPA*
- 2. Almeno 1 dei seguenti risultati:*
 - a. Atrofia predominante perisilviana o parietale posteriore sinistra*
 - b. Ipoperfusione o ipometabolismo alla SPECT o PET dell'area perisilviana o parietale posteriore sinistra*

III. Conferma neuropatologica: criterio 1 e criterio 2 o 3:

- 1. Diagnosi clinica di variante logopenica PPA*
- 2. Evidenza istopatologica di specifica neuropatologia degenerativa (vedi sopra)*
- 3. Presenza di nota mutazione genetica*

Tavola II. 3. Criteri del NINDS-SPSP per la diagnosi di PSP

PSP	Criteri necessari di inclusione	Criteri di supporto	Criteri di esclusione necessari
Possibile	<i>Malattia gradualmente progressiva.</i> <i>Esordio a 40 anni o oltre.</i> <i>Paralisi sopranucleare verticale (sguardo verso l'alto e verso il basso) o rallentamento delle saccadi verticali e notevole instabilità posturale con cadute durante il primo anno di esordio della malattia.</i> <i>Mancanza di evidenza di altre malattie che possono spiegare le precedenti caratteristiche, come indicato dai criteri necessari di esclusione</i>	<i>Acinesia simmetrica o rigidità, più prossimale che distale.</i> <i>Postura del collo anomala (retrocollis).</i> <i>Scarsa o assente risposta alla terapia con L-DOPA.</i> <i>Precoce disfagia o disartria.</i> <i>Esordio precoce del decadimento cognitivo che include almeno due dei seguenti sintomi: apatia, disturbo di astrazione, ridotta fluenza verbale, comportamento di utilizzazione o imitazione, o segni di liberazione frontale.</i>	<i>Recente storia di encefalite.</i> <i>Sindrome dell'arto alieno, deficit corticale sensoriale, atrofia focale frontale o temporo-parietale.</i> <i>Allucinazioni o deliri non dovuti alla terapia dopaminergica</i> <i>Demenza corticale tipo Alzheimer (grave amnesia e afasia o agnosia, secondo i criteri del NINCDS-ADRDA).</i> <i>Notevoli, precoci sintomi cerebellari o notevole precoce inspiegabile disautonomia (marcata ipotensione e disturbi urinari)</i>
Probabile	<i>Malattia gradualmente progressiva.</i> <i>Esordio a 40 anni o oltre.</i> <i>Paralisi sopranucleare verticale (sguardo verso l'alto e verso il basso) e grave instabilità posturale con cadute durante il primo anno di esordio della malattia.</i> <i>Mancanza di evidenza di altre malattie che possono spiegare le precedenti caratteristiche, come indicato dai criteri necessari di esclusione.</i>		<i>Gravi asimmetrici segni parkinsoniani (ad es., bradicinesia).</i> <i>Evidenza neuroradiologica di rilevante anormalità strutturale (ad es., infarti ai gangli della base o del tronco cerebrale, atrofia lobare).</i> <i>Malattia di Whipple, confermata dalla reazione di polimerasi a catena (PCR), se indicata.</i>
Certa	PSP clinicamente probabile o possibile ed evidenza istopatologica di PSP tipica		

Tabella n. 10 Criteri per la diagnosi di CBD

Criteri di Toronto Criteri di inclusione - Rigidità più un segno corticale (aprassia, perdita delle funzioni corticali sensoriali o fenomeno dell'arto alieno) oppure - Rigidità asimmetrica, distonia e riflesso mioclonico asimmetrico. Criteri di esclusione ☐ Demenza precoce ☐ Paralisi dello sguardo verticale ad esordio precoce ☐ Tremore a riposo ☐ Disautonomie severe ☐ Risposta alla terapia con L-DOPA prolungata e sostenuta ☐ Lesioni riscontrabili all'imaging che indicano un altro processo patologico responsabile della sintomatologia	Criteri della Mayo Clinic Caratteristiche principali ☐ Esordio insidioso ed andamento progressivo ☐ Non altre cause identificabili (ad es. ictus, neoplasia) ☐ Alterazioni delle funzioni corticali - Aprassia ideomotoria focale o asimmetrica - Fenomeno dell'arto alieno - Perdita delle funzioni corticali - Emineglect sensitivo o visuale - Mioclono focale o asimmetrico - Aprassia del linguaggio/afasia non fluente ☐ Alterazioni extrapiramidali (almeno uno dei seguenti): - Rigidità focale o asimmetrica, in assenza di risposta alla levodopa marcata o prolungata - Distonia focale o asimmetrica Caratteristiche di supporto ☐ Disfunzioni cognitive lateralizzate o focali di diverso grado, con relativa conservazione della memoria e delle capacità di apprendimento ai test neuropsicometrici ☐ Atrofia focale o asimmetrica visibile alla TC o alla MRI, prevalente soprattutto a carico della corteccia parietofrontale ☐ Ipoperfusione focale o asimmetrica visibile alla PET o alla SPECT, prevalente soprattutto a livello della corteccia parietofrontale e/o dei gangli della base e/o del talamo.

Tabella n. 11 Criteri per la diagnosi di CBD

Criteri di Cambridge Criteri obbligatori Esordio insidioso e progressione graduale Risposta di breve durata alla levodopa Criteri maggiori e minori ☐ SEGNI MOTORI Sindrome acinetico-ipertonica Mioclono focale o segmentale Distonia asimmetrica SEGNI CORTICALI SENSITIVO-MOTORI Aprassia artuale Fenomeno dell'arto alieno Perdita delle funzioni sensitive corticali o discalculia ☐ IMPAIRMENT COGNITIVO Alterazioni della parola e del linguaggio Alterazioni delle funzioni esecutive frontali Deficit visuospaziali Per la diagnosi di CBS il paziente deve soddisfare tutti i criteri obbligatori, due criteri maggiori e due criteri minori.	Criteri di Litvan 1997 I criteri individuati da Litvan sono i seguenti: ☐ Aprassia ideomotoria asimmetrica ☐ Distonia di un arto ☐ Sindrome extrapiramidale asimmetrica (rigidità, bradicinesia, tremore). ☐ Assenza di disturbi di equilibrio e di andatura ☐ Mioclono focale ☐ Coinvolgimento corticale suggerito da fenomeno dell'arto alieno, perdita della sensibilità corticale sensoriale, neglect emisferico ☐ Neuroimaging: atrofia emisferica grave e asimmetrica, controlaterale ai sintomi

Tab. 12 Criteri per la diagnosi di demenza a corpi di Lewy (da McKeith et al, 2005, mod.).**Caratteristica centrale** (essenziale per la diagnosi di DLB possibile o probabile)

Demenza, intesa come un decadimento cognitivo progressivo di entità tale da interferire con le normali attività sociali o lavorative; un marcato deficit mnesico può non essere presente nelle fasi iniziali di malattia ma è generalmente presente con la sua progressione; può essere presente un preminente deficit attentivo, delle funzioni esecutive, delle abilità visuo-spaziali

Caratteristiche "core" (due delle seguenti caratteristiche sono sufficienti, insieme alla caratteristica centrale, per la diagnosi di DLB probabile, una per la diagnosi di DLB possibile)

- Fluttuazioni cognitive con marcate variazioni di attenzione e vigilanza
- Allucinazioni visive ricorrenti, generalmente complesse e ben strutturate
- Parkinsonismo

Caratteristiche suggestive (in presenza di una o più di queste caratteristiche, in associazione ad una o più caratteristiche "core", si può porre diagnosi di DLB probabile; se non sono presenti caratteristiche "core", una o più caratteristiche suggestive permettono di porre diagnosi di DLB possibile; la diagnosi di DLB probabile non può essere posta sulla base delle sole caratteristiche suggestive)

- Disturbi del sonno REM
- Spiccata sensibilità ai neurolettici
- Diminuito uptake del trasportatore della dopamina a livello dei nuclei della base dimostrato tramite PET o SPECT

Caratteristiche di supporto (presenti frequentemente ma prive attualmente di specificità diagnostica)

- Cadute e sincope ricorrenti
- Transitorie perdite di coscienza non altrimenti giustificabili
- Disfunzione autonoma di grado severo (ipotensione ortostatica, incontinenza urinaria)
- Allucinazioni non visive
- Depressione
- Relativa integrità delle strutture temporali mediali (TC o RMN)
- Uptake di traccianti di perfusione (SPECT/PET) diffusamente diminuito con ridotta attività a livello occipitale
- Anomalie alla scintigrafia miocardica con MIBG

Caratteristiche che rendono meno verosimile la diagnosi di DLB.

- Malattia cerebrovascolare
- Presenza di altre malattie che possano giustificare il quadro clinico
- Comparsa dei segni extrapiramidali nelle fasi avanzate di malattia

Tavola II. 15 Criteri per la diagnosi di PD-D**I. Aspetti principali**

1. Diagnosi di malattia di Parkinson (PD) secondo i criteri del Queen Brain Bank
2. Demenza con inizio insidioso e lenta progressione, che si sviluppa nel contesto di PD:
 - a. Deficit in 1 o più domini cognitivi.
 - b. Declino rispetto alle condizioni cognitive precedenti
 - c. Perdita delle autonomie quotidiane, non dipendente dai disturbi motori della PD

II. Aspetti clinici associati

1. Capacità cognitive
 - a. Attenzione: alterazione dell'attenzione con variazioni che possono fluttuare durante il giorno o tra giorni
 - b. Funzioni esecutive: alterata capacità nelle funzioni esecutive; bradifrenia
 - c. Funzioni viso-spaziali: disturbi nell'orientamento viso-spaziale, percezione o costruzione
 - d. Memoria: disturbi nella memoria a breve termine, in compiti che richiedono l'apprendimento di nuove informazioni; la memoria migliora con un suggerimento ed il riconoscimento è migliore del richiamo.
 - e. Linguaggio: preservato nella gran parte dei casi.
2. Disturbi del comportamento
 - a. Apatia, perdita di motivazione, di interesse e diminuita spontaneità
 - b. Cambi della personalità con sintomi depressivi e di ansia
 - c. Allucinazioni: di solito visive, complesse di persone, cose ed animali
 - d. Delusioni: di solito paranoide, come infedeltà, fantasmi
 - e. Eccessiva sonnolenza diurna

III. Aspetti che non escludono PD-D, ma rendono la diagnosi non certa

1. Coesistenza di altre patologie causa di declino cognitivo, come diagnosi clinica e strumentale di cerebrovasculopatia cronica
2. Incerta sequenza cronologica dei disturbi motori – cognitivi

IV. Aspetti che rendono impossibile la diagnosi di PD-D Depressione maggiore secondo i criteri del DSM-IV

1. Disturbi cognitivi e comportamentali in presenza di malattie sistemiche o di intossicazione da farmaci
2. Aspetti compatibili con diagnosi di demenza vascolare

La nota AIFA n. 85:

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci Inibitori delle colinesterasi (ChEI) (donepezil, rivastigmina e galantamina) e degli Antagonisti dei recettori N-metil D-aspartato (NMDA) (memantina) è regolamentata dalla nota 85 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che stabilisce che per i pazienti con AD di grado lieve (MMSE tra 21 e 26) siano utilizzabili donepezil, galantamina e rivastigmina, e nei pazienti di grado moderato (MMSE tra 10-20) invece donepezil, galantamina e rivastigmina e memantina.

La memantina è registrata per il trattamento della AD “da moderata a grave”.

Secondo la nota AIFA 85, inoltre, la risposta clinica dovrà essere monitorata ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:

- a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico
- a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i 3 mesi e la decisione di proseguire il trattamento deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico.
- ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità

In aggiunta a ciò è opportuno ricordare che il trattamento deve essere interrotto nel caso di scarsa tollerabilità o scarsa “compliance” e in tutti i casi in cui, secondo il giudizio dello specialista, il beneficio clinico sia insufficiente per giustificare una continuazione della terapia o la comparsa di effetti collaterali.

Il trattamento deve essere, comunque, interrotto quando il punteggio MMSE abbia raggiunto un valore uguale o inferiore a 10.

La prescrivibilità e l'autorizzazione all'uso di tali farmaci è limitata solo ai casi di AD, in tutti gli altri la somministrazione è off-label e pertanto praticabile solo nel rispetto delle attuali procedure e normative in materia.

Di recente, il donepezil e la rivastigmina, nella sola presentazione in capsule, sono reperibili in farmaci generici e non hanno più necessità del libretto individuale di terapia per la loro prescrizione.

Bibliografia

- 1)McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al., The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer & Dementia* 2011; 7:1-7
- 2)Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Elsevier, Milano, 2000
- 3)McKhann GM, Drachman D, Folstein M et al., Clinical Diagnosis of Alzheimers disease report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34:939-944
- 4)Rascocky K, Hodges JR, Knopman D et al., Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioral variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011;134:2456-2477
- 5)Gorno Tempini ML, Hillis HE, Weintraub S et al., Classification of Primary progressive aphasia and its variant. *Neurology* 2011;76:1006-1014
- 6) Litvan I.; Agid; D., Calne; G et al., Clinical research criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome): report of the NINDS-SPSP international workshop.. *Neurology* 1996;47: 1-9
- 7)Armstrong MJ, Litvan I, Lang AE et al., Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology* 2013;80:496-503
- 8) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al., Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology* 2005;65:1863-72
- 9)Emre M, Aarsland D, Brown R et al., Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson disease. *Movement Disorders* 2007;22:1689-1

ALLEGATO ANAGRAFICA DEI CENTRI U.V.A./DEMENZE DELLA REGIONE CAMPANIA

ALLEGATO ANAGRAFICA DEI CENTRI U.V.A./DEMENZE DELLA REGIONE CAMPANIA

Di seguito i dati conferiti dai referenti aziendali delle Demenze agli Uffici regionali. La scheda contiene i dati anagrafici dei centri U.V.A./demenze funzionanti fino al 31 dicembre 2014: a partire da questa mappatura dei centri operanti si procederà alla individuazione dei Centri Disturbi cognitivi e Demenze territoriali e ospedalieri-CDGD

ASL AVELLINO	U.V.A. Interdistrettuale Ariano Irpino DS n° 01- Mirabella E.DS n 02	Piazza Mazzini, Ariano Irpino Cap. 83031	0825/877686	0825/877676	Dott. Franco Ferraro
ASL AVELLINO	U.V.A. Interdistrettuale S. Angelo dei Lombardi DS n 03	Località Quadrivio c/o P.O. S. Angelo dei Lombardi, cap. 83054	0827/277342 0827/277241	0827/277242 0827/277427	Dott.ssa Rabasca Annaflavia
ASL AVELLINO	U.V.A. CAPOFILA U.V.A. Atripalda DS n 05	Via Manfredi, Atripalda cap. 83142	0825/293416	0825/293300	Dott.Giuseppe Femina
ASL AVELLINO	U.V.A. Cervinara DS n 04	Via S. Cosma, Cervinara Cap 83102	0824/839506	0824/839928	Dott.ssa Anna Marro Dott. Domenica Esposito
ASL AVELLINO	DS 04 Avellino Centro Diurno Alzheimer	Corso Europa, n 205 Avellino cap. 83100	0825/782017	0825/782017	Dott. ssa Adele Pagliuco
ASL BENEVENTO	U.V.A CAPOFILA DS 07 Benevento 1	Via Perasso, 14 (BN) CAP. 82100	0824/355307 0824/355332	0824/316736	Dott. Gennaro Maio
ASL BENEVENTO	U.V.A. DS 08 Benevento 2 S. Giorgio del Sannio	Via A. Manzoni, 19 S. Giorgio del Sannio	0824/330720 0824/330722	0824/330720	Dott. Domenico Ricciardi
ASL BENEVENTO	U.V.A. DS n 09 Montesarchio	Via Napoli, 113 Montesarchio (BN)	0824/849137 0824/849128	0824/832422	Dott. Simone Massimo
ASL BENEVENTO	U.V.A. DS n 10 Telese Terme	Via Cristoforo Colombo, CAP. 82037 Telese Terme	0824/943246	0824/943239	Dott. Martino Gaudino

ASL BENEVENTO	U.V.A. DS Nord- EST n 11	Via Roma, Morcone	0824/955543	0824/955543	Dott.ssa Antonietta D' Andrea
ASL BENEVENTO	Morcone e U.V.A. S. Bartolomeo in Galdo DS n° 11	Via Torre , S.Bartolomeo in Galdo	0824/823233	0824/823234	
ASL CASERTA	U.V.A. Caserta (Capofila) DS n° 12	Pal. della Salute Via Lamberti Area ex Saint Gobain(CE)	0823/445948	0823/445948	Dott. Mariano Califano e Izzo Crescenzo (medici operanti presso la struttura)
ASL CASERTA	U.V.A. c/o UO Geriatria P.O. S. Felice a Cancellò DS n13	Via Roma, 27 CAP. 81027 S. Felice a Cancellò	0823/803346	0823/803368	Dott. Mariano Califano
ASL CASERTA	U.V.A. DS 14 Vairano Scalo (Patenora)	Via Roma, Vairano Patenora	0823/642303	0823/642272	Dott. Alfonso Pisaturo
ASL CASERTA	U.V.A. Caiazzo DS n° 15	Via Caduti sul Lavoro, Caiazzo	0823/615120	0823/615119	Dott. Alfonso Pisaturo
ASL CASERTA	UVA Piedimonte Matese DS n° 15	Via Matese Pal. Auditorium Piedimonte Matese 81016	0823/544302	0823/544302	Dott. Alfonso Pisaturo
ASL CASERTA	U.V.A. P.O. Marcianise DS n° 16	c/o ex P.O. Piazza Carità Marcianise	0823/518212	0823/518213	Dott. Marchisiello (medico operante presso la struttura)
ASL CASERTA	U.V.A. Aversa DS n° 17	Via Di Giacomo, Aversa	081/5001471	081/5037490	Dott. Mario Pellegrino
ASL CASERTA	U.V.A. Succivo DS n° 18	Via Monte Grappa, Succivo Cap.81030	081/8132921	081/8132921	Dott.ssa Anna D'Amore
ASL CASERTA	U.V.A. Trentola - Ducenta DS n° 19	Via Circumvallazione, 36 Trentola	081/8142988	081/8142988	Dott. Balbi Vinicio
ASL CASERTA	U.V.A. S. Cipriano D'Aversa DS n° 20	Via Buonarroti, 60 S. Cipriano d'Aversa	081/8167717 081/5001215	081/5001215	Dott. Fiorillo Francesco
ASL CASERTA	U.V.A. S. Maria Vetere Capua Vetere DS n° 21	Via Mazzocchi Palazzo Zenith S. Maria C. Vetere	0823/8911605	0823/891601	Dott. Alfredo Vitelli
ASL CASERTA	U.V.A. Pignataro Maggiore (Capua) DS n° 22	Via Palasciano, 81043 Capua	0823/622021	0823/622021	Dott. Ennio De Lucia
ASL CASERTA	U.V.A. Castelvoturno Mondragone DS n° 23	Via Marino di Marzano, 11 Castel Volturmo	0823/763042 0823/764246	0823/766073	Dott. Giuliano Cerqua
ASL CASERTA	U.V.A. Sessa Aurunca DS n° 14	Via Ospedale, Sessa Aurunca	0823/935201	0823/937777	Dott. A. Pisaturo
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.O.A.A. Napoli DS n 24 Chiaia, Posillipo, S.Ferdinando.	Via dei Fiorentini ,n. 10	081/2547718-081/254 7715	081/2547715	Dott. Egidio Accardo
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.O.A.A. Napoli Distretto Sanitario n 25 Bagnoli, Fuorigrotta	Via Winspeare, 67 Cap. 80125	081/2548181	081/2548181	Dott. Fortunato Lombardi
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.O.A.A. Napoli Distretto Sanitario n 26 Pianura,Soccavo.	Via Canonico Scherillo, 12 Cap.80126	081/2548429	081/2548429	Dott. Lucio Lenzi
ASL NAPOLI 1	U.O.A.A. Napoli	Via S. Gennaro ad Antignano , n.	081/2549723	081/2549738	Dott .Francesco Junod

CENIRO	Distretto Sanitario n 27 Vomero, Arenella.	42 Cap. 80128			
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.O.A.A. Napoli Distretto Sanitario n 28 Piscinola, Marianella, Scampia, Chiaiano.	Viale della Resistenza, n. 25 Cap. 80144	081/2546544	081/2546504 081/2546506	Dott. Annamaria Malagnino
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.O.A.A. Napoli Distretto Sanitario n 29 Stella, Colli Aminei.	Corso Amedeo di Savoia, n 220 Cap. 80134	081/2544647	081/2544647	Dott. Carmine Cevaro
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.O.A.A. Napoli Distretto Sanitario n 30. Miano, Secondigliano, S. Pietro in Patierno.	Corso Secondigliano, n 209	081/2546704	081/2546759	Dott. Putignano Salvatore
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.V.A. CAPOFILA U.O.A.A. Napoli D S n 31 Avvocata, Pendino, Monte Calvario	Via Vespucci, n 9 e Via Ponti Rossi, n 118	081/2546968 081/2546969	081/2546967	Dott. Mario Scognamiglio
ASL NAPOLI 1 CENTRO	UOAA NA DS 32 Ponticelli, , S. Giovanni.	Via F. Grimm,	081/2544351	081/2544350	Dott.ssa Maria Astarita
ASL NAPOLI 1 CENTRO	U.O.AA. NA DS 33 S.Lorenzo, Poggioreale	Piazza Nazionale, 95 Cap. 80143	081/2549217	081/2549219	Dott. Lorenzo D'Urso
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. c/o P.O. La Schiana Pozzuoli	O. S.M. delle Grazie Pozzuoli	081/8552281 081/8552111	081/8552283	Dott. Luigi Di Fraia
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS n.35 Monte di Procida	Via Cappella, n. 401 Cap. 80070	081/8680920 " 32	081/8680420	Dott. Luigi Forgione
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS n.35 Pozzuoli Monteruscello	Via Terracina, Pozzuoli Via Alvaro, Monteruscello	081/8552596 081/3033105	081/8552596 081/3033105	Dott.ssa Patrizia Bruno Dott.ssa Emma Rucco
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS n36 Forio d'Ischia	Via De Luca, 20	081/75070628	081/5070628	Dott. Ottavio Narciso
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS36-Procida Lago Patria	Procida	081/8100417 14	081/8100417	Dott. V. Zupo
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS n37-38-38 Giuliano-Quarto-Marano	Via Basile (Giugliano) Corso Italia, 111(Quarto) IV traversa V. Falcone Marano	081/8955252 081/8765098 0815768274	081/8955252 081/8765098 081/5768274	Dott.ssa Barbagallo Dott. Ottavio. Narciso Dott.ssa Gemma Marino
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS 39 Qualiano	Via Campana Pr.co Meteora	081/8193735	081/8193735	Dott. Luigi Forgione
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DSN37-38-39-40 Marano	IV Trav. via Falcone	081/5768274	081/5768274	Dott.ssa G. Marino

ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS40 Mugnano	Via Roma, n.26 (Melito) Via , Mugnano	081/7114227		Dott.ssa Iurco Dott. Bartolini Rossana
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS 41 Frattamaggiore S Antimo	Corso V. Emanuele, Cap. 80027	081/8355512 081/8355531	081/8355512	Dott. Beneduce Alfonso
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS n. 43 Casoria	I Trav. Via Manzoni, Cap. 80026	081/5406726	081/5401517 081/7051543	Dott. Postiglione
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS 45 Caivano	Via Santa Chiara Cap. 80023	081/8362752	0818362752	Dott. Andrea Capasso 3382320995
ASL NAPOLI 2 NORD	U.V.A. DS n 46-47 Casalnuovo, Acerra	Ravello, Parco Orchidea	081/3170722-21		Dott.re Basile Michele
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 48 Portici	Piazzale Gradoni	081/2541410	081/2541418	Dott. Antonio Colin
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 49	Via Fontanarosa, n 25	081/8232968	081/8232970 2973	Dr.ssa Virgilia Strocchia
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 50 Cercola / Volla	Via S. Di Giacomo, 10 Volla	081/2582233 28	081/2582234	Dr. Carmine Fuschillo
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 51 Pomigliano / S.An/sia	U.O.A.A Piazza S. Agnese, 10 Pomigliano d' Arco	081/3296456	081/3296456	Dott.ssa Pizza Amalia
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. c/o UOA DS n 52 S. G. Vesuviano/Palma Campania/Pog/marino	Via Municipio,51	081/8207206 081/8207577	081/8242849	Dott.ssa Teresa Maria Stocchetti
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 53 <u>C/Mare Di Stabia</u>	V. Allende, 13 C/Mare di Stabia	081/8729919 963	081/8729919	Dr. Marino Saverio
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 54 S. Giorgio a Cremano	Via Marconi, 31 S. Giorgio a Cremano	081/5509222	081/5509222	Dott.ssa Coppola Filomena
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 55 Ercolano	Via Marittima, 3 Ercolano 80056	081/5509605	081/5509605	Dott.Gennaro Arpino
ASL NAPOLI 3 SUD	UVA DS n 56 Torre Annunziata	Via Cattaneo, 4 Trecase	081/5352282 081/5352111	081/5352282 081/5352347	Dr. Castello V.. Dr.ssa M.R.Sateriale
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 57 Torre del Greco	V. Guglielmo Marconi ,66 ex Bottazzi Torre del Greco	081/8490588 081/8490555	081/8490588 081/8490555	Dr. Amoroso Francesco
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 58 Pompei	Via Nolana, 33 Pompei	081/5352497 3394973591	081/5352497	Dr. Annunziata Francesco
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A. DS n 58 Gragnano	Via Marianna Spagnuolo Gragnano	081/5352740 081/5352741	081/5352740	Dr. Franzese Giuseppina
ASL NAPOLI 3 SUD	U.V.A.DS n 59 Meta di Sorrento	Via del Lauro,1 Meta	081/5331248	081/5331253	Dr. Vincenzo Zupo
ASL SALERNO	U.V.A. Nocera - Inferiore DS n° 60 (Capofila)	Via Giordano, 7 Nocera Inferiore	081/9212704 081/9212628	081/9212700	Dr .Rea Giovanni Cell.3475516443
ASL SALERNO	U.V.A. Angri -Scafati	Piazza Annunziata-Angri	081/946399	081/946072	Dr. Pisciotta Mario

ASL SALERNO	DS n° 61 U.V.A. Pagani - Sarno DS n° 62	Via Sarno Palma,35	081/914412 081/9684634 081/9684111	081/5136314	Dr. Felice Amideo Dr. Vitolo Carlo
ASL SALERNO	U.V.A. Cava dei Terreni DS n°63	Piazza Galdi, 84010 Villa Agnetti Cava dei Tirreni	089/4455438 089/4455440	089/4455440	Dr. Bernardo Giordano Dr. Salvatore Gentile
ASL SALERNO	U.V.A. Amalfi DS n° 63				Dr. S. Ferrigno
ASL SALERNO	U.V.A. c/o Geriatria Eboli PO Maria SS Addolorata Poliambulatorio Eboli / Buccino	Piazza Scuola Medica Salernitana, Eboli	0828/362270 3473416087 0828/362205	0828/362205	Dr. Domenico Di Biasi
ASL SALERNO	U.V.A. Battipaglia DS n° 6 Capofila	Via G. Gonzaga-Poliambulatorio	0828/674507	0828 / 674515	Dr. G. Schipani
ASL SALERNO	U.V.A. Salerno DS n° 66	Via M. L. King, 19 Mariconda Sa	089/307618	089/3076325	Dr. Attilio Orio
ASL SALERNO	U.V.A. Mercato San Severino DS n° 67	Via Roma, 66- Fisciano	089/923404-823406	089/923404- 0897823406	Dr. Lallonardo Lucia
ASL SALERNO	U.V.A. Pontecagnano DS 68	Via R. Sanzio-Pontecagnano F.	089/3855241 089/3855230	089/3855230 089/3855241	Dr. Gerardo Baldi
ASL SALERNO	U.V.A. Capaccio Scalo DS n°69	Via Italia,	0828/727210	0828/730064	Dott.ssa Marilena Montefusco Dr. Franco Smaldone
ASL SALERNO	U.V.A. Agropoli DS 69	C/da Marrota-Agropoli	0974/8275452	0974/78275452	Dr. Ferdinando Farro
ASL SALERNO	U.V.A. Roccadaspide DS 69	Via Marconi,	0828/9426613	0828/9426612	Dr. Franco Smaldone
ASL SALERNO	U.V.A. Vallo della Lucania DS 70	UO Psicopatologia P.O. S. Luca	0974/711332	0974/711209	Dr. Vincenzo Piza
ASL SALERNO	U.V.A. Palinuro DS n°71	Via S. Agata nord Palinuro (ambulatorio)	0974/930957	0974/039308	Dr. A. Pace
ASL SALERNO	UVA Sapri Camerota DS n° 71	Via Verdi, sapri	0973/609390 0973/609405 0973/609425	0973/609388	Dr. A. Pace
ASL SALERNO	UVA Polla DS n° 72	P.O. di Sant'Arsenio	0975/373656	0975/373665	Dr. Vincenzo D' Acunti
AOUP FEDERICO II-Azienda ospedaliera Policlinico Federico II	Federico II Dip.. Scienze Neurologiche	Via Pansini, 5 Ed. 17 Cap. 80131 (NA)	081/746.26.72	081/746.26.57	Dott.ssa Fragassi Nina A.
	Federico II Area Fun.Med. Geriatria Dip.Clin.medica	Via Pansini, 5 Cap. 80131 (NA)	081/746.36.89 081/746.20.54	081/546.61.52	Prof.Alfredo Postiglione
	Federico II Area Funzionale di Geriatria	Via Pansini, 5 Cap. 80131 (NA)	081/746.42.97	081/746.42.97	Dr. Canonico Vincenzo
	Sun I Clinica Neurologica	Via Pansini, 5 ED. 10	081/566.68.09	081/566.68.05	Dr. Puoti

AUP SUN- Seconda Univeristà degli Studi	SUN IIClinica Neurologica	I piano Cap. 80131(NA) Piazza L. Miraglia,2 Cap. 80135 (NA)	081/566.67.88 081/566.51.36	081/56665095	Dott.Coppola Prof.G.Tedeschi Dr. P. Montella
	SUN Divisione medicina interna, geriatria e malattia invecchiamento.	Piazza L. Miraglia, 2 Cap. 80132 (NA)	081/566.50.47	081/566.50.18	Prof. Antonio Gambardella
	SUN Dlv.AST Medica e Geriatria	Piazza L. Miraglia, 2 (NA) I Policlinico Universitario	081/566.50.12	081/566.50.18	Dott.ssa Mastrolorenzo
	AORN CARDARELLI	Cardarelli-Neurologia	Via A. Cardarelli, 9 Cap. 80131 (NA)	081/747.25.03	Dott.ssa Angiola Maria Fasanaro
A.O.RN. OSPEDALI DEI COLLI	AO/ Monaldi	Via Leonardo Bianchi Cap. 80131 (NA)	081/706.51.17 081/706.41.43	081/706.26.43	Dr. Luigi Majello
AO SAN G.MOSCAT DI AVELLINO I	A.O." San Giuseppe Moscati Geriatria (AV)	Contrada Amoretta (AV) Città Ospedaliera 83100	0825/ 203183 " " "84	0825/203184	Dr. Sabatino Cella Direttore V.Cella
A.O. RUMMO DI BENVENTO	A.O. "Rummo" (BN)	Via dell'Angelo, 1 Cap. 82100 (BN)	0824/ 57403	0824/57465	Di Muccio
A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO DI CASERTA	A.O. Caserta	Via Tescione, 1 Cap. 81100 (CE)	0823/232430	0823/23.2175	Dott.ssa Gina Varricchio
A.O.U.P. S.GIOVANNI DI DIO-RUGGI D'ARAGONA DI SALERNO	A.O"S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	Largo città di Ippocrate Cap.84131 (SA)	089/ 672574	089/673073	Dott.ssa A.Trotta Dr.Pietro Siano Prof.Paolo Barone

ALLEGATO - RACCOMANDAZIONI

PREMESSA.....	2
RACCOMANDAZIONE n.1. Analisi del fenomeno in Campania, report ed indagini.....	2
RACCOMANDAZIONE N. 2 Obiettivi di programmazione e qualificazione della rete	3
RACCOMANDAZIONE n.3. Miglioramenti per la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione delle malattie cronico-degenerative e delle demenze.....	9
RACCOMANDAZIONE n.4. Potenziamento/miglioramento della rete assistenziale	10
RACCOMANDAZIONE n.5. Miglioramento dei percorsi di accesso alla rete	11
RACCOMANDAZIONE n.6. Aggiornamento e formazione del personale	12

ALLEGATO - RACCOMANDAZIONI**PREMESSA**

Di seguito si formulano una serie di indicazioni di carattere prescrittivo per il miglioramento della qualità della rete per la presa in carico dei soggetti affetti da demenze e contestualmente vi sono precisazioni di carattere operativo che comunque dovranno divenire azioni o essere tradotte dalla Giunta Regionale in circolari applicative, prescrizioni per i nodi della rete o dovranno essere oggetto di monitoraggio da parte dei competenti uffici regionali. Il Comitato Tecnico Scientifico per le Demenze, istituito dalla Regione Campania, ha formulato queste ipotesi di lavoro con indicazioni in alcuni casi.

RACCOMANDAZIONE n.1. Analisi del fenomeno in Campania: analisi, monitoraggio e carta dei servizi

Nel 2010 le persone affette da demenza nel mondo erano circa 35,6 milioni. Questo numero è destinato quasi a raddoppiare ogni 20 anni, raggiungendo probabilmente i 65,7 milioni nel 2030 (Rapporto 2010 Alzheimer's Disease International). In Europa le stime di prevalenza di demenza sono di circa 8,45 milioni di persone (Dementia Yearbook 2008) con una prevalenza in Italia di circa il 6% (dati EuroCoDe). La demenza, come la maggior parte delle malattie neurodegenerative, colpisce prevalentemente le persone anziane e si prevede che nella popolazione oltre i 65 anni di età ci sarà ogni 5 anni il raddoppio della sua prevalenza, con valori stimati, in quella oltre i 95 anni, del 32% per gli uomini e del 46% per le donne.

Nonostante la popolazione della Regione Campania sia relativamente "giovane" il problema dei pazienti con demenza non è minore rispetto ad altre zone dell'Italia, poiché il trend in crescita dell'indice di vecchiaia è analogo al resto del paese. Nonostante la grande diffusione soprattutto negli ultimi quindici anni di informazioni sul problema, in Regione Campania. Non si hanno dati territoriali di incidenza e prevalenza dei casi di demenza e dei vari sottotipi di malattia. Gli unici dati attualmente disponibili sono quelli contenuti nel I rapporto AIMA, pubblicato nel 2012, che riporta tra l'altro i costi dell'assistenza ed i bisogni delle famiglie in un gruppo selezionato altamente motivato nella associazione familiare. Non vi sono disponibili sul numero e la tipologia dei caregiver coinvolti nell'assistenza.

La penuria del dato e la mancanza di una univoca fonte informativa sul fenomeno demenze, penalizza notevolmente il programmatore regionale e locale e di fatti l'utente potenziale e la sua famiglia: sia sotto il profilo della allocazione delle risorse sia per l'aspetto relativo alla programmazione dei servizi. Le informazioni relative alla dimensione del problema sono indispensabili per la programmazione di qualsivoglia intervento e per formulare delle proiezioni future che consentano di predisporre risorse in maniera adeguata ed ottimale. L'esigenza di un database informativo sullo stato del problema "demenza" rappresenta un punto di partenza operativo, ma ha come obiettivo la creazione di un sistema di monitoraggio stabile con un flusso di dati sui pazienti dementi provenienti dalle ASL della Regione Campania, raccolti attraverso le piattaforme informatiche già esistenti.

Le informazioni delle quali si ravvede l'esigenza sono:

- a) incidenza e prevalenza dell'AD e delle altre demenze nel territorio della Regione Campania.
- b) caratterizzazione dei pazienti (dati anagrafici, età di esordio, durata della malattia, gravità della malattia all'esordio).
- c) tipologia e durata dei trattamenti farmacologici, riabilitativi e sociosanitari prescritti ai pazienti (incidenza e prevalenza dei pazienti con demenza nei servizi socio-sanitari).
- d) tipologia di assistenza utilizzata dai pazienti (domicilio, welfare familiare, RSA, Centro Diurno, ecc.).
- e) valutazione economica delle prestazioni assistenziali per i pazienti con demenza (costi in termini di farmaci, presidi, esami di laboratorio e strumentali, visite specialistiche, riabilitazione cognitiva e motoria, giornate di ricovero ospedaliero, tipologia e quantità di prestazioni sociosanitarie, ecc.).

Al fine di poter raccogliere tali informazioni le azioni proposte sono le seguenti:

- 1) istituzione di un osservatorio epidemiologico sulla demenza in grado di raccogliere ed elaborare in maniera permanente le informazioni
- 2) Monitoraggio periodico delle prestazioni erogate e dei percorsi assistenziali, basato su indicatori di appropriatezza e qualità
- 3) informatizzazione della Cartella Clinica presso i Centri disturbi cognitivi e MMG per la creazione del database.
- 4) produzione di report periodici per il monitoraggio in Regione Campania delle problematiche relative alle malattie cronico-degenerative e alla demenza.

In relazione al punto 2, partendo dall'assunto della complessità della realtà assistenziale per le demenze nella Regione Campania e dalla non omogenea diffusione dei servizi, è necessario approntare inoltre un sistema di indicatori atti a verificare la qualità, quantità e fruibilità delle prestazioni erogate nei servizi e nei percorsi assistenziali dei luoghi di cura. (Monitoraggio degli standard di qualità con particolare attenzione alla prevenzione e al trattamento di alcune problematiche complesse quali ulcere da pressione, dolore, cadute, malnutrizione, appropriatezza prescrittiva, incontinenza, contenzione e disturbi psico-comportamentali e funzionali). Partendo dai flussi informativi ministeriali dedicati alle cure domiciliari-SIAD e residenziali/semiresidenziali -FAR che confluiscono nel sistema leasociosan, e ai flussi della specialistica ambulatoriale, occorre prevedere un cruscotto di indicatori regionali che dovrà essere ricompreso in un più ampio sistema informativo sulla non autosufficienza e patologie cronico degenerative.

Accanto a queste azioni mirate alla programmazione e monitoraggio è fondamentale sviluppare un flusso di comunicazione con gli utenti reali e potenziali del sistema regionale; a partire da una mappatura dell'offerta esistente, periodicamente aggiornata e resa fruibile per tutti i cittadini della Campania sottoforma di carta dei servizi per i cittadini affetti da demenza.

A tal fine la proposta operativa è la seguente:

- 1) Realizzare una raccolta ragionata delle informazioni relative alle attività offerte in un database informativo su tutti i servizi assistenziali offerti da ciascun distretto/ASL
- 2) Promuovere la creazione di portali web o di sezioni dedicate nei siti web delle singole aziende e della regione Campania per consentire all'utenza ed agli operatori di accedere a tutti i servizi, in rete, ed alle informazioni relative procedure di accesso, modalità di accesso, barriere architettoniche, ore ed orario di servizio.
- 3) Definire una carta dei servizi tipo per le aziende sanitarie

RACCOMANDAZIONE n.2. OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE E QUALIFICAZIONE DELLA RETE

L'offerta assistenziale: proposte per il miglioramento della rete attuale dei servizi residenziali e semiresidenziali e domiciliari.

Con i decreti del commissario ad acta di approvazione dei programmi operativi collegati al Piano di rientro, è stata definita la programmazione residenziale e semiresidenziale per tipologia di utenti : nello specifico i soggetti affetti da demenze sono ricompresi nei soggetti anziani non autosufficienti. Per quest'ultimi l'offerta definita dalla Classificazione Mattone 12 del comitato di verifica permanente dell'erogazione dei lea è la seguente:

- prestazioni a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie degenerative progressive, ecc.) (R1);
- prestazioni a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde ecc. (R2);

- prestazioni a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato al disturbo del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico (R2D), per tale tipologia di pazienti sono previste anche prestazioni erogate in regime semiresidenziale (SRD);
- prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (R3), per tale tipologia di pazienti sono previste anche prestazioni erogate in regime semiresidenziale (SR)

L'attuale offerta in regione Campania è in fase di continua definizione, in relazione al processo di accreditamento istituzionale delle strutture erogatrici: con il decreto commissariale 108/2014 è riproposto il fabbisogno di posti letto per strutture territoriali residenziali e semiresidenziali.

Per le strutture extraospedaliere per cittadini adulti/anziani non autosufficienti si stima un fabbisogno di posti letto pari al 10 per mille calcolato sulla popolazione anziana ultra65enne, in linea con l'indicazione del Comitato Lea, in tale fabbisogno è ricompreso il fabbisogno per l'assistenza ai soggetti affetti da demenza.

Il fabbisogno è pari a 9.424 PL di cui 7.351 residenziali (78% del fabbisogno) e 2.073 semiresidenziali (22% del fabbisogno)

Un tentativo di determinazione puntuale del fabbisogno è stato operato con il decreto commissariale 49/2010 che fissava al 5 per mille il fabbisogno di strutture socioassistenziali « onnicomprensivo di pubblico e privato residenziale, di cui almeno il 5% per semiresidenziale (demenze).

Prima ancora del decreto 49, la legge 8/2003 e la delibera 2006/2004 “ Linee di indirizzo sull’assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza” che ne costituisce la declinazione operativa prescriveva che In ogni RSA un modulo, ogni tre, è riservato alle demenze;; questa indicazione non ha determinato , causa l'esiguità di posti letto/strutture dedicate alle rsa anziani, l'effetto sperato.

Per formalizzare una programmazione di servizi residenziali e semiresidenziali per i disturbi cognitivi/demenze è necessario formulare una proposta –nei limiti del fabbisogno complessivo per gli adulti non autosufficienti già individuato e da declinare per ogni A.S.L.– di riservare lo 0,6 pl per mille abitanti anziani ultra65nni , ovvero 607 posti letto per il regime residenziale ed un fabbisogno di 0,4 per mille pari a 405 pl per il semiresidenziale. Occorre prevedere un monitoraggio delle strutture/posti letto già attivati e in via di attivazione a seguito del processo di accreditamento e completare il sistema di offerta a partire dalle zone maggiormente carenti.

Attualmente, i posti letto/strutture dedicate alla presa in carico di utenti affetti da demenze risultano di molto inferiori al fabbisogno. I dati in nostro possesso sono elaborazioni di diverse fonti informative: dal modello di rilevazione ministeriale SIS STS 11 e 24 riquadro F e G non si evince la tipologia di utenti in carico alle strutture; pertanto si può utilizzare il dato conferito dalle ASL nell'anno 2012 per la compilazione del questionario lea anno 2012 .

Cure semiresidenziali per persone non autosufficienti	N. posti	N. pazienti assistiti nel 2012
Trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile (SRD)	70	90
Cure residenziali per persone non autosufficienti	N. posti letto	N. pazienti assistiti nel 2012
Trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente “protesico” a pazienti con demenza senile (nuclei Alzheimer) nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività in strutture R2D ;	184	208

Fonte: QUESTIONARIO LEA anno 2012

Per l'anno 2013 non vi sono dati utilizzabili per un raffronto essendo mutata la fonte informativa. Nel 2013 i dati conferiti sono stati attraverso il flusso FAR-flusso assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti e forniscono un quadro diverso, imputabile senz'altro alla disomogenea implementazione del flusso nelle asl e alla mancata imputazione di alcuni dati.

Risultano 73 assistiti in centro diurni e 55 in RSA nucleo demenze.

Fino a quando le fonti informative non saranno allineate e la raccolta e conferimento dei dati non sarà omogenea e puntuale non sarà possibile delineare un quadro preciso dell'erogazione delle prestazioni.

Per completare il panorama del sistema di offerta regionale, devono essere incluse anche le strutture tutelari per non autosufficienti alle quali indirizzare gli utenti che non manifestino disturbi comportamentali né bisogni complessi di tipo sanitario e privi di sostegno familiare.

La comunità sono disciplinate dalla delibera 107/2014 che approva il nuovo nomenclatore regionale degli interventi e dei servizi sociali e sono autorizzate ai sensi del regolamento 4/2014 direttamente dall'ufficio dell'ambito territoriale sociale che è "titolare dell'esercizio delle funzioni relative all'autorizzazione, all'accreditamento e alla vigilanza e controllo sui titoli abilitativi e sui servizi erogati". La comunità tutelare "eroga servizi a persone adulte ed anziane, non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza tutelare, con interventi prevalentemente di tipo socio-assistenziale che facilitano il recupero dell'autonomia psicofisica. La comunità è collegata funzionalmente con i servizi sociosanitari dell'Ambito, comprendenti, tra gli altri, l'assistenza medico-generica, l'assistenza farmaceutica, il segretariato sociale, l'assistenza domiciliare integrata, i centri a carattere residenziale diurno".

Azioni

- Omogeneizzare e allineare i flussi FAR-STS 11 e 24, flussi di specialistica ambulatoriale
- Definire un cruscotto regionale capace di fornire una lettura delle prestazioni erogate per tipologia di prestazione, per utente, fase d'età
- Mappare i servizi territoriali, residenziali semiresidenziali, domiciliari, di tipo sociale, sociosanitario e sanitario per le demenze

Indicazioni

Per completare la rete dell'offerta, forte slancio deve essere impresso alle cure domiciliari integrate che possono e devono essere garantite in ogni fase e stadio della malattia, e che devono essere considerate non un'alternativa residuale ma devono assurgere ad una valida proposta assistenziale. Pertanto il Piano regionale sopracitato dovrà prevedere la determinazione del fabbisogno di giornate di assistenza e delle figure professionali necessarie, coerentemente con quanto stabilito dal decreto commissariale n.1/2013 in materia di cure domiciliari. Un'ipotesi di fabbisogno, in assenza di un dato certo e ben definito, può essere preliminarmente fissato in 600.000 giornate circa di assistenza domiciliare erogate per una media circa di 1.500 utenti annui.

Prevedere una rivisitazione dei setting assistenziali residenziali e una ridefinizione della rete che includa anche le strutture tutelari per non autosufficienti ai sensi del dpr 16

Per individuare il setting assistenziale più idoneo è necessario migliorare gli strumenti di valutazione multidimensionale rendendoli più sensibili ad accertare le condizioni cliniche e sociali del cittadino affetto dalle demenze, con la definizione dei criteri di eleggibilità.

Per gli operatori delle cure domiciliari, così come per ogni professionista impegnato nella presa in carico di cittadini affetti da demenze, è necessario predisporre un piano di aggiornamento e addestramento per la gestione delle fasi critiche della malattia, della comunicazione con il caregiver.

I centri per disturbi cognitivi e le demenze : evoluzione delle Unità di Valutazione Alzheimer-U.V.A.

Per dare piena attuazione al presente documento è necessario determinare il fabbisogno di Centri per i disturbi cognitivi e le demenze, di cui si è trattato nel documento “Linee operative...”; nella tabella che segue è esposta la stima dei pazienti potenziali nonché la stima degli utenti potenziali della rete demenze. In relazione a questi dati e considerando i dati di attività dei centri U.V.A regionali/distrettuali occorre definire il fabbisogno dei e definire una proposta di dimensionamento dei centri stessi.

ASL	Popolazione ultra65nne residente anno 2014	Pazienti stimati*	Pazienti da prendere in carico**
Avellino	88.371	6.389	4.472
Benvento	61.274	4.430	3.101
Caserta	147.580	10.670	7.469
Napoli1	185.770	13.431	9.402
napoli2	129.403	9.356	6.549
Napoli 3	186.505	13.484	9.439
Salerno	210.757	15.238	10.666
totale	1.009.660	72.998	51.099

* I pazienti stimati corrispondono al 7,23% della popolazione residente ultra65 (Stima ALCOVE, 2013)

** La percentuale stimata di pazienti con patologie croniche che vengono correntemente presi in carico dai Servizi specialistici per la patologia cronica è pari al 70%

(“La presa in carico dei malati cronici nell’ASL di Brescia: monitoraggio BDA 2003-2006”, Pubblicazione 10,

ASL di Brescia, dicembre 2008”; “Monitoraggio dei malati cronici presi in carico nell’ASL di Brescia: BDA 2008”–Allegato Assistenza Primaria, ASL di Brescia, marzo 2010)

Attualmente abbiamo in regione Campania n. 13 centri demenze ex UVA allocati presso A.O.R.N., AOUP, disomogeneamente distribuiti: 9 dei 13 centri sono collocati nelle aziende che incidono sul territorio della Napoli 1 centro. Dichiarano di essere attivi circa n. 80 u.v.a. distrettuali e interdistrettuali operanti nelle 7 asl della Campania e nel 90% dei distretti, in alcuni casi sono presenti anche in presidi ospedalieri distrettuali. In 4 delle 7 aziende sanitarie è presente una uva capofila. Nell’allegato Anagrafica dei centri U.V.A. –Indirizzi e dati di attività delle U.V.A. vi è l’elenco e l’indirizzo delle strutture UVA operanti in Campania e i riferimenti utili

Di seguito sono individuati compiti e funzioni dei Centri per disturbi cognitivi e Demenze di tipo specialistico e di tipo territoriale in materia di monitoraggio della rete dei servizi e dell’appropriatezza delle prestazioni

Per poter realizzare la rete dei servizi mantenendo tale distinzione, è opportuno

- Condurre un’analisi dettagliata dei servizi erogati e garantiti
- Monitorare il numero di utenti raggiunti e presi in carico
- Monitorare il collegamento tra la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri

- Misurare il grado di attivazione del processo di presa in carico, diagnosi e cura

Dopo aver eseguito un'attenta analisi delle realtà distrettuali ed ospedaliere, occorre individuare i criteri per l'evoluzione delle uva in Centri disturbi cognitivi e demenze ed attribuire la funzione di specialistico e territoriale. Il processo si concluderà con la formulazione dei requisiti organizzativi.

L'azione di istituzione, costituzione ed individuazione dei centri dovrà concludersi entro 15 mesi dall'emanazione del documento.

I Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD):definizione, compiti funzioni nella rete dei servizi

-Centri territoriali esperti

Il CDCD -Centro territoriale esperto rappresenta il luogo della presa in carico globale del soggetto con diagnosi di demenza e della sua famiglia e si caratterizza per una forte integrazione con l'organizzazione distrettuale; al Centro accedono i pazienti nelle fasi moderate e severe di malattia.

Il centro:

1. Assicura la prescrizione e il monitoraggio del trattamento farmacologico e psicosociale e accompagna il paziente e la sua famiglia nel percorso assistenziale, al fine di garantirne la continuità;
2. fornisce indicazioni per ottenere il riconoscimento dell'invalidità ed indennità di accompagnamento, per l'eventuale individuazione dell'amministratore di sostegno, per l'accesso ai presidi ed ausili protesici, all'assistenza domiciliare integrata e programmata, ai Centri diurni demenze-RSA demenze e ai servizi semiresidenziali e residenziali territoriali, ambulatori di riabilitazione cognitiva.
Effettua in modo diretto:
 - l'accertamento della diagnosi (avvalendosi anche della consulenza del Centro disturbi cognitivi e demenze specialistico ;
 - il trattamento farmacologico;
 - il trattamento di riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale, ecc.... I trattamenti potranno essere erogati anche indirettamente, attraverso il collegamento funzionale con servizi territoriali ambulatoriali(ambulatori cognitivi) entro i centri diurni demenze CDD ;
 - i follow-up per il monitoraggio dei trattamenti in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;
 - l'attività formativa e informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari;
 - Mantiene dettagliate cartelle cliniche e diagnostiche dell'utente
 - Invia i dati di diagnosi, clinic, presa in carico secondo i protocolli stabiliti dalla Regione
 - Alimenta i flussi informativi, conferisce dati all'osservatorio epidemiologico

Il CDCD -Centro territoriale esperto provvede alla presa in carico tempestiva dei soggetti inviati direttamente dai Centri diagnostico specialistici, e i MMG secondo percorsi assistenziali predefiniti. Garantisce, inoltre, la continuità assistenziale nelle fasi avanzate di malattia e prevede, laddove necessario, eventuali visite domiciliari, rappresentando un riferimento per i Medici di Medicina Generale nell'attività assistenziale.

Si avvale di equipe dotate delle seguenti figure professionali, che possono essere garantite in modo funzionale dai servizi distrettuali o costituire l'organico stabile :

-Medico specialista geriatra/neurologo/psichiatra, con specifica competenza nel campo delle demenze;
-psicologo clinico, con specifica competenza neuropsicologica;
-assistente sociale;
-infermiere, con specifica competenza nel campo delle demenze;
-terapista della riabilitazione/terapista occupazionale (anche in collegamento funzionale con altri servizi).

Insieme agli altri servizi della rete socio-sanitaria, opera in collaborazione con le associazioni di volontariato impegnate nel settore.

I professionisti operanti nel Centro partecipano all'attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, in relazione al bisogno specifico della persona da valutare.

I Centri specialistici per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

I **Centri** sono il punto di riferimento specialistico per ammalati e familiari. Possono avere funzioni di indirizzo, controllo e coordinamento tra il medico di famiglia, i reparti ospedalieri e i Servizi assistenza anziani del Distretto dell'Azienda Usl o del Comune.

Nell'attività di ogni giorno:

- garantiscono visite ed approfondimenti necessari per una diagnosi di demenza, particolarmente importante per intervenire nelle prime fasi della malattia e cercare di ritardarne, con opportune terapie, l'evoluzione.
- offrono servizi assistenziali e consulenze neuropsicologiche, monitorano l'erogazione dei farmaci, suggeriscono definiscono percorsi sociosanitari integrati per la riabilitazione cognitiva.
- assicurano l'approfondimento diagnostico, richiesto dal medico di famiglia dell'ammalato, dal CDCD territoriale per l'erogazione gratuita di due farmaci ad ammalati di Alzheimer in fase lieve o moderata.
- Lavorano, inoltre, insieme ai Servizi territoriali, garantendo supporto ai familiari impegnati nell'assistenza, con incontri informativi dove approfondire aspetti sanitari, psicologici, di comportamento e di sicurezza legati allo sviluppo della malattia
- eseguono approfondimenti diagnostici specialistici
- effettuano esami genetici.
- approntano programmi specifici di aggiornamento professionale per gli operatori secondo le indicazioni regionali
- affiancano il coordinamento regionale demenze nelle attività di monitoraggio, analisi del fenomeno demenze
- mantiene dettagliate cartelle cliniche e diagnostiche dell'utente
- invia i dati di diagnosi, clinici, presa in carico secondo i protocolli stabiliti dalla Regione
- alimenta i flussi informativi, conferisce dati all'osservatorio epidemiologico

L'équipe minima che opera nei centri specialistici è formata da

- medici (geriatri, neurologi, psichiatri),
- psicologo clinico, con specifica competenza neuropsicologica (per la valutazione cognitiva),
- psicologi per il sostegno alla famiglia,
- infermiere, con specifica competenza nel campo delle demenze.

I CDCD specialistici:

- forniscono gli interventi necessari alla diagnostica di secondo livello per quanto concerne quella neuropsicologica e, usufruendo di un canale preferenziale per la diagnostica strumentale e laboratoristica, garantendo l'accesso in Day Service (D.S.) per ridurre il disorientamento dell'utente;
- definire l'intervento farmacologico sia cognitivo sia comportamentale nei casi necessari e fornire consulenza e follow-up periodico ai Medici di Medicina Generale che hanno in carico soggetti affetti da demenza a domicilio o in qualunque punto della sistema dei Servizi;
- prescrivere training di riabilitazione cognitiva
- fornisce consulenza ai Servizi territoriali, ai centri territoriali ed ai servizi della rete del territorio di riferimento per l'attuazione del progetto regionale sia per la gestione di casi complessi che per programmi (campagne informative, piani di miglioramento della assistenza di ogni servizio, etc.);
- raccogliere ed elaborare dati riguardo la casistica in suo possesso.

RACCOMANDAZIONE n.3. Miglioramenti per la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione delle malattie cronico-degenerative e delle demenze

Studi di recente pubblicazione hanno rilevato che, come per altre malattie cronico-degenerative, anche per la demenza alcuni fattori legati soprattutto agli stili di vita si sono rivelati in grado di modificare, almeno in parte, la storia naturale della malattia. L'attività fisica, la dieta mediterranea, la riduzione del tabagismo, la presenza di una vita stimolante con attività ludiche e sociali sembrano favorire la riduzione del declino cognitivo e conseguentemente prevenire le demenze, così come il controllo ottimale di malattie come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, l'obesità, ecc.. La diagnosi precoce della demenza, insieme alla valutazione della comorbidità, è il fattore prognostico più importante. Pertanto la conoscenza che l'invecchiamento non è sinonimo di declino cognitivo è di grande importanza perchè consente di individuare i primi sintomi della demenza come malattia e non come fisiologica senescenza. I primi sintomi di deficit mnemonico, spesso riferiti dal paziente e/o confermati dal familiare/caregiver, devono essere sempre attentamente presi in considerazione e non trascurati come "normale invecchiamento". Deve essere diffusa l'informazione che la diagnosi precoce di demenza è importante per ottenere i migliori benefici terapeutici e che saranno a breve disponibili nuovi strumenti che contribuiranno in maniera significativa all'aumento della sensibilità e specificità diagnostica. In questa ottica si inserisce l'uso di biomarcatori in vivo con esami di neuroimaging ed in vitro con il dosaggio nel liquor dei livelli di proteine β -amiloide e tau. Altrettanta importanza prognostica ha la diagnosi precoce nelle forme ad esordio presenile ed a verosimile base ereditaria-familiare, per le quali è auspicabile la realizzazione di percorsi di diagnosi e di counselling genetico/genealogico con lo studio delle mutazioni nei principali geni noti, al fine della loro utilizzazione clinica.

Le nuove scoperte biologiche e la maggiore precisione nella diagnosi differenziale permetteranno in un prossimo futuro l'utilizzo di nuovi farmaci, già in attuale fase avanzata di sperimentazione, e l'individuazione di molecole sempre più specifiche ed efficaci nella demenza. In attesa delle nuove terapie in grado di arrestare il processo neurodegenerativo, al momento, è però fondamentale invece la precocità della diagnosi e quindi la diffusione dell'utilizzo il più tempestivo possibile dei farmaci già disponibili in grado di rallentare l'evoluzione del declino cognitivo. La ricerca farmacologica e di base rappresenta la speranza per queste terribili malattie, e quindi è auspicabile che vengano intraprese iniziative volte a contribuire al suo sviluppo, rafforzando il legame indispensabile tra la clinica e la ricerca. La ricerca sta dimostrando che nel trattamento delle malattie neurodegenerative hanno grande importanza sia i farmaci, che gli interventi riabilitativi cognitivi e che questi ultimi oltre a migliorare la qualità di vita dei pazienti hanno anche la capacità di modificare i meccanismi biologici. Pertanto è di

fondamentale importanza, anche per quanto riguarda il trattamento di riabilitazione cognitiva, aumentarne la diffusione e la qualità.

Per migliorare le conoscenze sulla malattia e gli interventi terapeutici, è utile la promozione della sensibilità all'accertamento diagnostico post-mortem sul cervello, soprattutto nelle forme atipiche e familiari.

Pertanto, per definire e migliorare gli interventi per la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione delle malattie cronico-degenerative dell'anziano e delle demenze, si propongono le seguenti azioni:

- 1) Diffusione della cultura e della sensibilità a seguire stili di vita atti a prevenire il decadimento cognitivo e le malattie cronico-degenerative, con iniziative pubbliche di informazione/formazione/azioni rivolte agli anziani, in collaborazione con il volontariato, così come indicato dalla Comunità Europea, promuovendo il concetto di “uno stile di vita sano per una mente sana”.
- 2) Diffusione della cultura e della sensibilità al miglioramento degli strumenti diagnostici già disponibili, quali ad esempio la creazione di una nuova taratura per il MMSE e per i test neuropsicologici più aderenti alla realtà sociale, culturale e patologica della popolazione della regione Campania.
- 3) Diffusione della cultura e della sensibilità diagnostica per la realizzazione di percorsi di collaborazione tra i centri di radiologia che offrono le prestazioni di neuroimaging, morfologico e/o funzionale ed i Centri disturbi cognitivi nello sforzo comune di consentire che la diagnosi sia il più precoce e corretta possibile con l'eventuale utilizzo di protocolli diagnostici di misurazione di specifici biomarcatori in vivo.
- 4) Indicazione in Regione Campania di procedure da adottare nel percorso diagnostico-assistenziale per l'utilizzo di biomarcatori in vitro e di esami genetici, in particolare nelle forme ad esordio presenile promuovendo anche il counseling familiare e genealogico, sia per i malati che i probandi presintomatici, nel rispetto di principi etici e di tutela.
- 5) Promozione dell'accesso e tempestivo e capillare a tutti i pazienti alle cure farmacologiche e riabilitative già disponibili per la demenza con contributo attivo alla ricerca ed alla sperimentazione di nuove terapie più efficaci.
- 6) Promozione di collaborazioni attive tra i Centri disturbi cognitivi e i Centri di Ricerca per la raccolta di dati, clinici, familiari e di materiale biologico (biobanche di cellule, DNA, fibroblasti, ecc.) che consentano di mappare la situazione epidemiologia territoriale e di contribuire alla ricerca di base e farmacologica.
- 7) Promozione di collaborazioni attive tra centri di neuropatologia e Centri disturbi cognitivi al fine di offrire ai pazienti ed ai loro familiari percorsi di diagnosi di conferma autoptica.
- 8) Promozione di collaborazioni con il mondo del No Profit e in particolare con le Associazioni dei pazienti e dei familiari
- 9) Promozione di modelli assistenziali innovativi
- 10) Migliorare l'ambiente nei luoghi della cura per prevenire possibili disturbi del comportamento secondari a personale con preparazione non adeguata, attese troppo lunghe e povertà ecologica degli ambienti. Sarà utile mettere in opera un sistema di indicatori atti a verificare le qualità strutturale ed organizzativa in base al tempo (liste di attesa, tempestività, puntualità degli orari, ecc.), alla strutturazione degli ambienti (sala di attesa per pazienti e familiari, arredi, ecc.) ed all'accoglienza (risposte telefoniche, facilità di adempimenti amministrativi, cortesia, rispetto, ecc.)

RACCOMANDAZIONE n.4. Potenziamento/miglioramento della rete assistenziale

Il potenziamento delle rete assistenziale per la presa in carico della demenza necessita di maggiore integrazione tra sociale, socio-sanitario e sanitario al fine di ottimizzare le risorse con risposte congrue ed appropriate ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie.

La risposta assistenziale può essere migliorata incidendo sull'appropriatezza dei criteri di utilizzo dei servizi assistenziali già esistenti, e diversificando l'offerta con una maggiore sensibilità nei confronti dei bisogni sociali e sanitari. Il potenziamento della rete va indirizzato soprattutto in termini qualitativi rendendo i servizi più efficienti ed a maggiore fruibilità con tempi di risposta e di permanenza strettamente legati al bisogno.

Una ulteriore attenzione, nell'ambito del potenziamento della rete assistenziale, dovrebbe essere dedicata a soggetti di fascia di età più giovane (40-60 aa) nei quali la demenza di solito si presenta con decorso, prognosi e gravità estremamente severe, con l'esigenza di risposte tempestive. In questa categoria di soggetti le problematiche cliniche si intersecano in maniera drammatica con le esigenze sociali, con l'incapacità di affrontare responsabilità lavorative e familiari, in una età particolarmente complessa. Inoltre la apparente rarità di queste forme rende la diagnosi difficile e spesso tardiva, quando invece la tempestività diagnostica sarebbe ancora più importante. La quasi totalità delle forme più giovanili sono di natura ereditaria, ed inevitabilmente da parte dei consanguinei del paziente, oltre alla diagnosi genetica del malato, viene richiesta anche quella per i probandi presintomatici con non poche problematiche etiche e di counselling.

Analoga attenzione si rende necessaria in circostanze di emergenza gestionale, quali quelle in cui il paziente presenti gravissimi disturbi psico-comportamentali tali da richiedere interventi immediati e non sempre praticabili a domicilio o quelle nelle quali invece una malattia organica acuta sia la causa di incontrollabili disturbi del comportamento. In tali casi è opportuno migliorare e rendere uniforme, facilitato, efficace e programmato un percorso assistenziale, che preveda il ricovero in ambiente ospedaliero di durata quanto più breve possibile e riservato solo a casi di reale emergenza clinica con l'opportunità di un rientro ad domicilio, con dimissioni protette in ADI o in RSA.

Pertanto il Comitato Demenza propone le seguenti azioni:

- a) Miglioramento della sinergia tra gli attori istituzionali che costituiscono la rete assistenziale delle demenze, con l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sociali e sanitarie, con potenziamento dell'interscambio tra le varie realtà attraverso la definizione di percorsi e procedure facilitanti.
- b) Stimolare l'aumento della sensibilità diagnostica dei MMG e dei medici specialisti nel sospetto di demenza anche in soggetti giovani, per i quali si ravvisino dati familiari e/o genealogici di familiarità, in grado di permettere la diagnosi precoce.
- c) Sensibilizzazione per la definizione di percorsi di "urgenza", pur nel rispetto della normativa attuale e delle regole dei CUP, per accelerare l'accesso ai servizi assistenziali diagnostici e/o sociosanitari di pazienti giovani con forme genetiche, pazienti con gravi disturbi del comportamento che richiedono un intervento precoce e tempestivo, anche per ricoveri di sollievo.
- d) Sensibilizzazione e stimolo per l'utilizzo, nei casi di difficile diagnosi in soggetti giovani, di tutte le risorse diagnostiche più alla avanguardia, sia per quanto riguarda la neuropsicologia, il neuroimaging morfologico e funzionale, i biomarcatori e la ricostruzione genealogico-familiare.
- e) Miglioramento della sensibilità organizzativa e gestionale nel caso in cui il paziente con demenza necessiti di ricovero ospedaliero, con interscambio attivo tra ospedale e territorio, e viceversa, creando una rapporto di contiguità assistenziale, in grado da una parte decomprimere gli ospedali da ricoveri incongrui e dall'altra parte di qualificare e potenziare le capacità gestionali e diagnostiche delle strutture socio-sanitarie (RSA e Centro Diurno) che possano usufruire di servizi ospedalieri in rete.

RACCOMANDAZIONE n.5. Miglioramento dei percorsi di accesso alla rete

Le modalità di accesso ai servizi socio-sanitari sono indicate in dettaglio dalle recenti linee operative della Regione Campania, (Decreto n. 84 del 05.07.2013) sia per quanto riguarda i percorsi che la necessaria documentazione da compilare. Il decreto legislativo (D.Lgs) 124/98 ha, infatti, affidato alle Regioni il compito fondamentale di individuare, secondo principi e criteri direttivi ivi indicati, le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dettando contestualmente le regole secondo le quali le ASL e le aziende ospedaliere determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta e quella data di erogazione di una determinata prestazione. Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi ed adeguati ai problemi clinici presentati è un obiettivo di primaria importanza del SSN, in quanto strumento atto a garantire il rispetto della tutela della salute e dell'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie. I tempi di attesa sono determinanti per la qualità dell'assistenza percepita dagli utenti, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il SSN. La lunghezza talvolta eccessiva delle liste d'attesa rappresenta un evento fortemente critico, in quanto limita la garanzia dell'equità di accesso e la fruizione di livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché riduce gli standard di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita.

Alla luce delle difficoltà segnalate dai pazienti e dai familiari ed in base alla necessità di garantire maggiore flessibilità, tempestività di risposta e di creare percorsi dedicati per l'accesso ai servizi della rete, il Comitato Demenze propone le seguenti azioni:

- a) Monitorare i tempi di attivazione di P.U.A. ed U.V.I.
- b) Definire protocolli di dimissione protetta/programmata in RSA/ADI, e di invii programmati tra il territorio e le strutture di ricovero ospedaliero ed extrospedaliero in caso di necessità
- c) Potenziare i posti per il ricovero di sollievo, per la durata massima prevista (30 giorni), prevedendo procedure snelle per l'attivazione eventualmente effettuata con l'autorizzazione del Responsabile dell'U.V.I., anche su indicazione del MMG e/o richiesta dello specialista o del Direttore del reparto di ricovero ospedaliero, per uno dei tre moduli previsti (alto, medio carico, demenza).
- d) Miglioramento e potenziamento del servizio del centro unico di Prenotazione (CUP) e della PUA. Una volta definito il PAI al paziente deve essere garantito il ricovero in strutture e pertanto l'U.V.I. deve verificare la disponibilità di accoglienza nelle strutture con preferenza per le strutture collocate nell'ambito distrettuale o aziendale se presenti. Il paziente può, ai sensi dell'art. 32 della Costituzione, scegliere la struttura opportuna ed il ricovero può essere effettuato immediatamente o al massimo entro tre giorni dalla data di prenotazione. Nel caso di indisponibilità del posto il paziente viene inserito in lista di attesa generata dal sistema e comune a tutti i punti di accesso e alla quale tutti gli operatori possono accedere fornendo al paziente la massima trasparenza ed equità di prestazioni e rilasciando una ricevuta. In caso di l'ammissione alle cure domiciliari la presa in carico da parte dell'équipe deve avvenire in tempi brevi come disciplinato dalla dgrc 41/2011.

Proposte

- Definire un sistema su base regionale/aziendale di disponibilità di post letto residenziali e semiresidenziali che consenta la gestione delle liste d'attesa. Una proposta da valutare è far gestire il sistema dai cup aziendali e ai quali la struttura che accoglie il paziente comunica per via telematica la data di ingresso, la durata di permanenza autorizzata e la data di dimissione per fornire al sistema una nuova disponibilità di posto. Tale procedura consentirebbe di avvicinare domanda ed offerta e garantirebbe al cittadino chiarezza ed equità di accesso ai servizi socio-sanitari, inoltre è un ulteriore elemento per favorire le dimissioni protette ed evitare il ricorso e la permanenza a ricoveri impropri.

RACCOMANDAZIONE n.6. Aggiornamento e formazione del personale

Per la specificità e complessità del settore di intervento è indispensabile che il personale della rete dei servizi territoriali-ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e domiciliari- debba partecipare a corsi di formazione e/o aggiornamento professionale continuo e obbligatorio, promossi in sede regionale e che tra gli ulteriori requisiti degli erogatori provati accreditati siano inseriti i piani di formazione ed aggiornamento del personale destinato all'assistenza e presa in carico.

Sono da incentivare tutte le azioni formative mirate alla definizione delle figure del caregiver, le iniziative formative realizzate in collaborazione con enti della ricerca, istituti universitari, realtà del no-profit.

Proposte

Definire un piano formativo con indicatori specifici.



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 53 del 29.05.2015

Rif. punto d) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010

OGGETTO: Definizione dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della salute mentale e socio sanitario: modifiche ed integrazioni ai decreti commissariali n. 90/2014 e n. 155/2014 ed errata corrige dei decreti commissariali n. 125/2014 e n. 38/2015

PREMESSO

1. che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
2. che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente 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";
3. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
4. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
5. che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013, n. 82/2013, n. 18/2014 e n. 108/2014;
6. che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
7. che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la "definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima

*Regione Campania*
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

8. che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);
9. che l'art. 8 quinquies del D.L. 502/1992 e s.m. e i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati, stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le aziende sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:
 - a) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegna ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
 - b) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
10. che il DCA 108/2014 "Adeguamento programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali" prevede all'intervento 7.4.3 "Tetti di spesa e stipula intese e contratti" l'azione specifica 7.4.3 "Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA"; mentre nell'ambito del Programma 14 "Riequilibrio Ospedale - Territorio" prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale - tra l'altro - attraverso l'attivazione (e/o riconversione da altre tipologie assistenziali) di 7.151 posti letto di RSA adulti non autosufficienti / anziani e di 336 posti letto di RSA non autosufficienti disabili;

CONSIDERATO

1. che il decreto commissariale n. 90 del 11/8/2014, come modificato ed integrato dai decreti commissariali n. 122 del 31/10/2014 e n. 155 del 29/12/2014, ha stabilito per gli esercizi 2014 - 2016 i seguenti limiti annuali di spesa (al netto della compartecipazione socio sanitaria) per le prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della salute mentale e socio sanitario, erogate da centri privati operanti nel territorio di ciascuna ASL:

ASL Avellino:	euro/mgl	7.940
ASL Benevento:	euro/mgl	4.250
ASL Caserta:	euro/mgl	18.720
ASL Napoli 1 Centro:	euro/mgl	10.937
ASL Napoli 2 Nord:	euro/mgl	18.650
ASL Napoli 3 Sud:	euro/mgl	11.820
ASL Salerno:	euro/mgl	13.443

2. che con decreti commissariali n. 99 del 29/8/2014, da n. 123 a n. 128 del 31/10/2014 e da n. 36 a n. 38 del 15/4/2015 sono stati accreditati n. 1.040 posti letto di RSA anziani non autosufficienti e

*Regione Campania*
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

demenze, di cui n. 1.005 residenziali e n. 35 a ciclo diurno, nonché n. 533 posti letto di RSA disabili, di cui n. 352 residenziali e n. 181 a ciclo diurno, come si espone nell'allegato n. 1 al presente decreto;

3. che i suddetti decreti commissariali dispongono che l'ASL competente per territorio stipuli con le strutture accreditate dai medesimi decreti i relativi contratti con oneri a carico del S.S.R. a partire dal:

- a) 1° ottobre 2014 per i posti letto accreditati da l DCA n. 99/2014;
- b) 1° dicembre 2014 per i posti letto accreditati d ai DCA da n. 123 a n. 128 del 31/10/2014;
- c) 1° maggio 2015 per i posti letto accreditati dai DCA da n. 36 a n. 38 del 15/4/2015,

e che la relativa copertura finanziaria sarà individuata con successivo provvedimento;

4. che con decreti commissariali n. 7 e n. 8 del 12/2/2015 è stata approvata la riconversione di n. 116 posti letto di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (accreditati in eccesso rispetto al fabbisogno), in n. 49 posti letto di RSA anziani non autosufficienti e demenze a ciclo residenziale e n. 67 posti letto di RSA disabili, di cui n. 45 residenziali e n. 22 a ciclo diurno, come si espone nell'allegato n. 1 al presente decreto;
5. che nei suddetti DCA n. 7 e 8 del 12/2/2015 si dispone - tra l'altro - che:
- a. a seguito dei medesimi decreti, le strutture interessate avviano le procedure amministrative relative alle autorizzazioni alla realizzazione e al successivo esercizio, finalizzato all'adozione entro sei mesi, da parte delle ASL competenti per territorio, della delibera di attestazione di accreditabilità, certificante anche il possesso degli ulteriori requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale nelle attività oggetto di riconversione;
 - b. nelle more del completamento delle procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale delle attività riconvertite, le strutture possono continuare ad erogare in eccesso le prestazioni ex art. 26 legge n. 833/1978, compatibilmente con le attività di adeguamento che dovranno essere realizzate e nei limiti dei tetti di spesa assegnati;
6. che sono in corso di completamento i procedimenti di accREDITAMENTO dei posti letto di RSA per disabili per le province di Napoli e di Salerno e di riconversione in RSA dei posti letto di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, accreditati in eccesso rispetto al fabbisogno;

RITENUTO

1. che gli accREDITAMENTI di posti letto residenziali e semiresidenziali di RSA anziani, demenze e disabili, sopra richiamati, calcolando un tasso medio di utilizzo dei posti letto dell'85% ed un mix medio tra le prestazioni di maggiore, e minore costo, comportano l'assegnazione di un limite di spesa su base annua - al netto della compartecipazione socio sanitaria -, quantificabile come segue:



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Limiti di spesa da attribuire ai PL di cui all'allegato n. 1					
(Importi in migliaia di euro ed al netto della compartecipazione sociosan.)	RSA ANZIANI/DEMENZE	Centro Diurno ANZIANI/DEMENZE	RSA DIBABILI	Centro Diurno DIBABILI	TOTALE su 12 mesi (a regime)
AVELLINO	3.173	0	3.164	427	6.765
BENEVENTO	2.223	0	856	692	3.771
CASERTA	3.263	108	4.669	1.223	9.263
NAPOLI 1 Centro	1.667	0	1.608	0	3.275
NAPOLI 2 Nord	717	144	0	0	861
NAPOLI 3 Sud	1.524	0	0	0	1.524
SALERNO	6.329	0	0	0	6.329
Totale	18.897	252,09	10.297	2.342	31.788

con un margine di incremento del 5% per tenere conto di casi con tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato della media;

2. che la copertura della suddetta spesa avviene:
 - a. per le strutture ora accreditate istituzionalmente con posti letto di RSA, ma che già erogavano prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA ai sensi del punto 6 (prima e seconda alinea) del dispositivo del DCA n. 6/2010 (pubblicato sul BURC n. 14/2010), quali prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 di durata superiore a 240 giorni (e che, quindi, ai sensi del DCA n. 6/2010, erano remunerate con la tariffa delle prestazioni di RSA al netto della compartecipazione), attraverso la trasformazione (se del caso, parziale), dalla data di decorrenza indicata nei decreti di accreditamento e riportata nell'allegato n. 1 al presente decreto, dei precedenti limiti di spesa, e dei relativi contratti di riabilitazione ex art. 26, in contratti ex art. 8 quinquies relativi all'acquisto di prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA da soggetti accreditati, stipulati ai sensi dei decreti commissariali sopra richiamati e del presente decreto;
 - b. per le strutture ora accreditate istituzionalmente con posti letto di RSA, ma che già erogavano prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA ai sensi del punto 6 (terza alinea) del dispositivo del DCA n. 6/2010 (pubblicato sul BURC n. 14/2010), attraverso la modifica - dalla data di decorrenza indicata nei decreti di accreditamento e riportata nell'allegato n. 1 al presente decreto e dei relativi contratti, in contratti ex art. 8 quinquies relativi all'acquisto di prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA da soggetti accreditati, stipulati ai sensi dei decreti commissariali sopra richiamati e del presente decreto;
 - c. per le strutture oggetto di riconversione di posti letto di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 in eccesso (ai sensi dei citati DCA n. 7 e n. 8 del 12/2/2015), attraverso la corrispondente riduzione di quota parte del limite di spesa attribuito agli stessi centri per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 e la stipula - all'esito positivo del processo di riconversione e di accreditamento - di contratti ex art. 8 quinquies relativi all'acquisto di prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA da soggetti accreditati, in conformità ai decreti commissariali n. 7 o n. 8 del 12/2/2015 ed al presente decreto. In tale ipotesi, la residua quota di tetti di spesa, che si riduce in relazione al minore profilo tariffario ed alla

*Regione Campania*
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

prevista compartecipazione, è utilizzata per la copertura dell'onere riguardante le nuove attivazioni;

- d. per la parte eccedente i precedenti punti 1, 2 e 3, stimabile in circa 22 milioni di euro, attraverso gli incrementi di spesa sanitaria per attivazione di posti letto di RSA, già programmati nell'ambito delle manovre approvate nei Programmi Operativi per la Prosecuzione del Piano di Rientro (DCA n. 108/2014);
3. che occorre, pertanto, disporre che le ASL competenti per territorio, entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto:
 - a. stipolino il contratto ex art. 8 quinquies con i centri accreditati di cui all'allegato n. 1 al presente decreto, utilizzando lo schema che si allega sub "A", assegnando a ciascuna struttura privata accreditata i volumi massimi di prestazioni di RSA ed i correlati limiti di spesa, quantificati sulla base delle date di decorrenza specificate nei sopra richiamati decreti e riportate nel medesimo allegato n. 1, considerando un tasso medio di utilizzo dei posti letto dell'85% per 365 giorni/anno (in caso di PL residenziali) e per 250 giorni/anno (in caso di ciclo diurno), ed un mix medio tra le prestazioni di maggiore, e minore costo, fatta salva la considerazione per singole strutture di tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato della media, applicando i limiti di spesa su base annua definiti nella tabella sopra esposta, con la suddetta riserva di maggiorazione del 5%;
 - b. adottino una delibera del Direttore Generale / Commissario Straordinario, nella quale dovranno:
 - b.1. dare atto dei contratti stipulati ai sensi della presente decreto con i centri privati eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA in quantità e valore economico (netto compartecipazione), suddivisi per esercizio (intero 2014; 2015; previsione 2016) e per singola tipologia di prestazione;
 - b.2. dare atto del consuntivo 2014 (lordo e netto compartecipazione) delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 di durata maggiore ai 240 giorni e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA in quantità e valore economico, suddiviso per ciascun centro privato e per singola tipologia di prestazione, e con separata indicazione anche delle prestazioni di RSA acquistate da centri operanti in altre regioni;
 - b.3. dare atto del consuntivo 2014, della previsione per l'intero 2015 e della previsione per il 2016, in quantità, valore economico (lordo e netto compartecipazione), tipo di prestazione e singolo centro privato (suddiviso tra centri operanti in Campania e centri di altre regioni), relativamente a: RSA anziani e demenze, disabili, Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti, HOSPICE, P.T.R.I. con budget di salute, Strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie di salute mentale, ADI, Consultori privati, ecc. (il dettaglio consuntivo 2014 dovrà spiegare interamente le relative voci di costo del Modello CE - Conto Economico consuntivo 2014);
 - b.4. dare atto per ciascun esercizio: 2014, 2015 e 2016, della riduzione del limite di spesa della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, da applicarsi in misura compensativa del trasferimento dell'assistenza da riabilitazione ex art. 26 a prestazioni di RSA;
4. che, successivamente, entro 30 giorni dal ricevimento delle suddette delibere delle ASL, si provvederà alle conseguenti modifiche ed aggiornamenti dei limiti di spesa stabiliti dal decreto commissariale n. 90 del 11/8/2014, come modificato ed integrato dai decreti commissariali n. 122



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

del 31/10/2014 e n. 155 del 29/12/2014, e dal presente decreto, relativamente alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitari; fermo restando che, in caso di mancato invio delle suddette deliberazioni nei tempi e con le modalità richieste, si procederà con i suddetti aggiornamenti sulla base dei dati e delle informazioni già in possesso dell'amministrazione;

DATO ATTO

1. che nel decreto commissariale n. 125 del 31/10/2014 per mero disguido, nelle tabelle che espongono i posti letto accreditati, per i centri EMME DUE s.r.l. (struttura "Baia Duemila") e per l'OASI s.r.l. è stata impropriamente apposta l'indicazione di "*Centri Diurni*", che va pertanto espunta;
2. che nel decreto commissariale n. 38 del 15/04/2015 per mero disguido, nella tabella che espone i posti letto accreditati per la struttura Santa Filomena Centro per Disabili S.r.l. non è stata ripetuta integralmente nel dispositivo la seguente dizione, correttamente esposta in premessa: "*in regime residenziale e semiresidenziale*", che deve intendersi, pertanto, riportata anche nel dispositivo del decreto;

PRECISATO, inoltre,

1. che è interesse dell'amministrazione garantire la distribuzione temporale delle prestazioni in corso d'anno in modo il più possibile omogeneo, al fine di evitare che il precoce esaurimento delle stesse possa compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
2. che al fine quindi di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato al 95% al 30 novembre di ciascun anno;
3. che, pertanto, le AASSLL nulla riconosceranno agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite del 95% al 30 novembre dell'anno di riferimento;
4. che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria -, in quanto prive di contratto, non potranno accedere alla remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

DATO ATTO, altresì,

1. che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

2. che nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutasi il 25/11/2014 ed il 1/4/2015, il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per i Livelli Essenziali di Assistenza hanno richiesto che la Regione inserisca nei contratti con le strutture private la clausola di salvaguardia nei termini indicati dai Tavoli Tecnici nel corso delle riunioni del 27 novembre 2013 e 10 aprile 2014; e che a tale riguardo, nel parere n. 87-P del 12/5/2015 i Ministeri hanno comunicato la recente giurisprudenza favorevole del Consiglio di Stato; la suddetta clausola di salvaguardia viene, pertanto inserita nello schemi di contratto allegato al presente decreto;
3. che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di assegnare ai centri privati accreditati elencati nell'allegato n. 1 i seguenti limiti di spesa su base annua:

Limiti di spesa da attribuire ai PL di cui all'allegato n. 1					
(Importi in migliaia di euro ed al netto della compartecipazione sociosan.)	RSA ANZIANI/DEMENTE	Centro Diurno ANZIANI/DEMENTE	RSA DIBABILI	Centro Diurno DIBABILI	TOTALE su 12 mesi (a regime)
AVELLINO	3.173	0	3.164	427	6.765
BENEVENTO	2.223	0	856	692	3.771
CASERTA	3.263	108	4.669	1.223	9.263
NAPOLI 1 Centro	1.667	0	1.608	0	3.275
NAPOLI 2 Nord	717	144	0	0	861
NAPOLI 3 Sud	1.524	0	0	0	1.524
SALERNO	6.329	0	0	0	6.329
Totale	18.897	252,09	10.297	2.342	31.788

con un margine di incremento del 5% per tenere conto di casi con tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato della media.

3. Di stabilire che le ASL competenti per territorio, entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto:
 - a. stipulino il contratto ex art. 8 quinquies con i centri accreditati di cui all'allegato n. 1 al presente decreto, utilizzando lo schema che si allega sub "A", assegnando a ciascuna struttura privata accreditata i volumi massimi di prestazioni di RSA ed i correlati limiti di spesa, quantificati sulla base delle date di decorrenza specificate nei relativi decreti di accreditamento e riportate nel medesimo allegato n. 1, considerando un tasso medio di utilizzo dei posti letto dell'85% per 365 giorni/anno (in caso di PL residenziali) e per 250 giorni/anno (in caso di ciclo diurno), ed un mix

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

medio tra le prestazioni di maggiore, e minore costo, fatta salva la considerazione per singole strutture di tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato della media, applicando i limiti di spesa su base annua definiti nella tabella sopra esposta, con la suddetta riserva di maggiorazione del 5%;

- b. adottino una delibera del Direttore Generale / Commissario Straordinario, nella quale dovranno:
 - b1. dare atto dei contratti stipulati ai sensi della presente decreto con i centri privati eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA in quantità e valore economico (netto compartecipazione), suddivisi per esercizio (intero 2014; 2015; previsione 2016) e per singola tipologia di prestazione;
 - b2. dare atto del consuntivo 2014 (lordo e netto compartecipazione) delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 di durata maggiore ai 240 giorni e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali di RSA in quantità e valore economico, suddiviso per ciascun centro privato e per singola tipologia di prestazione, e con separata indicazione anche delle prestazioni di RSA acquistate da centri operanti in altre regioni;
 - b3. dare atto del consuntivo 2014, della previsione per l'intero 2015 e della previsione per il 2016, in quantità, valore economico (lordo e netto compartecipazione), tipo di prestazione e singolo centro privato (suddiviso tra centri operanti in Campania e centri di altre regioni), relativamente a: RSA anziani e demenze, disabili, Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti, HOSPICE, P.T.R.I. con budget di salute, Strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie di salute mentale, ADI, Consultori privati, ecc. (il dettaglio consuntivo 2014 dovrà spiegare interamente le relative voci di costo del Modello CE - Conto Economico consuntivo 2014);
 - b4. dare atto per ciascun esercizio: 2014, 2015 e 2016, della riduzione del limite di spesa della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, da applicarsi in misura compensativa del trasferimento dell'assistenza da riabilitazione ex art. 26 a prestazioni di RSA.
4. Di dare atto che la copertura della spesa prevista dal presente decreto avviene secondo quanto dettagliatamente specificato in premessa.
5. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati elencati nell'allegato n. 1.
6. Di precisare che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria -, in quanto prive di contratto, non potranno accedere alla remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).
7. Di riservarsi di adottare, entro 30 giorni dal ricevimento delle delibere delle ASL di cui al precedente punto 3, le conseguenti modifiche ed aggiornamenti dei limiti di spesa stabiliti dal decreto commissariale n. 90 del 11/8/2014, come modificato ed integrato dai decreti commissariali n. 122 del 31/10/2014 e n. 155 del 29/12/2014, e dal presente decreto, relativamente alla macroarea della



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitaria; fermo restando che, in caso di mancato invio delle suddette deliberazioni nei tempi e con le modalità richieste, si procederà con i suddetti aggiornamenti sulla base dei dati e delle informazioni già in possesso dell'amministrazione.

8. Di dare atto che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto..
9. Di apportare ai decreti commissariali n. 125 del 31/10/2014 e n. 38 15/04/2015 le rettifiche per errata corrette esposte in premessa.
10. Di dare atto che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri.
11. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, alla U.O.D. Interventi sociosanitari, alla U.O.D. economico-finanziario, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, all'ARSAN ed al BURC per la pubblicazione.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il Capo del Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente U.O.D. 05 - Interventi Socio-Sanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente UOD 14 - G.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli

Il funzionario
Dott.ssa M.R. Canzanella

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

RSA: strutture private e posti letto accreditati tra il 2014 ed il 2015

ALLEGATO n. 1

N°	ASL DI APPARTENENZA	Denominazione	N° decreto di accreditamento	Data decreto di accreditamento	Decorrenza contratto con oneri a carico SSR (da DCA di accr.to)	Attività	Comune	Sede Operativa	RSA ANZIANI/DEMENTE	Centro Diurno ANZIANI/DEMENTE	RSA DISABILI	Centro Diurno DISABILI
		AVELLINO										
1	Avellino	ALTHAEA Società Cooperativa di tipo a R.L. ONLUS	123	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Avellino	C. da Sant'Oronzo - Via S. Tommaso 45/A	20	0	0	0
2	Avellino	CENTRO MINERVA S.R.L.	123	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Ariano Irpino	Via Serra, 3	20	0	0	0
3	Avellino	LA PROXIMA srl	123	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Volturara Irpina	Via Piano Freddano snc -	52	0	0	0
4	Avellino	Centro Padre Pio	123	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Grottaminarda	C.da Piani, 82	20	0	0	0
5	Avellino	Centro Padre Pio	38	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI			0	0	64	0
6	Avellino	Ma.R.E. Centro Geriatrico srl	123	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Pratola Serra	Via Provinciale snc – Fraz. S. Michele di Pratola Serra	40	0	0	0
7	Avellino	Santa Filomena Centro per Disabili S.r.l.	38	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI / Centro Diurno	Mugnano del Cardinale	Via San Michele snc	0	0	16	15
8	Avellino	Centro di Riabilitazione Psicomotoria Silenziosi Operai della Croce	7	12/02/2015	previa delibera ASL di accreditabilità, all'esito di riconversione da PL art. 26	CD DISABILE	Ariano Irpino	Contrada Vallelunga	0	0	0	6
9	Avellino	CENTRO MINERVA S.R.L.	7	12/02/2015		RSA Anziani non autosufficienti	Ariano Irpino	Via Serra, 3	19	0	0	0
10	Avellino	Congregazione Piccole Apostole della Redenzione	7	12/02/2015		CD DISABILE	Prata di Principato Ultra	Via Annunziata, 7	0	0	8	0
11	Avellino	Provincia Religiosa SS. Apostoli Pietro e Paolo	7	12/02/2015		CD ANZIANI Anziani non autosufficienti	Prata di Principato Ultra	Via Annunziata, 7	6	0	0	0
12	Avellino	TEOREO SRL	7	12/02/2015		RSA DISABILI/CD	Montefalcione	Località Polcari	0	0	34	16
		TOTALE ASL AVELLINO							177	0	122	37
		BENEVENTO										
1	Benevento	Centro Geriatrico Padre Pio s.r.l.	124	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	San Giorgio del Sannio	Via San Francesco 40	40	0	0	0
2	Benevento	Centro Medico Villa Felice s.r.l.	124	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	San Giorgio del Sannio	Via dei Sanniti -	20	0	0	0
3	Benevento	VIVISOL NAPOLI S.R.L.	124	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Santa Croce del Sannio	Via G. De Maria -	40	0	0	0
4	Benevento	PIANETA ANZIANI SRL per RSA DONATELLO	37	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI	BONEA	Via Lorenzoni snc	0	0	20	0
5	Benevento	CMR - Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione SpA	37	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI	Sant'Agata de' Goti	Via Pennino, Trav. Mustilli	0	0	10	40
6	Benevento	MEDICAL CENTER S.R.L.	37	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI	Benevento	C.da Piano Cappelle	0	0	0	20
7	Benevento	CMR - Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione SpA	8	12/02/2015	previa delibera ASL di accreditabilità, all'esito di riconversione da PL art. 26	RSA DISABILI	Sant'Agata de' Goti	Via Pennino, Trav. Mustilli	0	0	3	0
8	Benevento	MEDICAL CENTER S.R.L.	8	12/02/2015		RSA Anziani non autosufficienti	Benevento	C.da Piano Cappelle	12	0	0	0
9	Benevento	RELAX S.P.A.	8	12/02/2015		RSA Anziani non autosufficienti	San Salvatore Telesino	Via Bagni, 2	12	0	0	0

RSA: strutture private e posti letto accreditati tra il 2014 ed il 2015

ALLEGATO n. 1

N°	ASL DI APPARTENENZA	Denominazione	N° decreto di accreditamento	Data decreto di accreditamento	Decorrenza contratto con oneri a carico SSR (da DCA di accr.to)	Attività	Comune	Sede Operativa	RSA ANZIANI I/DEME NZE	Centro Diurno ANZIANI I/DEME NZE	RSA DISABILI	Centro Diurno DISABILI
		TOTALE ASL BENEVENTO							124	0	33	60
		CASERTA										
1	Caserta	EMME DUE s.r.l. (struttura "Villa Anna")	125	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Sessa Aurunca	Via Ponte Aurunco, 13	33	0	0	0
2	Caserta	EMME DUE s.r.l. (struttura "Baia Duemila")	125	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Baia e Latina	Via F. Turati, 7	24	0	0	0
3	Caserta	G.A.F. srl (struttura "La Pinetina")	125	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Castel Volturno	Via Domitiana, KM 37,700 -	37	0	0	0
4	Caserta	S.A.A. s.r.l. (struttura "Villa San Francesco")	125	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Valle di Maddaloni	Via Sorbo, 10 -	40	0	0	0
5	Caserta	PICCOLA CASA DIVINA PROVVIDENZA	36	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI	Trentola Ducenta	Via Cottolengo, 10	0	0	60	0
6	Caserta	GEROVIT S.r.l.	125	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Aversa	Via Madonna dell'Olio, 142	0	15	0	0
7	Caserta	L'OASI Centro Residenza di Riabilitazione Neuromotoria per Anziani e Disabili srl	125	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Castel Campagnano	Via Castagneta, 25	48	0	0	0
8	Caserta	L'OASI Centro Residenza di Riabilitazione Neuromotoria per Anziani e Disabili srl	36	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI	Castel Campagnano	Via Castagneta, 25	0	0	120	50
9	Caserta	VILLA DEI CEDRI SRL	36	15/04/2015	01/05/2015	RSA DISABILI	Lusciano	Via Di Vittorio, 30	0	0	0	56
		TOTALE ASL CASERTA							182	15	180	106
		NAPOLI 1										
1	Napoli 1 Centro	Casa di Cura Padre Annibale Di Francia Srl	99	29/08/2014	01/10/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Napoli	Viale dei Pini, 53	40	0	62	0
2	Napoli 1 Centro	Istituto Povere Figlie della Visitazione	99	29/08/2014	01/10/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Napoli	Viale Colli Aminei, 94	53	0	0	0
		TOTALE ASL NAPOLI 1 Centro							93	0	62	0
		NAPOLI 2										
1	Napoli 2 Nord	Quadrifoglio SRL	126	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Giugliano in Campania	Via Pigna, 60/62	40	20	0	0
		TOTALE ASL NAPOLI 2 Nord							40	20	0	0
		NAPOLI 3										
1	Napoli 3 Sud	C.R.R.S. s.r.l.	127	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Castellammare di Stabia	Località Quisisana	65	0	0	0
2	Napoli 3 Sud	CONVENTO MADONNA DELL'ARCO	127	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Sant'Anastasia	Via Raimondo Sorrentino	20	0	0	0
		TOTALE ASL NAPOLI 3 Sud							85	0	0	0

RSA: strutture private e posti letto accreditati tra il 2014 ed il 2015**ALLEGATO n. 1**

N°	ASL DI APPARTENENZA	Denominazione	N° decreto di accreditamento	Data decreto di accreditamento	Decorrenza contratto con oneri a carico SSR (da DCA di accr.to)	Attività	Comune	Sede Operativa	RSA ANZIANI/DEMENTE	Centro Diurno ANZIANI/DEMENTE	RSA DISABILI	Centro Diurno DISABILI
		SALERNO										
1	Salerno	Colomba Coop. Sociale Onlus	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Giffoni Sei Casali	Via Convento, 1	42	0	0	0
2	Salerno	I.SA.MA. s.r.l.	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Nocera Inferiore	Via dei Sarrasti, 2	35	0	0	0
3	Salerno	Maria dei Cordici s.r.l.	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Torraca	Località Retara	36	0	0	0
4	Salerno	S.S.R. s.r.l.	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Roccapiemonte	via San Potito, 1	60	0	0	0
5	Salerno	VALLE D'ARGENTO 2 SRL	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Giffoni Valle Piana	Via Magistrato Linguiti	22	0	0	0
6	Salerno	SILBA S.p.A. (struttura "Villa Silvia")	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Roccapiemonte	Via Filomena Galdieri, 3	10	0	0	0
7	Salerno	SILBA S.p.A. (struttura "Villa Alba")	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Cava de' Tirreni	Via Pasquale Atenolfi, 53	21	0	0	0
8	Salerno	SIRIA Servizi Sanitari s.r.l.	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Siano	Via Santa Maria delle Grazie	26	0	0	0
9	Salerno	Fondazione Opera Giovanile Juventus Don Donato Ippolito o.n.l.u.s.	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Sala Consilina	Via Carlo Pisacane, 5	26	0	0	0
10	Salerno	Casa Albergo Villa delle Rose s.a.s. di Di Martino Giovanna e C.	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Cava de' Tirreni	Via G. De Rosa, 30	40	0	0	0
11	Salerno	Centro Fisiokinesiterapico Cilento s.r.l.	128	31/10/2014	01/12/2014	RSA Anziani non autosufficienti	Orria	Via Stella snc	35	0	0	0
		TOTALE ASL SALERNO							353	0	0	0

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:
a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di;
c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause
ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti
indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;
e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/____.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in Partita IVA:
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alle prestazioni di
RSA anziani/disabili (residenziali/a ciclo diurno) erogate nel periodo __/__/____ - __/__/____
redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro
n. ____ del ____ / ____ / 2015.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ /2015 il Presidente Commissario ad Acta per la
Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi su base
annua entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di RSA anziani e disabili
erogate dai centri privati che sono stati accreditati nel 2014 e nel 2015, ed ha emanato anche
il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di
RSA (anziani/disabili) (residenziali/a ciclo diurno) erogate nel periodo __/__/____ - __/__/____
da parte della sottoscritta struttura privata accreditata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di acquistare nel periodo __/__/____ - __/__/____ dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il __/__/____, è determinato in n.. prestazioni di RSA anziani (residenziali /a ciclo diurno) e n.. prestazioni di RSA disabili (residenziali /a ciclo diurno).
2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 5 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il __/__/____.

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo __/__/____ - __/__/____ per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in Euro..... (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune);
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% nei primi 11 mesi dell'anno solare; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni socio sanitarie, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata accreditata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie

derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

3. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa fissati al precedente art. 4 non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n..... membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. ... membri nominati dalla ASL.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata accreditata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata accreditata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre.
3. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata accreditata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata accreditata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata accreditata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata accreditata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo __/__/____ - __/__/____ in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ / 2015.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata accreditata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata accreditata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ / 2015.

(eventuale)

4. Il presente contratto, dall'inizio del periodo della sua efficacia, integra / modifica / sostituisce per le prestazioni di RSA il precedente contratto stipulato il __/__/__, i cui volumi massimi di prestazioni ed il relativo limite di spesa si intendono corrispondentemente ridotti.

Art. 10

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto), con la sottoscrizione del presente contratto la struttura privata accreditata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

..... , __/__/__ 2015

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata accreditata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 10 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata accreditata



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 54 del 29.05.2015

Oggetto: Art. 1 comma 237 - quater della l.r. N. 4/2011 e ss.mm.ii. Accreditalmento istituzionale definitivo per attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per le strutture sanitarie dell'A.S.L. Napoli 3 Sud. Terza integrazione al DCA n. 132 del 31/10/2014

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi;

RICHIAMATO il decreto commissariale n. 132 del 31.10.2014, con il quale è stato disposto l'accreditalmento istituzionale definitivo delle strutture eroganti attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo dell'A.S.L. Napoli 3 Sud ed i successivi decreti commissariali n. 10 del 6.2.2015 e n. 41 del 5.5.2015 con i quali sono state disposte integrazioni al suddetto decreto, all'esito della definizione della fase endoprocedimentale da parte dell'A.S.L. medesima;

PRESO ATTO:

- a. che il Direttore Generale f.f. dell'ASL Napoli 3 Sud, con nota di prot. n. 128034 del 23.12.2014 ha trasmesso i seguenti atti deliberativi concernenti la presa d'atto delle relazioni finali redatte dal Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditalmento, anche sulla base delle attività svolte



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

dal Nucleo di Verifica incaricato:

DELIBERE	DENOMINAZIONE STRUTTURA	P.IVA	SEDE OPERATIVA	SEDE LEGALE	ISTANZA SORESA
915/2014	Villa delle Querce S.p.A. – Casa di Cura Santa Maria la Bruna	00274000637	Via Nazionale 627 – Torre del Greco	Via Battistello Caracciolo, 48 – Napoli	ST03461
913/2014	Consulting & Service S.R.L. – Casa di Cura Andrea Grimaldi	05354731217	Via Marconi, 7 – S. Giorgio a Cremano	Idem	ST02422

- b. che, relativamente alle suddette strutture, con i citati atti deliberativi è stato certificato:
- I. l'ammissibilità delle strutture alle procedure di accreditamento istituzionale;
 - II. il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla L.R. n. 23/2011, con particolare riferimento a quelli stabiliti dal comma 237-sexies per l'accesso al sistema di accreditamento definitivo istituzionale;
 - III. il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dal regolamento n. 1/2007 e ss.mm.ii.;
- ed attestato all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, l'accreditabilità delle strutture medesime con riferimento alle sottoindicate discipline;

Villa delle Querce S.p.A. – Casa di Cura Santa Maria la Bruna

Si certifica l'accreditamento istituzionale definitivo di **Classe 3** per attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo per complessivi n. 40 posti letto così distinti:

Cod. Disc.	Descrizione	P.L. Totale	Di cui a ciclo diurno
9	Chirurgia Generale	20	
37	Ostetricia e Ginecologia	20	
	Totale p. I.	40	

Consulting & Service S.R.L. – Casa di Cura Andrea Grimaldi

Di certificare l'accreditabilità in **Classe 3** per attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo per complessivi 107 posti letto, così distinti:

Cod. Disc.	Descrizione	P.L. Totale	Di cui a ciclo diurno
9	Chirurgia Generale	30	
26	Medicina Generale	30	
32	Neurologia	28	
37	Ostetricia e Ginecologia	19	
	TOTALE P.L.	107	

RITENUTO, pertanto di dover disporre l'accreditamento istituzionale definitivo delle suddette strutture sanitarie ad integrazione del decreto commissariale n. 132 del 31.10.2014;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

1. ad integrazione del decreto commissariale n. 132 del 31.10.2014 è disposto l'accreditamento istituzionale definitivo delle seguenti strutture sanitarie dell'A.S.L. Napoli 3 Sud eroganti attività in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo:

Villa delle Querce S.p.A. – Casa di Cura Santa Maria la Bruna – P.Iva 00274000637- Sede Operativa: Via Nazionale 627 – Torre del Greco - Classe di qualità: 3			
Cod. Disc.	Descrizione	P.L. Totale	Di cui a ciclo diurno
9	Chirurgia Generale	20	
37	Ostetricia e Ginecologia	20	
	TOTALE P.L.	40	

Consulting & Service S.R.L. – Casa di Cura Andrea Grimaldi – P. Iva 05354731217 – Sede Operativa: Via Marconi, 7 – S. Giorgio a Cremano – Classe di qualità: 3			
9	Chirurgia Generale	30	
26	Medicina Generale	30	
32	Neurologia	28	
37	Ostetricia e Ginecologia	19	
	TOTALE P.L.	107	

2. di stabilire che l'accreditamento di cui al punto 1 decorre dalla data di adozione del presente DCA;
3. di confermare in ogni altra parte il citato decreto commissariale n.132/2014, anche in ordine alla verifica della compatibilità dei disposti accreditamenti con i fabbisogni in corso di rideterminazione alla luce dell'adeguamento del piano ospedaliero di cui al DCA n. 49/2010 agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera ex art. 15, comma 3, lett. c) del D.L. 6/7/2012, n. 95, convertito dalla legge 7/8/2012, n. 135, già approvati in Conferenza Permanente ed in corso di adozione con decreto ministeriale;
4. di trasmettere copia del presente decreto all'ASL Napoli 3 Sud per i provvedimenti di competenza e per la notifica alle Strutture interessate;
5. di trasmettere copia del presente decreto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio sanitario regionale per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Prof. Ettore Cinque

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 3/03/2011)*

DECRETO n. 55 del 29.05.2015

Oggetto: Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Libera Scelta. Approvazione.

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi;

RILEVATO:

- a. che l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta sottoscritto - ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni in data (quadriennio normativo 2006/2009) e approvato in Conferenza Stato Regioni con atto rep. 2396/CSR del 15.12.2005, tuttora vigente per la parte normativa, individua all'art. 4 gli aspetti specifici oggetto di negoziazione regionale;
- b. che con decreto del Presidente della Giunta Regionale n.68 del 26.3.2014, come modificato dal decreto n. 90 del 5.5.2015 è stata istituita la Delegazione Trattante di parte pubblica per l'adozione di preintese con le OO.SS. maggiormente rappresentative finalizzate alla definizione dei contenuti dell'accordo integrativo regionale della pediatria di libera scelta;
- c. che, in data 22.5.2015 è stata sottoscritto con le OO.SS. maggiormente rappresentative il documento recante la preintesa dell'accordo integrativo regionale;



Regione Campania

Il Presidente

Comissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 3/03/2011)

- d. che, nella seduta del 29.5.2015, il Comitato Regionale ex art. 24 dell'ACN 23.3.2005 ha condiviso integralmente e senza alcuna modifica i contenuti della preintesa e, pertanto, ha approvato l'Accordo Integrativo Regionale della pediatria di libera scelta;

CONSIDERATO che, in virtù delle funzioni di programmazione e controllo dell'Ente regionale, l'Accordo, oltre a disciplinare gli istituti previsti dall'ACN, ha inteso focalizzare l'attenzione sulle seguenti tematiche:

- a. confermare, consolidare, e arricchire le competenze peculiari della Pediatria di Famiglia, legate ad obiettivi di tipo preventivo-educativo-assistenziale;
- b. ribadire e rafforzare il rapporto di fiducia con le famiglie dei minori loro affidati;
- c. assicurare ed incentivare la diffusa e capillare presenza sul territorio della pediatria di famiglia;
- d. la necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali mirati alla popolazione in carico;
- e. il miglioramento delle possibilità diagnostiche interne alla organizzazione dell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia;
- f. l'integrazione orizzontale tra i pediatri del territorio mediante la condivisione di linee-guida, audit, e quant'altro necessario alla maggiore omogeneizzazione dei comportamenti, onde perseguire processi di razionalizzazione degli interventi di sanità pubblica e delle relative risorse;
- g. l'integrazione verticale con le strutture diagnostiche di II livello già previste sul territorio di riferimento;
- h. l'accompagnamento delle famiglie dei bambini con patologie croniche e rare nei percorsi individuati o da individuare, per ridurre al minimo l'impatto di un cammino già di per sé complesso dettato dalla patologia;
- i. la presa in carico precoce del neonato sano e, ancor di più, del neonato pretermine e/o prematuro, assumendo l'incarico di case manager, in raccordo con i punti nascita, le TIN, e coordinando il personale agente a livello territoriale (puericultrici, ostetriche, ...);
- j. il coordinamento delle aree di pertinenza sociale e/o sanitaria interessanti i bambini affidati al Pediatra di Famiglia.

RITENUTO, pertanto di dover approvare l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti per la Pediatria di libera scelta della Regione Campania, nel testo licenziato in sede di preintesa tra la Delegazione di parte pubblica e le OO.SS. ed approvato nella seduta del 29.5.2015 dal Comitato regionale ex art. 24 ACN 23.3.2005;

VISTO l'art. 1 del D.L. n. 158 del 13.9.2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n.189 del 8 novembre 2012;

D E C R E T A

per quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato e trascritto :

1. di approvare l'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta, che è allegato al presente decreto per costituirne parte integrante e sostanziale, stipulato con le Associazioni Sindacali di categoria in conformità alle disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 3/03/2011)*

2. di inviare il presente atto al Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, ai Coordinatori AA.GG.CC. Assistenza Sanitaria e Programmazione Sanitaria ed al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Si esprime parere favorevole

I Sub Commissari ad Acta

Dr. Mario Morlacco Prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale Tutela Salute
Dr. Mario Vasco

Il Dirigente di Staff D.G. 52.04
Avv. Antonio Postiglione

Il Dirigente di Staff Dipartimento 52
Avv. Lara Natale

Il Dirigente dell'UOD Assistenza Territoriale
Dott. Aurelio Bouché

Il Dirigente UOD Materno Infantile (ad interim)
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Commissario ad Acta
Caldoro



ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DELLA CAMPANIA PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

(22/5/2015)

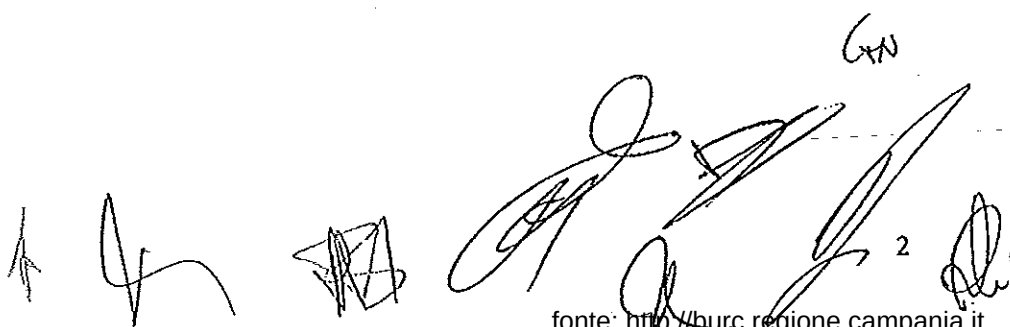


La Regione Campania e le Organizzazioni Sindacali della Pediatria di Famiglia concordano sulla necessità di offrire alla popolazione pediatrica del territorio una maggiore e più moderna strutturazione assistenziale che, da un lato, garantisca una ottimizzazione delle risorse sanitarie dedicate all'infanzia ed all'adolescenza e, dall'altro, riesca a definire una migliore gestione delle richieste assistenziali già sul territorio della propria ASL, riducendo nel contempo le liste di attesa per consulenze di II e III livello e l'accesso improprio al Pronto Soccorso per patologie a scarsa o nulla pericolosità.

L'Accordo che segue intende, quindi, focalizzare la propria attenzione soprattutto sulle seguenti tematiche:

1. confermare, consolidare, e arricchire le competenze peculiari della Pediatria di Famiglia, legate ad obiettivi di tipo preventivo-educativo-assistenziale;
2. ribadire e rafforzare il rapporto di fiducia con le famiglie dei minori loro affidati;
3. assicurare ed incentivare la diffusa e capillare presenza sul territorio della pediatria di famiglia;
4. la necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali mirati alla popolazione in carico
5. il miglioramento delle possibilità diagnostiche interne alla organizzazione dell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia;
6. l'integrazione orizzontale tra i pediatri del territorio mediante la condivisione di linee-guida, audit, e quant'altro necessario alla maggiore omogeneizzazione dei comportamenti, onde perseguire processi di razionalizzazione degli interventi di sanità pubblica e delle relative risorse;
7. l'integrazione verticale con le strutture diagnostiche di II livello già previste sul territorio di riferimento;
8. l'accompagnamento delle famiglie dei bambini con patologie croniche e rare nei percorsi individuati o da individuare, per ridurre al minimo l'impatto di un cammino già di per sé complesso dettato dalla patologia;
9. la presa in carico precoce del neonato sano e, ancor di più, del neonato pretermine e/o prematuro, assumendo l'incarico di case manager, in raccordo con i punti nascita, le TIN, e coordinando il personale agente a livello territoriale (puericultrici, ostetriche, ...);
10. il coordinamento delle aree di pertinenza sociale e/o sanitaria interessanti i bambini affidati al Pediatra di Famiglia.

In questa ottica le Parti concordano che l'attuazione del presente Accordo si realizza tendenzialmente ad isorisorse, anche in ragione del principio condiviso di operare una compiuta riallocazione di risorse destinate ad istituti in via di superamento (associazioni, gruppi e pediatria in rete) da indirizzare al funzionamento delle nuove forme organizzative previste, salvaguardando il valore economico del trattamento individuale in un quadro di tutela previdenziale e garantendo, a parità di lavoro svolto, equità di trattamento per tutti i partecipanti alle nuove forme organizzative.



CAPO I : PRINCIPI GENERALI

1. Confermare, consolidare, e arricchire le competenze peculiari della Pediatria di Famiglia, legate ad obiettivi di tipo preventivo-educativo-assistenziale

La Pediatria di Famiglia si caratterizza per la sua presenza all'interno delle famiglie italiane e campane in un continuo processo attraverso il quale accompagna il bambino dalla nascita sino alle soglie dell'adolescenza, e talora anche oltre tale soglia.

Essa garantisce attività di prevenzione, individuazione precoce di segnali di rischio, educazione sanitaria e di promozione della salute, con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito.

E' auspicabile confermare e consolidare tale ruolo anche mediante la partecipazione del Pediatra di Famiglia alle campagne educazionali, preventive, sociali, proposte dalla Regione e/o dalle Aziende Sanitarie, utilizzando sin dalle fasi ideative e creative l'esperienza "sul campo" del Pediatra di Famiglia affinché tali campagne siano calate e calibrate efficacemente sul territorio.

2. Ribadire e rafforzare il rapporto di fiducia con le famiglie dei minori loro affidati, attraverso la diffusa e capillare presenza sul territorio.

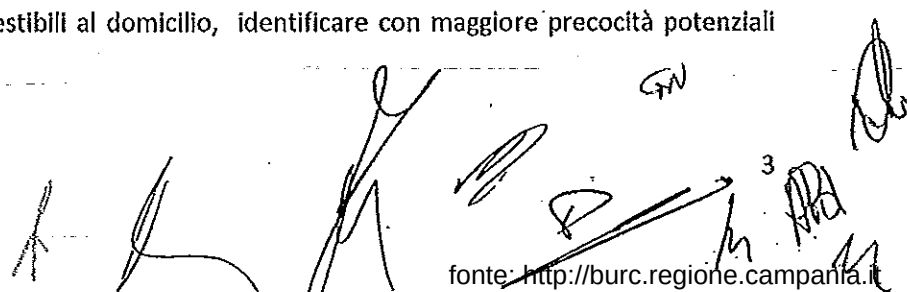
Il rapporto fiduciario creatosi in questi anni tra il Pediatra di Famiglia e le famiglie dei bambini e degli adolescenti loro affidati ha raggiunto nell'ultimo decennio un punto di elevata affermazione. La Regione Campania e le OO.SS. della pediatria di famiglia intendono ribadire e rafforzare tale rapporto fiduciario senza, nel contempo, rinunciare alla diffusione capillare sul territorio campano dei Pediatri di Famiglia.

3. La necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali mirati alla popolazione pediatrica.

Il Pediatra di Famiglia da sempre impronta la propria azione ai principi della Evidence Based Medicine (EBM), delle Linee-Guida, e delle buone pratiche condivise. Si rende necessario, però, che sul territorio campano si realizzino Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) specifici per l'età pediatrica, che vedano la condivisione tra Pediatri di Famiglia, Specialisti di organo presenti sul Territorio, Ospedali Pediatrici e Università.

4. Il miglioramento delle possibilità diagnostiche interne alla organizzazione dell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia.

Il Pediatra di Famiglia completa il proprio ciclo assistenziale all'interno del proprio ambulatorio in oltre il 90% delle evenienze che quotidianamente si pongono alla sua osservazione. Affinché ciò si realizzasse egli si è in questi anni dotato di attrezzature e presidi diagnostici che gli hanno permesso di elevare le proprie possibilità e capacità. Già la collaborazione intercorsa tra i Pediatri di Famiglia e la Regione Campania con il Progetto Contaglobuli ha permesso di dimostrare come la disponibilità di strumentazioni diagnostiche utilizzabili nei singoli ambulatori sia funzionale per: porre diagnosi più precise e puntuali, ridurre il consumo improprio di farmaci, ridurre l'accesso al secondo livello diagnostico, ridurre il ricorso improprio al Pronto Soccorso e al ricovero per patologie gestibili al domicilio, identificare con maggiore precocità potenziali patologie a carattere evolutivo.



font: <http://burc.regione.campania.it>

Le parti condividono la possibilità di migliorare le capacità diagnostiche ambulatoriali, di aggiornare lo strumentario diagnostico sostituendo pratiche desuete con attività inquadrabili nell'ambito della Evidence Based Medicine (EBM)

5. L'integrazione orizzontale tra i pediatri del territorio mediante la condivisione di linee-guida, audit, e quant'altro necessario alla maggiore omogeneizzazione dei comportamenti, onde perseguire processi di razionalizzazione degli interventi di sanità pubblica e delle relative risorse.

Le più recenti iniziative di legge e l'esigenza di modernizzare la struttura assistenziale pediatrica territoriale comportano la necessità di migliorare la integrazione tra i pediatri del territorio, aumentandone *"la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance" e "l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review"*.

Tale condivisione renderebbe più omogeneo il comportamento diagnostico-assistenziale da parte dei Pediatri di Famiglia e più efficaci i processi di razionalizzazione degli interventi e delle relative risorse impegnate.

6. L'integrazione verticale con le strutture diagnostiche di I e II livello già previste sul territorio di riferimento.

Lo sviluppo delle capacità diagnostico-assistenziali del Territorio non può prescindere dalla realizzazione di forme di integrazione tra i Pediatri di Famiglia e le strutture territoriali presso cui realizzare interventi assistenziali e di livello specialistico dedicati all'età infantile ed adolescenziale. Tali strutture, identificabili con le previste forme organizzative, affinché siano efficaci nel ridurre l'accesso diretto al III livello (ospedaliero ed universitario) necessitano di specialisti di organo con specifica preparazione e/o esperienza nel settore pediatrico. Specialisti la cui collaborazione sarà indispensabile per la costruzione dei previsti PDTA.

7. L'accompagnamento dei bambini affetti da patologie croniche e rare, e delle loro famiglie, nei percorsi già strutturati o da programmare.

La Regione Campania e le OO.SS. intendono porre particolare attenzione sulla presa in carico da parte del Pediatra di Famiglia e delle strutture sanitarie aziendali e regionali dei bambini affetti da patologia cronica e/o rara, per accompagnarli nei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali. In questa ottica il Pediatra di Famiglia assume il ruolo di *case manager* e si pone in rete con i nodi costituiti da punti nascita, centri di patologia d'organo, strutture socio-assistenziali. Attuando i già previsti istituti dell'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dell'Assistenza Ambulatoriale Programmata (AAP). Si concorda, peraltro, la necessità di omogeneizzare tali Istituti assistenziali sull'intero territorio della Regione Campania, favorendo in maniera attiva la partecipazione dei Pediatri di Famiglia alle fasi preliminari alla individuazione dei corretti percorsi assistenziali da porre in essere per i minori loro affidati.

Il PLS è uno dei nodi della rete regionale della terapia del dolore, svolgendo attività di prima valutazione del dolore, attività ambulatoriali, prescrizione, somministrazione dei farmaci e vigilanza, invio agli altri nodi della rete.

GN



8. La presa in carico precoce del neonato sano e, ancor di più, del neonato pretermine e/o prematuro, assumendo l'incarico di case manager, in raccordo con i punti nascita, le TIN, e coordinando il personale agente a livello territoriale (puericultrici, ostetriche, ...).

Le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», adottate dalla Regione Campania con Decreto del Commissario ad Acta n. 16 del 16.02.2015, prevedono, tra le altre, misure di *"promozione di interventi e di azioni volte a favorire le dimissioni protette delle puerpere e dei neonati sostenendo il ritorno al territorio (consultorio familiare e pediatria di libera scelta)*.

Al Comitato Permanente per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) è demandata la definizione del percorso assistenziale post dimissione sia del bambino sano che del bambino prematuro che, ancora, del bambino patologico. Tale percorso, opportunamente condiviso, dovrà essere applicato sul territorio aziendale prevedendo il ruolo di *case manager* del Pediatra di Famiglia.

9. Il coordinamento delle aree di pertinenza sociale e/o sanitaria interessanti i bambini affidati al Pediatra di Famiglia.

Il ruolo centrale del Pediatra di Famiglia nella crescita armoniosa del bambino e dell'adolescente a lui affidato non può prescindere dalla sfera sociale, oggi sempre più presente nel vissuto delle famiglie e, conseguentemente, del piccolo paziente. In tale ottica l'integrazione del Pediatra di Famiglia con le altre professionalità ricomprese nella strutturazione di un secondo livello territoriale è quanto mai auspicabile e necessaria.

Si concorda di attivare percorsi che garantiscano l'assistenza pediatrica nei confronti dei minori senza permesso di soggiorno, allo scopo di tutelare tutti i bambini presenti sul territorio regionale.

Si ritiene, altresì, indispensabile identificare modalità che consentano di attuare una corretta ed efficace transizione dell'assistito, oramai adolescente, dalle cure del proprio Pediatra a quelle del Medico di Medicina Generale. Tale transizione dovrà tener conto del delicato equilibrio psico-affettivo proprio di quella età difficile e delicata.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the center, and several initials on the right, some with a date '5' and a signature 'G.M.'.

CAPO II : PARTE GENERALE

ART.1 – Durata dell'Accordo

1. Il presente Accordo Regionale ha durata fino all'entrata in vigore di un nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta.
2. La parte economica dell'Accordo decorre dalla data di pubblicazione nel B.U.R.C. del provvedimento regionale di recepimento, fatte salve specifiche decorrenze e deroghe espressamente indicate nel presente Accordo per taluni Istituti.
3. Nel caso in cui sopraggiungano, in corso di validità del presente Accordo, di normative legislative nazionali o regionali, che impattano sull'operatività, le Parti concordano l'immediata riapertura del tavolo di trattativa per le opportune modifiche e/o integrazioni.
4. Nel caso in cui sopraggiungano, in corso di validità del presente Accordo, normative contrattuali nazionali a carattere economico che impattano sugli istituti contrattuali previsti dal presente accordo, le Parti concordano l'immediata riapertura del tavolo di trattativa per le opportune modifiche e/o integrazioni.

ART.2 Comitati e commissioni

Ai soli componenti di parte medica convenzionati per la pediatria di famiglia, presenti nei Comitati e nelle Commissioni previste dal presente Accordo e da normative ed accordi nazionali, regionali ed aziendali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura di euro 50,00 così come previsto dal DGR n. 971 del 02.07.2004

Tale onere è a carico dell'Azienda di appartenenza del pediatra.

In particolare hanno diritto, nella misura sopraindicata, i pediatri che partecipano a:

- Comitati regionali di cui all'art. 24
- Comitati aziendali di cui all'art. 23
- Uffici di coordinamento dell'attività distrettuale (UCAD)
- Commissione aziendale per la formazione continua
- Commissione per l'Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse prevista all'art. 27
- Tutte le altre commissioni, gruppi di lavoro o tavoli tecnici deliberati dalla Giunta Regionale o dall'Assessorato alla Sanità o dall'Azienda di appartenenza e necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente accordo e dall'A.C.N., salvo i casi in cui sia espressamente prevista la partecipazione a titolo gratuito.

I rimborsi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste dall'ACN 2005 e s.m.i. e saranno corrisposti con voce specifica tra gli emolumenti mensili.

Al fine della corresponsione del rimborso di cui ai precedenti commi, il medico presenta alla ASL di appartenenza la certificazione attestante la presenza alla seduta.

ART. 3 (Ex art. 22 ACN) - Rappresentatività sindacale

Sono considerate rappresentative a livello regionale ed aziendale, le Organizzazioni Sindacali che, come disposto dai commi 2, 3 e 4 dell'art. 22 dell'ACN 2005 e s.m.i., abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale al 1° gennaio dell'anno precedente, non inferiore al 5% delle deleghe complessive, rispettivamente a livello regionale e aziendale.

In ogni caso, le organizzazioni sindacali firmatarie degli accordi nazionali sono legittimate alla trattativa, alla definizione ed alla firma degli Accordi Regionali, purché i soggetti delegati siano iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia della Regione Campania.

GN



gennaio dell'anno precedente e alla presenza di rappresentanti sindacali operanti in ambito aziendale.

ART. 4 (Ex art. 23 ACN) - Comitato Aziendale

In ogni ASL è costituito un Comitato aziendale permanente, composto in numero paritetico, da un minimo di due ad un massimo di cinque rappresentanti dell'Azienda e da un minimo di due ad un massimo di cinque pediatri delle Organizzazioni Sindacali più rappresentative a livello aziendale, ai sensi dell'art. 22 e dell'allegato specifico (allegato 1). Requisito essenziale, ma non esclusivo, per la presenza in Comitato Aziendale è la stipula dell'Accordo Integrativo Regionale; per tale presenza è necessario, infatti, anche che le OO.SS. siano titolari di almeno il 5% delle deleghe sindacali nell'Azienda e che i rappresentanti così definiti siano titolari di convenzione nell'Azienda di pertinenza del Comitato Aziendale.

Nella prima seduta i componenti eleggono, a maggioranza, il Presidente.

Le funzioni di Segretario sono svolte da un funzionario dell'ASL.

Ogni membro ha diritto ad un voto e può essere sostituito da un rappresentante supplente in caso di impedimento del titolare. I componenti supplenti possono partecipare, a richiesta, ai lavori ordinari, anche in presenza del titolare. In tale evenienza essi non avranno diritto di voto.

Alle sedute del comitato può partecipare il responsabile di aree e servizi della ASL per le problematiche di specifica competenza.

Possono altresì intervenire, su invito e per le sole aree di competenza, i pediatri indicati dai rispettivi sindacati quali referenti di area.

Il Comitato è convocato ordinariamente ogni mese ed ogni qualvolta una delle parti lo ritiene necessario, con un preavviso di almeno 10 giorni, indicando gli argomenti da porre all'ordine del giorno.

Le sedute sono valide se sono presenti i 2/3 dei componenti.

Il Comitato è preposto ai compiti di cui all'art 23 dell'ACN 2005 e s.m.i. (in particolare individuazione zone carenti, conferimenti incarichi provvisori, massimali e scelte in deroga, organizzazione/funzionamento territoriale delle forme aggregative) ed a quelli previsti dall'accordo regionale, oltre che alla corretta applicazione degli accordi nazionali, regionali ed aziendali sottoscritti.

Si esprime, inoltre, sulle specifiche problematiche organizzative inerenti la pediatria di famiglia e si occupa della stipula gli accordi aziendali.

Al soli componenti di parte sindacale presenti nel Comitato Aziendale è corrisposto, così come previsto dal Capo 5 della DGR n. 971 del 02.07.2004, un rimborso forfettario omnicomprensivo di euro 50,00 per seduta, con un limite massimo a due sedute al mese. Tale compenso viene liquidato dall'Azienda di appartenenza.

Il verbale delle riunioni del Comitato deve essere inviato ai componenti entro i successivi 30 giorni dalla seduta.

ART. 5 (Ex art. 24 ACN) - Comitato Regionale

Il Comitato permanente regionale è nominato, con decreto assessorile, in maniera paritetica, da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, firmatarie dell'ACN vigente per la Pediatria di Libera Scelta, secondo quanto previsto dall'art. 24 dell'ACN di categoria.

Il Presidente è nominato tra i componenti di parte pubblica. Le funzioni di Segretario sono svolte da un funzionario individuato nello stesso decreto. Ogni membro ha diritto ad un voto e può essere sostituito da un rappresentante supplente in caso di impedimento del titolare. I componenti supplenti possono


fonte: <http://burc.regione.campania.it>

diritto di voto.

Alle sedute del comitato può partecipare il Segretario Regionale del Sindacato più rappresentativo, nonché il responsabile di aree e servizi della Regione per la specifica competenza.

Possono altresì intervenire, su invito e per le sole aree di competenza, i pediatri indicati dai rispettivi sindacati quali referenti di area.

Il Presidente convoca il Comitato ogni 3 mesi ordinariamente ed ogni volta che una delle parti lo ritiene opportuno, con un preavviso di almeno 15 giorni, indicando gli argomenti all'ordine del giorno. Le sedute sono valide se presenti i 2/3 dei membri di entrambe le componenti.

Il Comitato è preposto ai compiti previsti dall'ACN 2005 e s.m.i. ed a quelli previsti dall'accordo regionale, oltre che alla corretta interpretazione degli accordi nazionali e regionali sottoscritti; si occupa inoltre di ogni altra questione organizzativa e decisionale inerente la pediatria di famiglia, oltre che di dirimere questioni interpretative sottoposte da una delle componenti dei comitati aziendali.

Al Pediatri di famiglia presenti nel Comitato Regionale e nelle Commissioni previste dal presente Accordo è corrisposto un rimborso forfettario onnicomprensivo di euro 50,00 per seduta, con un limite massimo di due sedute al mese così come previsto dal Capo 5 della DGR n. 971 del 02.07.2004. Tale compenso viene liquidato dall'Azienda di appartenenza.

Il verbale delle riunioni del Comitato deve essere inviato ai componenti entro i successivi 30 giorni dalla seduta.

ART. 6 (Ex art. 33 ACN) - Copertura degli ambiti territoriali carenti

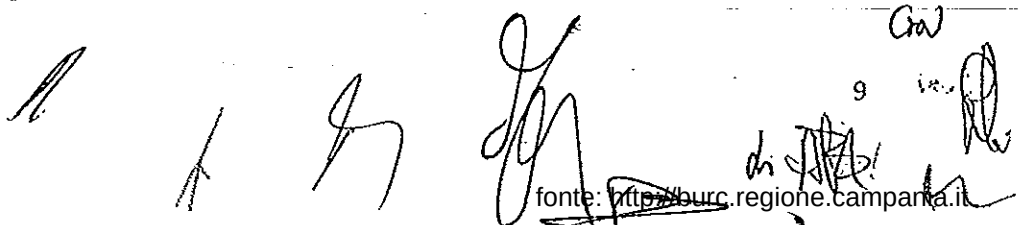
La graduatoria regionale è costituita secondo le modalità previste dal vigente ACN. La presenza nella graduatoria regionale di pediatri assegnatari di zona carente e di pediatri in quiescenza impone l'aggiornamento puntuale della graduatoria stessa. L'inserimento nella graduatoria regionale è valido fino a revoca da parte del medico o d'ufficio nel seguente caso: la mancata integrazione dei titoli per almeno 2 anni consecutivi comporta una richiesta al medico di conferma o meno alla permanenza nella graduatoria. In caso di comunicazione di non interesse o di assenza di risposta del medico, il nominativo è cancellato dalla graduatoria valevole per l'anno successivo.

1. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1, art. 33, dell'ACN 2005 e s.m.i. per la pediatria di libera scelta:
 - a) I pediatri che, ai sensi della legge 27 ottobre 1993, n. 423, art. 15, abbiano a suo tempo esercitato l'opzione per il rapporto di lavoro dipendente e che siano inseriti nella graduatoria regionale annuale predisposta secondo le modalità di cui al successivo comma 2;
 - b) I pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale;
 - c) I pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti da almeno cinque anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale;
 - d) I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

2. Al medico pediatra che, ai sensi dell'articolo 4 comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, abbia esercitato l'opzione per il rapporto di lavoro dipendente, con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della pediatria di libera scelta, ove venga a cessare il rapporto di lavoro dipendente, è consentita la reinscrizione nell'elenco dei pediatri di libera scelta come disciplinato dall'art. 1 comma 16 D.L. 324/1993 convertito nella legge 423/93.
- a) A tal fine le domande di iscrizione nella graduatoria riservata dovranno essere prodotte, in costanza di servizio, a pena di esclusione, entro i termini ordinariamente previsti dall'ACN per la presentazione della domanda di inserimento in graduatoria (dal 1 al 31 gennaio di ogni anno)
 - b) Ai fini della predisposizione della graduatoria verranno utilizzati i criteri di valutazione delle attività svolte ai sensi dell'art. 16 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta vigente. La graduatoria riservata viene approvata e pubblicata annualmente con decreto dirigenziale, contestualmente alla pubblicazione delle graduatorie regionali.
 - c) E' consentita la partecipazione dei medici iscritti nella graduatoria riservata all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta per l'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dall'art. 33 dell'ACN vigente, ovvero nel rispetto del rapporto ottimale.
 - d) A tal fine, all'atto della pubblicazione degli Ambiti territoriali carenti di Assistenza Pediatrica di Libera Scelta, i medici pediatri inseriti nella graduatoria riservata di cui al punto 2, fermo restando il permanere delle condizioni di cui sopra (essere inserito in graduatoria; essere carente l'ambito di provenienza) presentano domanda per la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per la Pediatria di Libera Scelta su apposito modello, che sarà pubblicato contestualmente alla modulistica per l'inserimento nella graduatoria regionale.
 - e) L'ufficio, valutato il permanere delle condizioni, assegna l'ambito.
 - f) I medici pediatri inseriti nella graduatoria riservata di cui al punto 2, al momento della assegnazione dell'Ambito carente non devono già fruire del trattamento di quiescenza, giusta incompatibilità di cui all'articolo 17 lettera J) dell'ACN 2005 e s.m.i. per la Pediatria di Libera Scelta.
 - g) Il riconoscimento del trattamento di quiescenza da parte dell'Ente di provenienza, comporta, da parte dell'ASL, l'automatica revoca del rapporto di convenzione
3. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i pediatri di cui al comma 1 lett. d) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
 - b) attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
 - c) attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

ART. 7 (Ex art. 33 ter ACN) – Zone Disagiate

Si confermano le zone disagiate già riconosciute ed il relativo trattamento economico a favore dei PLS che in esse vi operano.

The bottom of the page contains several handwritten signatures in black ink. To the right of the signatures, there is a small circular stamp with the number '9' inside. Below the signatures, there is a line of text that reads 'fonte: <http://www.burc.regione.campania.it>'.

ART. 8 (Ex art. 34 ACN) - Instaurazione del rapporto convenzionale

Si conviene che ai pediatri che instaurino il rapporto convenzionale di pediatri di famiglia, fermo restando l'obbligo del domicilio, non sia richiesto l'obbligo di trasferire la residenza nell'ambito assegnatogli, purché ciò non pregiudichi la normale funzionalità del servizio.

Nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dall'Azienda, previo parere favorevole del Comitato ex art. 23, a trasferire la propria residenza in altro comune rispetto a quello di iscrizione ai sensi della norma finale 4 ACN 2005 e s.m.i., ferma restando l'elezione del proprio domicilio nella zona assegnata.

Nei casi di trasferimento dello studio medico nello stesso ambito di scelta, si applicano le procedure e le modalità dell'art. 35 dell'ACN 2005 e s.m.i. Se l'ambito è composto da più comuni è consentito il trasferimento, in accordo con il Comitato Aziendale ex art. 23, valutando l'eventuale presenza nel comune oggetto di ubicazione dello studio di altri pediatri già operanti e che ci sia effettiva carenza di assistenza pediatrica. Se l'ambito coincide con un solo comune, il Comitato Aziendale ex art. 23 indica la zona di ubicazione dello studio medico, allo scopo di garantire una migliore assistenza pediatrica.

L'apertura di un secondo studio potrà avvenire, previo accordo col Comitato Aziendale, solo per motivati ed oggettivi bisogni assistenziali, secondo le indicazioni del comma precedente relativo ai trasferimenti. Resta inteso che il pediatra deve garantire l'orario e le modalità di erogazione dell'assistenza di cui al comma 14 dell'art. 34 dell'ACN 2005 e s.m.i.

ART.9 (Ex art. 36 ACN) – Sostituzioni

Comma 2-3:

ad integrazione di quanto previsto dall'ACN si precisa che il pediatra di famiglia può essere sostituito prioritariamente da un pediatra convenzionato, uno specialista in pediatria, uno specializzando in pediatria, o, in carenza di tali figure, anche un medico non specialista.

ART. 10 (Ex art. 37 ACN) – Incarichi provvisori

Qualora in un ambito territoriale si venga a determinare una carenza dell'assistenza pediatrica, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 23, può conferire un incarico temporaneo ad un pediatra, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente. Tale incarico, di durata comunque inferiore a dodici mesi, cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il pediatra avente diritto all'inserimento in maniera definitiva. Al pediatra di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 58, lettera "A", commi 1 e 9.

Il conferimento di un incarico temporaneo è subordinato ad eventi eccezionali (morte, quiescenza, trasferimento del titolare) o quando, in seguito all'applicazione dell'art 39, comma 12, o all'applicazione dell'art. 33 bis (zone carenti straordinarie) si determini una momentanea carenza nell'assistenza.

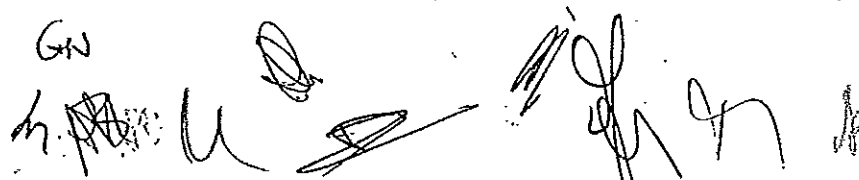
Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria regionale, con i criteri di cui al primo comma.

L'incarico di cui al primo comma non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli pediatri iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 180 unità. In tal caso si applica il disposto dell'articolo 39, comma 12.

ART. 11 (Ex art. 38 ACN) – Massimale di scelte e sue limitazioni

I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità, fatte salve le deroghe previste dal comma 8 dell'art. 38 dell'ACN vigente.

Oltre tale numero di assistiti, e fino a un massimo di 1000 scelte, sono previste le seguenti deroghe:

GN
h. 

- 1) Cittadini extracomunitari (art. 39 comma 7)
- 2) Cittadini non residenti (art. 39 comma 11)
- 3) Bambini affetti da patologie croniche o provenienti da revoche di altri pediatri (art. 38 comma 13)
- 4) Scelte per garantire l'assistenza ai sensi del comma 12 art. 39 o ai sensi del comma 3 art. 38;
- 5) Ricongiungimento familiare (art. 38 comma 9).

Oltre il numero di 1000 e fino a un massimo inderogabile di 1100 scelte sono consentite unicamente deroghe per ricongiungimento familiare (art. 38 comma 9), mentre la acquisizione di una nuova scelta può essere effettuata solo con la contestuale riacquisizione di paziente ultratredicenne (art. 38 comma 11 ACN vigente).

I Pediatri di Libera Scelta che, al momento dell'entrata in vigore di tale accordo, hanno un numero di assistiti superiore al limite stabilito di 1100, rientreranno progressivamente entro tale limite non acquisendo nuove scelte se non in caso di ricongiungimento familiare con la contestuale riacquisizione di paziente ultratredicenne.

Le scelte eccedenti saranno comunque nel mentre remunerate.

ART. 12 -- Pediatri di Libera Scelta con attività di specialistica ambulatoriale (massimali)

Ai sensi dell'art. 17 comma 1 lettera c dell'ACN 2009, i PdF che svolgono anche attività come specialisti ambulatoriali della branca di Pediatria, in attività con rapporti in essere al 31-12-2014, possono acquisire scelte fino a 800 unità. Tale massimale viene ridotto, ai sensi della norma prevista dell'art. 38 comma 4 (per ogni ora 20 assistiti in meno).

A tali specialisti vanno applicate anche le scelte in deroga previste nell'art. 38 e 39 dell'ACN nella misura del 20 % inderogabile del massimale ottenuto dal calcolo.

(Es 10 ore = 200 assistiti in meno , $800-200 = 600$: prevista deroga di 120 bambini; totale 720 limite invalicabile)

Si concorda che, per mantenere uno standard uniforme dell'assistenza, non saranno previste autolimitazioni del massimale ai sensi dell'art. 38.

Eventuali limitazioni concesse sono revocate.

ART. 13 -- Zone carenti straordinarie

Per garantire il diritto all'assistenza pediatrica, fermo restando quanto stabilito dal comma 8 dell'articolo 32 dell'ACN 2005 e s.m.i., per il calcolo del rapporto ottimale (ossia prevedendo l'inserimento di un pediatra ogni 600 bambini residenti in età di esclusiva, 0 anni e 5 anni e 364 gg), qualora in un ambito si verifichi la impossibilità a scegliere un pediatra, poiché tutti i pediatri inseriti hanno raggiunto il massimale inderogabile di 1100 scelte (con le modalità di cui all'articolo 11) e non esiste un numero sufficiente di bambini di età di esclusiva (0-5 anni e 364 gg) che permetta di indire una zona carente ordinaria, l'Azienda può indire una "zona carente straordinaria", previo parere vincolante del Comitato Aziendale ex art 23, con l'indicazione della sede di ubicazione dello studio medico ove l'assistenza pediatrica è effettivamente carente (onde favorire la capillarizzazione della pediatria sul territorio).

Le Aziende dovranno, comunque, tener conto, nel determinare tali zone carenti straordinarie:

- a. degli indici di natalità nell'ambito e verificarne l'eventuale trend
- b. del numero dei pediatri inseriti
- c. delle sedi ove i pediatri sono già operanti.

Nel caso di mancata intesa sulla individuazione e pubblicazione della zona carente all'interno del Comitato Aziendale ex Art.23, l'ASL sottopone la questione all'esame del Comitato Regionale ex art 24. La decisione del Comitato viene comunicata alle parti interessate per gli adempimenti conseguenti.

La pubblicazione di tali zone carenti straordinarie può avvenire anche in deroga alle scadenze di marzo e settembre previste dall'ACN.

ART. 14 (Ex Art.39 ACN) -Scelta del pediatra

Visti i commi 7 ed 8 dell'articolo 39 (ACN 2005 e s.m.i.) i quali recitano:

7. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato e ha validità pari a quella del permesso di soggiorno.

8. La scelta di cui al comma 7 è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno. Art. 39, comma 8 ACN.

Le Parti si impegnano ad individuare e concordare le modalità per garantire assistenza ai minori immigrati senza permesso di soggiorno.

ART. 15 (Ex Art.41 ACN) – Revoche d'ufficio

Nel caso del superamento dei limiti di età per l'assistenza pediatrica (14 anni o 16 anni a richiesta) la revoca è automatica e la cancellazione va effettuata entro 30 giorni. Per favorire la continuità dell'assistenza, le AA.SS.LL. sono obbligate a comunicare al medico ed agli assistiti, per iscritto 60 giorni prima, il raggiungimento del limite di età pediatrica.

A far data dalla pubblicazione del presente Accordo Regionale:

La revoca della scelta da operarsi di ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda è tenuta a comunicare al pediatra interessato la cancellazione per decesso tempestivamente e comunque entro un anno dall'evento. Ne consegue che l'Azienda potrà procedere allo storno delle quote corrisposte al pediatra per gli assistiti deceduti dalla data del decesso e fino alla cancellazione.

In caso di trasferimento di residenza ad altra Azienda, quella presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.

L'Azienda che aggiorna l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, può procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio.

L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al pediatra tempestivamente e comunque entro 3 mesi dall'evento.

La modalità di cui sopra si applica anche per i trasferimenti in ambiti distrettuali diversi, ma nella stessa ASL, salvo deroghe valutate dal Comitato Aziendale, ai sensi del comma 9 dell'art. 39 dell'ACN 2005 e s.m.i. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di più ASL, si intende per azienda limitrofa il medesimo ambito comunale. In tal caso non è prevista la revoca di ufficio.

ART. 16 (Ex art. 31 ACN) - Diritto di sciopero

Il pediatra di famiglia che partecipa allo sciopero ha l'obbligo, ai sensi del comma 3 dell'art. 31 dell'ACN 2005 e s.m.i., di effettuare:

- a. le visite domiciliari urgenti
- b. l'assistenza domiciliare, così come prevista dall'art. 51 dell'ACN.

Tali prestazioni sono gratuite per gli utenti.

Al medico che aderisce allo sciopero, la ASL di appartenenza, per quanto sopra, verserà il 50% del compenso per giornata lavorativa, calcolata dividendo il totale lordo delle competenze relative all'onorario professionale ed all'assegno ad personam del mese in cui è stato effettuato lo sciopero diviso il numero dei giorni dello stesso mese.

ART. 17 - Assenza per motivi di studio

Per la partecipazione a Corsi di Formazione in Pediatria accreditati dal programma di Formazione Continua del Ministero della Salute (ECM) e/o riconosciuti attraverso il patrocinio dalla Regione Campania o dalle ASL, il pediatra può usufruire di ulteriori 30 giorni di sostituzione, con oneri a suo carico, previa comunicazione al Direttore del Distretto, oltre ai 30 giorni previsti dall'art. 18, comma 6 dell'ACN 2009-10.

ART. 18 - Festa Patronale

In occasione della festa patronale il pediatra di famiglia non è tenuto a svolgere l'attività ambulatoriale. L'Azienda, pertanto, attiva il servizio di continuità assistenziale, secondo le modalità previste per i giorni festivi.

ART. 19 (Ex art. 20 ACN) - Formazione continua

La Formazione Continua è un diritto-dovere di tutti i medici ed ha dunque il fine di: migliorare le capacità culturali, applicative e relazionali, adeguandole al processo delle conoscenze; diffondere omogenei comportamenti clinici; ottimizzare i costi; mantenere la motivazione alla professione.

Essa mira altresì a promuovere la realizzazione di bisogni di conoscenza ed operatività, rilevati dall'operatore in rapporto alla sua esperienza diretta con i pazienti ed ai suoi orientamenti culturali e specialistici.

Essa comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente, come definite dall'art. 16-bis, commi 1 e 2 del Decreto Legislativo n° 502/92 e successive modifiche.

La Regione, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, coordina, programma e organizza iniziative formative dirette ai pediatri di famiglia, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla Commissione Nazionale Formazione Continua e dalla Commissione Regionale ECM, tenendo conto del soddisfacimento dei bisogni formativi dei pediatri di famiglia; Inoltre partecipa all'elaborazione di obiettivi formativi nazionali.

Le Aziende Sanitarie organizzano ed attuano attività formative, in collaborazione con la Regione ed i Pediatri di Libera Scelta, in base alla rilevazione dei bisogni formativi degli stessi e delle esigenze formative specifiche individuate dalla Regione in seno al comitato regionale per la pediatria di famiglia. Le attività formative dovranno essere svolte prediligendo modalità di apprendimento attivo, secondo le varie modalità previste dai moderni programmi andragogici.

Le OO.SS. della pediatria di famiglia, rappresentative, rispettivamente, a livello regionale o aziendale, possono proporre alla Regione o alla Azienda Sanitaria di riferimento pacchetti formativi indirizzati ai pediatri di famiglia del territorio di competenza.

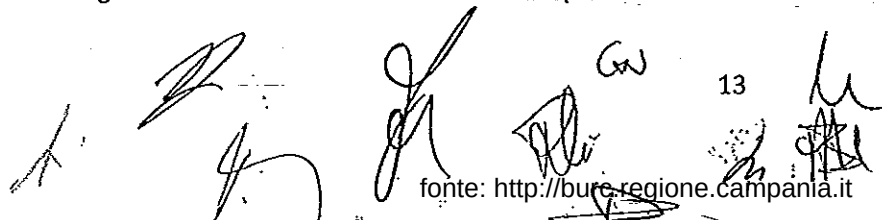
Le sedi deputate all'intera materia Formazione Continua in pediatria sono, rispettivamente, il Comitato Regionale ex art.24 e il Comitato Aziendale ex art.23.

Tali pacchetti, esaminati nelle rispettive sedi deputate, una volta approvati, verranno, come in seguito definito, finanziati, accreditati, proposti ai discendenti nelle modalità più idonee.

A tale scopo le Aziende si organizzeranno, in collaborazione con le OO.SS. proponenti, individuando e gestendo:

- le risorse umane (destinatari, docenti, animatori di formazione, tecnici, addetti ai servizi)
- le risorse infrastrutturali (strutture, spazi e locali operativi, attrezzature)
- le risorse ambientali (correttezza delle modalità di svolgimento, qualità dei rapporti interpersonali, rispetto delle condizioni di sicurezza).

Al pediatra di libera scelta sono assegnati crediti formativi secondo i criteri stabiliti dalla Commissione Nazionale Formazione Continua e dalle norme vigenti. Tali crediti formativi saranno acquisiti nel corso

 13
fonte: <http://burc.regione.campania.it>

dell'attività complessiva, in parte auto-gestita dai pediatri di famiglia, in parte direttamente dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie.

Le attività formative obbligatorie si svolgeranno preferibilmente di sabato con oneri di sostituzione a carico delle Aziende di appartenenza; altre modalità andranno concordate con le OOSS più rappresentative.

Considerando inoltre che le attività di tutoraggio e docenza sono parte integrante dell'attività del pediatra di famiglia, verranno assegnati anche ai pediatri di famiglia detentori di titolo di attività di tutoraggio, animazione formativa e docenza i medesimi crediti formativi attribuiti ai discenti.

Sarà istituito secondo modalità definite nel comitato art. 24., a questo proposito, un apposito Albo Aziendale di docenti (pediatri di famiglia docenti di formazione ECM), di Animatori e di tutors pediatri di famiglia.

La Regione Campania, inoltre, in collaborazione o su proposta delle OO.SS. più rappresentative, organizzerà Corsi di Formazione per Animatori di Formazione Permanente (ADF), aperti ai pediatri di famiglia interessati. Provvederà, inoltre, ad organizzare momenti di revisione formativa per gli ADF già inseriti nell'Albo Regionale, nell'ottica di un aggiornamento continuo.

In applicazione dell'art. 20 dell'ACN, sarà istituito l'Elenco Regionale degli Animatori di Formazione degli specialisti pediatri di famiglia secondo modalità definite nel comitato art. 24.

Alla rilevazione dei bisogni formativi dei pediatri di famiglia parteciperanno attivamente i pediatri di famiglia con il titolo di Animatori di Formazione.

Le Aziende sono tenute alla organizzazione delle attività formative necessarie al conseguimento di almeno il 70% del numero totale di crediti formativi previsti dalle disposizioni di legge, secondo modalità determinate autonomamente dal Comitato Aziendale ex art. 23. Nel caso l'Azienda sia inadempiente, il pediatra di famiglia provvederà autonomamente al conseguimento di detti crediti formativi minimi. In tal caso l'Azienda sarà tenuta a farsi carico degli oneri per la sostituzione ed eventuali costi di iscrizione al Corso.

I corsi di Formazione sono a carico del SSR secondo le modalità già previste dal Capo 2 punto 2.2.2. b) della DGR n. 971 del 02.07.2004 SSN.

Per l'assolvimento dei compiti sopra previsti, resta vigente quanto definito in ogni ASL per le attività formative sinora poste in essere. Ogni ASL, all'interno del Comitato ex art.23, dovrà provvedere, ove non esistente, alla strutturazione di apposito atto che identifichi in maniera chiara l'entità delle spese imputabili al capitolo Formazione.

CAPO III : L'ASSISTENZA PEDIATRICA

Art. 20 Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)

DEFINIZIONE E COMPITI

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), come definite dall'ACN 2005 e s.m.i. e dalla L. 189/12, sono *"forme organizzative monoprofessionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi"*.

L'AFT risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che Regione Campania e Pediatria di famiglia condividono ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello assistenziale, funzionale alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Pediatria di famiglia. L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, costituisce l'unità elementare di assistenza pediatrica a livello territoriale, che attualmente si identifica con il medico singolo.

L'AFT ha lo scopo di costituire la rete assistenziale verticale/orizzontale della pediatria convenzionata, superando il concetto del medico che opera individualmente nel proprio studio; esso è un modello organizzativo che si adatta a diverse tipologie di medici singoli o in associazione in un determinato bacino territoriale di assistiti.

Lo scopo della AFT è, quindi, favorire l'integrazione, garantendo alti livelli di flessibilità e adattabilità al sistema regionale di organizzazione dei servizi sanitari.

Lo stato giuridico del PDF rimane comunque sempre quello di libero professionista convenzionato.

I pediatri partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali (AFT). L'attività dell'aggregazione funzionale è coordinata da un pediatra di famiglia.

I pediatri aderiscono all'aggregazione funzionale di uno o più ambiti territoriali allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra pediatria di famiglia e continuità assistenziale;
- migliorare il livello organizzativo delle cure primarie pediatriche e del suo livello di accessibilità;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
- sviluppare la medicina di iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione infantile di riferimento.

L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui sopra attraverso:

- L'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- La condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- La partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale;

ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

La particolare conformazione urbanistica e oro-geografica del territorio campano richiede, nella ridefinizione della organizzazione territoriale della pediatria, la presenza di modelli flessibili e variegati che tengano conto, anche, della diffusione capillare ma non numerosa della pediatria di famiglia.

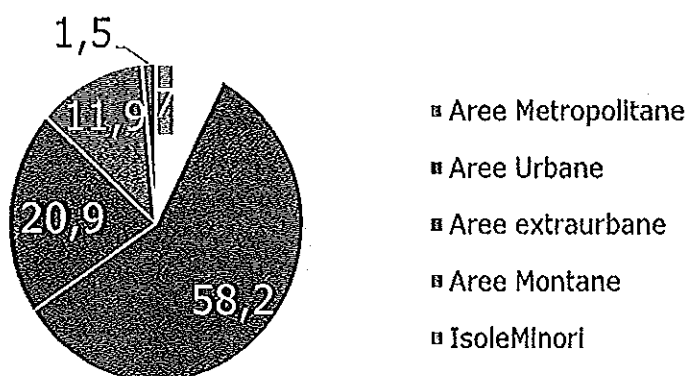
Considerando che le realtà territoriali sono caratterizzate da una consistente concentrazione di pediatri di famiglia in diversi centri urbani e, viceversa, da un'alta percentuale (vedi tabella 2.2) di pediatri che operano in zone extra urbane ed a popolazione sparsa, si conviene che, per favorire la massima capillarizzazione della pediatria di famiglia:

- i pediatri che afferiscono obbligatoriamente alle AFT continuino a prestare la propria opera nei singoli studi dell'ambito territoriale di riferimento, coordinati e collegati tra di loro per via informatica.

Nelle more dell'attivazione e della operatività delle AFT le attuali forme associative (associazione e gruppo) continueranno ad essere attive.

Le stesse andranno ad esaurimento e non ne saranno costituite di nuove.

TABELLA 2.2 - Ambito territoriale prevalente per Regione (Valori percentuali; N= 672)					
Regione	area metropolitana	area urbana	area extraurbana	area montana	area insulare o per le isole minori
ABRUZZO	5,3	42,1	36,8	15,8	0,0
BASILICATA	0,0	18,2	36,4	45,5	0,0
CALABRIA	3,0	27,3	51,5	18,2	0,0
CAMPANIA	7,5	58,2	20,9	11,9	1,5
EMILIA ROMAGNA	0,0	33,3	52,8	13,9	0,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,0	47,4	36,8	15,8	0,0
LAZIO	26,9	26,9	34,6	11,5	0,0
LIGURIA	22,2	55,6	16,7	5,6	0,0
LOMBARDIA	8,8	35,0	40,0	16,3	0,0
MARCHE	4,8	47,6	9,5	38,1	0,0
MOLISE	14,3	14,3	28,6	42,9	0,0
PIEMONTE	17,5	32,5	40,0	10,0	0,0
PA. DI BOLZANO	0,0	35,0	25,0	40,0	0,0
PA. DI TRENTO	0,0	23,1	7,7	69,2	0,0
PUGLIA	4,2	75,0	16,7	4,2	0,0
SARDEGNA	10,0	25,0	45,0	20,0	0,0
SICILIA	10,2	49,2	20,3	16,9	3,4
TOSCANA	3,0	39,4	33,3	21,2	3,0
UMBRIA	0,0	41,7	50,0	8,3	0,0
VALLE D'AOSTA	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
VENETO	0,0	30,6	57,1	10,2	2,0
ITALIA	7,9	40,5	33,4	17,4	0,8



Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) oggetto del presente Accordo sono articolate di norma per distretto sanitario.

Particolari situazioni locali, individuate dal comitato aziendale per la pediatria, possono determinare AFT per ambito, per zone omogenee (es. aree metropolitane) o interdistrettuali (es. aree oro-geograficamente disagiate).

Ne fanno parte i pediatri di famiglia

- a) Singoli (nel proprio studio medico)
- b) Pediatri in Associazione (nei rispettivi studi)
- c) Riuniti in gruppo (in sede unica)

Le AFT sono finalizzate a:

- a) garantire prestazioni di tipo diagnostico, preventivo, terapeutico e di educazione sanitaria;
- b) perseguire adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra pediatri di libera scelta ed altre categorie mediche;
- c) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei pediatri di libera scelta con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali concordate;
- d) perseguire forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei pediatri di famiglia;
- e) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- f) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;
- g) perseguire l'appropriatezza prescrittiva con attuazione di specifici protocolli mediante l'attuazione di specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;
- h) effettuare le prestazioni di Self Help previste dagli Accordi Regionali/aziendali anche al fine di ridurre l'accesso al PS, abbattere le liste di attesa e qualificare ulteriormente le attività erogative della Pediatria di Famiglia;
- i) assumere in carico pazienti con patologia cronica e/o rara e con patologie complesse;
- l) perseguire il coordinamento con le strutture territoriali specialistiche di 2° livello attraverso la condivisione di PDTA;
- m) partecipare a programmi di formazione condivisa, mirata all'implementazione ed al rafforzamento dei programmi di governo clinico;
- n) partecipare a progetti vaccinali finalizzati al raggiungimento delle coperture vaccinali previste dai LEA;
- o) partecipare alle campagne vaccinali concordate a livello Regionale/Aziendale;
- o) valorizzare il progetto Salute Infanzia;

p) partecipare a progetti concordati a livello regionale e/o aziendale e/o distrettuale.

All'interno dell'AFT deve essere individuato un pediatra di famiglia coordinatore che abbia funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Direttore del distretto e il coordinatore dell'UCCP, collabori con il referente pediatrico della UCCP ed entri a far parte di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali di riferimento della/e AFT (oggi definito UCAD).

I requisiti e le modalità per l'individuazione del Coordinatore sono normati dal Capitolo "Coordinatore delle AFT"

Modalità organizzative dell'AFT

L'AFT è composta da pediatri singoli e da pediatri già costituiti nelle forme associative esistenti (associazione, gruppo) che operano ognuno nel proprio studio medico; essa ha lo scopo di elevare la qualità delle prestazioni erogate dal singolo pediatra e migliorare la possibilità di fruire delle prestazioni del pediatra di famiglia anche al fine di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Essa deve prevedere i seguenti requisiti:

- distribuzione degli studi coerente con l'articolazione territoriale atta a garantire la massima capillarizzazione dell'offerta pediatrica, concordata con il Comitato Aziendale per la Pediatria;
- l'aggregazione è composta dai pediatri operanti, di norma, nello stesso distretto sanitario, in numero comunque non inferiore alle 5 (cinque) unità, salvo diversa articolazione definita dal comitato aziendale per la pediatria;
- collegamento in rete dei vari studi con l'utilizzo da parte di ogni pediatra di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposti anche per il collegamento con l'Azienda e per l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, qualora tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali;
- disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per le prestazioni non differibili;
- possibilità di farsi sostituire anche da altri componenti della singola AFT in caso di assenza, con erogazione dell'assistenza nello studio del sostituto;
- pubblicizzazione in ogni ambulatorio ed al suo ingresso delle modalità organizzative definite con il distretto;
- condivisione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) per le patologie a più alta prevalenza;
- realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'aggregazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla Regione;
- apertura coordinata degli studi per una continuità dell'assistenza di almeno 8 ore giornaliere nei giorni feriali dal lunedì al venerdì (orari diversi di apertura andranno concordati a livello aziendale in base alle singole realtà).
- attività di ogni singolo pediatra con l'impegno orario già stabilito dal vigente ACN.

Le singole AFT possono coordinarsi tra di loro per conseguire specifici obiettivi del piano sanitario regionale o della singola ASL, qualora precedentemente concordati con il Comitato Regionale e/o Aziendale

Le prestazioni aggiuntive previste dall'ACN e dall'AIR vigenti, possono essere notulate da ciascun medico dell'aggregazione, anche se eseguite a favore di assistiti degli altri componenti dell'AFT, per le sole prestazioni non differibili.

I pediatri in aggregazione, nell'ambito di accordi distrettuali e/o aziendali, possono individuare uno o più studi dove svolgere, a rotazione, attività concordate (es. educazione alla salute, self help, vaccinazioni,...);

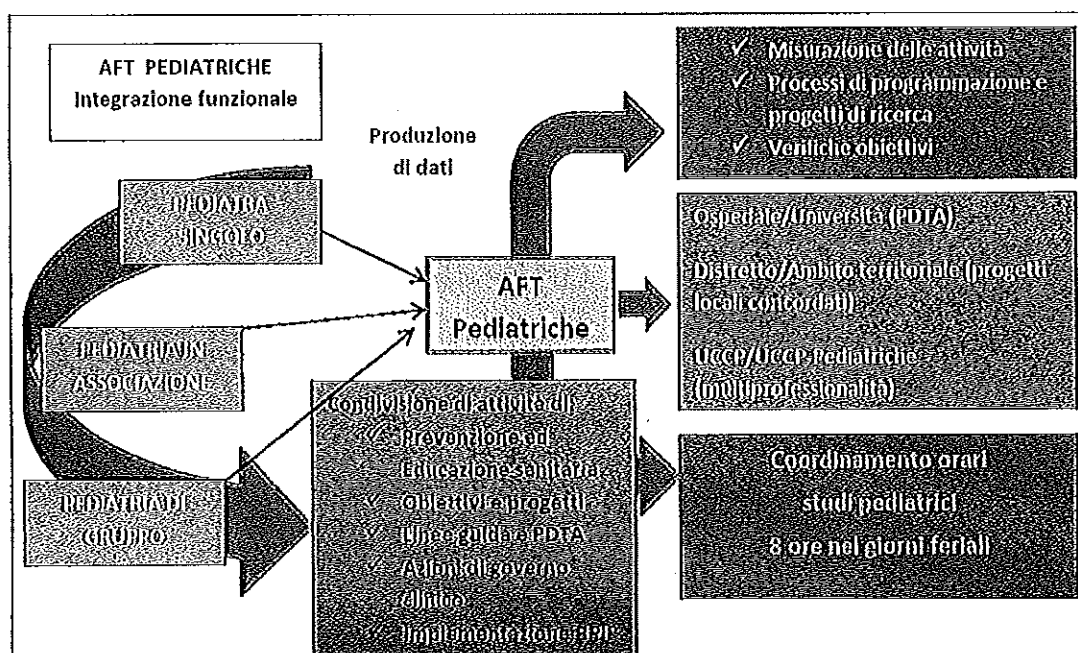
L'esistenza di una assistenza pediatrica territoriale assicurata in maniera capillare dalla pediatria di famiglia e la presenza di un cospicuo numero di centri di riferimento pediatrico ospedalieri ed universitari, risente della scarsa o nulla presenza di una strutturazione territoriale di II livello, che funga da prima interfaccia con i pediatri di famiglia e da filtro verso le strutture di III livello.

Pertanto nei territori dove non viene istituita una UCCP, al fine di offrire un'assistenza di II livello idonea a rendere prestazioni sanitarie appropriate atte a ridurre anche gli accessi impropri ai PS ospedalieri, si può prevedere la costituzione di sedi di riferimento territoriali (fornite dall'Azienda o da altri soggetti erogatori) all'interno delle quali i pdf potranno prestare la loro opera professionale per un numero di ore tale che vengano rispettati i requisiti di apertura degli studi medici, previsti dall'ACN vigente senza il superamento del monte orario settimanale previsto per singolo pediatra.

Per la concreta attuazione di quanto sopra sarà necessario tenere in considerazione la specificità territoriale oro-geografica e pertanto la Istituzione della sede unica può essere di riferimento ad una o più AFT garantendo la presenza di un numero congruo di (non meno di dieci) di PLS afferenti all'AFT.

Nelle suddette strutture di riferimento potranno afferire specialisti ambulatoriali per l'attuazione dei PDTA derivanti dalla programmazione regionale e aziendale.

Nell'ambito di un progetto condiviso ed opportunamente finanziato si potrà prevedere l'estensione dell'attività delle AFT alle 12 ore diurne dei giorni pre-festivi e festivi. Tale attività può essere garantita anche con l'impiego dei giovani specialisti inoccupati della Regione Campania.



COORDINATORE DELLE AFT

Il coordinatore dell'AFT ha i seguenti compiti:

- indice ed organizza le riunioni dei pediatri delle forme organizzative facenti capo all'AFT, rapportandosi con il personale aziendale ed in particolare con i dirigenti del territorio;
- conduce e coordina gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all'interno della AFT;

- rappresenta i pediatri delle forme associative facenti capo all'AFT nei rapporti con gli ospedali di riferimento, con la Zona-Distretto, con le UCCP di riferimento e con l'Azienda;
- è garante per la parte pediatrica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi;
- concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione collettiva.
- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio Sanitario Campano, sarà compito del coordinatore di AFT concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in AFT al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il DEA. Sarà compito del coordinatore di AFT verificare se esistano le condizioni socio-assistenziali che garantiscano una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti Unici di Accesso istituiti di cui al DCA 84 del 05/07/2013.
- Le norme che regoleranno le modalità di identificazione del Coordinatore, la sua durata in carica, la possibilità di rielezione, la retribuzione ed ogni altra specificazione necessaria alla efficacia operativa di tale figura, verranno definite nel Comitato Regionale ex art. 24.

Art. 21 L' Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

Accanto allo sviluppo delle AFT si prevede l'istituzione di forme organizzative più complesse, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

La costruzione di questo ulteriore pilone dell'assistenza territoriale è la sede più idonea dove risolvere molte delle problematiche oggi legate all'iperafflusso di pazienti presso le strutture ospedaliere ed universitarie, causa dell'allungamento anormale delle liste di attesa e del talora incongruo ricovero ospedaliero per patologie di bassa-media gravità.

Si rende, quindi, indispensabile la definizione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), nelle quali trovino spazio anche specialisti d'organo con formazione pediatrica (NPI, Oculista, ORL, Ortopedico, Cardiologo, ...), con i quali i pediatri presenti nelle AFT di riferimento potranno concordare e mettere a punto la definizione pratica dei PDTA previsti dall'AIR.

Le UCCP non sono forme organizzative alternative alle AFT; esse sono collegate alle AFT e ai medici, o parte dei medici, che delle stesse AFT fanno parte.

L'UCCP si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo, ...) e dalle Municipalità (es. assistente sociale e personale amministrativo,...).

Le UCCP, quindi:

1. Sono centri per l'assistenza territoriale multidisciplinare stanziale (con la partecipazione anche di Infermieri pediatrici, assistenti sociali, riabilitatori, dietisti, specialisti di organo e di funzione con competenza pediatrica, ecc.) organizzati per garantire la continuità delle Cure ai pazienti in età evolutiva.
2. Sono organizzate, di norma, in sede unica; modalità diverse, definite a livello regionale, potranno essere strutturate sulla base delle diverse realtà oro-geografiche e di densità abitativa. Esse rappresentano un punto di riferimento concreto ed identificabile all'offerta assistenziale di prossimità.
3. Per la parte di propria competenza i Pediatri di Famiglia partecipano alla maggiore e più continua presenza sul territorio nei giorni feriali.

ambulatori stanziali dedicati alle patologie definibili da codice bianco e verde, operanti nelle 12 ore diurne dei giorni pre-festivi e festivi. Ambulatori la cui gestione potrà permettere l'impiego anche dei giovani specialisti inoccupati della Regione Campania.

5. Adottano percorsi assistenziali e di integrazione ospedale-territorio, anche con l'adozione di Linee Guida e strumenti di governo clinico condivisi.
6. Attuano la presa in carico e follow-up multidisciplinare, *case management* dei bambini e degli adolescenti con malattie croniche e malattie rare, in integrazione con i servizi ospedalieri e i centri di riferimento, secondo il modello di rete nodale per livelli di assistenza e attraverso percorsi e protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) condivisi con i pediatri di famiglia delle AFT di riferimento.
7. Prendono in carico il neonato sano dimesso dal nido, coordinando un gruppo di assistenza domiciliare costituito, oltre che dal pediatra di famiglia (*case-manager*), da una ostetrica ed una puericultrice.
8. Eseguono le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.
9. Realizzano il sostegno alla genitorialità e al disagio psico-relazionale, particolarmente del periodo adolescenziale.
10. Organizzano corsi per i genitori indirizzati alla genitorialità consapevole, alla corretta assistenza al neonato, all'incremento della pratica dell'allattamento al seno, alla prevenzione degli incidenti domestici, alla disostruzione da corpo estraneo, ...
11. Progettano interventi di formazione, informazione e collaborazione con le istituzioni scolastiche.
12. Nell'ambito di specifici progetti condivisi possono erogare assistenza specialistica prefestiva e festiva.
13. La partecipazione dei pediatri di famiglia all'interno della UCCP, per quanto riguarda l'assistenza pediatrica, si rapporta funzionalmente con le AFT di riferimento. Tale modello, anche ai sensi del comma 2 dell'art. 26 ter dell'ACN vigente, dovrà prevedere la partecipazione dei pediatri che assistono la popolazione del territorio di riferimento della UCCP.

Art. 22 PROGETTO SALUTE INFANZIA

Il Progetto Salute Infanzia ha lo scopo di promuovere il benessere psicofisico e sociale del bambino dalla nascita alla fine dell'età evolutiva. Tale progetto inizia con la presa in carico del nuovo nato da parte del pediatra di famiglia, da attuarsi contestualmente alla registrazione dell'atto di nascita, ed accompagna la sua crescita monitorandone lo sviluppo psico-fisico-relazionale nel contesto della sua famiglia e del suo inserimento sociale. Nell'ambito della dimissione precoce del neonato sano e/o patologico e/o prematuro dal nido o dalla TIN, il pediatra di famiglia si inserisce, quale *case manager*, nell'equipe territoriale che si prefigge di assistere ed accompagnare sin dal primo giorno la madre ed il neonato, secondo le modalità identificate dal CPRPN.

Il progetto salute Infanzia è articolato nei seguenti punti:

- visite ad età filtro (bilanci di salute);
- interventi di educazione sanitaria nei confronti dei propri assistiti (anche mediante progetti obiettivi finalizzati);
- esecuzione di screenings: Test uditivi (Boel-test o similari), Test ambliopia, DSM V,...;
- interventi di profilassi e di monitoraggio delle malattie infettive
- ulteriori interventi specifici (progetti-obiettivo) regionali e/o aziendali.

L'esperienza effettuata con l'istituto dei bilanci di salute ha suggerito di proseguire i controlli sino all'età dell'adolescenza con l'inserimento di ulteriori visite finalizzate al controllo dello sviluppo puberale, scheletrico, dentale, nutrizionale, psico-comportamentale, in collaborazione con le attività aziendali degli Spazi per Adolescenti delle UOMI.

Con l'attivazione del progetto salute infanzia sono prevedibili importanti traguardi come l'incremento dell'allattamento materno, il miglior controllo degli incidenti domestici, l'instaurazione di un consolidato rapporto di fiducia con la famiglia, campagne educative sull'importanza delle attività motorie, sulle abitudini alimentari e, anche in collaborazione con le UOMI-Spazio Adolescenti delle Aziende, sulle problematiche del fumo, dell'alcool e delle droghe. Esso si arricchisce delle attività di osservazione e

delle principali competenze cognitive, relazionali e psichiche, a cui potrebbero seguire esami più approfonditi.

Il progetto salute infanzia, inoltre, rappresenta un valido supporto al programma vaccinale, soprattutto in previsione della caduta dell'obbligatorietà, ed un notevole contributo alla osservazione ed al monitoraggio delle malattie infettive.

Il progetto salute infanzia è costituito dai dieci bilanci di salute già inseriti e codificati nel Libretto Pediatrico Regionale, da un Bilancio di Salute annuale per i Bambini affetti da patologie croniche da un ulteriore bilancio di salute da effettuarsi in periodo preadolescenziale la cui adozione sarà definita dal Comitato ex art. 24.

Sono tali e tanti i cambiamenti somatici e psicosociali che accompagnano la metamorfosi adolescenziale che diviene indispensabile una figura professionale in grado di riconoscere precocemente le deviazioni e le modificazioni che si possono verificare per cause endogene o più spesso per cause esogene in questo periodo.

I Bilanci di Salute saranno inoltrati alle AASSLL/Regione esclusivamente per via telematica, mediante i programmi già individuati ed attivati dalle stesse AASSLL/Regione, con la corresponsione della già prevista cifra di € 14,50 per singolo Bilancio. I tempi e le modalità di tale invio telematico saranno definiti nell'ambito del Comitato ex art. 24

Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del progetto salute infanzia a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, le famiglie saranno adeguatamente informate, a cura delle Aziende, sui tempi di esecuzione del progetto e sollecitate al puntuale rispetto delle scadenze previste.

Art. 23 LIBRETTO PEDIATRICO REGIONALE

La Regione Campania ha Istituito, per tutti i bambini nati a partire dall'1-1-1999, il Libretto Pediatrico Regionale. Tale Libretto, stampato a cura dell'Assessorato alla Sanità, viene consegnato dai Centri Nascita all'atto della dimissione, debitamente compilato nella parte anagrafica ed anamnestica neonatale. Esso permette al pediatra di famiglia di annotare le visite intercorrenti, gli eventuali ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche e, nel caso, le eventuali vaccinazioni eseguite.

I Pediatri di Famiglia della Regione Campania compilano il Libretto Pediatrico Regionale (conservato dai rappresentanti legali dell'assistito) relativamente alle parti di loro competenza. Esso è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria dell'età evolutiva quale mezzo di comunicazione irrinunciabile tra famiglia, pediatra di fiducia ed altri operatori sanitari.

Si conviene la necessità di mantenere inalterato tale istituto, sia nelle modalità operative che nella remunerazione già prevista dalla DGR n. 971 del 02.07.2014, fino alla piena operatività del Fascicolo Sanitario

Elettronico, con conseguente successiva riallocazione delle risorse che si renderanno così disponibili.

Il libretto pediatrico regionale viene definito e aggiornato, laddove ritenuto necessario dal Comitato Regionale ex art 24, e costituisce modello unico regionale da adottarsi da parte delle ASL.

ALLEGATO AL PROGETTO SALUTE-INFANZIA

CALENDARIO DEI BILANCI DI SALUTE

EPOCA DEL BILANCIO	RANGE DI ESECUZIONE
1) 15-30 giorni di vita	dalla nascita a 45 giorni
2) 2-3 mesi	dal 45° al 105° giorno di vita
3) 5-6 mesi	da 4 mesi e 15 giorni a 6 mesi e 15 giorni
4) 10-12 mesi	da 9 mesi e 15 giorni a 12 mesi e 15 giorni
5) 15-18 mesi	dal compimento dei 15 mesi a quello dei 19 mesi
6) 24-36 mesi	dal compimento dei 24 mesi a quello dei 36 mesi

7) 4-5 anni	dal compimento del 4° anno a quello del 5°
8) 5-6 anni	dal compimento del 5° anno a quello del 6°
9) 7-8 anni	dal compimento del 7° anno a quello dell'8°
10) 8-10 anni	dal compimento dell' 8° anno a quello del 10°
11) 12-14 anni	dal compimento del 12° anno a quello del 14°

Screening

1. Premesso che la prevenzione rappresenta una parte qualificante del complesso delle norme che costituzionalmente regolano il diritto alla salute, più volte richiamata sia nella Carta dei Diritti dell'Infanzia che nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale, la Regione Campania Intende perseguire la realizzazione di tali principi.
In particolare si continuerà a sottoporre a screening uditivo (Boel Test o similari) e visivo (Screening per l'ambliopia) la popolazione in età evolutiva in età predefinite, con le modalità già previste.
Si intende, inoltre, avviare uno Screening di valutazione neuro-psichiatrica.
2. La remunerazione degli screening avverrà il 2° mese successivo a quello di esecuzione come da allegato B dell'ACN 2005 e s.m.i.

Screenings di valutazione neuro-psichiatrica

La Regione Campania ha ripetutamente sottolineato la volontà di promuovere attività concrete nell'ambito della prevenzione delle malattie neuro-psichiatriche, sia organizzando Corsi specifici di Formazione obbligatoria per il Pediatra di Famiglia che varando leggi regionali a sostegno di patologie specifiche.

Si concorda di promuovere, oltre il Test uditivo (Boel Test o similari) e Screening per l'ambliopia, le sottostanti azioni preventive attraverso la esecuzione dei sotto-elencati test, nei tempi e con le modalità dettagliatamente riportate:

Tipologia del test	Metodo	Range di esecuzione
Valutazione del linguaggio	Test ELM	18 mesi +/- 6 mesi
Valutazione segni precoci di disturbo autistico	CHAT	18 - 24 mesi
Valutazione di apprendimento (D.S.A.)	Test lettura - scrittura	6° anno - 7°anno con almeno 8 mesi di scolarizzazione
Valutazione dell'Autostima	TMA	12 anni - 14 anni

2. i test possono essere eseguiti su supporto informatico o cartaceo, secondo modalità che saranno definite all'interno del Comitato ex art. 24.;
3. il compenso da corrispondere al pediatra di famiglia per l'esecuzione di ciascun test è pari a 50,00 euro.
4. il pediatra di famiglia riepiloga mensilmente all'Azienda di appartenenza le prestazioni eseguite su apposita modulistica di cui agli Allegati n° 3-4-5-6-7, avendo cura di far apporre la firma del genitore o l'esercente la patria potestà a conferma dell'avvenuta prestazione.
5. il pediatra di famiglia, in un contesto di multidisciplinarietà ed integrazione, per l'esecuzione delle suddette prestazioni, nel rispetto della normativa sulla Privacy, può avvalersi della collaborazione di figure professionali specifiche, retribuite a prestazione con tariffe liberamente concordate tra i professionisti.
6. il pediatra di famiglia, qualora ravvisi la necessità di approfondimento diagnostico e/o terapeutico, si rapporta direttamente con le strutture territoriali di riferimento presenti nel territorio per la continuità delle cure in un ottica multidisciplinare.

7. L'attività di cui sopra trova copertura finanziaria nell'ambito delle risorse già destinate dalla DGR n. 971 del 02.07.2014 e, in fase di avvio, con fondi finalizzati a specifiche progettualità. Le modalità applicative verranno definite dal Comitato ex-art. 24 in coerenza/integrazione con le attività già previste dagli atti di indirizzo regionali.

Art. 24 Bilancio di salute annuale per bambini affetti da Patologia Cronica

E' un Bilancio di salute non contenuto nel Libretto Pediatrico Regionale (allegato 9).

Esso sarà redatto dal PLS per ogni singolo paziente affetto dalle patologie di cui all'allegato 2, una sola volta l'anno.

Le schede, accompagnate da un riepilogo indicante il nome dei bambini coinvolti, saranno consegnate al Distretto di appartenenza entro il 31 gennaio di ogni anno.

Per ogni bilancio saranno corrisposti al Pediatra di Famiglia, entro 60 giorni dalla consegna, euro 26,00.

Tale somma sarà invece di euro 52,00 per ogni bilancio nel caso il Pediatra, oltre ad inviare il modulo, partecipi ai lavori per la predisposizione ed aggiornamento del piano personalizzato in coordinamento con i servizi territoriali competenti.

Le riunioni saranno preannunciate con sufficiente anticipo e saranno tenute nella sede dell'UOMI del Distretto o in altra sede da definire.

Assistenza al bambino con patologia cronica e/o rara

L'assistenza a bambini con patologia cronica si esplica con le seguenti modalità:

- a) assistenza domiciliare integrata - ADI (vedi allegato E ACN 2005 e s.m.i.)
- b) assistenza domiciliare programmata - ADP (vedi allegato E ACN 2005 e s.m.i.)
- c) assistenza ambulatoriale programmata - AAP

Assistenza Domiciliare ai bambini con patologia cronica e/o rara (Allegato E ex art. 51, comma 1, lett. a e b ACN 2005 e s.m.i.)

- 1. L'assistenza domiciliare è garantita:
 - a. secondo la modalità programmata nei confronti di pazienti non ambulabili (ADP) o secondo programmi di presa in carico con o senza integrazione sociale (ADI) così come previsto dall'allegato E dell'ACN 2005 e s.m.i.;

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

Il PLS, secondo i dettami dell'art. 4 dell'allegato E dell'ACN 2005 e s.m.i., partecipa alle attività finalizzate alla attivazione, valutazione, programmazione e presa in carico del bambino nel sistema delle cure domiciliari come disciplinato dalle DGR n. 790/2010 e DGR n. 41/2011.

il piano redatto dal pediatra di famiglia è inviato anche via fax, per gli adempimenti di pertinenza distrettuale e per l'attività di monitoraggio previsto dall'art. 26 dell'ACN 2005, all'ASL di competenza entro 48 ore dall'attivazione.

- 2. Sia per l'ADP, che per l'ADI, l'attività è concordata col Distretto di appartenenza. L'assistenza infermieristica viene assicurata tramite il distretto di competenza.
- 3. Il Distretto fornisce, a richiesta, il materiale sanitario necessario per garantire le PPIP di cui all'allegato B dell'ACN 2005 per l'assistenza infermieristica di cui al comma precedente. I compensi per le PPIP comunque eseguite a domicilio del paziente sono riconosciute al pediatra di famiglia, che è titolare della presa in carico, quale rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accesso domiciliare.

Il Pediatra di famiglia entro il 31 gennaio di ogni anno ripropone le richieste di ADP, inviando l'elenco degli assistiti in ADP al distretto di competenza e comunicando eventuali modifiche del relativo piano

assistenziale precedentemente depositato. La scheda e la documentazione sanitaria relativa all'ADP è custodita esclusivamente presso il domicilio del paziente.

4. E' confermato il compenso economico già previsto per le attività di ADP ed ADI

Assistenza Ambulatoriale ai bambini con patologia cronica (AAP)

Per l'Assistenza ambulatoriale programmata(AAP) la parti fanno proprie le patologie previste dall'Allegato 2, ivi comprese particolari patologie non previste ma concordate con le ASL.

L'assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica (AAP) è svolta assicurando presso l'ambulatorio del pediatra controlli periodici, per ogni singola patologia, pari al numero di accessi previsti dall'allegato 8, oltre al già normato Bilancio riepilogativo annuale.

Il Bilancio annuale è un bilancio di salute non contenuto nel Libretto Pediatrico Regionale, esso vuole essere un bilancio riepilogativo delle problematiche e dei bisogni del bambino cronico onde poter programmare individualmente il migliore piano terapeutico, riabilitativo ed assistenziale possibile.

I moduli per gli accessi e per il bilancio annuale saranno concordati con le AASSLL di appartenenza e distribuiti ai pediatri di famiglia. Per ogni accesso ambulatoriale notulato sono confermati i compensi attualmente previsti

Self help diagnostico-terapeutico

La Regione Campania intende favorire la qualificazione degli studi del pediatra di famiglia, incentivando il self help diagnostico; infatti, l'esecuzione in studio di semplici esami di laboratorio o di esami strumentali consente di poter definire rapidamente la corretta diagnosi, impostare una adeguata terapia, evitare terapie improprie riducendo di conseguenza la spesa farmaceutica, disincentivare il ricorso ad accessi impropri presso le strutture ospedaliere.

Essa presenta, infatti, aspetti qualificanti di grande valore:

- 1) ridurre le liste di attesa;
- 2) migliorare la capacità di selezione dei casi da inviare al livello successivo;
- 3) semplificare, a vantaggio degli utenti, i percorsi diagnostico-assistenziali;
- 4) offrire al pediatra di famiglia la possibilità di effettuare diagnosi precoci con terapie mirate.

Le nuove acquisizioni tecnologiche, il modificarsi nel tempo dei costi di gestione, una corretta valutazione di quanto non più necessario e di quanto, al contrario, oggi ha assunto un valore probatorio rilevante, determinano una nuova scrittura del nomenclatore tariffario come in allegato 10 definito.

Nell' Allegato 10 del presente Accordo, sono riportati gli esami di laboratorio o strumentali, nonché test e prestazioni, che il Pediatra di Famiglia della Regione Campania può eseguire o utilizzare nello studio per i propri assistiti; le relative tariffe saranno in vigore dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

Tali prestazioni non sono soggette ad autorizzazione in quanto svolte dal pediatra esclusivamente nei confronti dei propri pazienti, e, nell'ambito della AFT e per le sole prestazioni non differibili, nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma aggregativa, a scopo di accertamento diagnostico complementare all'attività clinica.

Il Pediatra di Famiglia riepiloga le prestazioni di cui all'Allegato 10, effettuate nel corso del mese e inoltra il riepilogo mensile alla ASL di appartenenza di norma entro il giorno 15 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni. L'Azienda liquida le competenze dovute entro il mese successivo a quello di inoltro/invio del riepilogo. L'Azienda può verificare, in ogni momento, il possesso delle attrezzature idonee all'esecuzione delle prestazioni.

Nelle more che la Regione Campania abbia contezza della spesa globale relativa alle Prestazioni di Self Help diagnostico – terapeutico, in ogni ASL sarà messo a disposizione della Pediatria di Famiglia l'intero ammontare consuntivo dell'anno precedente. Nel frattempo, tali prestazioni saranno retribuite con le

modalità già in atto, così come rielaborate e nella consistenza economica definita dalle allegate tabelle (10 A e B).

I Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)

La riorganizzazione dell'assetto delle cure pediatriche territoriali introdotte dalle normative nazionale, oltre che la volontà della Regione Campania di costituire un sistema più efficiente ed efficace di assistenza al minore, riconosce quale elemento di innovazione e razionalizzazione la Identificazione, condivisione e strutturazione di PDTA mirati alle più comuni e più diffuse patologie dell'età infantile ed adolescenziale.

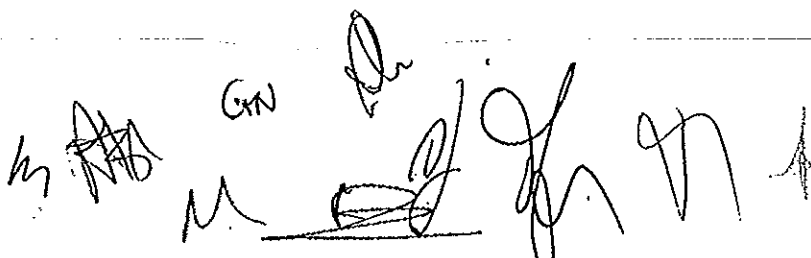
Si conviene di identificare, quale primo gruppo di patologie sulle quali definire successivamente i PDTA le seguenti:

- Sovrappeso ed obesità
- Asma
- Bassa statura
- Ipercolesterolemia
- Celiachia
- Affezioni dell'apparato ORL
- Gastroenterite
- Broncopolmonite
- Infezioni delle vie urinarie
- Assistenza Territoriale al neonato pretermine e/o a rischio di deficit organici e neurosensoriali e/o del neonato sano dimesso precocemente

Per le singole patologie inserite nei PDTA saranno proposti, in una fase successiva: il percorso, le azioni da compiere da parte di ogni operatore, le verifiche quanti-qualitative, il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

I risultati ottenuti, in termini di mancato invio alla struttura ospedaliera/universitaria, di recupero di salute ottenuto, di riduzione dell'incidenza della patologia a livello territoriale, di riduzione delle liste di attesa indotte dal pediatra di famiglia, sarà oggetto di valutazione e conseguente riconoscimento economico.

Gli indicatori di output ed outcome saranno concordati tra i referenti di AFT/UCCP e l'ASL/Distretto.



ALLEGATO 1 – COMITATO AZIENDALE

Per la costituzione del Comitato Aziendale ex art. 23 dell'ACN 2005 e s.m.i. si fa riferimento alla consistenza sindacale così come verificata al 1° gennaio dell'anno precedente ed alla residenza sul territorio dell'ASL di un terminale associativo rappresentativo delle singole Organizzazioni Sindacali.

Avranno diritto alla presenza in Comitato Aziendale le sole OO.SS. firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale vigente, purché rispondenti ai requisiti di cui al comma precedente.

Ogni O.S. avrà diritto alla presenza di 1 rappresentante (Rappresentatività); i rimanenti componenti di parte sindacale (Rappresentanza) andranno definiti secondo le medesime modalità utilizzate per l'assegnazione dei seggi elettorali comunali. Il numero degli iscritti, definiti secondo le modalità sopra definite, verrà successivamente diviso per 1, 2, n., sino al numero di Rappresentanti da assegnare; i valori più elevati indicheranno le OO.SS. assegnatarie (vedi esempio).

Esempio 1: sono da assegnare altri 3 rappresentanti, due OO.SS. sono ammesse.

Rappresentanti	O.S. n. 1	O.S. n. 2
1	100	60
2	50	30
3	33,33	20
4	25	15

Esempio 2: sono da assegnare altri 3 rappresentanti, tre OO.SS. sono ammesse.

Rappresentanti	O.S. n. 1	O.S. n. 2	O.S. n. 3
1	100	60	15
2	50	30	7,5
3	33,33	20	5
4	25	15	3,75

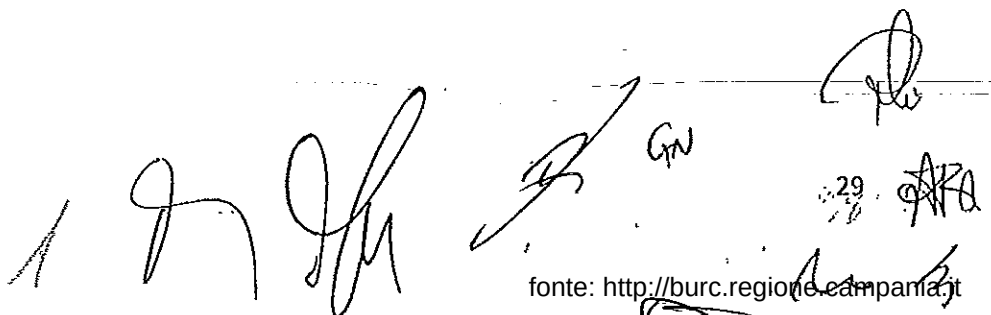
Allegato 2 - PATOLOGIE CRONICHE

Tale elenco costituisce riferimento per : ADI, ADP, AAP, Bilancio di salute al bambino con patologia cronica, Motivi per il prolungamento dell'assistenza pediatrica sino ai 16 anni

Allergie gravi
Artrite cronica giovanile
Asma medio-grave
Autismo
Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (ad es.: figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori
Cecità mono o binoculare
Emicrania ricorrente
Cellachia
Cerebropatie
Deficit immunologici congeniti o acquisiti
Diabete mellito
Displasia broncopulmonare
Distrofie ed ipotonie muscolari
Disturbi del linguaggio o dell'apprendimento
Disturbi endocrini e del metabolismo
Disturbi della emotività dell'infanzia e dell'adolescenza
Epatiti croniche
Epilessia
Fibrosi cistica
Glaucoma
Ipo/ipertiroidismo
Malattie congenite o acquisite dello scheletro (osteopatie e displasie)
Malattie cromosomiche e genetiche
Nanismo ipofisario ed altre auxopatie
Nefropatie con o senza insufficienza renale
Neonati pretermine e/o a rischio di deficit organici e neurosensoriali
Osteocondrosi
Patologie autoimmuni
Patologie cardiache congenite e acquisite (compresi i vizi valvolari)
Patologie ematologiche
Patologie oncologiche
Portatori di derivazioni per idrocefalo
Sindrome adrenogenitale
Sindrome di Down
Sindromi e malformazioni congenite
Sindromi genetiche
Sordità mono o bilaterale e gravi ipoacusie
Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)
Disturbi pervasivi dello sviluppo

Allegato 3 - Valutazione del linguaggio (Test ELM)

Pediatra di Libera Scelta		
Dott. _____		
Via _____	Città _____	
EARLY LANGUAGE MILESTONE (ELM)		
18 mesi +/- 6 mesi		
Cognome _____	Nome _____	Età _____
Materiale richiesto		
Kit di esecuzione		
Scala di valutazione		
Manuale di istruzioni		
Modalità di somministrazione		
Il test viene eseguito alla presenza di un genitore o di una persona che conosce bene il bambino		
Data di esecuzione _____		
Esito _____		
Firma del genitore _____		



Allegato 4 - Valutazione segni precoci di disturbo autistico

Pediatra di Libera Scelta		
Dott. _____		
Via _____	Città _____	
CHECK LIST AUTISMO (CHAT) 18 – 24 mesi		
Cognome _____	Nome _____	Età _____
Materiale richiesto Check List Manuale di istruzioni		
Modalità di somministrazione Il test viene eseguito alla presenza di un genitore o di una persona che conosce bene il bambino		
Data di esecuzione _____		
Esito _____		
Firma del genitore _____		

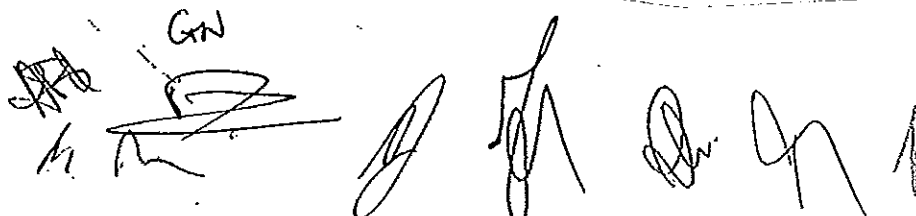
Allegato 5 - Valutazione di apprendimento (D.S.A.)

Pediatra di Libera Scelta		
Dott. _____		
Via _____	Città _____	
TEST LETTURA - SCRITTURA 6-7 anni con 8 mesi di scolarizzazione		
Cognome _____	Nome _____	Età _____
Materiale richiesto Schede per lettura Schede per scrittura Manuale di istruzioni		
Criteri di esclusione - deficit sensoriali - deficit cognitivi - disturbi relazionali - insufficiente padronanza della lingua italiana - insufficiente scolarità		
Modalità di somministrazione La somministrazione del test di lettura è individuale. Il test viene eseguito alla presenza di un genitore o di una persona che conosce bene il bambino		
Data di esecuzione _____		
Esito _____		
Firma del genitore _____		

font: <http://burc.regione.campania.it>

Allegato 6 - Valutazione dell'Autostima

Pediatra di Libera Scelta		
Dott. _____		
Via _____	Città _____	
TEST MULTIDIMENSIONALE DELL'AUTOSTIMA (TMA) 12 – 14 anni		
Cognome _____	Nome _____	Età _____
Materiale richiesto Protocollo di valutazione Tabelle di conversione dei punteggi in percentili Manuale di istruzioni		
Modalità di somministrazione La somministrazione del TMA può essere individuale o di gruppo. Il test viene eseguito alla presenza di un genitore o di una persona che conosce bene l'adolescente		
Data di esecuzione _____		
Esito _____		
Firma del genitore _____		

GN


fonte: <http://bure.regione.campania.it>

Allegato 8 PATOLOGIE CRONICHE E/O RARE E TEMPISTICA DELLE AAP

Le patologie interessate ed il numero dei controlli programmati consentiti sono di seguito elencate:

1. Allergie gravi : dermatite atopica di grado severo, rinite allergica persistente, allergie alimentari documentate, anafilassi (1 controllo bimestrale)
2. Artrite cronica giovanile (1 controllo bimestrale)
3. Asma medio-grave : limitatamente ai soggetti in trattamento a lungo termine con steroidi inalatori e/o antileucotrieni e/o L.A.B.A. (1 controllo bimestrale)
4. Autismo (1 controllo bimestrale)
5. Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (ad es.: figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori (1 controllo bimestrale)
6. Cecità mono o binoculare (1 controllo trimestrale)
7. Emicrania ricorrente (1 controllo trimestrale)
8. Celiachia (1 controllo trimestrale)
9. Cerebropatie (1 controllo bimestrale)
10. Deficit immunologici congeniti o acquisiti (1 controllo bimestrale)
11. Diabete mellito (1 controllo mensile)
12. Displasia broncopulmonare (1 controllo trimestrale)
13. Distrofie ed ipotonie muscolari (1 controllo bimestrale)
14. Disturbi endocrini e del metabolismo (1 controllo bimestrale)
15. Disturbi della emotività dell'infanzia e dell'adolescenza (1 controllo bimestrale)
16. Epatiti croniche (1 controllo trimestrale)
17. Epilessia (1 controllo bimestrale)
18. Fibrosi cistica (1 controllo bimestrale)
19. Glaucoma (1 controllo trimestrale)
20. Ipo/ipertiroidismo (1 controllo mensile)
21. Malattie congenite o acquisite dello scheletro (osteopatie e displasie) (1 controllo bimestrale)
22. Malattie cromosomiche e genetiche (1 controllo bimestrale)
23. Nanismo ipofisario ed altre auxopatie (1 controllo bimestrale)
24. Nefropatie con o senza insufficienza renale (1 controllo mensile)
25. Neonati pretermine e/o a rischio di deficit organici e neurosensoriali (come da PDTA)
26. Osteocondrosi (1 controllo bimestrale)
27. Patologie autoimmuni (1 controllo bimestrale)
28. Patologie cardiache congenite e acquisite (compresi i vizi valvolari) (1 controllo bimestrale)
29. Patologie ematologiche (1 controllo mensile)
30. Patologie oncologiche (1 controllo mensile)
31. Portatori di derivazioni per idrocefalo (1 controllo bimestrale)
32. Sindrome adrenogenitale (1 controllo mensile)
33. Sindrome di Down (1 controllo bimestrale)
34. Sindromi e malformazioni congenite (1 controllo bimestrale)
35. Sindromi genetiche (1 controllo bimestrale)
36. Sordità mono o bilaterale e gravi ipoacusie (1 controllo bimestrale)
37. Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA): diagnosticati dai servizi di neuropsichiatria infantile distrettuale (1 controllo bimestrale)
38. Disturbi pervasivi dello sviluppo : diagnosticati dai servizi di neuropsichiatria infantile distrettuale (1 controllo bimestrale)

Allegato 9 BILANCIO DI SALUTE ANNUALE PER BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

Data di compilazione _____

Cognome e Nome del bambino _____

Data di Nascita _____ Età _____ Telefono _____

Tipo di Patologia/Diagnosi _____

Centri specialistici/riabilitativi che hanno in cura il bambino:

Operatore di riferimento

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Principali problemi clinici rilevati nell'anno in corso

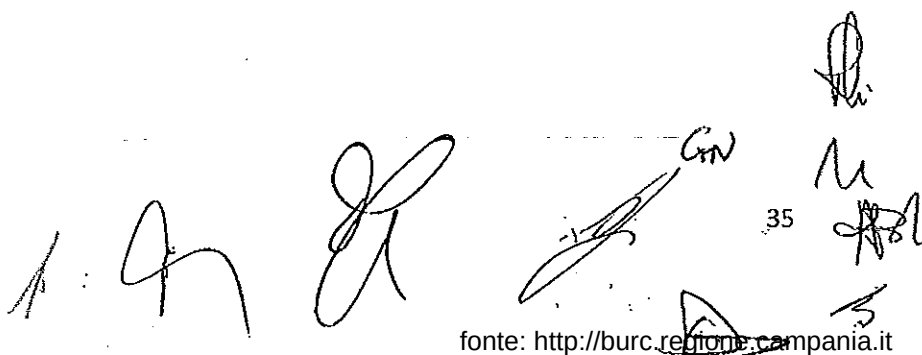
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Principali problemi sociali e assistenziali e bisogni espressi dalla famiglia (economici, organizzativi, di coordinamento degli interventi, legati alla scuola, al tempo libero, etc...)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(è possibile accludere uno o più fogli per trattare più in dettaglio gli eventuali problemi sopra elencati)

Firma del Pediatra e Timbro



Allegato 10 a - NOMENCLATORE TARIFFARIO SELF HELP DIAGNOSTICO

PRESTAZIONE	Euro
Agglutinine a frigore	10,00
Conta leucocitaria + prelievo di sangue capillare	15,00
ECG (esecuzione e valutazione)	40,00
Esame urine - Multistick (Esecuzione e valutazione stick urine per la determinazione di 10 parametri)	5,00
Test dell'acutezza visiva (vicinanza-lontananza-daltonismo)	22,00 (eseguibile tre sole volte per assistito, una nella fascia di età 3-6 anni, una nella fascia di età 6-9 anni e una nella fascia di età 9-12 anni)
Impedenzometria (esecuzione e valutazione)	10,00
Audiometria tonale	10,00
MicroVES	4,00
Otoscopia pneumatica (esecuzione e valutazione)	10,00
Refflettometria acustica	5,00
Proteina C Reattiva	15,00
Podoscopia (esecuzione e valutazione)	13,00 (eseguibile solo due volte per assistito, una nella fascia di età 3-6 anni e una nella fascia di età 6-12 anni come screening . Ripetibile ogni 6 mesi in caso di patologia)
Prick test - Esecuzione e valutazione nei bambini con sospetta patologia allergica per la determinazione degli allergeni alimentari e/o inalanti	35,00
Prick by prick con latte vaccino e alimenti freschi	10,00 per alimento
Immuno-CAP	40,00
Test rapido per la ricerca dello Streptococco Beta Emolitico in faringe)	13,00
Scoliometria (esecuzione e valutazione)	10,00 (Eseguitibile solo due volte per assistito, una nella fascia di età 6-9 anni e una nella fascia di età 9-12 anni come screening . Ripetibile ogni 6 mesi in caso di patologia))
Spirometria (Esecuzione e valutazione in bambini con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie)	30,00
Test alla luce di Wood	10,00
Test rapido per adenovirus	15,00
Test rapido per celiachia	30,00
Test rapido per influenza	15,00
Test rapido per mononucleosi infettiva EBV o CMV	15,00
Test rapido per rotavirus	15,00

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	n. 36 del 11 Giugno 2013	15,00	PARTE I Atti della Regione
		15,00	
Test audiometrico (Boel Test o similari)		22,00	
Scotch test per ossiuri		8,00	

Allegato 10 b- NOMENCLATORE TARIFFARIO TERAPEUTICO

Rimozione di tappo di cerume	10,00
Rimozione di corpo estraneo	10,00
Tamponamento nasale anteriore	8,00
Sutura di ferita superficiale	10,00
Rimozione punti di sutura	10,00
Medicazione di ferita	10,00

Si concorda l'eliminazione dal nomenclatore delle seguenti prestazioni, anche se ancora presenti nell'ACN vigente: Asportazione di verruche, Cateterismo vescicale, Diatermocoagulazione, Drenaggio di ascesso sottocutaneo, Fleboclisi, Frenulectomia linguale, Iniezione di gammaglobuline specifiche, Iniezione endovenosa, Lavanda gastrica, Prelievo di sangue venoso, Prelievo microbiologico, Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna, Riduzione ernia ombelicale, Riduzione ernia inguinale, Riduzione incruenta di fimosi e parafimosi, Riduzione sublussazione dell'articolazione scapolo-omerale, Sbrigliamento sinechia piccole labbra, Striscio ematico periferico, Terapia iniettiva desensibilizzante, Toilette di perionichia suppurata, Trattamento provvisorio frattura/lussazione grandi e piccoli segmenti.

E N. 1

L'Accordo Stralcio del 2 dicembre 2014, pubblicato sul BURC n. 21 del 30 marzo 2015, e relativo all'invio della Ricetta Elettronica e alla de-materializzazione in Pediatria di Famiglia, costituisce parte integrante del presente Accordo Integrativo Regionale.

NORMA FINALE N. 2

Sino alla completa attivazione delle nuove forme aggregative e dei nuovi istituti normativi definiti dal presente Accordo; tutte le Indennità ed ogni altro Istituto previsto dal precedente AIR restano in essere e vengono regolarmente corrisposti.

NORMA FINALE N. 3

Tutta la parte retributiva relativa ai vigenti ACN ed AIR viene corrisposta per il numero totale di pazienti in carico ai singoli Pediatri di Famiglia, compresi i pazienti assegnati in deroga.

NORMA FINALE N. 4

I sindacati firmatari dell'AIR dovranno essere convocati preventivamente dalla Regione o dalle Aziende per qualsiasi attività di programmazione, progettualità e organizzazione e/o per qualsiasi progetto obiettivo regionale e/o aziendale che incidano sull'attività della pediatria di famiglia regionale.

NORMA FINALE N. 5

Su tutti gli emolumenti e le indennità previsti nel presente Accordo si applicano i contributi previdenziali come definiti da ACN 2005 e s.m.i.

NORMA FINALE N. 6

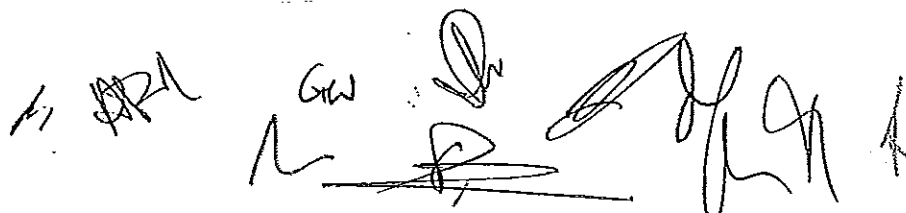
La popolazione infantile cui fare riferimento a livello regionale o aziendale è quella dei "dati ISTAT" riferiti all'età 0 - 13 anni e 365 giorni.

NORMA FINALE N. 7

La strutturazione delle UCCP, le modalità di partecipazione dei Pediatri di Famiglia, le dotazioni strumentali e di personale, e ogni altra specificazione necessaria alla loro effettiva e corretta operatività, segue le norme dettate dall'ACN 2005 e s.m.i.

NORMA FINALE N. 8

La modalità di trasmissione dei bilanci di salute in cartaceo sarà ammessa sino alla messa a regime della piattaforma informatica già sperimentata dalle AA.SS.LL. secondo tempi e modalità di invio telematico che saranno definiti nell'ambito del Comitato ex art. 24:



NORMA FINALE N.9

Resta confermato l'istituto del collaboratore di studio secondo le modalità, i numeri e il trattamento economico in essere per tutti coloro che già ne usufruiscono secondo le normative vigenti; si concorda altresì, vista l'imprescindibilità di tale istituto per l'attivazione ed il corretto funzionamento delle nuove modalità organizzative previste, che si apra un nuovo tavolo di trattativa tra OO.SS. e Parte Pubblica

NORMA FINALE N.10

Il collegamento in rete è requisito indispensabile al funzionamento delle nuove forme organizzative. Le parti concordano la necessità di rendere compatibili fra loro i software attualmente in uso negli studi del PLS rendendo possibile il collegamento in rete sia orizzontale che verticale.

DICHIARAZIONE A VERBALE

La CIPE – Confederazione Italiana Pediatri, pur condividendo l'impianto ed i contenuti dell'accordo sottoscritto, esprime forti riserve circa l'enunciato dell'art. 3 del presente accordo e le norme ad esso collegate nell'ambito dell'art. 4 e dell'allegato 1, in quanto; a suo giudizio; esso appare in aperto contrasto con il vigente ACN, il quale nei citati commi 2, 3 e 4 dell'art. 22 non fa riferimento alcuno al possesso del 5% delle deleghe complessive, alla data del 1° gennaio dell'anno precedente, a livello regionale ed aziendale quale presupposto per la partecipazione ai relativi comitati regionali ed aziendali, ma tale requisito è richiesto unicamente per la rappresentatività a livello nazionale.

Napoli, 22/5/2015

Antonio Polifino

Dono Nigro

Luigi Bardi

Monica Jero

Sebastiano Gaudenzi

Geo Cap
Enrico Di Marco
(FIMP CE)

Antonio Longobardi
(FIMP AV)

Federico NAPOLITANO (CIPE)



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO n. 58 del 29.05.2015

Rif. Punti a) e b) della delibera del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013

OGGETTO: Ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente per l'esercizio 2014 e assegnazione provvisoria per l'esercizio 2015 - Determinazioni

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente 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"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 Ottobre 2013 il Governo ha affiancato il Prof. Ettore Cinque al Dott. Mario Morlacco nell'incarico di Sub Commissario ad acta, con particolare riferimento ad alcuni degli obiettivi indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, tra cui quelli indicati ai punti a): *prosecuzione delle azioni di supporto contabile gestionale* e b): *implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali sia a livello aziendale che regionale*;
- che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale *"organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali"*, emanando provvedimenti qualificabili come *"ordinanze emergenziali statali in deroga"*, ossia *"misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi,*

*Regione Campania**Il Presidente*

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro"
(Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

VISTO

- l'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, come integrato dal Dlgs 19/6/1999 n. 229, in base al quale spetta "... alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ...";
- l'art. 27 della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32, concernente il riordino del Servizio Sanitario Regionale, che definisce il finanziamento del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente, stabilendo che il medesimo è costituito dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale assegnata alla Regione, al netto del saldo della mobilità sanitaria interregionale, e dagli apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale diretti ad assicurare il finanziamento di livelli di assistenza stabiliti dalla Regione con il piano sanitario regionale;
- l'art. 28 della medesima L.R. n. 32/1994, che detta le norme per il riparto del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente, stabilendo che ad esso provvede la Giunta Regionale con proprio atto, sulla base:
 - a) per le aziende sanitarie locali:
 - della quota capitaria riferita alla popolazione residente nell'ambito territoriale di ciascuna azienda sanitaria locale, al netto della stima delle entrate dirette e della mobilità sanitaria interregionale;
 - delle prestazioni che ciascuna azienda ha assicurato nell'esercizio precedente ed è tenuta ad assicurare nel nuovo esercizio, al fine del conseguimento di livelli uniformi di assistenza, anche in relazione ad eventuali, necessarie compensazioni delle mobilità interaziendali nell'ambito della Regione;
 - b) per le aziende ospedaliere: della remunerazione a tariffa delle prestazioni erogate; prevedendo, comunque, una quota di riserva per le spese impreviste, nonché per favorire il graduale conseguimento dell'equilibrio finanziario delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- l'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, in base al quale, per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente, ai fini della determinazione della quota capitaria si pesano i seguenti elementi:
 - popolazione residente;
 - frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso;
 - tassi di mortalità della popolazione;
 - indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari;
 - indicatori epidemiologici territoriali;
- il comma 2-sexies, lettera d), del sopra citato art. 2 del Dlgs n. 502/1992, introdotto dal Dlgs n. 229/1999, secondo il quale "... la Regione disciplina ... il finanziamento delle unità sanitarie locali sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 ..." per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente;

CONSIDERATO

*Regione Campania**Il Presidente*

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- che, dall'esercizio 2006, il riparto delle risorse destinate al finanziamento statale della spesa sanitaria corrente avviene applicando per l'intero finanziamento il percorso innovativo nella determinazione del fabbisogno delle singole regioni, introdotto in misura parziale ed in via sperimentale per il riparto relativo all'anno 2005 (accordo Stato - Regioni del 23 marzo 2005, rep. atti n. 2276) e basato:
 - sulla quota capitaria pesata con le fasce di età della popolazione, per i livelli di assistenza per i quali la frequenza dei consumi per età risulta sufficientemente rilevata dal Sistema Informativo del Ministero della Sanità: farmaceutica, specialistica ed ospedaliera (quest'ultima pesata per il 50% in base alla frequenza dei consumi per età e per il 50% ripartita per quota capitaria semplice, non pesata);
 - sulla quota capitaria semplice, non pesata, per gli altri livelli di assistenza: prevenzione, medicina di base ed altra assistenza territoriale;
- che nella Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, tenutasi a Roma il 27 ed il 28 gennaio 2005 per la definizione del riparto delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, i Presidenti e gli Assessori delle Regioni Basilicata, Sardegna, Puglia, Calabria, Campania e Sicilia, hanno chiesto che per il futuro *"... vengano rivisti i criteri di riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente in coerenza con quanto previsto dalla legge n. 662/1996, con particolare riguardo alle variabili di contesto ..."*;
- che le proposte elaborate dalle Regioni meridionali nei lavori preparatori della suddetta Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome del 27 e 28 gennaio 2005, in sintesi, miravano ad introdurre i seguenti criteri qualificanti:
 - A) ripartizione del finanziamento per l'assistenza ospedaliera per quota capitaria pesata non solo in base alla struttura di consumi per età (criterio che penalizza le Regioni con popolazione più giovane), ma anche per quota capitaria semplice, in modo da tenere conto degli elevati costi fissi, di struttura, necessari per assicurare il funzionamento della rete ospedaliera, indipendentemente dall'età della popolazione;
 - B) ripartizione del finanziamento per l'assistenza distrettuale non solo in base all'età, ma anche tenendo conto di indicatori socio economici, della povertà relativa, della disabilità non collegata necessariamente all'anzianità, e del tasso di mortalità standardizzato;
- che, su mandato della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, un gruppo di lavoro composto dall'Osservatorio di Economia Sanitaria dell'Agenzia Sanitaria della Regione Toscana, da qualificati rappresentanti delle Regioni e da ricercatori e professori universitari, ha elaborato una proposta innovativa per la determinazione del fabbisogno sanitario delle Regioni Italiane (nota Coordinamento Sanità del 29/9/06, prot. n. AGRT/263910), evidenziando l'esigenza di tenere conto, oltre che della frequenza di consumi per età, di altri fattori di rilievo, quali:
 - la deprivazione, intesa come variabile di stato socio economico che definisce la minore capacità di soddisfazione dei bisogni di vita e di lavoro, connessa al reddito, all'istruzione, alle condizioni abitative, alla situazione lavorativa e di contesto sociale: *"... tutto ciò si dimostra influire fortemente con la salute degli individui per cui più si soffre di deprivazione più si è bisognosi a causa di uno stato precario di salute ..."*;
 - la cronicità;
 - altri fattori strutturali dell'ambiente regionale e locale, come la presenza di strutture metropolitane complesse o la presenza di insediamenti dispersi sul territorio, ovvero, di aree montane e di aree insulari: *"... tali fattori strutturali comportano in genere un aggravio dei costi di erogazione di cui sarebbe opportuno tenere conto ..."*;

*Regione Campania**Il Presidente*

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Age.Na.S), su incarico della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 12 gennaio 2010, ha elaborato un approfondito studio scientifico sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario tra le regioni, confermando le analisi sopra riportate, con particolare riferimento alla necessità di tenere conto dell'indice di deprivazione, utilizzando l'indice di Caranci, che sintetizza cinque indicatori calcolati sui dati individuali del Censimento ISTAT 2001: titolo di studio, stato di disoccupato, inserimento in famiglia con un solo genitore, titolo di disponibilità dell'abitazione e numero di stanze per abitante;
- che lo studio Age.Na.S ha effettuato numerose analisi che hanno rilevato una relazione importante tra l'indice di deprivazione, il tasso di mortalità, i parametri di salute e l'intensità dei consumi sanitari;
- che la Commissione Igiene e Sanità del Senato in data 10 marzo 2011, nell'esprimere il proprio parere sullo schema di DLGS sul federalismo, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, pur ribadendo che nei criteri di riparto del fondo sanitario il fattore principale è il peso, tra le classi di età, della popolazione anziana, ha affermato che *"appare peraltro necessario che, ai fini della completa attuazione delle diverse disposizioni contenute nell'art. 119 della Costituzione, si tenga conto anche dell'indicatore di deprivazione culturale e socio economica"*;

RITENUTO

- che la considerazione nei criteri di riparto delle caratteristiche geomorfologiche e di dispersione della popolazione sul territorio, temperata da una ponderazione che rifletta almeno in parte anche la maggiore onerosità e patogenicità delle situazioni di congestione urbana, nonché del tasso della mortalità infantile e perinatale, risulta congruente con la maggior parte degli orientamenti scientifici sopra richiamati e con le disposizioni di legge regionale e nazionale in materia;
- che, in particolare, tali criteri sono da ritenersi applicativi del combinato disposto recato dall'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, in base al quale, per il riparto del finanziamento statale della spesa sanitaria di parte corrente, ai fini della determinazione della quota capitaria si pesano tra l'altro *"... tassi di mortalità della popolazione ... indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari ... indicatori epidemiologici territoriali ..."*, e dal comma 2-sexies, lettera d), del sopra citato art. 2 del Dlgs n. 502/1992, introdotto dal Dlgs n. 229/1999, secondo il quale *"... la Regione disciplina ... il finanziamento delle unità sanitarie locali sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 ..."*;
- che, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, in base all'art. 37 della legge regionale n. 10/2001 ed alla DGRC n. 1271 del 28 marzo 2003, dal 1 settembre 2001 le prestazioni rese dalle Case di Cura private a cittadini non residenti sono oggetto di compensazione della mobilità all'interno della Regione;
- che, pertanto, il relativo finanziamento regionale viene ripartito in base alla quota capitaria, parzialmente pesata per l'anzianità della popolazione residente in ciascuna ASL;
- che, in analogia a quanto già avviene per l'assistenza ospedaliera privata, il criterio di finanziamento dell'assistenza ospedaliera erogata dalle Aziende Sanitarie Locali attraverso i presidi ospedalieri pubblici e privati è uniformato sulla base della ripartizione per quota capitaria pesata e dei flussi effettivi di mobilità dei residenti all'interno della Regione, tra le varie ASL e verso le Aziende Ospedaliere, in modo da responsabilizzare le Aziende Sanitarie Locali nella

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

gestione complessiva del bisogno di assistenza ospedaliera della propria popolazione residente; questa impostazione, come si evidenzia nell'allegato n. 2 al presente decreto, consente, d'altra parte, di mantenere per le Aziende Ospedaliere il finanziamento a prestazione e funzioni, in coerenza con le impostazioni che vedono queste ultime tra i soggetti preposti alla offerta dei servizi di assistenza ospedaliera;

- che l'art. 11 della legge regionale 11 agosto 2001 n. 10, comma 4, ha stabilito l'obiettivo di destinare annualmente il 5% del Fondo Sanitario Regionale per la prevenzione ed il 5% per la salute mentale;

CONSIDERATO

- che l'art. 15, comma 13, lettera g), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha modificato l'art. 8-sexies del Dlgs n. 502/1992, aggiungendo al comma 1 di tale articolo un ulteriore comma 1 bis, in base al quale il valore complessivo della remunerazione delle funzioni assistenziali non può in ogni caso superare il 30 per cento del finanziamento globale predefinito delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale;

DATO ATTO

- che le premesse e le considerazioni finora svolte sintetizzano il quadro normativo nazionale e regionale, gli accordi Stato-Regioni e le principali elaborazioni ed approfondimenti scientifici, che costituiscono i parametri in base ai quali deve essere effettuata la ripartizione del finanziamento regionale per la spesa sanitaria corrente;
- che, pertanto, i criteri ed i parametri utilizzati per il riparto del finanziamento della spesa sanitaria regionale sono formulati ed aggiornati in conformità alla normativa, alle elaborazioni ed agli approfondimenti tecnici sopra menzionati, e dettagliatamente esposti nell'Allegato A al presente decreto;

CONSIDERATO

- che, confermando quanto già avvenuto per gli esercizi 2001 – 2004 con la legge 405/2001 e l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, la legge 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) all'art. 1, comma 173, ha subordinato l'accesso delle singole Regioni all'incremento del finanziamento del SSR a carico dello Stato (cd. quota premiale, pari al 5% fino al 2006 e, successivamente al 3% del finanziamento) alla stipula ed al rispetto di una intesa tra lo Stato e le Regioni, diretta a contenere la dinamica dei costi attraverso una serie di misure, specificamente indicate;
- che la norma sopra riportata è stata, poi, integralmente recepita dall'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, che all'art. 6, intitolato "Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario" ha, inoltre, stabilito che le Regioni:
 - provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle amministrazioni pubbliche assegnato in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
 - adottano i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;



Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- che il comma 180 dell'art. 1 della legge 311/2004, recepito dall'art. 8 dell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, in caso di disavanzo strutturale, prevede l'elaborazione di un piano triennale di ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale;
- che la legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria dello Stato per il 2006) all'art. 1, comma 277, ha stabilito che in caso di mancato o insufficiente ripiano del disavanzo di gestione, nella regione interessata si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP;
- che il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania il 13 marzo 2007 hanno sottoscritto un "Accordo [...] per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311", recepito dalla Giunta Regionale con delibera n. 460 del 20 marzo 2007, pubblicata sul B.U.R.C. n. 17 del 26 marzo 2007;
- che tale accordo definì un percorso complessivo di riequilibrio strutturale del servizio sanitario, stabilendo il livello annuo di finanziamento, l'importo massimo dei costi del servizio sanitario e le modalità di copertura dei disavanzi programmati nel periodo 2007-2009, nonché le "... misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010 ..." (art. 1, comma 3, lettera b);
- che in base all'art. 1, comma 174 della legge 311/04, come integrato dal comma 277 dell'art. 1 della legge 266/05 e dalle disposizioni recate dal decreto legge 20 marzo 2007, n. 23, pubblicato sulla G.U. n. 66 del 20 marzo 2007, art. 1, comma 2, l'incremento della addizionale regionale all'IRPEF e dell'aliquota dell'IRAP nella misura massima prevista dalla vigente normativa, già in vigore per l'esercizio 2006 per contribuire alla copertura del disavanzo sanitario del 2005, era da applicarsi anche per i periodi di imposta successivi, fino all'anno 2010 (per contribuire alla copertura del disavanzo sanitario per l'esercizio 2009);
- che la legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2010) ha confermato per gli esercizi successivi l'incremento della addizionale regionale all'IRPEF e dell'aliquota dell'IRAP nella misura massima prevista dalla vigente normativa, elevando ulteriormente le aliquote delle imposte regionali (+ 0,30 per l'addizionale IRPEF; + 0,15 per l'IRAP) per le Regioni in Piano di Rientro che non abbiano raggiunto gli obiettivi programmati di risanamento e di riequilibrio economico e finanziario;
- che con verbali dei tavoli di verifica degli adempimenti del 10 aprile e 22 luglio 2014 la Regione è stata autorizzata a rifinalizzare il gettito derivante dalla massimizzazione delle aliquote fiscali a settori extra sanitari;
- che gli stessi verbali prevedono che a partire dall'anno di imposta 2015 la sopra richiamata ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali (0,30 per l'addizionale IRPEF e 0,15 per l'IRAP) non sia più vincolata alla Sanità;
- che l'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 ha stabilito che il risultato positivo di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, IRCCS e aziende ospedaliere universitarie) "... è portato a ripiano delle perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale";

DATO ATTO

- che il riparto del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale di parte corrente (FSR) per l'esercizio 2014 tra le singole Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere è

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

dettagliatamente esposto negli allegati n. 1 e n. 2 al presente decreto, sulla base dei criteri sopra esposti e sintetizzati nell'allegato A e nelle tabelle esposte nell'Appendice E;

- che il riparto per l'esercizio 2014 si basa sul finanziamento statale per la spesa sanitaria delle diverse Regioni, approvato dalle Intese Stato Regioni rep. n. 173/CSR e 174/CSR del 4 dicembre 2014, che hanno determinato in euro 9.666.719.125,14= la somma spettante alla Campania per l'esercizio 2014 al netto delle entrate proprie convenzionali e del saldo passivo della mobilità interregionale, di cui Euro 9.059.469.037,76= erogati in acconto nel corso del 2014 ed Euro 607.250.087,39= ancora da erogare alla data del 31 dicembre 2014; tale ultimo importo si riferisce per euro 285.057.085,38 alla quota residua a valere sull'acconto ordinario (97% dell'assegnazione statale) ed euro 322.172.702=, pari alla quota premiale attribuita per il 2014 alla Campania ai sensi dell'art. 42, comma 14-ter del decreto legge 11 novembre 2014, n. 133;
- che negli allegati n. 3 e n. 4 al presente decreto è esposta la ripartizione dei finanziamenti finalizzati a valere sulle risorse del finanziamento statale per la spesa sanitaria corrente indistinta per l'esercizio 2014;
- che nell'allegato n. 5 è esposta la ripartizione dei contributi finalizzati, finanziati con il finanziamento statale vincolato di competenza dell'esercizio 2014, come dettagliatamente esposto nell'allegato B, la cui assegnazione è stabilita dal presente decreto in conformità al decreto commissariale di attribuzione dei relativi obiettivi alle aziende, in corso di separata emanazione;
- che nell'allegato C è esposta la matrice dei costi e dei ricavi sia per mobilità sanitaria extra regione sia per mobilità internazionale, recepita nel riparto del finanziamento statale per la spesa sanitaria corrente per l'esercizio 2014;
- che il riepilogo delle assegnazioni definitive per l'esercizio 2014 del finanziamento indistinto (quota indistinta e finalizzata) e dei finanziamenti statali vincolati è riportato nell'Allegato n. 7;

CONSIDERATO

- che con Intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è stato approvato il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. n. 81/CSR del 10 luglio 2014);
- che l'art 1 del citato Patto prevede che il livello del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato è stabilito in 109.928.000.000 euro per l'anno 2014, in incremento di circa il 2,7% rispetto al finanziamento per l'anno 2013;
- che l'art 1 del citato Patto prevede che il livello del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato è fissato in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico;
- che ad oggi non sono ancora definite le manovre statali di risparmio che interesseranno il settore sanitario già dall'esercizio in corso, ai fini del rispetto dei vincoli comunitari di finanza pubblica;
- che, pertanto, per la competenza dell'esercizio 2015 le aziende sanitarie procederanno a registrare nella loro contabilità un contributo regionale provvisorio pari al 98% delle assegnazioni di cui all'allegato n. 7; mentre le effettive erogazioni a conguaglio delle assegnazioni per l'esercizio 2014 e in via provvisoria, in acconto per l'esercizio 2015, saranno determinate dalle UOD competenti per la gestione di relativi capitoli di spesa in proporzione alle somme effettivamente erogate dallo Stato alla Regione;

RITENUTO, pertanto

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che i dirigenti delle UOD della Direzione Generale per la Tutela della Salute, competenti per la gestione dei diversi capitoli di spesa, dovranno operare le conseguenti compensazioni e conguagli delle differenze tra il presente riparto e gli acconti ricevuti dalle aziende sanitarie, tenendo conto anche di tutte le somme risultanti a debito o a credito per effetto delle somme anticipate alla So.Re.Sa. S.p.A. ai sensi del decreto commissariale n. 90/2013;
- che, prudenzialmente, fino alla determinazione del nuovo riparto per l'esercizio 2015, le aziende sanitarie assumeranno quale stima provvisoria dei contributi indistinti e vincolati assegnati dalla Regione per l'esercizio corrente un importo pari al 98% delle assegnazioni stabilite dal presente decreto per l'esercizio 2014 ed esposte nell'allegato n. 7;
- che, successivamente alla approvazione del presente decreto, gli acconti mensili a valere sul finanziamento indistinto per la spesa corrente saranno erogati in relazione alla ripartizione delle disponibilità finanziarie effettivamente erogate alla Regione Campania da parte dei Ministeri competenti, salvo conguaglio non appena sarà stabilito il riparto definitivo per l'esercizio 2015;
- che le Aziende Sanitarie dovranno attenersi a tutte le disposizioni di carattere contabile, dettagliatamente esposte nell'Allegato D al presente decreto, inerenti a:
 1. Destinazione utili degli esercizi 2014 e successivi;
 2. Destinazione dei finanziamenti finalizzati finanziati con il finanziamento statale vincolato di FSN;
 3. Registrazione contabile della mobilità sanitaria interregionale e della mobilità internazionale;
 4. Erogazione dei contributi assegnati dal presente provvedimento;
 5. Conguagli 2014 e assegnazioni provvisorie per l'esercizio 2015;
 6. Fondo Rischi e Oneri: accantonamenti e sistemazioni contabili;

CONSIDERATO

- che con DGRC n. 1034/2006 e s.m.i. i farmaci di alto costo (generalmente oncologici) erogati dalle aziende ospedaliere pubbliche e dai presidi ospedalieri delle ASL sono stati ammessi alla compensazione regionale della mobilità sanitaria con una percentuale di rimborso del 70% del loro costo;
- che, in considerazione della crescente diffusione di farmaci innovativi di prezzo elevato, in attesa del completamento della istruttoria in corso per una più organica disciplina della materia, ai fini della compensazione della mobilità sanitaria intervenuta nell'esercizio 2014 è opportuno aumentare la suddetta percentuale di rimborso dal 70% al 90%;

RITENUTO

- che i Direttori Generali delle aziende sanitarie devono assicurare l'equilibrio economico tra i costi ed i ricavi delle proprie aziende, da verificarsi in corso d'anno in via trimestrale; in presenza di uno squilibrio strutturale, non sanabile entro il trimestre successivo, l'azienda sanitaria dovrà concordare con il Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario, le azioni ed il crono programma necessari per pervenire all'equilibrio economico e finanziario entro il 2015;
- che il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico entro il trimestre successivo a quello in cui è stato rilevato lo squilibrio, ovvero, dei risultati programmati in via trimestrale nel crono

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

programma di cui al punto precedente, costituiscono motivo di decadenza automatica del Direttore Generale dell'azienda sanitaria inadempiente, fatte salve le ulteriori sanzioni previste dall'ordinamento;

DATO ATTO

- che il presente decreto, non appena approvato, sarà trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e, se del caso, con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di approvare la ripartizione del finanziamento della spesa sanitaria regionale corrente indistinta, indistinta finalizzata e vincolata per l'esercizio 2014, esposta negli allegati n. 1, 2, 3, 4 e 5, e riassunto nell'allegato n. 7.
3. Di stabilire che, prudenzialmente, fino alla determinazione del nuovo riparto per l'esercizio 2015, le aziende sanitarie assumeranno quale stima provvisoria dei contributi indistinti e vincolati assegnati dalla Regione per l'esercizio in corso un importo pari al 98% delle assegnazioni stabilite dal presente decreto per l'esercizio 2014 ed esposte nell'allegato n. 7.
4. Di stabilire che, successivamente alla approvazione del presente decreto, gli acconti mensili a valere sul finanziamento indistinto per la spesa corrente saranno erogati in relazione alla ripartizione delle disponibilità finanziarie effettivamente erogate alla Regione Campania da parte dei Ministeri competenti, salvo conguaglio non appena sarà stabilito il riparto definitivo per l'esercizio 2015.
5. Di stabilire che, le Aziende Sanitarie dovranno attenersi a tutte le disposizioni di carattere contabile, dettagliatamente esposte nell'Allegato D al presente decreto, inerenti a:
 1. Destinazione utili degli esercizi 2014 e successivi;
 2. Destinazione dei finanziamenti finalizzati finanziati con il finanziamento statale vincolato di FSN;
 3. Registrazione contabile della mobilità sanitaria interregionale e della mobilità internazionale;
 4. Erogazione dei contributi assegnati dal presente provvedimento;
 5. Conguagli 2014 e assegnazioni provvisorie per l'esercizio 2015;
 6. Fondo Rischi e Oneri: accantonamenti e sistemazioni contabili
6. Di stabilire che i dirigenti delle UOD della Direzione Generale per la Tutela della Salute, competenti per la gestione dei diversi capitoli di spesa, dovranno operare le conseguenti compensazioni e conguagli delle differenze tra il presente riparto e gli acconti ricevuti dalle aziende sanitarie, tenendo conto anche di tutte le somme risultanti a debito o a credito per effetto delle somme anticipate alla So.Re.Sa. S.p.A. ai sensi del decreto commissariale n. 90/2013.



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

7. Di stabilire, ai fini della manovra compensativa della mobilità sanitaria che dall'esercizio 2014 e fino ad una più organica disciplina della materia, l'incremento dal 70% al 90% della percentuale di rimborso alle aziende ospedaliere pubbliche ed ai presidi ospedalieri delle ASL dei farmaci di alto costo, di cui alla DGRC n. 1034/2006, come integrata dal DCA n. 15/2009 e s.m.i.
8. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.SS. regionali, al Capo Dipartimento della Salute, al Capo Dipartimento delle Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali, al "Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale" ed alla "Segreteria di Giunta" per la pubblicazione sul BURC.

Il Capo Dipartimento della Salute
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente U.O.D. 14 G.E.F.
Dott. G. F. Ghidelli

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Prof. Ettore Cinque

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

ALLEGATO A**Criteri di Riparto del finanziamento della spesa sanitaria 2014****Criteri generali**

Si premette che nel presente provvedimento viene ripartito il finanziamento statale per la spesa sanitaria indistinta, assegnato alla Campania per l'esercizio 2014 dalle Intese Stato – Regioni del 4 dicembre 2014 (n.173/CSR). Il riparto è effettuato in base ai criteri di seguito esposti (vedi Allegato n° 1):

- **5% Prevenzione (Assistenza collettiva)**, pesata come segue:
 - ✓ 80% per quota capitaria semplice in base alla popolazione residente;
 - ✓ 15% in base alla radice quadrata dell'indice del tasso di mortalità infantile;
 - ✓ 5% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli.
- **7,0% Medicina Generale**, ripartito come segue:
 - ✓ 100% per quota capitaria semplice in base alla popolazione residente;
- **11,78% Farmaceutica Territoriale**, ripartito in base al criterio del riparto nazionale:
 - ✓ la percentuale si applica sulla somma delle altre quote del riparto di ciascuna ASL;
- **13,3% Assistenza Specialistica**, pesata come segue:
 - ✓ 50% in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza specialistica, come calcolata dal Ministero della Salute per il riparto del FSN 2014;
 - ✓ 45% per quota capitaria semplice in base alla popolazione residente;
 - ✓ 5% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione, per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli;
- **18,92% Altra Assistenza territoriale**, pesata come segue:
 - ✓ **2% in base a caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio**, in considerazione della diversa incidenza dei costi di logistica e di trasporto, secondo i seguenti criteri:
 - **situazione geomorfologica**, pari al 40% con i seguenti pesi attribuiti alla popolazione ISTAT residente al 1 gennaio 2014:

pianura	1,0
collina litoranea	1,2
collina interna	2,0
montagna	3,0
isola	6,0

ALLEGATO A

Criteri di Riparto del finanziamento della spesa sanitaria 2014

- o **dispersione della popolazione sul territorio**, pari al 30% con i seguenti pesi:

maggiore di 2	0,60
tra 1,4 e 2	0,85
tra 1 e 1,4	1,00
tra 0,6 e 1	1,15
inferiore a 0,6	1,40
- o **congestione urbana**, 30% pesato con la radice quarta del numero di abitanti per Kmq;
- ✓ **5% Salute Mentale**, ripartito a ciascuna ASL in base alla quota capitaria della popolazione residente, pesata come segue:
 - o 80% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione, per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli;
 - o 20% in base al grado di congestione urbana.
- ✓ **12,1% Altra assistenza:**
 - o 95% per quota capitaria semplice in base alla popolazione residente;
 - o 5% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione, per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli;
- **44,0% Assistenza Ospedaliera** ripartita come segue:
 - ✓ **60% per quota capitaria semplice** in base alla popolazione residente;
 - ✓ **35% in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza ospedaliera**, come calcolata dal Ministero della Salute per il riparto del FSN 2014;
 - ✓ **5% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL** per classi di deprivazione, per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli.

L'applicazione di tali criteri è riportata in dettaglio nell'Appendice E (allegati da E.1 a E.6).

Stabilita la spesa sanitaria regionale di parte corrente (FSR) con quote pesate, il riparto da assegnare alle Aziende, al fine di determinare il finanziamento, è definito considerando l'assistenza ospedaliera e specialistica che affluisce alle Aziende Ospedaliere in base alla valorizzazione per tariffa DRG dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni di assistenza specialistica (fonte dati ARSAN e NSIS).

Per il finanziamento delle funzioni (di cui all'art. 8 sexies Dlgs 502/92 e ss.mm.ii) è stato applicato il vincolo, introdotto dall'art. 15, comma 13, lettera g), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, in base al quale il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per

ALLEGATO A**Criteri di Riparto del finanziamento della spesa sanitaria 2014**

cento del finanziamento globale predefinito delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale (vedi Allegato n. 2).

Il finanziamento delle funzioni da erogare alle Aziende è stato determinato come somma degli importi delle singole linee di finanziamento che lo compongono, quali:

- Funzioni finanziate con la quota finalizzata del FSR indistinto;
- Funzioni finanziate con FSR vincolato (obiettivi di piano e obiettivi prioritari);
- Funzioni ospedaliere.

Per quanto riguarda le funzioni ospedaliere, è stato applicato un metodo per la loro valutazione e pesatura, prendendo in considerazione le seguenti aree funzionali (vedi Allegato n.6):

- Emergenza;
- Area Critica;
- Trapianti;
- Complessità.

Nello specifico, il finanziamento delle funzioni ospedaliere per il 2014 è ripartito in base ai criteri di seguito esposti:

- Emergenza, per il 20%, pesata come segue:
 - ✓ 40% in base alla presenza di DEA di II livello;
 - ✓ 60% in base al numero di prestazioni non seguite da ricovero in Pronto Soccorso;
- Area Critica, per il 10%, pesata come segue:
 - ✓ 100% in base alle giornate di degenza dei pazienti transitati in Terapia Intensiva (Discipline 47, 49, 50, 73) esclusi i dimessi da tali reparti ed i casi inferiori a 3 giorni;
- Trapianti, per il 10%, pesata come segue:
 - ✓ 100% in base alla presenza di un centro trapianti;
- Complessità, per il 60%, pesata come segue:
 - ✓ 42% in base al numero di ricoveri con media complessità (Peso medio compreso tra 2 e 3);
 - ✓ 58% in base al numero di ricoveri con alta complessità (Peso medio maggiore di 3);

ALLEGATO A**Criteri di Riparto del finanziamento della spesa sanitaria 2014**

Le assegnazioni definitive per l'esercizio 2014 comprendono non solo il fondo indistinto, ma anche le quote finalizzate a valere sul fondo indistinto (allegati n. 3 e 4) e la ripartizione dei finanziamenti statali vincolati (obiettivi di piano, medicina penitenziaria, ecc.: v. allegato n. 5) effettuata con specifici provvedimenti già adottati e/o in corso di adozione e riportata nel presente decreto. Il riepilogo delle assegnazioni definitive per l'esercizio 2014 del finanziamento indistinto (quota indistinta e finalizzata) e dei finanziamenti statali vincolati è riportato nell'Allegato n. 7.

Riguardo alle Aziende Ospedaliero-Universitarie si è provveduto ad applicare quanto disposto dall'art. 6, comma 2, del DM 31/7/1997, come richiamato dall'art. 7, comma 2, del D.Lgs. n. 517/1999. Il finanziamento aggiuntivo a fronte dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e ricerca è stato valorizzato applicando una percentuale, a seconda dei casi, del 3% e del 7% del valore economico della produzione effettuata nel 2014, al netto della stima delle spese per il personale assistenziale sostenute direttamente dagli atenei universitari. Conseguentemente, è stato calcolato un finanziamento aggiuntivo annuo di circa euro 6 milioni per l'AOU Ruggi e di circa euro 5 milioni per l'AOU Federico II, mentre per l'AOU SUN esso risulta azzerato dall'eccedenza del costo del personale universitario utilizzato nell'azienda, rispetto al valore della produzione. Il finanziamento aggiuntivo delle AOUs Ruggi e Federico II, come sopra determinato, è stato assorbito nel finanziamento di riequilibrio di cui al periodo seguente che, per l'AOU Ruggi assorbe il contributo annuo aggiuntivo assegnato all'azienda dalla DGRC n. 1761/08.

Infine si è proceduto ad operare una manovra di riequilibrio / ripiano tra le assegnazioni alle aziende ed i loro costi, effettuata a saldo zero (v. colonne da L ad P dell'allegato n.2), in modo che le ASL (ciascuna per una quota parte) contribuiscano a riequilibrare i conti delle aziende ospedaliere, con la sola eccezione dell'ASL Napoli 1 Centro per effetto della presenza di una elevata componente di presidi ospedalieri. La quota di riequilibrio assorbe il finanziamento aggiuntivo assegnato ad alcune aziende ospedaliere per gli impianti cocleari (DGRC n. 6967/01, n. 2553/03, n. 1542/05, n. 662/06 e n. 462/06).

In prospettiva, la strategia di potenziare l'assistenza territoriale consentirà una maggiore efficienza della funzione ospedaliera anche dal punto di vista economico-finanziario, riducendo l'esigenza della suddetta manovra di riequilibrio. Inoltre, la manovra di riequilibrio è strutturata in modo da mantenere una proporzionalità rispetto al rapporto tra finanziamento base più funzioni e il costo di produzione di ciascuna azienda. Per quanto riguarda, infine, le Aziende Ospedaliero-Universitarie la quota di riequilibrio, al netto del già citato finanziamento aggiuntivo relativo alle funzioni di didattica e ricerca, viene assegnata in anticipazione e acconto del concorso della Regione all'eventuale ripiano, che sarà regolato, per la parte eccedente la remunerazione, le funzioni e la suddetta quota aggiuntiva, da considerare risultato negativo di gestione, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 517/99 e dell'art. 10 del DPCM 24 maggio 2001.



Regione Campania

Gestione Fondi Vincolati

Indice

Premessa e quadro normativo	3
Fondi Vincolati	3
1. Area: Fondi Vincolati	7
Programma 1: Borse di studio MMG	7
Intervento 1.1: Borse di studio MMG	8
Programma 2: Fibrosi Cistica	11
Intervento 2.1: Fibrosi Cistica	11
Programma 3: Fondo Esclusività	13
Intervento 3.1: Fondo Esclusività	13
Programma 4: Hanseniani	15
Intervento 4.1: Hanseniani	15
Programma 5: Extracomunitari Irregolari	17
Intervento 5.1: Extracomunitari Irregolari	17
Programma 6: Medicina Penitenziaria	19
Intervento 6.1: Medicina Penitenziaria	19
Programma 7: OPG Rideterminato	21
Intervento 7.1: OPG Rideterminato	21
Programma 8: Emersione lavoro Stranieri	23
Intervento 8.1: Emersione Lavoro Stranieri	23
Programma 9: Lotta AIDS	25
Intervento 9.1: Assistenza Domiciliare	25
Intervento 9.2: Formazione	27
2. Area: Obiettivi di Piano	29
Programma 10: Obiettivi di carattere prioritario	29
Intervento 10.1: Obiettivi di Carattere Prioritario	29
Programma 11: Piano della Prevenzione	31
Intervento 11.1: Piano della Prevenzione	31

Premessa e quadro normativo

Il Ministero della Salute a seguito del raggiungimento di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, concorre annualmente allo stanziamento in favore del Servizio Sanitario Nazionale di quote di contributi a destinazione vincolata, successivamente assegnate alle singole Regioni con l'obiettivo del miglioramento dell'erogazione delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per l'anno di **FSN 2014**, sarà avviato un processo di riorganizzazione al fine di gestire il riparto delle risorse assegnate e di determinare un monitoraggio tempestivo dello stato delle attività, al fine di accertare per ciascuna Azienda Sanitaria quanto erogato per singolo anno dalla Regione.

Fondi Vincolati

Nella Tabella seguente si riporta il riparto delle risorse a destinazione vincolata per un importo complessivo pari a ca. **210.278.824 €**, come risulta nell'intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE per il 2014.

Le risorse assegnate alla Regione Campania da ripartire alle Aziende sono suddivise tra le seguenti Quote Vincolate.

N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €
1	BORSE STUDIO MMG (L. 109/88)	3.626.965
2	FIBROSI CISTICA (L. 362/99)	395.444
3	FONDO ESCLUSIVITA' (L. 488/99)	3.192.424
4	HANSENIANI (L. 31/86)	330.465
5	EXTRACOMUNITARI IRREGOLARI (L. 40/98)	4.831.200
6	MEDICINA PENITENZIARIA (D.Lgs. 230/99)	22.267.602
7	OPG RIDETERMINATO	5.468.662
8	EMERSIONE LAVORO STRANIERI	12.101.528
9	AIDS (L. 135/90)	4.567.210
10	OBIETTIVI DI PIANO	153.497.324
TOTALE STANZIAMENTO FONDI VINCOLATI FSN 2014		210.278.824

Linee Progettuali

Borse di studio MMG(L.109/88)

Per l'anno di FSN 2014, sono stati assegnate le quote vincolate inerenti le borse di studio per i Medici di Medicina Generale per ca. **3.626.965 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7022**;

Fibrosi Cistica (L.362/99)

Per l'anno di FSN 2014, sono stati assegnate le quote vincolate inerenti la fibrosi cistica per ca. **395.444 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7102**;

Fondo Esclusività (L.488/99)

Per l'anno di FSN 2014, sono state assegnati le quote vincolate inerenti il fondo di esclusività per ca. **3.192.424 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7306**;

Hanseniani (L.31/86)

Per l'anno di FSN 2014, sono stati assegnate le quote vincolate inerenti gli Hanseniani per ca. **330.465 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7188**;

Extracomunitari irregolari (L.40/98)

Per l'anno di FSN 2014, sono state assegnate le quote vincolate inerenti gli Extracomunitari irregolari per ca. **4.831.200 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7046**;

Medicina Penitenziaria (D.lgs 230/99)

Per l'anno di FSN 2014, sono state assegnate le quote vincolate inerenti la medicina penitenziaria per ca. **22.267.602 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7140**;

OPG rideterminato

Per l'anno di FSN 2014, sono state assegnate le quote vincolate inerenti gli Ospedali Pschiatrici Giudiziari per ca. **5.468.662 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7145**;

Emersioni lavoro stranieri

Per l'anno di FSN 2014, sono state assegnate le quote vincolate inerenti gli stranieri per ca. **12.101.528 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7046**;

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

AIDS legge (L.35/90)

Per l'anno di FSN 2014, sono stati assegnate le quote vincolate inerenti l'AIDS per ca. **4.567.210 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7174**.

Le quote assegnate risultano così ripartite:

- Assistenza Domiciliare: **1.918.228 €**
- Formazione: **2.648.982 €**

Obiettivi di Piano

Per l'anno di FSN 2014, sono stati assegnate le quote vincolate inerenti gli obiettivi di piano per ca. **153.497.324 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7114**.

Le quote assegnate risultano così ripartite:

- Obiettivi di carattere prioritario: **128.518.478 €**
- Piano della Prevenzione: **24.978.846 €**

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

1. Area: Fondi Vincolati

Di seguito si riporta il riepilogo delle quote vincolate FSN 2014 pari a € **210.278.824** assegnate alle singole Aziende Sanitarie:

RIPARTO FSN 2014 - FONDI VINCOLATI	CAP 7022 - BORSE DI STUDIO MMG	CAP 7102 FIBROSISTICA	CAP 7306 - ESCLUSIVITA' DI RAPPORTO	CAP 7188 - HANSENIANI	CAP 7046 - EXTRACOMUNITARI	CAP 7140 - MEDICINA PENITENZIARIA	CAP 7145 - OPG	CAP 7046 - EMERSIONE LAVORO STRANIERI	CAP 7174 (7175 - 7177) LOTTA AIDS	OBIETTIVI DI PIANO FSN 2014		TOTALE RIPARTO - FONDI VINCOLATI 2014
										CAP 7114 - OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO	CAP 7072 - PIANO PREVENZIONE	
Descrizione	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	
ASL AVELLINO	5.763	-	159.621	-	-	1.746.032	1.177.914	185.115	51.770	3.433.137	1.675.839	8.435.191
ASL BENEVENTO	-	-	95.773	13.267	18.321	2.463.946	210.843	145.448	36.212	2.270.943	1.101.487	6.356.239
ASL CASERTA	106.377	-	351.167	-	569.513	4.838.523	1.414.189	2.242.683	200.574	7.268.821	3.732.240	20.724.088
ASL NAPOLI 1	97.797	-	510.788	-	657.102	11.803.431	612.685	2.243.458	748.895	8.130.170	4.034.003	28.838.331
ASL NAPOLI 2	80.537	-	255.394	14.046	16.209	292.887	605.086	2.348.851	298.553	8.916.337	4.331.960	17.159.858
ASL NAPOLI 3	63.277	-	351.167	14.954	94.627	1.122.782	728.160	2.401.660	242.195	9.060.302	4.363.307	18.442.432
ASL SALERNO	69.030	-	542.712	76.570	202.830	-	719.785	2.534.313	167.805	9.055.638	4.241.279	17.609.962
AO CARDARELLI	-	-	191.545	-	1.266.036	-	-	-	-	80.000	99.915	1.637.498
AO SANTOBONO	-	-	95.773	-	790.466	-	-	-	-	873.254	99.915	1.859.408
AO DEI COLLI	-	-	127.697	-	776.711	-	-	-	1.331.926	281.467	99.915	2.617.716
AOU RUGGI	-	-	159.621	-	-	-	-	-	266.914	1.151.409	99.915	1.677.860
AO MOSCATI	-	-	95.773	-	70.713	-	-	-	103.697	281.834	99.915	651.932
AO RUMMO	-	-	63.848	-	-	-	-	-	103.391	213.015	99.915	480.170
AO SAN SEBASTIANO	-	-	95.773	-	42.837	-	-	-	220.384	581.512	99.915	1.040.422
AOU SUN	-	-	-	-	-	-	-	-	115.187	1.889.595	99.915	2.104.698
AOU FEDERICO II	-	395.444	31.924	-	-	-	-	-	664.095	2.043.595	99.915	3.234.975
IRCCS PASCALE	-	-	63.848	-	325.834	-	-	-	-	357.204	99.915	846.801
ALTRI ENTI - GSA	3.204.183	-	-	211.628	-	-	-	-	15.611	72.630.244	499.577	76.561.244
Totale	3.626.965	395.444	3.192.424	330.465	4.831.200	22.267.601	5.468.662	12.101.528	4.567.210	128.518.478	24.978.846	210.278.824

Programma 1: Borse di studio MMG

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €
798	1	BORSE STUDIO MMG (L. 109/88)	3.626.965

Intervento 1.1: Borse di studio MMG

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "Borse di studio MMG", **3.626.965 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014.

Il Fondo garantisce lo svolgimento del corso di formazione triennale messo a disposizione per i laureati in Medicina e Chirurgia che hanno ottenuto l'abilitazione professionale.

Il D.Lgs. n. 277/03 prevede che la formazione venga svolta in un triennio articolando il programma formativo nel suo complesso, ai sensi dell'art. 26, in attività didattiche pratiche e teoriche con la frequenza di un totale di 4.800 ore.

Con D.G.R. n.1980 del 12/12/2008, la Regione Campania ha definito i "Criteri di ripartizione e modalità di rendicontazione dei fondi per l'organizzazione" del corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Detta delibera individua le AASSLL e l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN), come soggetti attuatori per lo svolgimento dei corsi di formazione e assegnando agli stessi i finanziamenti in questione per :

- *organizzazione per l'espletamento del corso;*
- *formazione effettuata dai medici competenti;*
- *erogazione di una borsa di studio mensile, pari a 1.049 €, ai medici che frequentano il corso.*

Il modello è basato sulla struttura organizzativa del predetto corso che, in conformità alla sopraccitata normativa nazionale e alla D.G.R. 6652/2001, si articola in:

- *attività seminariali svolte dal polo didattico centrale allocato presso l'ARSAN;*
- *attività seminariali svolte dai poli didattici periferici allocati presso le ASL e rivolte ai soli corsisti ad esse assegnati;*
- *attività di tirocinio svolte dai medici di medicina generale presso le AA.SS.LL.*

Risultati programmati

- *Realizzazione del corso triennale;*

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

- Conferimento dell'attestato finale ai fini dell'agevolazione dell'inserimento del medico nella graduatoria generale per la medicina di base.

Indicatori di risultato

- Numero Medici che hanno svolto corso di formazione ottenendo attestato finale;
- Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.

UOD di riferimento

- U.O.D 13 – Personale del SSR

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto in base ai principi stabiliti con DGR 1980 del 12/12/2008, al fine di determinare l'importo da assegnare ai soggetti attuatori.

Il riparto è basato secondo il seguente criterio:

- finanziamento delle borse di studio: per i medici tirocinanti del corso di Medicina generale per i trienni 2012/2015, 2013/2016, 2014/2017, in base al numero di 240 borse di studio mensili per l'importo mensile spettante da erogare all'ARSAN;

RIPARTIZIONE FINANZIAMENTO BORSE DI STUDIO (€)				
AA.SS.	DESCRIZIONE	COSTO BORSE DI STUDIO MMG (€)	N. BORSE DI STUDIO PER MESE	FINANZIAMENTO BORSE DI STUDIO ANNUALE
201	ASL AVELLINO	1.049	-	-
202	ASL BENEVENTO	1.049	-	-
203	ASL CASERTA	1.049	-	-
204	ASL NAPOLI 1	1.049	-	-
205	ASL NAPOLI 2	1.049	-	-
206	ASL NAPOLI 3	1.049	-	-
207	ASL SALERNO	1.049	-	-
000	GSA*	1.049	240	3.021.120
Totale		8.392	240	3.021.120

* Da erogare all'ARSAN.

- finanziamento a copertura delle spese di organizzazione:
 - ARSAN per le spese per lo svolgimento dei corsi e per la presenza di docenti;
 - AASSLL in base sia al numero di allievi frequentanti tirocini presso ciascuna Azienda sia alla rendicontazione trasmessa per le spese di organizzazione effettuate.

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

RIPARTIZIONE SPESE ORGANIZZAZIONE CORSO MMG 2009/2012 (€)				
AA.SS.	DESCRIZIONE	COSTO TEORICO DEL CORSO	RIPARTO	FINANZIAMENTO ORGANIZZAZIONE
201	ASL AVELLINO	10.204,19	1,4%	8.679,81
202	ASL BENEVENTO	-	0,0%	-
203	ASL CASERTA	128.488,45	18,0%	109.293,91
204	ASL NAPOLI 1	118.401,36	16,6%	100.713,70
205	ASL NAPOLI 2	98.110,08	13,8%	83.453,68
206	ASL NAPOLI 3	77.818,80	10,9%	66.193,66
207	ASL SALERNO	84.582,56	11,9%	71.947,00
000	GSA*	194.640,00	27,3%	165.563,25
Totale		712.245,44	100%	605.845,00

* Da erogare all'ARSAN.

Si rileva che qualora lo stanziamento effettuato dal Ministero della Salute a favore della Regione Campania dovesse risultare minore del costo dell'intero corso, i fondi assegnati dalla Regione Campania alle ASL e all'ARSAN dovranno essere proporzionalmente ridotti.

Si rinvia alla DGR 1980 del 12/12/2008, per la esplicitazione dei parametri utilizzati per determinare la ripartizione dei fondi.

RIPARTO FONDO BORSE DI STUDIO MMG (L 109/88) FSN 2014 (€)				
AA.SS.	DESCRIZIONE	FINANZIAMENTO ORGANIZZAZIONE (A)	FINANZIAMENTO BORSE DI STUDIO (B)	RIPARTO (A+B)
201	ASL AVELLINO	8.680	-	8.680
202	ASL BENEVENTO	-	-	-
203	ASL CASERTA	109.294	-	109.294
204	ASL NAPOLI 1	100.714	-	100.714
205	ASL NAPOLI 2	83.454	-	83.454
206	ASL NAPOLI 3	66.194	-	66.194
207	ASL SALERNO	71.947	-	71.947
901	AO CARDARELLI	-	-	-
902	AO SANTOBONO	-	-	-
903	AO DEI COLLI	-	-	-
904	AOU RUGGI	-	-	-
905	AO MOSCATI	-	-	-
906	AO RUMMO	-	-	-
907	AO SAN SEBASTIANO	-	-	-
908	AOU SUN	-	-	-
909	AOU FEDERICO II	-	-	-
910	IRCCS PASCALE	-	-	-
000	GSA*	165.563	3.021.120	3.186.683
Totale		605.845	3.021.120	3.626.965

* Da erogare all'ARSAN.

Programma 2: Fibrosi Cistica

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
764	2	FIBROSI CISTICA (L. 362/99)	395.444	7102

Intervento 2.1: Fibrosi Cistica

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "Fibrosi Cistica", **395.444 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014. Il Fondo garantisce il finanziamento all'assistenza e alla ricerca relativamente la fibrosi cistica che rappresenta la malattia generica a prognosi grave più frequente nella popolazione caucasica.

La Fibrosi Cistica ha un incidenza nel mondo di una persona ogni 2500 nati vivi e nel Mediterraneo di circa una persona ogni 3500 nati vivi, con una frequenza di portatore di circa una persona ogni 25 individui. La Fibrosi Cistica è una malattia cronica, evolutiva, plurisistemica che interessa pancreas, intestino, fegato, tratto respiratorio, ghiandole sudoripare e apparato genitale.

La Legge Nazionale n. 548/93, all'art. 3 comma 2, prevede la costituzione, a livello ospedaliero o universitario, di un centro regionale specializzato di riferimento, con funzioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione dei malati, di orientamento e coordinamento delle attività sanitarie, sociali, formative ed informative e di ricerca per le finalità di cui all'art.1 della stessa legge e più precisamente per:

- *prevenzione primaria e diagnosi precoce e prenatale;*
- *cura e riabilitazione dei malati, provvedendo anche alla fornitura a domicilio delle apparecchiature, degli ausili e dei presidi sanitari necessari per il trattamento complessivo;*
- *agevolazione dell'inserimento sociale, scolastico, lavorativo e sportivo dei malati;*
- *favorire l'educazione e l'informazione sanitaria del cittadino malato, dei suoi familiari, nonché della popolazione;*
- *promuovere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale socio-sanitario addetto;*
- *promuovere programmi di ricerca atti a migliorare le conoscenze cliniche e di base della malattia per aggiornare la possibilità di prevenzione, nonché la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione.*

Risultati programmati

- *Miglioramento dell'assistenza e diagnosi precoce;*
- *Riduzione del fenomeno di mobilità passiva dei pazienti verso altre Regioni attraverso un monitoraggio puntuale del servizio di assistenza.*

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

Indicatori di risultato

- *Numero di pazienti assistiti;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

UOD di riferimento

- *U.O.D 16 – Materno Infantile*

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto in base ai principi stabiliti con DGR 1168/2001, che ha definito la costituzione del centro di riferimento presso **AOU Federico II**.

Il centro di riferimento è stato determinato in virtù dell'attività svolta negli anni consentendo il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- *sviluppare una specifica professionalità degli operatori difficilmente trasferibile senza compromettere il livello qualitativo assistenziale;*
- *consentire un allungamento delle aspettative di vita dei pazienti;*
- *collegamento funzionale tra i dipartimenti "Pediatria e "Medicina Clinica e Scienze Cardiovascolari" dell'AOU Federico II delegati a tale assistenza specialistica.*

RIPARTO FONDO FIBROSI CISTICA (L 362/98) FSN 2014 (€)		
AA.SS.	DESCRIZIONE	RIPARTO
201	ASL AVELLINO	-
202	ASL BENEVENTO	-
203	ASL CASERTA	-
204	ASL NAPOLI 1	-
205	ASL NAPOLI 2	-
206	ASL NAPOLI 3	-
207	ASL SALERNO	-
901	AO CARDARELLI	-
902	AO SANTOBONO	-
903	AO DEI COLLI	-
904	AOU RUGGI	-
905	AO MOSCATI	-
906	AO RUMMO	-
907	AO SAN SEBASTIANO	-
908	AOU SUN	-
909	AOU FEDERICO II	395.444
910	IRCCS PASCALE	-
000	GSA	-
Totale		395.444

Programma 3: Fondo Esclusività

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
1261	3	FONDO ESCLUSIVITA' (L. 488/99)	3.192.424	7306

Intervento 3.1: Fondo Esclusività

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo di esclusività di rapporto per il personale dirigente ruolo sanitario, ca **3.192.424 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014.

Il Fondo garantisce una indennità da corrispondere al personale dirigente ruolo sanitario in virtù della loro adesione a svolgere attività per la libera professione intramuraria.

Risultati programmati

- *Assegnazione al personale dirigente ruolo sanitario del Fondo di Esclusività.*

Indicatori di risultato

- *Numero di personale dirigente che ha optato per la libera professione intramuraria;*
- *Conferimento della quota di fondo di esclusività ai soli dirigenti che hanno optato per la libera professione intramuraria;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

UOD di riferimento

- *U.O.D 13 – Gestione ruolo SSR.*

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto per singola azienda in base al numero di dirigenti ruolo sanitario aventi rapporto di esclusività presenti al 31.12.2013, come di seguito evidenziato:

AA.SS.	DESCRIZIONE	N. DIRIGENTI CON RAPPORTO DI ESCLUSIVITA'
201	ASL AVELLINO	533
202	ASL BENEVENTO	371
203	ASL CASERTA	1.175
204	ASL NAPOLI 1	1.788
205	ASL NAPOLI 2	911
206	ASL NAPOLI 3	1.176
207	ASL SALERNO	1.807
901	AO SANTOBONO	612
902	AO CARDARELLI	314
903	AO DEI COLLI	444
904	AOU RUGGI	567
905	AO MOSCATI	337
906	AO RUMMO	268
907	AO SAN SEBASTIANO	321
908	AOU SUN	-
909	AOU FEDERICO II	27
910	IRCCS PASCALE	232
000	GSA	-
Totale		10.883

Fonte Conto Annuale 2013

La quota vincolata stanziata dal Ministero della Salute per la Regione Campania relativamente il fondo di esclusività, pari a **3.192.424 €**, è stata ripartita in proporzione all'incidenza percentuale del numero di dirigenti ruolo sanitario con rapporto di esclusività tra le singole Aziende Sanitarie, come di seguito evidenziato:

RIPARTO FONDO PER L'ESCLUSIVITÀ (L 488/99) FSN 2014 (€)			
AA.SS.	DESCRIZIONE	PESO % INDENNITA' DI ESCLUSIVITA'	RIPARTO
201	ASL AVELLINO	5%	159.621
202	ASL BENEVENTO	3%	95.773
203	ASL CASERTA	11%	351.167
204	ASL NAPOLI 1	16%	510.788
205	ASL NAPOLI 2	8%	255.394
206	ASL NAPOLI 3	11%	351.167
207	ASL SALERNO	17%	542.712
901	AO SANTOBONO	6%	191.545
902	AO CARDARELLI	3%	95.773
903	AO DEI COLLI	4%	127.697
904	AOU RUGGI	5%	159.621
905	AO MOSCATI	3%	95.773
906	AO RUMMO	2%	63.848
907	AO SAN SEBASTIANO	3%	95.773
908	AOU SUN	0%	
909	AOU FEDERICO II	1%	31.924
910	IRCCS PASCALE	2%	63.848
000	GSA	0%	
Totale		100%	3.192.424

Programma 4: Hanseniani

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
478	4	HANSENIANI (L. 31/86)	330.465	7188

Intervento 4.1: Hanseniani

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il "Fondo per gli Hanseniani", **330.465 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014.

Il Fondo garantisce il diritto ad un sussidio, esente dall'imposta sul reddito delle persone fisiche e dall'imposta locale sui redditi, per i cittadini italiani che in base alla legge statale n.31 del 24/01/1986, a decorrere dal 1 gennaio 1985, sono riconosciuti affetti dal morbo di Hansen da una pubblica autorità sanitaria.

Il sussidio indicato è esteso anche per ogni familiare a carico e per i figli non a carico fino al compimento del trentunesimo anno di età e a condizione che siano conviventi e non siano titolari di reddito proprio così come indicato dalla legge n.31 del 1986.

Il processo utilizzato per l'assegnazione delle quote vincolate relative agli hanseniani coinvolge principalmente tre attori, quali:

- *Ministero della Salute;*
- *Regione Campania;*
- *Aziende Sanitarie.*

La Regione chiede annualmente alle Aziende Sanitarie una rendicontazione dettagliata al fine di giustificare le spese sostenute dalle stesse per la cura degli assistiti e dei loro familiari a carico. Dopo aver ricevuto le rendicontazioni aziendali e aver verificato la loro completezza, tenendo conto di tutti i parametri di riferimento, la Regione provvede all'invio delle stesse al Ministero che sulla scorta della rendicontazione eroga o meno il finanziamento spettante tenendo conto anche della TIP (Tasso Inflazione Programmato) dell'anno di riferimento.

Risultati programmati

- *Garantire il livello di assistenza alle persone affette dal morbo di Hansen e ai loro familiari a carico.*

Indicatori di risultato

- *Verifica della completezza delle rendicontazioni aziendali;*
- *Verifica degli effettivi giorni di indennità spettanti e delle quote a ciascuno assegnate;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

UOD di riferimento

- U.O.D. 15 - Sanità Penitenziaria – medicina scolastica – medicina dello sport – medicina legale e delle assicurazioni.

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto per singola azienda in base al costo sostenuto dalle AA.SS.LL. per la cura degli assistiti e l'integrazione dei loro familiari a carico in relazione alle indicazioni Ministeriali sulle tariffe per ogni assistito e alla TIP (Tasso di Inflazione programmato).

Il valore è determinato in base ad una serie di dati che la Regione Campania richiede annualmente alle Aziende Sanitarie per singolo distretto:

- il numero di giorni assistito in luogo di cura per importo giornaliero;
- il numero di giorni assistito a domicilio per importo giornaliero;
- il numero di familiari a carico per importo giornaliero.

Si fa presente che l'importo giornaliero sia per l'assistito che per i familiari a carico viene calcolato sulla base delle tariffe Ministeriali e della TIP e che il tetto massimo da raggiungere per singolo assistito risulta pari a **11.600 €** annuo.

RIPARTO FONDO HANSENIANI (L 31/86) FSN 2014 (€)						
AA.SS.	DESCRIZIONE	SUSSIDIO PER ASSISTITI	FAMILIARI A CARICO	RIPARTO AA.SS.	RIPARTO GSA	TOTALE
		A	B	C=A+B	D	E=C+D
201	ASL AVELLINO	-	-	-		-
202	ASL BENEVENTO	7.368	5.899	13.267		13.267
203	ASL CASERTA	-	-	-		-
204	ASL NAPOLI 1	-	-	-		-
205	ASL NAPOLI 2	11.600	2.446	14.046		14.046
206	ASL NAPOLI 3	11.600	3.354	14.954		14.954
207	ASL SALERNO	66.788	9.782	76.570		76.570
901	AO CARDARELLI	-	-	-		-
902	AO SANTOBONO	-	-	-		-
903	AO DEI COLLI	-	-	-		-
904	AOU RUGGI	-	-	-		-
905	AO MOSCATI	-	-	-		-
906	AO RUMMO	-	-	-		-
907	AO SAN SEBASTIANO	-	-	-		-
908	AOU SUN	-	-	-		-
909	AOU FEDERICO II	-	-	-		-
910	IRCCS PASCALE	-	-	-		-
000	GSA	-	-		223.228	211.628
Totale		97.356	21.481	118.837	223.228	330.465

Programma 5: Extracomunitari Irregolari

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
726	5	EXTRACOMUNITARI IRREGOLARI (L. 40/98)	4.831.200	7046

Intervento 5.1: Extracomunitari Irregolari

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il "Fondo Extracomunitari Irregolari", ca **4.831.200 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014.

Il Fondo garantisce il supporto all'assistenza sanitaria alla popolazione migrante, in particolare:

- *S.T.P. "Stranieri Temporaneamente Presenti";*
- *E.N.I. "Europei Non Iscritti";*
- *Minori stranieri non accompagnati;*
- *Rifugiati.*

La Regione provvede ad erogare assistenza in applicazione dell'accordo Stato/Regione n. 255/CSR – 20 Dicembre 2012, che a seguito della Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", è diventata un ente di programmazione cui spetta la competenza legislativa in termini di tutela della salute, in virtù del ruolo dello Stato che garantisce l'equità nell'attuazione di questo diritto sancito dalla Costituzione, svolgendo un ruolo di garante della realizzazione di risposte efficaci ai bisogni di salute di tutti i gruppi di popolazione, particolarmente di quelli vulnerabili, attraverso un costante confronto con le Regioni.

Il **D.Lgs. 25 luglio 1998**, n. 286 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" definisce le disposizioni in materia di Assistenza Sanitaria.

In particolare l'**art. 35** del suddetto Decreto disciplina l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. Infatti, ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva:

- *la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della L. 29 luglio 1975, n. 405, e della L. 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto 6 marzo 1995 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;*
- *la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n.176;*

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

- le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- gli interventi di profilassi internazionale;
- la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente bonifica dei relativi focolai.

Risultati programmati

- Garantire ai cittadini stranieri il livello di assistenza e le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali.

Indicatori di risultato

- Numero delle prestazioni per STP-ENI;
- Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.

UOD di riferimento

- U.O.D. 15 – Sanità Penitenziaria-medicina scolastica, medicina dello sport, medicina legale e delle assicurazioni.

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto per singola azienda in base al valore delle fatture emesse per le prestazioni erogate ad extracomunitari irregolari dalle singole Aziende Sanitarie.

La quota di FSN 2014 è stata ripartita in base al valore delle fatture pervenute relative all'anno 2013 ed all'anno 2014.

EXTRACOMUNITARI IRREGOLARI (L.40/98) FSN 2014 (€)		
AA.SS.	DESCRIZIONE	RIPARTO
201	ASL AVELLINO	-
202	ASL BENEVENTO	18.321
203	ASL CASERTA	569.513
204	ASL NAPOLI 1	657.102
205	ASL NAPOLI 2	16.209
206	ASL NAPOLI 3	94.627
207	ASL SALERNO	202.830
901	AO CARDARELLI	1.266.036
902	AO SANTOBONO	790.466
903	AO DEI COLLI	776.711
904	AO U RUGGI	-
905	AO MOSCATI	70.713
906	AO RUMMO	-
907	AO SAN SEBASTIANO	42.837
908	AO U SUN	-
909	AO U FEDERICO II	-
910	IRCCS PASCALE	325.834
000	GSA	-
Totale		4.831.200

Programma 6: Medicina Penitenziaria

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
1366	6	MEDICINA PENITENZIARIA (D.Lgs. 230/99)	22.267.602	7140

Intervento 6.1: Medicina Penitenziaria

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "Medicina Penitenziaria", **ca 22.267.602 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014.

Il Fondo ha come obiettivo l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ai detenuti ed internati come definito dall'art. 1 del D.lgs. n.230/1999.

Le attività sanitarie devono essere erogate nel rispetto degli obiettivi di salute perseguiti e dei livelli essenziali di assistenza definiti nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

Il Servizio Sanitario nazionale assicura ai detenuti e agli internati le seguenti attività sanitarie nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza garantiti ai cittadini liberi:

- *interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;*
- *azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;*
- *l'assistenza sanitaria in tema di gravidanza e di maternità anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate.*

Il suddetto D.lgs. n.230/1999 definisce i principi e le competenze in materia sanitaria e di sicurezza ed i progetti obiettivi per la tutela della salute in ambito penitenziario.

Risultati programmati

- *Garantire per i detenuti ed internati i livelli di prestazioni sanitarie previsti per i cittadini liberi;*
- *Erogazione delle quote vincolate a copertura dei costi sostenuti dalle AA.SS.LL. per il personale transitato dal ministero di giustizia al SSN ai sensi del DPCM 1 Aprile 2008.*

Indicatori di risultato

- *Numero per il personale transitato dal ministero di giustizia al SSN ai sensi del DPCM 1 Aprile 2008 per singola AA.SS.LL.;*
- *Numero detenuti ed internati per singolo Istituto Penitenziario, OPG, Strutture per Minori;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

UOD di riferimento

- U.O.D. - 15 Sanità Penitenziaria – medicina scolastica – medicina dello sport – medicina legale e delle assicurazioni.

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto per singola Azienda Sanitaria Locale della quota assegnata in base a:

- Numero Strutture OPG: pari a **4.218.626 €**;
- Numero Centri Clinici: pari a **687.045 €**;
- Quota Aziende Sanitarie Locali: pari a **17.361.930 €**, di cui:
 - **65%** in base all'incidenza percentuale complessiva del numero di detenuti adulti presenti negli istituti penitenziari alla data del 31.12.2013;
 - **30%** in base alla presenza media annua dei detenuti minorenni presso le strutture penitenziarie di riferimento;
 - **5%** in base al peso percentuale del numero di numero di istituti penitenziari con capienza regolamentare inferiore ai 200 posti attivi al 31.12.2013.

Riparto 65%		Riparto 30%		Riparto 5%	
Importo €	11.285.255	Importo €	5.208.579	Importo €	868.097
Numero detenuti Regione Campania al 31.12.2013	8.053	Presenza Media Giornaliera detenuti Minori al 31.12.2013	87,30	Numero Istituti Penitenziari con meno di 200 posti	11
Costo per singolo detenuto (€)	1.401	Costo per presenza media annua del Detenuto Minore (€)	59.663	Costo per singolo istituto (€)	78.918

RIPARTO FONDO PER LA MEDICINA PENITENZIARIA (Dlgs 230/99) FSN 2014 (€)										
Cod. AA.SS.	Descrizione	N. DETENUTI al 31.12.2013 (COMPRESI OPG E STRUTTURE PER MINORI)	QUOTA 65% AASSLL	N. DETENUTI AL 31.12.2013 NELLE STRUTTURE PER MINORI	QUOTA 30% MINORI	N. STRUTTURE CON < 200 POSTI	QUOTA 5% N. ISTITUTI PENITENZIARI	QUOTA OPG	QUOTA CENTRI CLINICI	TOTALE RIPARTO
			A		B		C	D	E	F=A+B+C+D+E
201	ASL AVELLINO	1.077	1.509.278	-	-	3	236.754	-	-	1.746.032
202	ASL BENEVENTO	463	648.836	29,1	1.736.193	1	78.918	-	-	2.463.946
203	ASL CASERTA	1.497	2.097.855	-	-	2	157.836	2.582.832	-	4.838.523
204	ASL NAPOLI 1	4.179	5.856.337	58,1	3.466.420	2	157.836	1.635.794	687.045	11.803.431
205	ASL NAPOLI 2	209	292.887	-	-	-	-	-	-	292.887
206	ASL NAPOLI 3	628	880.062	0,1	5.966	3	236.754	-	-	1.122.782
207	ASL SALERNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
901	AO CARDARELLI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
902	AO SANTOBONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
903	AO DEI COLLI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
904	AO RUGGI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
905	AO MOSCATI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
906	AO RUMMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
907	AO SAN SEBASTIANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
908	AO SUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-
909	AO FEDERICO II	-	-	-	-	-	-	-	-	-
910	IRCCS PASCALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
000	GSA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale		8.053	11.285.255	87	5.208.579	11	868.097	4.218.626	687.045	22.267.602

Programma 7: OPG Rideterminato

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
1366	7	OPG RIDETERMINATO	5.468.662	7145

Intervento 7.1: OPG Rideterminato

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "OPG Rideterminato" **5.468.662 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014.

Il Fondo garantisce il sostegno alle politiche della Regione per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- *la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (legge n.9/2012);*
- *l'implementare delle misure idonee a garantire una significativa riduzione della popolazione attualmente presente nelle strutture di OPG.*

Le Regione Campania sta destinando le risorse disponibili alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture territoriali:

- *programmi di realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS);*
- *potenziamento dei dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL;*
- *potenziamento dei Centri di salute mentale in carcere.*

Risultati programmati

- *Potenziamento Strutture Residenziali, Dipartimenti di Salute Mentale e Centri di Salute Mentale in carcere;*

Indicatori di risultato

- *Superamento e chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania;*
- *Definizione di un cronoprogramma aziendale attuativo di realizzazione delle strutture sanitarie extra-OPG;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

UOD di riferimento

- *U.O.D. - 15 Sanità Penitenziaria – medicina scolastica – medicina dello sport – medicina legale e delle assicurazioni*

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

Criterio di Riparto

In base al decreto dirigenziale n.104 del 30/09/2014, la Regione ha definito il criterio di riparto della quota assegnata, utilizzando parametri definiti nell'ambito del gruppo tecnico regionale costituito per il superamento degli OPG, quali:

- *ripartizione della quota residua in base a:*
 - 50% in base alla popolazione presente in OPG o in LFE al 31.12.2011 (A);
 - 50% in base alla popolazione residente per singola AA.SS.LL. (B);
- *finanziamento fisso per ciascuna REMS, pari a 900.000 € (C);*

Cod. AA.SS.	Descrizione	Popolazione Presente e proveniente da OPG			Quota Finanziamento	Popolazione Adulta	Quota Finanziamento	N. REMS	Quota Finanziamento	Totale Riparto
		Presenza OPG al 31.12.2011	Misure sicurezza non detentive al 31.12.2011	Totale	A		B		C	
201	Asl Avellino	10	4	14	138.814	359.750	139.100	1	900.000	1.177.914
202	Asl Benevento	9	3	12	118.984	237.572	91.859			210.843
203	Asl Caserta	9	14	23	228.052	740.027	286.137	1	900.000	1.414.189
204	Asl Napoli 1	21	9	30	297.459	815.258	315.226			612.685
205	Asl Napoli 2	18	12	30	297.459	795.604	307.627			605.086
206	Asl Napoli 3	28	11	39	386.697	883.115	341.463			728.160
207	Asl Salerno	29	8	37	366.866	912.741	352.919			719.785
901	AO Santobono									
902	AO Cardarelli									
903	AO Dei Colli									
904	AOU Ruggi									
905	AO Moscati									
906	AO Rummo									
907	AO San Sebastiano									
908	AOU Sun									
909	AOU Federico II									
910	IRCCS Pascale									
000	GSA									
Totale		124	61	185	1.834.331	4.744.067	1.834.331	2	1.800.000	5.468.662

Popolazione ISTAT al 1 Gennaio 2014

Programma 8: Emersione lavoro Stranieri

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
726	8	EMERSIONE LAVORO STRANIERI (LEGGE 102/09)	12.101.528	7046

Intervento 8.1: Emersione Lavoro Stranieri

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "Emersione lavoro Stranieri" **ca. 12.101.528 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014.

Il Fondo garantisce il sostegno alle politiche della Regione in relazione all'emersione dei lavoratori extracomunitari.

Nello specifico, l'art. 5 del **D.Lgs n. 109 del 16 luglio 2012** sancisce che i datori di lavoro che alla data di entrata in vigore del decreto legislativo occupano irregolarmente alle proprie dipendenze da almeno tre mesi, e continuano ad occuparli alla data di presentazione della dichiarazione, lavoratori stranieri presenti nel territorio nazionale in modo ininterrotto almeno dalla data del 31 dicembre 2011, o precedentemente, possono dichiarare la sussistenza del rapporto di lavoro allo sportello unico per l'immigrazione.

La presenza sul territorio nazionale dal 31 dicembre 2011 deve essere attestata da documentazione proveniente da organismi pubblici.

Lo sportello unico per l'immigrazione, verificata l'ammissibilità della dichiarazione e acquisito il parere della questura sull'insussistenza di motivi ostativi all'accesso alle procedure ovvero al rilascio del permesso di soggiorno, convoca le parti per la stipula del contratto di soggiorno e per la presentazione della richiesta del permesso di soggiorno per lavoro subordinato.

Contestualmente alla stipula del contratto di soggiorno, il datore di lavoro deve effettuare la comunicazione obbligatoria di assunzione al Centro per l'Impiego ovvero, in caso di rapporto di lavoro domestico, all'INPS.

Risultati programmati

- *Monitoraggio iscrizioni alle ASL di competenza dei lavoratori extracomunitari emersi.*

Indicatori di risultato

- *Numero extracomunitari comunicati alla Prefettura;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

UOD di riferimento

- *U.O.D. 04 – Assistenza territoriale*

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

Criterio di Riparto

Il criterio di riparto è stato definito sulla base del numero di stranieri emersi e quindi iscritti al Servizio Sanitario Regionale (SSR), trasmesso alla Regione Campania dalle prefetture di ogni provincia (mail 15 Aprile 2015).

Si rileva che la ripartizione per le Asl Napoli 1, Asl Napoli 2 e Asl Napoli 3 è stata effettuata sulla base dell'incidenza percentuale della popolazione presente al 1 Gennaio 2014.

In particolare il valore pari a **12.101.528 €** è stato ripartito in base all'incidenza percentuale del numero di nuovi iscritti al SSR di ciascuna Azienda Sanitaria.

RIPARTO EMERSIONE FSN 2014 (€)				
AA.SS.	DESCRIZIONE	N.Stranieri Emersi	%	Totale Riparto
201	ASL AVELLINO	252	2%	185.115
202	ASL BENEVENTO	198	1%	145.448
203	ASL CASERTA	3.053	19%	2.242.683
204	ASL NAPOLI 1	3.054	19%	2.243.458
205	ASL NAPOLI 2	3.198	19%	2.348.851
206	ASL NAPOLI 3	3.269	20%	2.401.660
207	ASL SALERNO	3.450	21%	2.534.313
901	AO CARDARELLI	-	-	-
902	AO SANTOBONO	-	-	-
903	AO DEI COLLI	-	-	-
904	AOU RUGGI	-	-	-
905	AO MOSCATI	-	-	-
906	AO RUMMO	-	-	-
907	AO SAN SEBASTIANO	-	-	-
908	AOU SUN	-	-	-
909	AOU FEDERICO II	-	-	-
910	IRCCS PASCALE	-	-	-
000	GSA	-	-	-
Totale		16.474	100%	12.101.528

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

Programma 9: Lotta AIDS

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
780	9	AIDS (L. 135/90)	4.567.210	7174

Intervento 9.1: Assistenza Domiciliare

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
780	9.1	1) ASSISTENZA DOMICILIARE	1.918.228	7174

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "Lotta AIDS – Assistenza domiciliare" **ca. 1.918.228 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014 (quota stimata sulla base dell'ultimo riparto disponibile).

L'Assistenza domiciliare ai soggetti affetti da aids si caratterizza attualmente come assistenza domiciliare garantita dalle AA.SS.LL. attraverso il collocamento di pazienti nelle due case alloggio esistenti in Regione Campania per un totale di **n.20** posti letto e come ospedalizzazione a domicilio, per n. 51 posti letto teorici per gli utenti che possono essere assistiti al proprio domicilio (il riparto dei p.l. per ciascuna azienda ospedaliera per il numero massimo di posti previsti per la Regione Campania è stato effettuato con la dgrc 1544/2006.)

Risultati programmati

- *Miglioramento del sistema di offerta delle cure domiciliari e soprattutto un'equa ed uniforme distribuzione sul territorio regionale delle prestazioni per gli utenti;*
- *Implementazione del sistema distrettuale di cure domiciliari per questa tipologia di utenti.*

Indicatori di risultato

- *Scheda di rilevazione semestrale sulle attività svolte;*
- *Report specifici di attività/Flussi informativi;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

UOD di riferimento

- *U.O.D. 05 - Interventi Socio-Sanitari*

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto per singola Azienda Sanitaria sulla base della DGCR 1544/2006 che prevede:

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

- l'erogazione del 50% del fondo annuale alle Aziende Ospedaliere e Ospedaliere Universitarie, in relazione ai posti letto teorici assegnati a ciascuna Azienda;

RIPARTO LOTTA AIDS - ASSISTENZA DOMICILIARE FSN 2014 (€)				
AA.SS.	DESCRIZIONE	N. Posti letto teorici	%	Totale Riparto
201	ASL AVELLINO	-	-	-
202	ASL BENEVENTO	-	-	-
203	ASL CASERTA	-	-	-
204	ASL NAPOLI 1	-	-	-
205	ASL NAPOLI 2	-	-	-
206	ASL NAPOLI 3	-	-	-
207	ASL SALERNO	-	-	-
901	AO CARDARELLI	-	-	-
902	AO SANTOBONO	-	-	-
903	AO DEI COLLI	20	39%	376.123
904	AOU RUGGI	6	12%	112.837
905	AO MOSCATI	2	4%	37.612
906	AO RUMMO	2	4%	37.612
907	AO SAN SEBASTIANO	7	14%	131.643
908	AOU SUN	3	6%	56.418
909	AOU FEDERICO II	11	22%	206.868
910	IRCCS PASCALE	-	-	-
000	GSA	-	-	-
Totale		51	100%	959.114

- l'erogazione del 50% alle Aziende Sanitarie Locali per la copertura dei costi sostenuti per il ricovero dei pazienti nelle due case alloggio esistenti, per le quali la D.G.R.C. ha stabilito una retta di €. 80,00/die (consuntivo anno precedente);

RIPARTO LOTTA AIDS - ASSISTENZA DOMICILIARE FSN 2014 (€)						
AA.SS.	DESCRIZIONE	N. Posti letto Case alloggio	Importo	n. casi prevalenti (notiziario coa n. 1/2013)	Quota Unitaria	Totale Riparto
			A		B	C=A+B
201	ASL AVELLINO			25	339,78	8.494,42
202	ASL BENEVENTO			20	339,78	6.795,54
203	ASL CASERTA			190	339,78	64.557,67
204	ASL NAPOLI 1	18	525.600	244	339,78	608.505,64
205	ASL NAPOLI 2	2	58.400	263	339,78	147.761,41
206	ASL NAPOLI 3			268	339,78	91.060,30
207	ASL SALERNO			94	339,78	31.939,05
901	AO CARDARELLI					-
902	AO SANTOBONO					-
903	AO DEI COLLI					-
904	AOU RUGGI					-
905	AO MOSCATI					-
906	AO RUMMO					-
907	AO SAN SEBASTIANO					-
908	AOU SUN					-
909	AOU FEDERICO II					-
910	IRCCS PASCALE					-
000	GSA					-
Totale		20	584.000	1.104	375.114	959.114

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

- l'eventuale somma residua derivante da economie di spesa realizzate dalle AA.SS.LL. saranno ripartite tra le stesse per l'assistenza domiciliare, alla luce del D.C.A. 15/2014 per:
 - costi dei servizi erogati a pazienti autorizzati in strutture residenziali di altre Regioni;
 - realizzazione di iniziative ed attività specifiche vincolate alle tematiche AIDS.

Intervento 9.2: Formazione

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
780	9.2	2) FORMAZIONE	2.648.982	7174

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "Lotta AIDS – Formazione" **ca 2.648.982 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014 (quota stimata sulla base dell'ultimo riparto disponibile).

- *Organizzazione corsi di formazione ed aggiornamento per il personale previsto dalla legge 135/1990 (si prevede DGR con nuove disposizioni per attuazione corsi).*
- *formazione/informazione rivolta agli operatori delle strutture afferenti alle AA.SS.LL. e alle AA.OO. e AA.OO.UU. coinvolti nell'attuazione dell' intesa Stato Regione concernente "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia" recepita con DGR 267 del 12/6/2011 (in corso predisposizione DRG con piano attuativo intesa Stato – Regione).*
- *formazione/informazione rivolta agli operatori delle strutture afferenti alle AA.SS.LL. coinvolti nell'attuazione dell' intesa Stato Regione concernente «Infezione da HIV e detenzione» recepita con DGR 376 del 31/07/2012.*

Risultati programmati

- *Realizzazione Corsi di formazione/informazione continua per personale sanitario.*

Indicatori di risultato

- *Relazione semestrale dell'attività svolta con la specifica degli obiettivi raggiunti;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

UOD di riferimento

- *U.O.D. 03 - Prevenzione e igiene sanitaria – prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro – Osservatorio Epidemiologico Regionale*

Criterio di Riparto

La Regione ha definito il criterio di riparto per singola Azienda Sanitaria per la formazione che prevede:

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

- il 70% da destinare alle AA.OO. e AA.OO.UU. sulla base del numero dei corsi da realizzare (costo di € 8.000 per corso) e delle unità da formare (numero discenti per ca. € 2.065,83 borsa di studio) calcolate sull'ultimo corso realizzato nel 2014 e dei posti letto al 2013;

Si precisa che per l'Azienda Ospedaliera Dei Colli è stata calcolata una quota aggiuntiva di € 69.000,00 relativa all'organizzazione e la gestione del Corso regionale per medici per il triennio 2012 - 2014; mentre per l'A.O.U. Federico II è stata prevista un'integrazione sul riparto 2012 e 2013 pari ad € 203.178,00 in quanto la somma assegnata con DD. 91/2014 risultava insufficiente al fabbisogno formativo (n° discenti x borsa di studio).

- il 30% da destinare alle AA.SS.LL. in base all'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (per 100.000 residenti) (dati ISS – COA anno 2013) sulla popolazione di età compresa dai 15 ai 64 anni (dati ISTAT).

A.A.SS.	DESCRIZIONE	QUOTA RIPARTITA PER N. PL					QUOTA RIPARTITA PER N. DISCENTI		QUOTA RIPARTITA PER N. CORSI AZIENDALI PREVISTI		QUOTA AGGIUNTIVA PER ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL CORSO REGIONALE PER MEDICI 2012 - 2014	QUOTA AGGIUNTIVA PER INTEGRAZIONE FONDO 2012-2013	TOTALE RIPARTO
		N. PL 2013 ASSISTENZA DOMICILIARE	N. PL 2013 MALATTIE INFETTIVE	TOTALE PL	QUOTA UNITARIA PER PL	QUOTA RIPARTITA	N. DISCENTI	BORSE DI STUDIO (€ 2.065,83 per discente)	N. CORSI AZIENDALI PREVISTI	SPESE ORGANIZZATIVE (€ 10.000 per corso)			
		A	B	C=A+B	D	E = C*D	F	G = F*2.065,83	H	I = H*10.000			
201	ASL AVELLINO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
202	ASL BENEVENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
203	ASL CASERTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
204	ASL NAPOLI 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
205	ASL NAPOLI 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
206	ASL NAPOLI 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
207	ASL SALERNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
901	AO CARDARELLI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
902	AO SANTOBONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
903	AO DEI COLLI	20	201	221	813	179.642	308	636.276	7	72.000	69.000	-	956.918
904	AOU RUGGI	6	28	34	813	27.637	54	111.555	2	16.000	-	-	155.192
905	AO MOSCATI	2	20	22	813	17.883	20	41.317	1	8.000	-	-	67.200
906	AO RUMMO	2	12	14	813	11.380	23	47.514	1	8.000	-	-	66.894
907	AO SAN SEBASTIANO	7	20	27	813	21.947	29	59.909	1	8.000	-	-	89.856
908	AOU SUN	3	10	13	813	10.567	20	41.317	1	8.000	-	-	59.884
909	AOU FEDERICO II	11	24	35	813	28.450	102	210.715	2	16.000	-	203.178,00	458.343
910	IRCCS PASCALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
000	GSA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale		51	315	366		297.507	556	1.148.601	14	136.000	69.000	203.178	1.854.287

RIPARTO LOTTA AIDS - FORMAZIONE AA.SS.LL. FSN 2014 30%										
A.A.SS.	DESCRIZIONE	POP. RESIDENTE DA 15 A 69 ANNI	POPOLAZIONE/ 100.000	TASSO INC. NUOVE INFEZIONI/100.000	N. NUOVE INFEZIONI HIV	TASSO INC. AIDS /100.000	N.CASI	TOTALE AIDS+HIV	QUOTA UNITARIA*	TOTALE RIPARTO
		A	B	C	D = B*C	E	F = B*E	G = D+F	H	I = G*H
201	ASL AVELLINO	306.985	3,07	3,40	10	0,2	1	11	4.017	44.390
202	ASL BENEVENTO	200.029	2,00	3,40	7	0,4	1	8	4.017	30.531
203	ASL CASERTA	669.421	6,69	3,40	23	1,7	11	34	4.017	137.131
204	ASL NAPOLI 1	718.965	7,19	3,40	24	1,5	11	35	4.017	141.505
205	ASL NAPOLI 2	771.813	7,72	3,40	26	1,5	12	38	4.017	151.906
206	ASL NAPOLI 3	773.558	7,74	3,40	26	1,5	12	38	4.017	152.250
207	ASL SALERNO	793.091	7,93	3,40	27	0,9	7	34	4.017	136.981
901	AO CARDARELLI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
902	AO SANTOBONO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
903	AO DEI COLLI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
904	AOU RUGGI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
905	AO MOSCATI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
906	AO RUMMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
907	AO SAN SEBASTIANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
908	AOU SUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-
909	AOU FEDERICO II	-	-	-	-	-	-	-	-	-
910	IRCCS PASCALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
000	GSA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale		4.233.862	42,34		144		54	198		794.695

* La quota unitaria è data dal rapporto tra il 30% della quota da ripartire (794.695 €/000) e il numero complessivo di casi AIDS e HIV (198).

2. Area: Obiettivi di Piano

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
1068	10	OBIETTIVI DI PIANO	153.497.324	7114

Programma 10: Obiettivi di carattere prioritario

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
1068	10.1	OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO	128.518.478	7114

Intervento 10.1: Obiettivi di Carattere Prioritario

Rappresentano obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, lasciando alle Regioni il compito di dare loro attuazione.

All'interno di tali obiettivi, ne vengono individuati alcuni considerati strategici e prioritari sui quali in accordo con le Regioni far convergere una quota del FSN all'uopo accantonata secondo quanto previsto dalla Legge 662/96.

Criterio di Riparto

La Regione Campania, in attesa del nuovo accordo 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ha definito cinque macro-linee progettuali individuate sulla base dell'accordo dell'anno 2013 (Riparto FSN 2013) su cui andare a ripartire una quota parte delle risorse assegnate.

In particolare, le cinque macro-linee sono:

- **Assistenza Primaria** (correlata dalla Regione Campania alla linea progettuale 2013 "Farmacia dei Servizi con particolare riferimento all'area delle cure primarie");
- **Malattie Croniche** (definizione di modelli avanzati di gestione);
- **Non Autosufficienza** (assistenza agli anziani);
- **Processi di umanizzazione** dei percorsi assistenziali;
- **Cure Palliative** (sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica).

Si precisa che il valore ripartito per il fondo sanitario nazionale 2014 delle cinque macro-linee progettuali sopraelencate è stato calcolato sulla base di una stima prudenziale in misura pari all'80% del valore delle stesse linee ripartite per il FSN 2013.

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

Si rileva che la quota accantonata per il FSN 2014 relativa agli obiettivi di carattere prioritario in Gestione Sanitaria Accentrata è pari a ca. **72.630.244 €**.

OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO FSN 2014		
AA.SS.	DESCRIZIONE	Importo €
201	ASL AVELLINO	3.433.137
202	ASL BENEVENTO	2.270.943
203	ASL CASERTA	7.268.821
204	ASL NAPOLI 1	8.130.170
205	ASL NAPOLI 2	8.916.337
206	ASL NAPOLI 3	9.060.302
207	ASL SALERNO	9.055.638
901	AO CARDARELLI	80.000
902	AO SANTOBONO	873.254
903	AO DEI COLLI	281.467
904	AOU RUGGI	1.151.409
905	AO MOSCATI	281.834
906	AO RUMMO	213.015
907	AO SAN SEBASTIANO	581.512
908	AOU SUN	1.889.595
909	AOU FEDERICO II	2.043.595
910	IRCCS PASCALE	357.204
000	GSA	72.630.244
Totale		128.518.478

Programma 11: Piano della Prevenzione

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
1068	10	OBIETTIVI DI PIANO	153.497.324	7114

CAP. ENTRATA	N.	QUOTE VINCOLATE	IMPORTO ASSEGNATO €	CAP. SPESA
1068	10.2	PIANO DELLA PREVENZIONE	24.978.846	7072

Intervento 11.1: Piano della Prevenzione

In data 4 dicembre 2014, l'intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per "gli obiettivi di piano", **153.497.324 €**, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2014. Il Ministero della Salute destina una quota del valore suddetto per la realizzazione delle attività relative al piano regionale della prevenzione che per l'anno di FSN 2014. Ad oggi, in assenza di indicazioni in merito, la Regione ha considerato l'importo relativo l'anno 2013, in attesa dell'intesa Stato-Regione per gli obiettivi 2014, pari a **24.978.846 €**.

In data 22 settembre 2014, l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato il Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 (di seguito PNP).

In particolare il piano intende rispondere ad una serie di obiettivi:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- avviare un processo di promozione e tutela della salute che pone la popolazione e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile.

In data 31.12.2014, la Regione Campania ha emanato il decreto commissariale n.156, con il quale ha recepito l'intesa Stato-Regioni relativamente il PNP ed ha elaborato due documenti:

- *schema di programmazione in cui sono stati individuati dei programmi regionali il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni nel rispetto della visione della struttura del PNP;*
- *relazione sullo stato di salute della popolazione.*

Il Piano Regionale della Prevenzione (di seguito PRP) si articola in macro-programmi a elevata valenza strategica definiti, in base agli interventi previsti nel PNP, come di seguito esposto:

- A. Manutenzione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi informativi per la salute;
- B. Promozione del benessere della salute e nella comunità;
- C. La salute del bambino da 0 a 3 anni;

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

- D. Scuole che promuovono la salute;
- E. Ambiente di lavoro e tutela della salute;
- F. Ambiente e salute;
- G. Infezioni e salute;
- H. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

A riguardo sarà a cura dei Direttori Generali delle AA.SS. definire l'utilizzo delle complessive risorse loro assegnate dal presente riparto, in modo da assicurare l'attuazione degli obiettivi fissati per l'esercizio 2014, concordando con la Direzione Generale per la Tutela della Salute il superamento di eventuali criticità.

La Regione Campania ha provveduto inoltre a confrontare i macro-programmi regionali sopra elencati con le aree di intervento presenti nei Livelli Essenziali Assistenza (LEA) definiti con il Decreto del presidente del consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 (Settore - Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica) per individuarne le possibili correlazioni in termini di prestazioni ed obiettivi da raggiungere. Dall'analisi realizzata si evince effettivamente che i macro-programmi definiti dal PRP possono essere considerati attività LEA.

Si rimanda il dettaglio all'**Allegato n.1 – Correlazione Macro-Programmi/LEA 2001**.

Risultati programmati

- *Promozione e tutela della salute della Popolazione;*
- *Creazione di procedure e/o metodi di monitoraggio e valutazione qualitativi e quantitativi per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi.*

Indicatori di risultato

- *Attivazione di Indicatori di processo Regionali delle attività correlabili ai singoli programmi regionali, per il monitoraggio dell'effettiva prosecuzione delle attività previste dai programmi;*
- *Gestione e Monitoraggio periodico delle risorse assegnate.*

UOD di riferimento

- *U.O.D. 00 – Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale. (Correlazione Capitolo Entrata/Spesa del Bilancio finanziario gestionale)*
- *Struttura di staff tecnico operativa (Funzione di coordinamento delle U.O.D. competenti, programmazione, monitoraggio e valutazione del PRP)*

Criterio di Riparto

La Regione ha determinato il criterio di riparto della quota assegnata sulla base dei programmi regionali definiti con il decreto n.156 del 31.12.2014.

Ad ogni macro-programma regionale è stato attribuito un peso percentuale determinato in merito a:

GESTIONE DEI FONDI VINCOLATI 2014

- linee di intervento;
- tipologia di attività collegate;
- obiettivi da conseguire in relazione ai LEA.

Si precisa che la quota complessiva assegnata per il piano regionale della prevenzione è stata così ripartita:

- 94% Aziende Sanitarie Locali;
- 4% Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Irccs;
- 2% Fondo Azioni Centrali Regionali.

Di seguito si riporta la scheda riepilogativa dei macro-programmi del PRP e dei criteri di riparto applicati:

PRP - PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE					Criteri di Riparto
#	Articolazione Macro-Programmi	% Obiettivi di Piano	Calcolo su Finanziamento	% Incidenza	
A	Manutenzione e sviluppo dei Sistemi di Sorveglianza e dei Sistemi informativi per la Salute	2,0%	2.997	12,0%	Quota capitaria secca
B	Promozione del Benessere e della Salute nella Comunità	3,6%	5.495	22,0%	Quota capitaria secca Popolazione residente compresa tra 25-64 anni (Cervice), 50-69 anni (Mammella), 50-74 anni (Colon retto)
	di cui 1) Stili di vita	1,6%	2.498	10,0%	
	di cui 2) Screening	2,0%	2.997	12,0%	
C	La salute del bambino da 0 a 3 anni	1,6%	2.498	10,0%	Popolazione residente compresa tra 0-3 anni
D	Scuole che Promuovono Salute	1,6%	2.498	10,0%	Popolazione residente compresa tra 4-18 anni
E	Ambiente di Lavoro e Tutela della Salute	1,6%	2.498	10,0%	Popolazione residente compresa tra 16-65 anni
F	Ambiente e Salute	1,6%	2.498	10,0%	Quota capitaria secca
G	Infezioni e Salute	1,6%	2.498	10,0%	Quota capitaria secca
H	Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	1,6%	2.498	10,0%	Quota capitaria secca
SUB-TOTALE AA.SS.LL.		15%	23.480	94%	
A.7	"Miglioramento dello scambio di informazioni tra diverse strutture assistenziali per ridurre la trasmissione di malattie infettive croniche"	0,1%	125	0,5%	Quota finalizzata da parte della Regione
A.9	"Miglioramento dei sistemi informativi per aumentare l'appropriatezza ... degli antibiotici e per la sorveglianza delle antibiotico-resistenze in ambito umano e animale"	0,1%	125	0,5%	Quota finalizzata da parte della Regione
B.7	"Miglioramento della estensione e della "resa" degli screening oncologici nella popolazione target"	0,2%	250	1,0%	Quota finalizzata da parte della Regione
C.1	"Promozione dell'allattamento al seno e di azioni di contrasto verso gli altri determinanti di salute del bambino nei primi 2 anni di vita"	0,1%	125	0,5%	Quota finalizzata da parte della Regione
C.2	"Miglioramento della diagnosi precoce dei deficit uditivi congeniti"	0,1%	125	0,5%	Quota finalizzata da parte della Regione
C.3	"Miglioramento della diagnosi precoce dei disturbi della vista"	0,1%	125	0,5%	Quota finalizzata da parte della Regione
G.5	"Miglioramento dei sistemi informativi per l'aumento dell'appropriatezza della prescrizione e del consumo degli antibiotici, e per la sorveglianza delle antibiotico-resistenze"	0,1%	125	0,5%	Quota finalizzata da parte della Regione
SUB-TOTALE AA.OO. - AA.OO.UU. - IRCCS		1%	999	4%	
FONDO AZIONI CENTRALI REGIONALI		0,3%	500	2%	
TOTALE SPESE		16%	24.979	100%	

Si rimanda all'Allegato n.2 "Ripartizione AA.SS. Piano Regionale Prevenzione 2014" il riparto per singola Azienda Sanitaria.

Allegati:

- **Allegato n.1 – Correlazione Macro-Programmi/LEA 2001.**
- **Allegato n.2 “Ripartizione AA.SS. Piano Regionale Prevenzione 2014”**

Matrice mobilità interregionale per CE consuntivo 2014 (valori in migliaia di euro con tre decimali)

VALORI IN MIGLIAIA (€/000)		000	201	202	203	204	205	206	207	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	TOTALE AA.SS.	TOTALE AA.SS. + GSA
CODICE CE	VOCE CE	GSA	ASL AVELLINO	ASL BENEVENTO	ASL CASERTA	ASL NAPOLI 1 CENTRO	ASL NAPOLI 2 NORD	ASL NAPOLI 3 SUD	ASL SALERNO	AO CARDARELLI	AO SANTOBONO	AO DEI COLLI	AOU S.G.DI DIO (SA)	AO MOSCATI	AO RUMMO	AO SAN SEBASTIANO (CE)	AO SUN	AOU FEDERICO II	IRCCS PASCALE		
	MOBILITA ATTIVA	45.809	6.409	3.538	12.040	15.941	10.529	5.416	12.008	3.042	1.256	4.430	3.155	2.439	1.927	1.707	1.429	4.479	2.794	92.539	138.348
AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	28.413	5.657	2.825	7.994	4.734	2.155	2.480	8.637	2.910	1.247	3.635	2.789	2.175	1.813	1.521	1.236	3.515	1.543	56.865	85.279
AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	9.511	378	243	2.903	10.246	1.313	1.968	1.507	13	8	76	87	69	44	23	57	384	192	19.511	29.022
AA0490	A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	2.389	60	79	254	392	279	178	323	120	1	720	279	196	70	163	135	580	1.059	4.888	7.277
AA0500	A.4.A.3.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	308	43	21	133	104	137	191	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	631	939
AA0510	A.4.A.3.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	1.443	200	84	756	446	45	534	895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.960	4.403
AA0520	A.4.A.3.7) Prestazioni termali Extraregione	3.746	70	286	0	19	6.601	64	643	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.683	11.429
AA0530	A.4.A.3.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MOBILITA PASSIVA	9.152	41.358	32.348	81.470	50.110	40.740	55.997	97.575	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	399.599	408.751
BA0480	(Aziende sanitarie)	49	270	176	332	363	223	269	522	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.155	2.204
BA0520	B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)	142	683	417	937	1.767	495	578	1.316	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.193	6.335
BA0560	B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	1.198	5.374	4.529	12.530	7.281	5.225	6.213	11.168	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52.320	53.518
BA0830	B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)	7.184	32.387	25.478	62.533	37.021	32.770	46.005	77.464	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	313.657	320.841
BA0990	B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)	487	2.323	1.573	3.778	2.979	1.652	2.507	6.431	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21.243	21.730
BA1060	B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione)	42	146	47	1.000	123	98	131	285	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.830	1.872
BA1120	B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione)	50	175	128	362	576	278	294	389	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.201	2.251
	MOBILITA INTERNAZIONALE	0	2.568	661	3.548	6.252	4.559	5.726	4.607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27.921	27.921
BA1540	B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva		2.568	661	3.548	6.252	4.559	5.726	4.607											27.921	27.921
SALDO		36.657	-37.517	-29.471	-72.978	-40.421	-34.770	-56.308	-90.174	3.042	1.256	4.430	3.155	2.439	1.927	1.707	1.429	4.479	2.794	-334.981	-298.324

ALLEGATO D**Disposizioni di carattere contabile****1. Destinazione utili degli esercizi 2014 e successivi**

L'art. 30 del decreto legislativo n. 118/2011 ha disposto che il risultato positivo di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, IRCCS e aziende ospedaliere universitarie) *"... è portato a ripiano delle perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale"*.

Già con DGRC n. 2192 del 17/12/2007 (per gli utili fino al 31/12/2006), con i decreti commissariali n. 45 del 14 maggio 2013 (per gli utili degli esercizi 2007 – 2011), n. 91 del 11 agosto 2014 e n. 140 del 31 ottobre 2014 (per gli utili degli esercizi 2012-2013) si è provveduto ad imputare a ripiano perdite esercizi precedenti i risultati economici positivi conseguiti dalle aziende sanitarie regionali.

Con il presente decreto, in conformità alla disposizione di legge sopra richiamata, si stabilisce che anche per gli esercizi 2014 e 2015, rientranti nei Programmi Operativi 2013 – 2015 approvati dal decreto commissariale n. 108 del 10 ottobre 2014, i risultati economici positivi dovranno essere imputati a copertura delle perdite degli esercizi precedenti e, per l'eventuale eccedenza, dovranno essere accantonati in un apposito fondo di riserva che, con successivo provvedimento, sarà utilizzato per il ripiano delle perdite pregresse del servizio sanitario regionale.

2. Destinazione dei finanziamenti finalizzati finanziati con il finanziamento statale vincolato di FSN

Il Ministero della Salute a seguito del raggiungimento di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, concorre annualmente allo stanziamento in favore del Servizio Sanitario Nazionale di quote di contributi a destinazione vincolata, successivamente assegnate alle singole Regioni con l'obiettivo del miglioramento dell'erogazione delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nell'allegato B è esposta la ripartizione dei contributi finalizzati, finanziati con il finanziamento statale vincolato di competenza dell'esercizio 2014, la cui assegnazione è stabilita dal presente decreto in conformità al decreto commissariale di attribuzione dei relativi obiettivi alle aziende, in corso di separata emanazione.

La Regione Campania, nelle more dell'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2014, sulla base dell'accordo relativo all'anno 2013, ha individuato le 5 seguenti macro-linee progettuali:

- Assistenza Primaria (correlata dalla Regione Campania alla linea progettuale 2013 "Farmacia dei Servizi con particolare riferimento all'area delle cure primarie");
- Malattie Croniche (definizione di modelli avanzati di gestione);
- Non Autosufficienza (assistenza agli anziani);
- Processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali;
- Cure Palliative (sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica).

Si precisa che il valore ripartito per il fondo sanitario nazionale 2014 delle cinque macro-linee progettuali sopra indicate è stato calcolato sulla base di una stima prudenziale in misura pari all'80% del valore delle stesse linee ripartite per il FSN 2013.

ALLEGATO D**Disposizioni di carattere contabile**

Si rileva che la quota accantonata per il FSN 2014 relativa agli obiettivi di carattere prioritario in Gestione Sanitaria Accentrata è pari a ca. 72.630.244 €.

In base al D.Lgs. 118/2011 ciascuna azienda sanitaria dovrà accantonare le quote di tali contributi a copertura di costi che sosterrà negli esercizi successivi.

4. Registrazione contabile della mobilità sanitaria interregionale e della mobilità internazionale

Nell'allegato C è esposta la matrice dei costi e dei ricavi per mobilità sanitaria extra regione e della mobilità internazionale, recepita nel riparto del finanziamento statale per la spesa sanitaria corrente per l'esercizio 2014.

In conformità alla disposizione recata dall'art. 29, lettere h) ed i) del D.Lgs. 118/2011, le aziende sanitarie devono iscrivere tra i costi la mobilità sanitaria passiva extra regione e tra i ricavi la mobilità sanitaria attiva extra regione, come risultante dalla *"matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento"*.

Corrispondentemente, il riparto del finanziamento sanitario della spesa corrente deve essere assegnato dalla Regione alle aziende sanitarie al lordo della mobilità sanitaria extra regione procedendo alle conseguenti compensazioni tra crediti e debiti verso la Regione.

Al fine di applicare la normativa sopra richiamata, nel presente provvedimento si dispone che le aziende sanitarie dovranno registrare nelle proprie contabilità i costi ed i ricavi relativi sia alla mobilità sanitaria extra regione sia alla mobilità internazionale. Le registrazioni contabili di ciascuna azienda dovranno essere conformi alla matrice della mobilità inserita nell'ultimo riparto del finanziamento sanitario nazionale, secondo lo schema che si espone nell'allegato C, basato sull'Intesa Stato Regioni del 4 Dicembre 2014 rep. n. 173/CSR.

5. Erogazione dei contributi assegnati dal presente provvedimento

Ai sensi dell'art. 3, comma 7, del decreto legge 8 aprile 2013, convertito con modifiche dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, *"a decorrere dall'anno 2013 costituisce adempimento regionale ... verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, l'erogazione, da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale"*.

Successivamente, la legge 23 dicembre 2014, n. 190, all'art. 1, comma 606, ha modificato la suddetta disposizione come segue: *"606. All'articolo 3, comma 7, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: «A decorrere dall'anno 2015 la predetta percentuale e' rideterminata al valore del 95 per cento e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo»"*.

In questo adempimento rientrano, quindi, tutte le somme erogate dallo Stato alla Regione per il finanziamento della spesa sanitaria corrente, sia indistinta che a destinazione vincolata (sia a titolo

ALLEGATO D**Disposizioni di carattere contabile**

di acconto, che di saldo), nonché le somme derivanti da risorse proprie regionali, comprese quelle rivenienti dal gettito delle manovre fiscali aggiuntive.

Pertanto, è specifico obiettivo della Direzione Generale per la Tutela della Salute e, in particolare, dei dirigenti delle U.O.D. che hanno la responsabilità gestionale dei capitoli di spesa rientranti nella Missione 13 - Tutela della Salute, assumere tempestivamente tutti i provvedimenti necessari per assicurare che almeno il 95% dei fondi loro affidati sia erogato alle aziende sanitarie, ed agli altri aventi diritto, nello stesso esercizio in cui sono incassati dalla Regione; ed il rimanente 5% entro il 31 marzo dell'anno successivo. Tale adempimento dovrà essere valutato ai fini della misurazione e della valutazione della performance individuale dei dirigenti responsabili.

6. Conguagli 2014 e assegnazioni provvisorie per l'esercizio 2015

Per quanto riguarda i conguagli del finanziamento indistinto per l'esercizio 2014, essi saranno determinati con successivi provvedimenti, tenendo conto anche di tutte le somme che risulteranno a debito o a credito all'esito della assegnazione delle somme anticipate alla So.Re.Sa. S.p.A. ai sensi del decreto commissariale n. 90/2013.

L'erogazione delle somme assegnate alle aziende a titolo di finanziamenti finalizzati dovrà, invece, avvenire nel rispetto dell'obbligo di cui al punto precedente.

Fino alla determinazione del nuovo riparto per l'esercizio 2015, il 98% del riparto stabilito dal presente decreto per l'esercizio 2014 (v. allegato n. 7) sarà assunto quale stima provvisoria dei contributi indistinti e vincolati assegnati dalla Regione per l'esercizio 2015. Le erogazioni di cassa, invece, saranno proporzionali alle effettive somme erogate dallo Stato alla Regione, fermo restando che l'art. 4 della legge regionale 4 aprile 2007, n. 5, ha stabilito che i ratei di anticipazione per l'IRCCS Pascale, per l'AOU Federico II e per l'AOU SUN sono determinati nella misura del 95% del finanziamento di competenza;

Si rappresenta che con nota prot.100164 del 22/12/2014, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha comunicato che le erogazioni mensili dell'acconto statale per il finanziamento della spesa sanitaria corrente indistinta sono commisurate ad un importo provvisorio di euro 8.900.579.952=.

7. Fondo Rischi e Oneri: accantonamenti e sistemazioni contabili

Con decreto commissariale n. 148 del 24/12/2014 è stato istituito l'“*Organismo regionale per il governo e monitoraggio dello stato dei rischi del SSR*”, individuandone i componenti tra il personale del Dipartimento della salute e delle risorse naturali, tra esperti delle Aziende Sanitarie campane, e tra i funzionari avvocati dell'Avvocatura Regionale, con il supporto e la cooperazione dell'Advisor Contabile per il Piano di Rientro della Sanità, con i seguenti compiti:

“a) eseguire un'analisi del fondo rischi accantonato nei singoli bilanci delle Aziende del S.S.R. e nel bilancio della Gestione Sanitaria Accentrata, che tenga conto delle diverse tipologie di rischi esistenti e della loro evoluzione nel tempo;

b) valutare il contenzioso legale in essere presso le Aziende del SSR per la verifica ed il monitoraggio dello stato dei rischi aziendali, predisponendo una reportistica periodica necessaria al monitoraggio ed alla valutazione di congruità del fondo rischi accantonato;

c) verificare l'adeguatezza del fondo rischi iscritto nello Stato Patrimoniale del bilancio consolidato del S.S.R., e dei relativi accantonamenti imputati a Conto Economico, rispetto non solo alla stima

ALLEGATO D**Disposizioni di carattere contabile**

delle diverse passività potenziali, ma anche al grado di esigibilità delle partite creditorie iscritte all'attivo";

Il suddetto Organismo ha avviato la propria attività nelle riunioni tenutesi presso gli Uffici della Regione nei giorni 27/1/2015, 24/2/2015, 24/3/2015 e presso l'ARSAN il 14/4/2015.

Nelle more di una più compiuta valutazione dei rischi del Servizio Sanitario Regionale, ai fini del riparto delle risorse disponibili per l'esercizio 2014, si è tenuto conto dei seguenti accantonamenti ai fondi rischi e oneri:

- a) degli accantonamenti operati dalle aziende sanitarie nel preconsuntivo 2014 (CE IV trimestre 2014), che hanno concorso a determinare l'ammontare dei costi di riferimento per l'attribuzione di una quota di FSR a titolo di riequilibrio (aggiuntiva rispetto alla remunerazione delle prestazioni a tariffa e delle funzioni);
- b) dei seguenti accantonamenti, operati nella Gestione Sanitaria Accentrata:
 1. Un accantonamento di circa euro 62 milioni di cui: euro 40,6 milioni a fronte della eccedenza dei crediti sui debiti rilevati tra le aziende nel consuntivo 2013; euro 19,7 a fronte dei rischi di recupero dei crediti vs. i Comuni maturati fino al 2009; euro 1,7 milioni a fronte della eccedenza dei ricavi sui costi rilevati tra le aziende nel conto economico preconsuntivo 2014;
 2. Un accantonamento di euro 90 milioni a fronte delle richieste pervenute dalla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie di provvedere alla copertura di pignoramenti effettuati sulla cassa ordinaria della Regione ed attribuibili a creditori del SSR (la richiesta è in corso di analisi e riscontro);
 3. Un accantonamento di euro 85 milioni specificamente destinato a dare copertura (insieme alle somme già impegnate e non liquidate in passato per le finalità di seguito esposte) alle aziende sanitarie che provvedono alla elisione di crediti vs. la Regione, relativi ad esercizi pregressi, che presentano profili di criticità e, segnatamente:
 - dei crediti iscritti dalla AOU Federico II nei bilanci 2011 – 2013 ai sensi dell'art. 12, comma 5, del protocollo d'intesa con la Regione vigente per quegli esercizi, al netto del relativo fondo rischi aziendale;
 - dei crediti iscritti dall'IRCCS Pascale nei bilanci 2009 – 2013 ai sensi dell'art. 8, comma 2, lettera c), dei protocolli d'intesa sottoscritti con la Regione ai sensi delle DGRC n. 1739/07, n. 1961/09 e n. 255/10 ;
 - dei crediti iscritti dalla AOU Ruggi d'Aragona nei bilanci 2008 – 2013 per i contributi regionali previsti dalla DGRC n. 967/07, come modificata ed integrata dalla DGRC n. 1761/08;
 - di eventuali altre sistemazioni contabili che altre aziende sanitarie dovessero operare riguardo ai crediti vs. la Regione ed ancora in corso di approfondimento.

Infine, l'IRCCS Pascale provvederà a recepire nel bilancio consuntivo al 31.12.2014 gli effetti delle disposizioni contabili, recate dal DCA n. 91/2014 per l'esercizio 2013, e non registrate nel bilancio consuntivo dell'Istituto al 31.12.2013.

RIPARTO DEL FINANZIAMENTO DELLA SPESA SANITARIA CORRENTE 2014 (Importi in migliaia di euro)

FSR 2014 (al lordo mobilità e al netto accentrata)										9.186.906
Livelli di Assistenza		Prevenzione e assistenza	Medicina di base	Farmaceutica	Specialistica	Altra Assistenza Territoriale (*)			Ospedaliera	Totale
Finanziamento in %		5,00%	▼ 7,00%	▼ 11,78%	▼ 13,30%	18,92%			44,00%	100,00%
di cui:						geomorfologia	salute mentale	altra assistenza		
Finanziamento €/000		459.345	643.083	1.082.218	1.221.858	2,00%	▼ 5,00%	▼ 11,92%		
Pesi						183.738	459.345	1.095.079	4.042.239	9.186.906
		QK Semplice	Quota Capitaria semplice	Tetto uniforme imposto sul fabbisogno complessivo	Consumi per età	Geomorfo	Congestione urbana	QK Semplice	QK Semplice	
		80,00%	▼		50,00%	▼ 40,00%	▼ 20,00%	▼ 95,00%	▼ 60,00%	
		Mortalità infantile			QK Semplice	Dispersione abitativa	Deprivazione	Deprivazione	Consumi per età	
		15,00%	▼		45,00%	▼ 30,00%	▼ 80,00%	5,00%	35,00%	▼
		Deprivazione			Deprivazione	Congestione urbana			Deprivazione	
		5,00%			5,00%	30,00%			5,00%	
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014									Quota di accesso al finanziamento totale
ASL di Avellino	430.214	7,1%	7,3%	7,4%	7,6%	9,2%	6,3%	7,3%	7,5%	7,4%
ASL di Benevento	283.763	4,9%	4,8%	4,9%	5,0%	6,0%	4,1%	4,8%	5,0%	4,9%
ASL di Caserta	923.113	15,9%	15,7%	15,5%	15,5%	15,6%	14,7%	15,7%	15,5%	15,5%
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	17,1%	17,4%	17,4%	17,2%	19,7%	17,1%	17,3%	17,4%
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	17,9%	17,6%	17,2%	16,5%	19,3%	17,9%	17,3%	17,6%
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	18,3%	18,2%	18,1%	16,4%	18,9%	18,3%	18,2%	18,2%
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	18,8%	18,9%	19,2%	19,0%	17,0%	18,8%	19,1%	18,9%
TOTALE	5.869.965	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ripartizione del Finanziamento in €/000										
ASL di Avellino		32.803	47.132	80.413,9	92.283	16.991	28.899	79.952	304.156	682.630
ASL di Benevento		22.547	31.088	53.341,5	61.284	11.055	18.762	52.702	202.035	452.814
ASL di Caserta		72.881	101.132	168.277,0	189.613	28.637	67.396	172.063	628.499	1.428.498
ASL Napoli 1 Centro		78.544	109.903	188.215,7	212.008	31.639	90.510	187.536	699.400	1.597.756
ASL Napoli 2 Nord		82.262	115.066	190.132,8	210.572	30.392	88.774	196.414	700.419	1.614.030
ASL Napoli 3 Sud		83.988	117.653	196.993,6	221.739	30.176	86.837	200.537	734.348	1.672.271
ASL di Salerno		86.320	121.111	204.843,1	234.359	34.847	78.167	205.876	773.382	1.738.905
TOTALE		459.345	643.083	1.082.217,5	1.221.858	183.738	459.345	1.095.079	4.042.239	9.186.906

(*) Comprende il 5% destinato alla salute mentale dall'art.11 della legge regionale 11 agosto 2001 n. 10, comma 4.

AZIENDE	FSR QK PESATA	MOB. ATTIVA INTERAZ. P.O.	MOB. PASSIVA INTERAZ. P.O.	SPECIALISTIC A RESIDENTI	PRODUZIONE DRG AO	FINANZIAMENTO BASE	FINANZIAMENTO FUNZIONI CON FSR FINALIZZATO	FINANZIAMENTO FUNZIONI CON FONDI STATALI (VINCOLATI E OBIETTIVI DI PIANO)	FINANZIAMENTO FUNZIONI OSPEDALIERE CON FSR INDISTINTO	TOTALE FINANZIAME NTO FUNZIONI
	A	B	C	D	E	F= A+B+C+D+E	G	H	I	J = G + H + I
ASL Avellino	682.630	3.268	-5.449	-9.578	-91.491	579.381	5.693	8.435	-	14.128
ASL Benevento	452.814	1.134	-2.190	-5.983	-87.408	358.367	2.955	6.356	-	9.312
ASL Caserta	1.428.498	9.491	-10.199	-5.182	-131.597	1.291.010	11.157	20.724	-	31.881
ASL Napoli 1 Centro	1.597.756	51.201	-10.303	-10.389	-237.118	1.391.148	11.798	28.838	-	40.636
ASL Napoli 2 Nord	1.614.030	11.820	-31.432	-8.058	-173.062	1.413.298	13.273	17.160	-	30.433
ASL Napoli 3 Sud	1.672.271	7.256	-46.989	-5.975	-150.318	1.476.246	13.036	18.442	-	31.479
ASL Salerno	1.738.905	28.830	-6.439	-7.954	-164.224	1.589.119	15.575	17.610	-	33.185
A.O. Cardarelli	-	-	-	1.944	154.169	156.113	10.364	1.637	54.911	66.912
A.O. Santobono	-	-	-	1.164	49.367	50.531	1.541	1.859	18.253	21.653
A.O. dei Colli	-	-	-	4.774	133.605	138.379	2.891	2.618	53.790	59.299
A.O.U. S. G. di DIO (SA)	-	-	-	6.633	137.170	143.803	2.976	1.678	56.974	61.628
A.O. Moscati (AV)	-	-	-	10.099	92.337	102.436	915	652	30.771	32.338
A.O. G. Rummo (BN)	-	-	-	5.451	68.593	74.044	969	480	26.965	28.414
A.O. Caserta	-	-	-	2.469	67.436	69.905	2.975	1.040	25.939	29.954
A.O.U. Sun	-	-	-	2.548	39.608	42.156	830	2.105	5.245	8.180
A.O.U. Federico II	-	-	-	7.793	113.810	121.603	8.289	3.235	34.466	45.990
IRCCS Pascale	-	-	-	6.554	44.632	51.186	10.166	847	7.926	18.939
Accentrata ospedaliera	-	-	-	3.691	134.490	138.180	22.724	-	-	22.724
Acc.to per funzioni	453.367	-	-	-	-	453.367	-138.128	-	-315.239	-453.367
Altra Accentrata (1)	324.771	-	-	-	-	324.771	-	76.561	-	76.561
TOTALE	9.965.044	113.002	- 113.002	- 0,00	- 0,00	9.965.044	-	210.279	-	210.279

AZIENDE	FINANZIAMENTO BASE + FINANZIAMENTO FUNZIONI	COSTI: CE IV TRIM. 2014 (1)	DELTA FINANZIAME NTO - COSTI	FINANZIAME NTO BASE+FUNZI ONI / COSTO	FINANZIAME NTO BASE+FUNZI ONI / COSTO TARGET	RIEQUILIBRIO	FINANZIAMENTO BASE + FUNZIONI + RIEQUILIBRIO
	K = F + J	L	M = K - L	N = K / L	O	P	Q = K + P
ASL Avellino	593.508	532.070	61.438	111,5	101,5 -	51.457	542.051
ASL Benevento	367.679	346.408	21.271	106,1	101,5 -	14.075	353.604
ASL Caserta	1.322.891	1.141.814	181.077	115,9	101,5 -	163.950	1.158.941
ASL Napoli 1 Centro	1.431.784	1.518.061	-86.277	94,3	99,5	88.114	1.519.898
ASL Napoli 2 Nord	1.443.732	1.213.144	230.588	119,0	102,0 -	206.325	1.237.407
ASL Napoli 3 Sud	1.507.725	1.313.779	193.946	114,8	101,5 -	174.239	1.333.486
ASL Salerno	1.622.304	1.567.756	54.548	103,5	100,0 -	54.548	1.567.756
A.O. Cardarelli	223.025	334.850	-111.825	66,6	101,5	116.848	339.873
A.O. Santobono	72.183	132.884	-60.701	54,3	100,5	61.365	133.548
A.O. dei Colli	197.678	271.941	-74.263	72,7	101,5	78.342	276.020
A.O.U. S. G. di DIO (SA)	205.431	280.530	-75.099	73,2	101,5	79.307	284.738
A.O. Moscati (AV)	134.774	156.554	-21.780	86,1	102,0	24.911	159.685
A.O. G. Rummo (BN)	102.459	109.693	-7.234	93,4	102,0	9.428	111.887
A.O. Caserta	99.859	151.991	-52.132	65,7	101,5	54.412	154.271
A.O.U. Sun	50.336	121.597	-71.261	41,4		74.696	125.031
A.O.U. Federico II	167.593	232.279	-64.686	72,2		46.284	213.876
IRCCS Pascale	70.126	112.184	-42.058	62,5		30.887	101.013
Accentrata ospedaliera	160.905	160.905	0	-	-	-	160.905
Acc.to per funzioni	0	-	0	-	-	-	0
Altra Accentrata (1)	401.332	401.332	-	-	-	-	401.332
TOTALE	10.175.322	10.099.772	75.551			-	10.175.322

(1) Costi da CE al IV Trimestre 2014 escluso oneri e proventi straordinari, mobilità attiva, ticket e altri proventi

ALLEGATO n. 3

Capitoli di Spesa finalizzata a valere sul FSN indistinto 2014:
assegnazioni già operate con specifici provvedimenti

RIPARTO FSN INDISTINTO 2014 - ASSEGNAZIONI AA.SS. GIA' OPERATE CON SPECIFICI PROVVEDIMENTI																				
CAPITOLI DI SPESA	OGGETTO	GSA	ASL AVELLINO	ASL BENEVENTO	ASL CASERTA	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 3 Sud	ASL SALERNO	A.O. CARDARELLI	A.O. SANTOBONO	A.O. DEI COLLI	A.O. U. RUGGI	A.O. MOSCATI	A.O. RUMMO	A.O. SAN SEBASTIANO	A.O. U. SUN	A.O.U. FEDERICO II	IRCCS PASCALE	TOTALE ASSEGNATO
7082	SIRES 118- TRASFERIMENTI AD AMMINISTRAZIONI LOCALI.									5.005.260										5.005.260
7162	ASSISTENZA TOSSICODIPENDENTI : INTERVENTI FINALIZZATI ALLA RIABILITAZIONE E RECUPERO SVOLTI DA AASSLL E ENTI LOCALI.		134.152	118.028	157.685	193.427	203.708	204.789	208.210											1.220.000
7670	ADEMPIMENTI DI LIVELLO REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA COMUNITARIA IN MATERIA DI SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE- REG.CEE N. 178/2002 E N. 882/2004. PIANO REGIONALE INTEGRATO (P.R.I.) SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE GISA. NUCLEO REGIONALE CONTROLLI UFFICIALI (NU.RE.C.U.)		2.000	2.000	2.000	4.000	2.000	2.000	3.000											17.000
7018	FINANZIAMENTO AL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO C/O A.O. MONALDI PER LE MALFORMAZIONI CONGENITE DEL CUORE IN ETA' ADULTA -GUCH (L.R. 26/2/1998, N.2)											600.000								600.000
7078	SPESA SANITARIA REGIONALE CORRENTE (BASCO, SCREENING NEONATALE PER L'UDITO E PER I.C.E.P.K.U., TRASPORTO NEONATALE EMERGENZA, DIABETOLOGIA, RIORDINO ATTIVITA' TERMALI, REG. PATOL. E SISTEMI SORVEGLIANZA, MEDICINA DELLO SPORT, ED. SALUTE, IGIENE E MED. LAV., FORMAZIONE PERS. ASS. MALATI TERMINALI).						200.000				650.000	45.000			55.000			150.000		1.100.000
7296	ONERI GESTIONALI DELLA BASCO DELLA REGIONE CAMPANIA (L.R. 18 DEL 6/12/2000, ART. 51)										500.000									500.000
7656	POLO INTEGRATO (P.I) PER LE PRESTAZIONI SANITARIE DI ELEVATA COMPLESSITA' , LA DIDATTICA E LA RICERCA IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA.-CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI.					250.000														250.000
7084	ATTIVITA' DI TRAPIANTI E DI PRELIEVI DI ORGANI E DI INNESTI DI TESSUTI DEI CENTRI E DELLE UNITA' OPERATIVE DI RIANIMAZIONE.											850.000								850.000

ALLEGATO n. 3

Capitoli di Spesa finalizzata a valere sul FSN indistinto 2014:
assegnazioni già operate con specifici provvedimenti

CAPITOLI DI SPESA	OGGETTO	GSA	ASL AVELLI NO	ASL BENEV ENTO	ASL CASERT A	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 3 Sud	ASL SALER NO	A.O. CARDAR ELLI	A.O. SANTOB ONO	A.O. DEI COLLI	A.O. U. RUG GI	A.O. MOS CATI	A.O. RUMM O	A.O. SAN SEBAS TIANO	A.O. U. SUN	A.O.U. FEDERIC O II	IRCCS PASCALE	TOTALE ASSEGNA TO
7064	FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DI RICERCA ASSISTENZIALE APPLICATA DELL'IRCCS FONDAZIONE PASCALE DI CUI ALL'ART. 8 COMMA 2 LETTERA B) DEL PROTOCOLLO D'INTESA DI CUI ALLA DGRC 1739/2007 ESERCIZI 2007/2009 E DEL PROTOCOLLO D'INTESA DI CUI ALLA DGRC 255/2010 ESERCIZI 2010 E 2011																		10.000.000	10.000.000
7032	FINANZIAMENTO DEL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER L'EPILESSIA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II. (L.R. N.11 DEL 16 MAGGIO 2006)																	200.000		200.000
7086	FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' TRASFUSIONALI. DELIBERA G.R. 6154 DEL 15/11/2001.																	4.720.000		4.720.000
7628	PIANO STRAORDINARIO BRUCELLOSI BUFALINA E OVICAPRINA (L.R.6/99).				1.432.490		23.412		352.800											1.808.702
7344	COMPETENZE PER COMPONENTI COMMISSIONI INTERNE ED ESTERNE MONITORAGGIO PERSONALE SSR		2.339				1.003					1.003					251		1.003	5.598
TOTALE		-	138.491	120.028	1.592.176	447.427	230.122	406.789	564.010	5.005.260	1.150.000	1.496.003	-	-	55.000	-	251	5.070.000	10.001.003	26.276.559

Capitoli di Spesa finalizzata a valere sul FSN indistinto 2014:
assegnazioni operate con presente decreto

RIPARTO FSN INDISTINTO 2014 - ASSEGNAZIONI AA.SS. PRESENTE DECRETO

CAPIT OLO	OGGETTO	GSA	ASL AVELLIN O	ASL BENEVE NTO	ASL CASERT A	ASL NAPOLI 1	ASL NAPOLI 2	ASL NAPOLI 3	ASL SALERNO	A.O. CARDAR ELLI	A.O. SANTO BONO	A.O. DEI COLLI	A.O.U. RUGGI	A.O. MOSC ATI	A.O. RUMM O	A.O. SAN SEBASTI	A.O.U. SUN	A.O.U. FEDERIC O II	IRCCS PASCA LE	TOTALE ASSEGNAT O
7082	SIRES 118- TRASFERIMENTI AD AMMINISTRAZIONI LOCALI.	11.959.740	1.850.000	825.000	1.525.000	1.675.000	3.830.000	3.780.000	5.600.000	850.000	-	-	550.000	550.000	550.000	1.250.000	-	700.000	-	35.494.740
7332	STUDIO SPERIMENTALE PER TRATTAMENTO DI ANGIOPLASTICA CORONARICA CON STENT MEDICATI	2.000.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.000.000
7036	EROGAZIONE DI FARMACI SPECIFICI PER LE MALATTIE RARE (ART. 6 DEL DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE N.279 DEL 18/5//01).	2.000.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.000.000
7342	ADEMPIMENTI DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE 11.06.2010 - ISTITUZIONE DEL FLUSSO INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI DEI DISPOSITIVI MEDICI DIRETTAMENTE ACQUISTATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	100.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.000
7078	SPESA SANITARIA REGIONALE CORRENTE (BASCO, SCREENING NEONATALE PER L'UDITO E PER I.C.E.P.K.U., TRASPORTO NEONATALE EMERGENZA, DIABETOLOGIA, RIORDINO ATTIVITA' TERMALI, REG. PATOL. E SISTEMI SORVEGLIANZA, MEDICINA DELLO SPORT, ED. SALUTE, IGIENE E MED. LAV., FORMAZIONE PERS. ASS. MALATI TERMINALI)	4.944.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.944.000
7084	ATTIVITA' DI TRAPIANTI E DI PRELIEVI DI ORGANI E DI INNESTI DI TESSUTI DEI CENTRI E DELLE UNITA' OPERATIVE DI RIANIMAZIONE.	1.211.209	-	-	-	601.735	164.000	-	260.680	2.333.550	53.500	1.078.400	1.341.506	126.145	140.320	408.715	650.000	1.130.240	-	9.500.000
7092	SPESA SANITARIA ACCENTRATA PER L'ASSISTENZA SANITARIA.	2.760.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.760.000
7142	FINANZIAMENTO ALLE AA.SS.LL. RICADENTI NEL BACINO IDROGRAFICO DEL FIUME SARNO PER EFFETTUARE UNO STUDIO SULL'INCIDENZA DI NEOPLASIE NELLA PROPRIA AREA DI RIFERIMENTO (ART. 3, COMMA 6, L.R. N. 23/2005).	150.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150.000
7658	RISORSE PER IL FUNZIONAMENTO DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE E PER LE ATTIVITA' DEI REGISTRI.	1.500.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.500.000
7008	INTERVENTI SOCIO - ASSISTENZIALI A FAVORE DEI SOGGETTI TRAPIANTANDI E TRAPIANTATI D'ORGANO E DI INNESTO DI TESSUTO (MIDOLLO OSSEO, CORNEA)	595.000	145.000	80.000	256.000	256.000	256.000	256.000	256.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.100.000
7017	ISTITUZIONE PRESSO IL CTO DI NAPOLI DELL'UNITA' SPINALE.	150.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150.000
7086	FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' TRASFUSIONALI. DELIBERA G.R. 6154 DEL 15/11/2001.	-	-	-	-	-	-	-	-	1.760.000	-	-	700.000	-	-	1.070.000	-	950.000	-	4.480.000
7090	REALIZZAZIONE PIANO REGIONALE SANGUE FINALIZZATO AL MIGLIORAMENTO DEI MODELLI FUNZIONALI - ORGANIZZATIVI, ALL'ADEGUAMENTO TECNOLOGICO, ALL'AUTOSUFFICIENZA E ALL'EFFICIENZA, NONCHE' ALLA SICUREZZA	1.452.599	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	347.401	-	1.800.000
7374	UNITA' DI CRISI REGIONALE (U.C.R.) AI FINI DELLA DELIBERA DI G.R. N. 495 DEL 25.03.2004 - TRASFERIMENTO AD AMMINISTRAZIONI LOCALI.	10.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.000
7070	CONTRIBUTO DEL 20% AI CITTADINI RICONOSCIUTI DISABILI TITOLARI DI PATENTE B PER LA MODIFICA DEGLI STRUMENTI DI GUIDA (LEGGE 5/2/92 N. 104, ART. 27)	100.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.000

ALLEGATO n. 4

Capitoli di Spesa finalizzata a valere sul FSN indistinto 2014:
assegnazioni operate con presente decreto

CAPIT OLO	OGGETTO	GSA	ASL AVELLIN O	ASL BENEVE NTO	ASL CASERT A	ASL NAPOLI 1	ASL NAPOLI 2	ASL NAPOLI 3	ASL SALERNO	A.O. CARDAR ELLI	A.O. SANTO BONO	A.O. DEI COLLI	A.O.U. RUGGI	A.O. MOSC ATI	A.O. RUMM O	A.O. SAN SEBASTI	A.O.U. SUN	A.O.U. FEDERIC O II	IRCCS PASCA LE	TOTALE ASSEGNAT O
7150	PROGRAMMI ED INTERVENTI SOCIO SANITARI E SISTEMI INFORMATIVI SOCIO SANITARI.	990.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	990.000
7164	FONDO REGIONALE PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA E L'AUTISMO - ATTIVITA' SVOLTA DALLE AMMINISTRAZIONI LOCALI	-	119.420	105.610	165.201	171.302	176.074	179.588	382.805	-	100.000	-	-	-	-	-	100.000	-	-	1.500.000
7130	SPESE PER LE ATTIVITA' CONNESSE ALL'ISTITUZIONE DELL'UNITA' DI SENOLOGIA PRESSO LE AZIENDE OSPEDALIERE DELLA REGIONE CAMPANIA (L.R. 9/11/2005, N. 20).	1.000.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.000.000
7628	PIANO STRAORDINARIO BRUCELLOSIS BUFALINA E OVICAPRINA (L.R.6/99).	1.671.998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.671.998
7644	INDENNITA' DI ABBATTIMENTO ANIMALI PER COSTO SMALTIMENTO CARCASSE. EMERGENZA DIOSSINA	50.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50.000
7203	ASSISTENZA A FAVORE DEI CITTADINI AFFETTI DA TBC NON ASSISTITI DALL' I.N.P.S. ED IN CONDIZIONI ECONOMICHE DISAGIATE (L. 4/3/87 N. 88 ART. 5 E L. 28/2/95 N. 549 - ART. 3 COMMA 1)	500.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	500.000
7246	CONTRIBUTO AGLI ORGANI DI CUI AL COMMA 1 DELL'ART.10 DELLA L.R. 2 LUGLIO,1996 N.14 AVENTE PER OGGETTO "NORME PER LA MEDICINA DELLO SPORT E PER LA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITA'SPORTIVE".	50.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50.000
7073	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE EX ART. 4 C. 1, LETT. E) ACCORDO STATO-REGIONII DEL 23/03/05 REP. 2271. QUOTA FONDO INDISTINTO	397.896	1.334.758	877.303	2.972.622	3.212.968	3.450.282	3.475.249	3.378.057	79.580	79.580	79.580	79.580	79.580	79.580	79.580	79.580	79.580	79.580	19.894.935
7074	PIANO NAZIONALE AGGIORNAMENTO PERSONALE SANITARIO EX ART. 4 C. 1, LETT. F) ACCORDO STATO REGIONI DEL 23/03/05 REP. 2271.	-	201.900	138.500	523.100	785.200	381.000	519.600	821.400	335.200	157.500	236.900	305.300	159.700	144.500	166.300	-	12.000	85.634	4.973.734
7344	COMPETENZE PER COMPONENTI COMMISSIONI INTERNE ED ESTERNE MONITORAGGIO PERSONALE SSR	34.351	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34.351
7000	SPESA SANITARIA REGIONALE DI PARTE CORRENTE (ART.28 L.R. 3.11.1994, N.32, ART. 1 COMMA 2 DECR. L.GS N. 56 DEL 18/2/2000).	85.000.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85.000.000
7312	CONTRIBUTO ACQUISTO FARMACI AD ALTO COSTO	-	1.903.000	809.000	4.123.000	4.648.000	4.786.000	4.419.000	4.312.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.000.000
TOTALE		118.626.792	5.554.078	2.835.413	9.564.923	11.350.205	13.043.356	12.629.437	15.010.942	5.358.330	390.580	1.394.880	2.976.386	915.425	914.400	2.974.595	829.580	3.219.221	165.214	207.753.757

Capitoli di Spesa finalizzata a valere sul FSN vincolato 2014

ALLEGATO n.5

RIPARTO FSN 2014 - FONDI VINCOLATI	CAP 7022	CAP 7102	CAP 7306	CAP 7188	CAP 7046	CAP 7140	CAP 7145	CAP 7046	CAP 7174 (7175 - 7177)	OBIETTIVI DI PIANO FSN 2014		TOTALE RIPARTO - FONDI VINCOLATI 2014
	BORSE DI STUDIO MMG	FIBROSI CISTICA	ESCLUSIVITA' DI RAPPORTO	HANSENI ANI	EXTRACOM UNITARI	MEDICINA PENITENZIARIA	OPG	EMERSIONE LAVORO STRANIERI	LOTTA AIDS	CAP 7114 - OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO	CAP 7072 - PIANO PREVENZIONE	
Descrizione	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	FSN 2014	
ASL AVELLINO	5.763	-	159.621	-	-	1.746.032	1.177.914	185.115	51.770	3.433.137	1.675.839	8.435.191
ASL BENEVENTO	-	-	95.773	13.267	18.321	2.463.946	210.843	145.448	36.212	2.270.943	1.101.487	6.356.239
ASL CASERTA	106.377	-	351.167	-	569.513	4.838.523	1.414.189	2.242.683	200.574	7.268.821	3.732.240	20.724.088
ASL NAPOLI 1	97.797	-	510.788	-	657.102	11.803.431	612.685	2.243.458	748.895	8.130.170	4.034.003	28.838.331
ASL NAPOLI 2	80.537	-	255.394	14.046	16.209	292.887	605.086	2.348.851	298.553	8.916.337	4.331.960	17.159.858
ASL NAPOLI 3	63.277	-	351.167	14.954	94.627	1.122.782	728.160	2.401.660	242.195	9.060.302	4.363.307	18.442.432
ASL SALERNO	69.030	-	542.712	76.570	202.830	-	719.785	2.534.313	167.805	9.055.638	4.241.279	17.609.962
AO CARDARELLI	-	-	191.545	-	1.266.036	-	-	-	-	80.000	99.915	1.637.498
AO SANTOBONO	-	-	95.773	-	790.466	-	-	-	-	873.254	99.915	1.859.408
AO DEI COLLI	-	-	127.697	-	776.711	-	-	-	1.331.926	281.467	99.915	2.617.716
AOU RUGGI	-	-	159.621	-	-	-	-	-	266.914	1.151.409	99.915	1.677.860
AO MOSCATI	-	-	95.773	-	70.713	-	-	-	103.697	281.834	99.915	651.932
AO RUMMO	-	-	63.848	-	-	-	-	-	103.391	213.015	99.915	480.170
AO SAN SEBASTIANO	-	-	95.773	-	42.837	-	-	-	220.384	581.512	99.915	1.040.422
AOU SUN	-	-	-	-	-	-	-	-	115.187	1.889.595	99.915	2.104.698
AOU FEDERICO II	-	395.444	31.924	-	-	-	-	-	664.095	2.043.595	99.915	3.234.975
IRCCS PASCALE	-	-	63.848	-	325.834	-	-	-	-	357.204	99.915	846.801
ALTRI ENTI - GSA	3.204.183	-	-	211.628	-	-	-	-	15.611	72.630.244	499.577	76.561.244
Totale	3.626.965	395.444	3.192.424	330.465	4.831.200	22.267.601	5.468.662	12.101.528	4.567.210	128.518.478	24.978.846	210.278.824

FUNZIONI OSPEDALIERE

ALLEGATO 6

REMUNERAZIONE DELLE FUNZIONI	
CRITERIO I LIVELLO	
CRITERIO II LIVELLO	
AASS	

EMERGENZA				AREA CRITICA		TRAPIANTI		COMPLESSITA'			
20%				10%		10%		25%		35%	
DEA II		PRONTO SOCCORSO		GG DEGENZA T.I.		CENTRO TRAPIANTI		CASE MIX - MEDIA		CASE MIX - ALTA	
40%		60%		100%		100%		100%		100%	
SI	NO	ACCESSI SENZA RICOVERO	%	GG T.I.	%	SI	NO	PESO DO>2< 3	%	PESO DO > 3	%

901	AO CARDARELLI
902	AO SANTOBONO
903	AO DEI COLLI
904	AO RUGGI
905	AO MOSCATI
906	AO RUMMO
907	AO SAN SEBASTIANO
908	AOU SUN
909	AOU FEDERICO II
910	IRCCS PASCALE

SI	16,7%	67.734	13,0%	2.887	9,4%	SI	1	2.414	20,0%	1.840	18,1%
SI	16,7%	129.808	31,2%	3.726	12,2%	NO	-	424	3,5%	364	3,6%
-	0,0%	976	0,1%	5.202	17,0%	SI	1	2.433	20,2%	1.903	18,7%
SI	16,7%	128.625	24,7%	8.053	26,3%	SI	1	1.708	14,2%	1.733	17,0%
SI	16,7%	33.142	6,4%	3.217	10,5%	NO	-	1.149	9,5%	950	9,3%
SI	16,7%	41.824	8,0%	1.985	6,5%	NO	-	952	7,9%	811	8,0%
SI	16,7%	84.546	16,3%	2.932	9,6%	NO	-	723	6,0%	980	9,6%
-	0,0%	-	0,0%	221	0,7%	NO	-	395	3,3%	177	1,7%
	0,0%	3.170	0,3%	2.407	7,9%	SI	1	1.329	11,0%	1.098	10,8%
-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	NO	-	536	4,4%	336	3,3%

TOTALE		-	100%	489.825	100%	30.630	100%	-	4	12.063	100%	10.192	100%

ALLEGATO n. 7

Ricavi 2014 per contributi da Regione, ai sensi del presente decreto

AZIENDE	FINANZIAMENTO INDISTINTO		TOTALE INDISTINTO VOCE CE "AA0030"	FINANZIAMENTO VINCOLATO	RIPARTO 2014
	QUOTA INDISTINTO	QUOTA FINALIZZATI		FINALIZZATI E OBIETTIVI DI PIANO VOCE CE "AA0040"	
€/000					
	A	B	C = A + B	D	E = C + D
ASL Avellino	527.923	5.693	533.616	8.435	542.051
ASL Benevento	344.292	2.955	347.248	6.356	353.604
ASL Caserta	1.127.060	11.157	1.138.217	20.724	1.158.941
ASL Napoli 1 Centro	1.479.262	11.798	1.491.059	28.838	1.519.898
ASL Napoli 2 Nord	1.206.974	13.273	1.220.247	17.160	1.237.407
ASL Napoli 3 Sud	1.302.007	13.036	1.315.043	18.442	1.333.486
ASL Salerno	1.534.571	15.575	1.550.146	17.610	1.567.756
A.O. Cardarelli	327.872	10.364	338.235	1.637	339.873
A.O. Santobono	130.148	1.541	131.689	1.859	133.548
A.O. dei Colli	270.512	2.891	273.402	2.618	276.020
A.O.U. S. G. di DIO (SA)	280.084	2.976	283.060	1.678	284.738
A.O. Moscati (AV)	158.118	915	159.033	652	159.685
A.O. G. Rummo (BN)	110.437	969	111.407	480	111.887
A.O. Caserta	150.256	2.975	153.230	1.040	154.271
A.O.U. Sun	122.097	830	122.927	2.105	125.031
A.O.U. Federico II	202.352	8.289	210.641	3.235	213.876
IRCCS Pascale	90.000	10.166	100.166	847	101.013
Accentrata ospedaliera	138.180	22.724	160.905	-	160.905
Altra Accentrata (1)	324.771	-	324.771	76.561	401.332
TOTALE	9.826.915	138.128	9.965.043	210.279	10.175.322

PREVENZIONE E ASSISTENZA

APPENDICE E.1

Fondo Sanitario Regionale 2014: Parametri per il Riparto dell'attività di Prevenzione ed Assistenza

	<i>Pesi</i>	80,00%				15,00%		5,00%	
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	% QK semplice	Mortalità infantile media 2013 (*)	Radice quadrata dell'indice di mortalità infantile	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata con radice quadrata indice mort.inf.	% pop pesata per mortalità infantile	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata per deprivazione	% pop pesata per deprivaz.	peso per il riparto
ASL di Avellino	430.214	7,3%	27,60	5,25	2.260.067	6,3%	395.407	6,8%	7,1%
ASL di Benevento	283.763	4,8%	48,44	6,96	1.974.976	5,5%	257.261	4,4%	4,9%
ASL di Caserta	923.113	15,7%	42,88	6,55	6.044.671	16,8%	902.816	15,5%	15,9%
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	37,01	6,08	6.103.179	16,9%	1.039.835	17,8%	17,1%
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	37,01	6,08	6.389.893	17,7%	1.095.895	18,8%	17,9%
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	37,01	6,08	6.533.558	18,1%	1.089.239	18,6%	18,3%
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	37,57	6,13	6.776.086	18,8%	1.061.908	18,2%	18,8%
TOTALE	5.869.965	100,0%	38,86	6,23	36.082.431	100,0%	5.842.361	100,0%	100,0%

2013	Mortalità infantile (*)		
ASL	M	F	media
ASL di Avellino	32,032	22,8881	27,60
ASL di Benevento	37,5505	60,0886	48,44
ASL di Caserta	49,7398	35,4946	42,88
ASL Napoli 1 Centro	40,8971	32,9275	37,01
ASL Napoli 2 Nord	40,8971	32,9275	37,01
ASL Napoli 3 Sud	40,8971	32,9275	37,01
ASL di Salerno	43,5635	31,1459	37,57
REGIONE	43,2078	34,2555	38,8637

(*) tasso standardizzato di mortalità infantile (per 10.000 abitanti)

Fonte: ISTAT

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

APPENDICE E.2

Fondo Sanitario Regionale 2014: Parametri per il Riparto dell'attività di Specialistica Ambulatoriale

	<i>Pesi</i>	45,00%		50,00%		5,00%	
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	% QK semplice	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata per consumi	% pop pesata per consumi per età	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata per deprivazione	% pop pesata per deprivaz.	peso per il riparto
ASL di Avellino	430.214	7,3%	434.483	7,8%	395.407	6,8%	7,6%
ASL di Benevento	283.763	4,8%	290.686	5,2%	257.261	4,4%	5,0%
ASL di Caserta	923.113	15,7%	850.842	15,3%	902.816	15,5%	15,5%
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	973.088	17,5%	1.039.835	17,8%	17,4%
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	914.642	16,5%	1.095.895	18,8%	17,2%
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	996.587	18,0%	1.089.239	18,6%	18,1%
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	1.086.918	19,6%	1.061.908	18,2%	19,2%
TOTALE	5.869.965	100,0%	5.547.246	100,0%	5.842.361	100,0%	100,0%

Indice peso assistenza specialistica da riparto FSN 2014 (*)

	classi di età							
PESI Ministero:	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+
	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136

(*) Come da Intesa del 4 dicembre 2014

Popolazione ISTAT al 1 gennaio 2014 suddivisa per ASL e per classi di età

ASL	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	Totale	Quota
ASL di Avellino	3.244	13.967	39.911	49.021	115.679	120.021	41.137	47.234	430.214	7,3%
ASL di Benevento	2.182	9.070	26.181	32.457	74.372	78.227	28.042	33.232	283.763	4,8%
ASL di Caserta	8.543	37.726	104.121	116.322	265.052	243.769	80.300	67.280	923.113	15,7%
ASL Napoli 1 Centro	8.728	38.378	106.761	120.757	266.406	276.374	98.886	86.884	1.003.174	17,1%
ASL Napoli 2 Nord	10.742	47.098	130.080	141.473	308.600	273.733	83.519	55.056	1.050.301	17,9%
ASL Napoli 3 Sud	10.230	43.970	124.451	137.030	298.164	282.737	99.724	77.609	1.073.915	18,3%
ASL di Salerno	9.175	39.438	109.019	128.246	302.585	306.265	103.874	106.883	1.105.485	18,8%
Totale	52.844	229.647	640.524	725.306	1.630.858	1.581.126	535.482	474.178	5.869.965	100,0%

Popolazione ISTAT al 1 gennaio 2014 con pesi del Ministero

ASL	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	Totale	Quota
ASL di Avellino	1.268	4.022	13.610	18.726	72.531	134.784	88.650	100.892	434.483	7,8%
ASL di Benevento	853	2.612	8.928	12.399	46.631	87.849	60.431	70.984	290.686	5,2%
ASL di Caserta	3.340	10.865	35.505	44.435	166.188	273.753	173.047	143.710	850.842	15,3%
ASL Napoli 1 Centro	3.413	11.053	36.406	46.129	167.037	310.368	213.099	185.584	973.088	17,5%
ASL Napoli 2 Nord	4.200	13.564	44.357	54.043	193.492	307.402	179.983	117.600	914.642	16,5%
ASL Napoli 3 Sud	4.000	12.663	42.438	52.345	186.949	317.514	214.905	165.773	996.587	18,0%
ASL di Salerno	3.587	11.358	37.175	48.990	189.721	343.936	223.848	228.302	1.086.918	19,6%
Totale	20.662	66.138	218.419	277.067	1.022.548	1.775.604	1.153.964	1.012.844	5.547.246	100,0%

ALTRA ASSISTENZA TERRITORIALE

APPENDICE E.3

Fondo Sanitario Regionale 2014: Parametri per il Riparto dell'attività di Altra Assistenza Territoriale in base alle caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio

	<i>Pesi</i>	40,00%		30,00%		30,00%	
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014 pesata per geomorfologia	% pop pesata per geomorfologia	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014 pesata per dispersione abitativa	% pop pesata per dispersione abitativa	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014 pesata con la radice quarta della congestione	% pop pesata per congestione urbana	peso per il riparto
ASL di Avellino	1.040.188	12,3%	602.300	10,1%	1.515.806	4,4%	9,2%
ASL di Benevento	673.919	8,0%	397.268	6,6%	970.883	2,8%	6,0%
ASL di Caserta	1.194.730	14,1%	1.292.358	21,6%	3.992.043	11,5%	15,6%
ASL Napoli 1 Centro	1.271.311	15,0%	601.904	10,1%	9.445.841	27,3%	17,2%
ASL Napoli 2 Nord	1.461.454	17,3%	630.181	10,5%	7.465.797	21,6%	16,5%
ASL Napoli 3 Sud	1.241.515	14,7%	912.828	15,3%	6.894.791	19,9%	16,4%
ASL di Salerno	1.586.519	18,7%	1.547.679	25,9%	4.279.527	12,4%	19,0%
TOTALE	8.469.636	100,0%	5.984.518	100,0%	34.564.687	100,0%	100,0%

Popolazione PESATA con il Peso per Geomorfologia								
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	quota capitaria semplice	COLLINA LITORANEA	COLLINA INTERNA	MONTAGNA	PIANURA	ISOLA	Totali
ASL di Avellino	430.214	7,3%	-	500.908	539.280	-	-	1.040.188
ASL di Benevento	283.763	4,8%	-	354.740	319.179	-	-	673.919
ASL di Caserta	923.113	15,7%	35.640	458.662	54.519	645.909	-	1.194.730
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	1.186.933	-	-	-	84.378	1.271.311
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	239.897	-	-	776.153	445.404	1.461.454
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	893.779	37.274	-	310.462	-	1.241.515
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	417.491	579.548	182.517	406.963	-	1.586.519
TOTALE	5.869.965	100,0%	2.773.740	1.931.132	1.095.495	2.139.487	529.782	8.469.636

Pesi per Geomorfologia:

1,2	2,0	3,0	1,0	6,0

Composizione % della popolazione per geomorfologia								
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	quota capitaria semplice	COLLINA LITORANEA	COLLINA INTERNA	MONTAGNA	PIANURA	ISOLA	Totali
ASL di Avellino	430.214	7,3%		58,2%	41,8%			100,0%
ASL di Benevento	283.763	4,8%		62,5%	37,5%			100,0%
ASL di Caserta	923.113	15,7%	3,2%	24,8%	2,0%	70,0%		100,0%
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	98,6%				1,4%	100,0%
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	19,0%			73,9%	7,1%	100,0%
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	69,4%	1,7%		28,9%		100,0%
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	31,5%	26,2%	5,5%	36,8%		100,0%
TOTALE	5.869.965	100,0%	39,4%	16,4%	6,2%	36,4%	1,5%	100,0%

Composizione della popolazione per geomorfologia

ALTRA ASSISTENZA TERRITORIALE

APPENDICE E.3

Fondo Sanitario Regionale 2014: Parametri per il Riparto dell'attività di Altra Assistenza Territoriale in base alle caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio

ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	quota capitaria semplice	COLLINA LITORANEA	COLLINA INTERNA	MONTAGNA	PIANURA	ISOLA	Totale x ASL	Superficie in Km ^q
ASL di Avellino	430.214	7,3%		250.454	179.760			430.214	2.792
ASL di Benevento	283.763	4,8%		177.370	106.393			283.763	2.071
ASL di Caserta	923.113	15,7%	29.700	229.331	18.173	645.909		923.113	2.639
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	989.111				14.063	1.003.174	128
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	199.914			776.153	74.234	1.050.301	411
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	744.816	18.637		310.462		1.073.915	632
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	347.909	289.774	60.839	406.963		1.105.485	4.922
TOTALE	5.869.965	100,0%	2.311.450	965.566	365.165	2.139.487	88.297	5.869.965	13.595

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Determinazione del peso per scaglioni di dispersione abitativa						
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	quota capitaria semplice	Superficie in Km ^q	abitanti per 1000 mq	peso scaglione di dispersione abitativa	popolazione pesata per dispersione abitativa
ASL di Avellino	430.214	7,3%	2.792	0,15	1,40	602.300
ASL di Benevento	283.763	4,8%	2.071	0,14	1,40	397.268
ASL di Caserta	923.113	15,7%	2.639	0,35	1,40	1.292.358
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	128	7,86	0,60	601.904
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	411	2,55	0,60	630.181
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	632	1,70	0,85	912.828
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	4.922	0,22	1,40	1.547.679
TOTALE	5.869.965	100,0%	13.595	0,43		5.984.518

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Indice di congestione urbana					
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	Kmq	ab/Kmq	radice quarta della congestione	popolazione pesata con la radice quarta della congestione
ASL di Avellino	430.214	2.792	154,11	3,523	1.515.806
ASL di Benevento	283.763	2.071	137,04	3,421	970.883
ASL di Caserta	923.113	2.639	349,75	4,325	3.992.043
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	128	7.860,63	9,416	9.445.841
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	411	2.552,99	7,108	7.465.797
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	632	1.699,04	6,420	6.894.791
ASL di Salerno	1.105.485	4.922	224,58	3,871	4.279.527
TOTALE	5.869.965	13.595	431,77	4,558	34.564.687

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

ATTIVITA' DI SALUTE MENTALE

APPENDICE E.4

Fondo Sanitario Regionale 2014: Parametri per il Riparto dell'attività di Salute Mentale

	<i>Pesi</i>	20,00%		80,00%	
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014 pesata con la radice quarta della congestione	% pop pesata per congestione urbana	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata per deprivazione	% pop pesata per deprivaz.	peso per il riparto
ASL di Avellino	1.515.806	4,4%	395.407	6,8%	6,3%
ASL di Benevento	970.883	2,8%	257.261	4,4%	4,1%
ASL di Caserta	3.992.043	11,5%	902.816	15,5%	14,7%
ASL Napoli 1 Centro	9.445.841	27,3%	1.039.835	17,8%	19,7%
ASL Napoli 2 Nord	7.465.797	21,6%	1.095.895	18,8%	19,3%
ASL Napoli 3 Sud	6.894.791	19,9%	1.089.239	18,6%	18,9%
ASL di Salerno	4.279.527	12,4%	1.061.908	18,2%	17,0%
TOTALE	34.564.687	100,0%	5.842.361	100,0%	100,0%

	Indice di congestione urbana				
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	Kmq	ab/Kmq	radice quarta della congestione	popolazione pesata con la radice quarta della congestione
ASL di Avellino	430.214	2.792	154,11	3,523	1.515.806
ASL di Benevento	283.763	2.071	137,04	3,421	970.883
ASL di Caserta	923.113	2.639	349,75	4,325	3.992.043
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	128	7.860,63	9,416	9.445.841
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	411	2.552,99	7,108	7.465.797
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	632	1.699,04	6,420	6.894.791
ASL di Salerno	1.105.485	4.922	224,58	3,871	4.279.527
TOTALE	5.869.965	13.595	431,77	4,558	34.564.687

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

ALTRA ASSISTENZA

APPENDICE E.5

**Fondo Sanitario Regionale 2014: Parametri per il Riparto
dell'attività di Altra Assistenza Territoriale**

	Pesi 95,00%			5,00%	
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	% QK semplice	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata per deprivazione	% pop pesata per deprivaz.	peso per il riparto
ASL di Avellino	430.214	7,3%	395.407	6,8%	7,3%
ASL di Benevento	283.763	4,8%	257.261	4,4%	4,8%
ASL di Caserta	923.113	15,7%	902.816	15,5%	15,7%
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	1.039.835	17,8%	17,1%
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	1.095.895	18,8%	17,9%
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	1.089.239	18,6%	18,3%
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	1.061.908	18,2%	18,8%
TOTALE	5.869.965	100,0%	5.842.361	100,0%	100,0%

Fondo Sanitario Regionale 2014: Parametri per il Riparto dell'attività di Assistenza Ospedaliera

	<i>Pesi</i>	60,00%		35,00%		5,00%	
ASL	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014	% QK semplice	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata per consumi	% pop pesata per consumi per età	Popolazione al 1° gennaio 2014 pesata per deprivazione	% pop pesata per deprivaz.	peso per il riparto
ASL di Avellino	430.214	7,3%	435.189	8,0%	395.407	6,8%	7,5%
ASL di Benevento	283.763	4,8%	292.993	5,4%	257.261	4,4%	5,0%
ASL di Caserta	923.113	15,7%	833.358	15,3%	902.816	15,5%	15,5%
ASL Napoli 1 Centro	1.003.174	17,1%	961.078	17,6%	1.039.835	17,8%	17,3%
ASL Napoli 2 Nord	1.050.301	17,9%	882.348	16,2%	1.095.895	18,8%	17,3%
ASL Napoli 3 Sud	1.073.915	18,3%	976.560	17,9%	1.089.239	18,6%	18,2%
ASL di Salerno	1.105.485	18,8%	1.080.553	19,8%	1.061.908	18,2%	19,1%
TOTALE	5.869.965	100,0%	5.462.078	100,0%	5.842.361	100,0%	100,0%

Indice peso assistenza ospedaliera da riparto FSN 2014 (*)

	classi di età							
PESI Ministero:	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+
	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844

(*) Come da Intesa del 4 dicembre 2014

Popolazione ISTAT al 1 gennaio 2014 suddivisa per ASL e per classi di età

ASL	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	Totale	Quota
ASL di Avellino	3.244	13.967	39.911	49.021	115.679	120.021	41.137	47.234	430.214	7,3%
ASL di Benevento	2.182	9.070	26.181	32.457	74.372	78.227	28.042	33.232	283.763	4,8%
ASL di Caserta	8.543	37.726	104.121	116.322	265.052	243.769	80.300	67.280	923.113	15,7%
ASL Napoli 1 Centro	8.728	38.378	106.761	120.757	266.406	276.374	98.886	86.884	1.003.174	17,1%
ASL Napoli 2 Nord	10.742	47.098	130.080	141.473	308.600	273.733	83.519	55.056	1.050.301	17,9%
ASL Napoli 3 Sud	10.230	43.970	124.451	137.030	298.164	282.737	99.724	77.609	1.073.915	18,3%
ASL di Salerno	9.175	39.438	109.019	128.246	302.585	306.265	103.874	106.883	1.105.485	18,8%
Totale	52.844	229.647	640.524	725.306	1.630.858	1.581.126	535.482	474.178	5.869.965	100,0%

Popolazione ISTAT al 1 gennaio 2014 con pesi del Ministero

ASL	0	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75+	Totale	Quota
ASL di Avellino	10.329	5.084	9.339	18.187	62.929	110.779	84.207	134.333	435.189	8,0%
ASL di Benevento	6.947	3.301	6.126	12.042	40.458	72.204	57.402	94.512	292.993	5,4%
ASL di Caserta	27.201	13.732	24.364	43.155	144.188	224.999	164.374	191.344	833.358	15,3%
ASL Napoli 1 Centro	27.790	13.970	24.982	44.801	144.925	255.093	202.420	247.098	961.078	17,6%
ASL Napoli 2 Nord	34.203	17.144	30.439	52.486	167.878	252.656	170.963	156.579	882.348	16,2%
ASL Napoli 3 Sud	32.572	16.005	29.122	50.838	162.201	260.966	204.135	220.720	976.560	17,9%
ASL di Salerno	29.213	14.355	25.510	47.579	164.606	282.683	212.630	303.975	1.080.553	19,8%
Totale	168.255	83.592	149.883	269.089	887.187	1.459.379	1.096.132	1.348.562	5.462.078	100,0%



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 59 del 29.05.2015

Oggetto: Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica privata ai sensi del Decreto Commissariale n. 109 del 19.11.2013. Ulteriori disposizioni ed adempimenti successivi.

Premesso che:

- a. con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro – tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto – legge 1 ottobre 2007, n° 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- b. con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 è stato nominato il sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009;
- c. con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;
- d. con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- e. a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono stati riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- f. con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi.

Premesso, altresì, che :

- a. negli interventi previsti nella citata deliberazione del C.d.M. al punto “I” è stato disposto il “*completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale*”;

- b. la legge finanziaria per l'anno 2007 (art.1, comma 796, lettera O, Legge n.296/2006) ha sancito l'obbligo per le Regioni di adottare Piani di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di medicina di laboratorio;

Considerato che:

- a. con il Decreto Commissariale n.55 del 30/09/2010 è stato approvato il piano di riassetto della rete laboratoristica per le strutture pubbliche ed è stato rinviato a provvedimenti successivi l'adozione di un provvedimento di riorganizzazione della rete laboratoristica privata;
- b. con il Decreto Commissariale n. 109 del 19/11/2013, pubblicato sul BURC n. 3 del 13/01/2014, si è proceduto alla definizione del piano di riassetto della rete laboratoristica territoriale privata accreditata, nel quale, all'allegato "A", è stato stabilito:
 1. al punto 4 - denominato "Programmazione" - un articolato cronoprogramma da attuarsi con cadenza temporale in modo da permettere alla Struttura Commissariale, in collaborazione con le aziende territoriali, la verifica dell'impatto del riordino stabilito e consentire una eventuale rimodulazione dell'offerta, e, per situazioni specifiche, purché opportunamente motivate e documentate, il mantenimento di un rapporto prestazioni/erogatore inferiore a quello previsto (piccole isole e comunità montane geograficamente isolate e con rete viaria carente) al fine di non compromettere un'equità di accesso ai servizi sanitari su tutto il territorio regionale;
 2. al punto 7 - denominato "norme finali" - la costituzione di un nucleo regionale di verifica sullo stato di avanzamento del processo di riorganizzazione, sugli adempimenti a capo delle Aziende sanitarie, nonché sulla qualità delle prestazioni erogate;
- c. con Decreto Commissariale n. 45 del 4/7/2014 è stato determinato il costo medio delle prestazioni ai fini della determinazione della soglia minima di efficienza, sono state rimodulate le scadenze temporali del Piano di riassetto della rete laboratoristica ed è stato costituito il gruppo di lavoro con specifici compiti di monitoraggio;
- d. che con decreti commissariali adottati nel corso del 2014 si è proceduto all'accREDITAMENTO istituzionale della quasi totalità dei laboratori di analisi della regione Campania;

Vista:

- a. la nota di prot. n. 11669 del 16.4.2015, con la quale il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, nel registrare che la normativa di riferimento ha trovato un'applicazione variabile a livello regionale, ha fornito talune indicazioni rispetto all'implementazione delle reti laboratoristiche, con particolare riferimento ai meccanismi di aggregazione, alla soglia minima di attività ed all'esecuzione di esami di laboratorio presso altre strutture, invitando le Regioni che non lo abbiano già fatto a disciplinare preliminarmente e tempestivamente i "service di laboratorio";

RILEVATO che il Gruppo di Lavoro, nella seduta del 22.5.2015, ha esaminato il documento recante "Linee Guida per il completamento del riassetto della rete laboratoristica privata ai sensi del DCA n. 109/2013 e disciplina del "service di laboratorio";

RAVVISATA, pertanto, la necessità:

- a. di integrare la disciplina di cui ai decreti commissariali n. 109/2013 e n. 45/2014 alla luce dei suddetti chiarimenti ministeriali nonché per altri aspetti che richiedono ulteriori interventi.
- a. di dover rivedere le fasi temporali relative al processo di pianificazione aziendale e di aggregazione delle strutture laboratoristiche e, per l'effetto, prorogare taluni termini di scadenza, fermo restando la possibilità per le strutture accreditate definitivamente di avviare il processo di aggregazione;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

D E C R E T A

1. di **APPROVARE** il documento recante <Linee Guida per il completamento del riassetto della rete

laboratoristica privata ai sensi del DCA n. 109/2013 e disciplina del “*service di laboratorio*”> che è allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

2. di **AGGIORNARE** il cronoprogramma del Piano di riassetto della rete laboratoristica privata approvato con DCA n.109/2013 secondo le seguenti scadenze temporali:

Nuovo Termine	Adempimento
Entro il 15.10.2015	Le AA.SS.LL., sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati, dovranno approvare e trasmettere alla Struttura Commissariale il piano attuativo;
Entro il 31.12.2015	Le strutture che hanno manifestato la propria volontà di aderire ad una aggregazione provvedono a realizzarle, dandone comunicazione con le modalità indicate nel DCA 109/2014
Entro il 31.12.2016	A regime definitivo, dovrà essere raggiunto lo standard minimo di efficienza indicato dall'Accordo Stato/Regioni del 23.3.2011 per struttura erogatrice (singole società e/o consorzi/ATI), determinato utilizzando il costo medio delle prestazioni indicato nel paragrafo 5 del documento allegato.

3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento alle aziende sanitarie territoriali, al Gabinetto Presidente della Giunta Regionale 40 01, al Dipartimento della Salute e delle Risorse naturali 52 00, alla Direzione Generale per la tutela della Salute Coordinamento del Sistema Sanitario Reg.le 52 04, per le rispettive competenze, e per la immediata pubblicazione al B.U.R.C., nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli art. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33".

Il Capo Dipartimento
Salute e Risorse Naturali 52 00
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole:
I Sub Commissari ad Acta
Dott. Mario Morlacco Prof. Ettore Cinque

Il Direttore Generale
Tutela della Salute e C.S.S.R. 52 04
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente di Staff del Dipartimento
della Salute e delle Risorse Naturali 52 00 01
Avv. Lara Natale

Il Dirigente UOD Accreditamento Istituzionale
Dott.ssa Lucilla Palmieri

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



GRUPPO DI LAVORO

EX DCA N. 45/2014

LINEE GUIDA PER IL COMPLETAMENTO DEL RIASSETTO DELLA RETE LABORATORISTICA PRIVATA AI SENSI DEL DCA N. 109/2013 E DISCIPLINA DEL “SERVICE DI LABORATORIO”

Premessa

Il Decreto del Commissario ad acta n. 109 del 19.11.2013 ha approvato il Piano di riassetto della rete laboratoristica privata della Regione Campania in adesione al modello di rete previsto nel documento di indirizzo elaborato dal Ministero della Salute.

Il D.C.A. prevede che i Laboratori che si trovino al di sotto della soglia minima di efficienza possono comunque conservare l'accreditamento qualora si aggregino tra loro, ricorrendo a una delle forme previste dalla legge, in modo da conseguire tale requisito minimo in maniera cumulativa.

Il meccanismo per verificare il raggiungimento di tale soglia è stato individuato nel numero di prestazioni erogate da ciascuna struttura che, nella prima fase, non deve essere inferiore a 70.000 ed a regime a 200.000.

Per calcolare il numero di prestazioni, il DCA n. 109/13, rimandava ad un successivo provvedimento l'individuazione della cd. PEQ (prestazione equivalente) che si ottiene *“dividendo il fatturato complessivo della struttura sanitaria con il costo medio di tutte le prestazioni di Laboratorio, secondo le tariffe vigenti alla data del 31.12.2012”*.

Il successivo DCA 4 Luglio 2014, n. 45, oltre ad avere prorogato i termini per gli adempimenti previsti a carico dei centri accreditati, ha individuato la PEQ ed ha costituito un apposito organismo con specifici compiti di verifica, controllo e indirizzo per l'esatta esecuzione del decreto n. 109/2013.

Successivamente, il Ministero della Salute, nel registrare che la normativa di riferimento ha trovato un'applicazione variabile a livello regionale, con lettera di prot.n. 11669 del 16.4.2015 indirizzata ai Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni, ha fornito talune indicazioni rispetto all'implementazione delle reti laboratoristiche, con particolare riferimento a:

- meccanismi di aggregazione;
- soglia minima di attività;
- esecuzione di esami di laboratorio presso altre strutture;

invitando le Regioni che non lo abbiano già fatto di disciplinare preliminarmente e tempestivamente i “service di laboratorio”.

Risulta, pertanto, necessario integrare la disciplina di cui ai decreti commissariali n. 109/2013 e n. 45/2014 alla luce dei suddetti chiarimenti ministeriali nonché per altri aspetti che richiedono ulteriori interventi.

* * * * *

1. Regolamentazione del Service di laboratorio

Le indicazioni ministeriali sollecitano l'adozione di specifica disciplina sul c.d. "service" per assicurare il governo trasparente delle forme di aggregazione, tenendo in considerazione che i laboratori accreditati possono inviare campioni "in service" solo ad altre strutture accreditate pubbliche o private, aggregate o meno, mentre i laboratori autorizzati sia a laboratori autorizzati che accreditati pubblici o privati, aggregati o meno. Deve essere assicurato in ogni caso che i contratti relativi al trasferimento dell'esecuzione di esami tra strutture siano resi noti e depositati presso l'ASL/Regione contraente.

A tale riguardo, si autorizza in Regione Campania l'utilizzo del "service", definito come il conferimento di campioni biologici, per l'esecuzione di determinazioni analitiche, a laboratorio diverso da quello al quale afferisce l'utente, con le modalità riportate nell'allegato 1), parte integrante del presente provvedimento.

2. Meccanismi di aggregazione

Ai sensi di quanto disposto dall'Accordo Stato-regioni del 23.3.2011:

1. *i meccanismi di aggregazione tra strutture di laboratorio devono consentire di realizzare un reale miglioramento della qualità complessiva attraverso la creazione, ad esempio, di cooperative, di strutture consortili oppure ATI, anche di tipo pubblico-privato, che divengano esclusivi interlocutori regionali e che rientrino nei meccanismi di governo delle stesse, sostituendo e riducendo le singole strutture pre-accreditate;*
2. *per evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti, sono vietate le aggregazioni che prevedano l'ingresso di soggetti economici diversi dalle strutture di laboratorio, quali ad esempio fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie;*
3. *gli ambiti territoriali delle aggregazioni non potranno eccedere il territorio regionale;*
4. *per evitare la formazione di trust, le costituite aggregazioni non potranno detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio nazionale;*

Secondo le direttive ministeriali citate, le Regioni disciplinano forme di aggregazioni nel rispetto delle previsioni del codice civile e di eventuali nuove forme innovative previste da disposizioni legislative, in modo da prevedere che sia un unico soggetto l'esclusivo interlocutore della Regione, con responsabilità contrattuale e clinico – assistenziale.

Viene precisato che ogni singolo soggetto erogatore aggregato può mantenere la propria autonomia amministrativo-fiscale, di cui rimane responsabile, fatta salva la possibilità in capo al soggetto aggregatore, unico interlocutore della Regione/ASL, di vigilare sulla correttezza e trasparenza delle suddette attività amministrativo-fiscali.

3. L'adeguamento dei requisiti organizzativi e del personale

Il paragrafo 2.3.1. del Piano di riassetto stabilisce che :

“Il modello ^di rete^, il cui laboratorio centralizzato dovrà essere dotato di spazi, strumentazione e personale adeguati al carico di lavoro da svolgere, potrà erogare tutte le prestazioni relative alla branca di Medicina di Laboratorio, modulando così l'assetto assistenziale in ragione delle prestazioni che intende erogare.

A tal riguardo dovrà aggiornare la propria autorizzazione all'esercizio e di conseguenza il titolo di accreditamento, ai sensi della normativa regionale di riferimento”.

In proposito si ritiene di potersi precisare quanto segue :

- La previsione degli adeguamenti delle autorizzazioni all'esercizio per le finalità del DCA n. 109/2013, derogano alle prescrizioni di cui ai decreti commissariali riguardanti la sospensione delle autorizzazioni alla realizzazione, nonché all'analogo divieto disposto dall'art. 1, comma 237-*quater*, della l.r. n.4/2011 che deve ritenersi superato dall'intervenuto completamento delle procedure di cui ai commi 237-*quinquies* a 237-*unvicies*.

In tale processo potrebbe verificarsi la presentazione contestuale di un numero elevato di domande col rischio di non poter rispettare la tempistica prevista.

Per evitare tale criticità, la Regione si riserva di valutare l'ipotesi per la quale l'aggiornamento delle autorizzazioni, in fase di prima applicazione, possa essere rilasciata – in deroga all'*iter* disciplinato dalla D.G.R.C. n. 3958/2001 e s.m.i. - attraverso il meccanismo della segnalazione certificata di inizio attività (cd. SCIA) di cui all'art. 19 della legge 7 Agosto 1990, n. 241.

A tal fine si è del parere che l'ipotesi prospettata non contrasti con l'art. 8-*ter*, comma 3, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, trattandosi di strutture già autorizzate, compatibili con la programmazione e le cui modifiche non alterano il fabbisogno.

La segnalazione dovrà essere accompagnata, per ciò che riguarda gli aspetti strutturali, dall'asseverazione, da parte di un tecnico abilitato, circa il possesso dei requisiti richiesti dalla disciplina di settore, come integrata dal DCA n. 109/2013 e “*dalle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dell'atto di notorietà per quanto riguarda tutti gli stati, le qualità personali e i fatti previsti negli articoli 46 e 47 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445*” per i restanti requisiti.

Il ricorso alla SCIA deve intendersi consentito solo in fase di prima applicazione del DCA n. 109/2103. Inoltre, gli uffici competenti dovranno effettuare le verifiche del caso sollecitamente per l'adozione di eventuali “*motivati provvedimenti di divieto di prosecuzione dell'attività e di rimozione degli eventuali effetti dannosi di essa, salvo adeguamento a prescrizioni se ne sussistono le condizioni*”.

Si chiarisce che, con riferimento alle previsioni di cui al DC n. 109/2013, laddove recita che il laboratorio centralizzato “*potrà erogare tutte le prestazioni relative alla branca di Medicina di Laboratorio, modulando così l'assetto assistenziale in ragione delle prestazioni che intende erogare*” la formulazione “*tutte le prestazioni relative alla branca....*” deve intendersi riferita a tutte quelle prestazioni rientranti nei settori specializzati per i quali i singoli laboratori facenti parte dell'aggregazione risultano già autorizzati ed accreditati.

Il Piano di riassetto , al punto 2.3.1., prevede la “*concentrazione della fase analitica del processo di erogazione della prestazione, relativo ad un determinato potenziale di domanda servito da uno*

specifico insieme di strutture accreditate operanti nell'ambito territoriale di una stessa ASL e/o ambito provinciale e/o regionale, presso uno dei laboratori partecipanti alla rete (laboratorio centralizzato), il quale potrà eventualmente dislocare gli spazi ad essa dedicati in altra sede distinta”.

L' hub , quindi, può essere ubicato in un laboratorio che partecipa all'aggregazione ovvero essere dislocato in altra sede distinta. Qualche dubbio interpretativo potrebbe sorgere in ordine alla possibilità che, in tale seconda eventualità, l' hub possa essere creato da tutti i soggetti aggregati ovvero se debba essere necessariamente riconducibile a uno soltanto dei laboratori partecipanti alla rete.

Nel caso in cui l' hub sia dislocato presso uno dei laboratori, quest'ultimo potrà conservare le fasi pre-analitica e post-analitica, se in possesso di spazi, strumentazione e personale coerenti con il nuovo carico di lavoro nonché funzionali al necessario aggiornamento dell'autorizzazione all'esercizio, fermo restando che tutti i soggetti partecipanti all'aggregazione – incluso il laboratorio che ospiterà l' hub – dovranno necessariamente aggiornare l'autorizzazione all'esercizio.

Il laboratorio che ospita l' hub e conserva le fasi pre-analitica e post-analitica deve essere in grado di separare rigidamente le anzidette fasi da quella analitica all'interno del laboratorio e di tale distinzione deve darsi conto nelle autorizzazioni all'esercizio.

Laddove, invece, si decida di dislocare l' hub in altra sede, non è impedito che il nuovo hub, dedicato esclusivamente alla fase analitica, venga creato da tutti i soggetti partecipanti alla rete, fermo restando l'acquisizione dell'autorizzazione all'esercizio.

4. Funzionamento interno delle aggregazioni e durata.

Nell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 Marzo 2011, si stabilisce quanto segue : *“Al fine di evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti, vanno vietate le aggregazioni che prevedano l'ingresso di soggetti economici diversi dalle strutture di laboratorio, quali ad esempio i fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie. Vanno inoltre stabiliti i limiti agli ambiti territoriali delle aggregazioni, che non dovranno eccedere il territorio provinciale e/o regionale. Inoltre, al fine di evitare la formazione di trust, le costituite aggregazioni non potranno detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio nazionale. Quindi, l'aggregazione non deve rappresentare un meccanismo formale di sopravvivenza, ma la reale riorganizzazione dell'offerta del privato in ambito di diagnostica di laboratorio”.*

Il modello di rete, del resto, reca con sé un rischio, anche abbastanza elevato di fenomeni altamente distorsivi della concorrenza.

Per i fini di cui sopra le ASL acquisiscono l'autocertificazione sulla inesistenza delle condizioni vietate dall'Accordo Stato – Regioni fermo restando che eventuali anomalie riscontrate dovranno essere segnalate alla competente Autorità di vigilanza sulla concorrenza.

La durata minima delle aggregazioni è stabilita in quattro anni dalla loro costituzione.

Ai fini del consolidamento della rete della diagnostica di laboratorio e tenuto conto delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute con la circolare n. 11669/2015, le aggregazioni, oltre alle forme già previste dal DCA n. 109/2013 e riconducibili a quelle contemplate dal codice civile, potranno assumere anche eventuali ulteriori forme innovative previste da disposizioni legislative, quali ad es. il contratto di rete di imprese di cui al D.L. 10.2.2009, n. 5 e s.m.i, anche senza personalità giuridica, con le seguenti prescrizioni aggiuntive del DCA 109/2013 (Par. 2.3.1 e 4):

- a. Il contratto deve essere stipulato per atto pubblico;

- b. La rete di imprese deve essere costituita unicamente da laboratori accreditati con il SSN. Deve essere indicato il laboratorio dove sarà concentrata la funzione analitica (processing) e la funzione da ciascuno altro soggetto aggregato (punto di prelievo, fase post analitica);
- c. L'“Organo comune” va individuato in una delle imprese partecipanti all'aggregazione con specifico incarico di gestire per conto dei partecipanti alla rete l'esecuzione del contratto e che dovrà rappresentare l'unico soggetto interlocutore giuridico della Regione, con responsabilità contrattuale e clinico assistenziale;
- d. Ai fini della gestione amministrativo contabile, il contratto di rete deve prevedere che l'impresa individuata quale “Organo comune” è l'unica legittimata a stipulare il contratto ex art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/1992 e ad emettere le relative fatture nei confronti dell'A.S.L. contraente.

Nei casi in cui l'aggregazione venga realizzata attraverso forme che non prevedano la nascita di un nuovo soggetto giuridico non è necessario il rilascio di un ulteriore accreditamento, fermo restando l'applicazione della disciplina del DCA 109/2013.

5. Aggiornamento del valore della PEQ, calcolo del requisito della soglia minima di efficienza e verifica sulla conservazione del requisito.

Il DCA n. 45/2014 ha individuato in euro 4,81 il valore del costo unitario medio da utilizzare ai fini del calcolo della PEQ.

Il calcolo è stato effettuato “rapportando, per il triennio 2010-2012, il fatturato (al netto dello sconto) di tutte le strutture laboratoristiche con il numero delle prestazioni erogate”.

Da parte delle strutture laboratoristiche è stato osservato che, dal 2013, sono entrate in vigore le nuove tariffe ex D.M. 12.10.2012, mediamente più basse rispetto a quelle previgenti, per cui si rende necessario un adeguamento.

In recepimento delle suddette istanze, sulla base dei dati forniti dall'ARSAN sul numero delle prestazioni e dei relativi fatturati, è possibile rideterminarne il valore come segue:

ANNI	PRESTAZIONI (NR.)	FATTURATO	
2010	39.980.325	192.151.349	*
2011	38.559.587	187.488.127	*
2012	38.157.734	182.246.070	*
2013	37.346.456	151.244.487	
2014	37.225.999	145.347.866	
	191.270.101	858.477.899	
			COSTO UNITARIO MEDIO (Fatturato/Prestazioni)
			4,48
* Fatturati al netto dello sconto di legge			

Il nuovo costo unitario medio sarà preso a riferimento per l'aggiornamento della soglia minima di efficienza allorché si procederà alla implementazione della seconda fase del riassetto (soglia minima 200.000 prestazioni) e dovranno essere presi a riferimento i fatturati relativi al quinquennio 2010/2014.

La soglia minima di attività, che a regime dovrà essere di 200.000 prestazioni, costituisce requisito per i soggetti a contratto (singoli o associati) in quanto rappresenta elemento necessario per la garanzia di efficienza, economicità, nonché per elevati standard nell'offerta assistenziale di cui trattasi.

In ogni caso, la soglia minima di attività non rappresenta necessariamente l'intero volume prestazionale richiesto alla struttura, essendo la relativa determinazione ancorata al fabbisogno definito negli atti di programmazione regionale.

6. Riconducibilità delle prestazioni alle singole strutture ed aggregazioni di dimensione sovra-aziendale.

Il DCA n. 109/2013 stabilisce che "in caso di recesso ai fini della ricollocazione del soggetto recedente quale struttura autonoma ovvero partecipante ad altra aggregazione, sarà attribuita allo stesso un volume di attività, calcolato su quello prodotto dall'aggregazione alla data di recesso, pari alla percentuale del volume delle prestazioni erogate dal soggetto recedente al momento della costituzione dell'aggregazione. Nell'ipotesi in cui il soggetto recedente si ricollochi quale struttura autonoma perché in possesso del requisito della soglia minima di efficienza, esso riacquista potestà contrattuale autonoma e procede alla stipula di Accordo contrattuale in proprio".

In proposito, premesso che il volume di attività cui la disposizione si riferisce non può essere calcolato secondo il criterio della prestazione equivalente (PEQ), è indispensabile assicurare la completa tracciabilità delle prestazioni, necessaria anche al fine di preservare la qualità delle prestazioni, che devono essere erogate sempre e comunque in maniera direttamente proporzionale ai requisiti posseduti da ciascuna struttura partecipante all'aggregazione.

Le aggregazioni, pertanto, dovranno dotarsi di sistemi di software che garantiscano, secondo le specifiche tecniche vigenti, eventualmente aggiornate, la garanzia delle anzidette esigenze di salvaguardia.

Le anzidette esigenze di tracciabilità sono altresì necessarie nella ipotesi, contemplata dal DCA n. 109/2013, di aggregazioni alle quali aderiscano laboratori ubicati nei territori di competenza di diverse aziende con la conseguenza di dover sottoscrivere, da parte dell'aggregazione i contratti con ciascuna delle aziende sanitarie nei cui territori di competenza insistono i vari soggetti aderenti alla rete.

7. Aggregazioni di laboratori di un unico soggetto giuridico.

E' possibile che più strutture facciano capo a un unico soggetto giuridico e che tali strutture, singolarmente intese, non raggiungano la soglia minima di efficienza.

Qualora, le anzidette strutture aggregate fra loro dovessero raggiungere la soglia, è possibile che esse soddisfino tale requisito senza costituire un'aggregazione con possibilità di unico contratto, fermo restando il vincolo della centralizzazione della fase diagnostica, e del conseguente aggiornamento dei titoli autorizzativi e tutto quanto previsto per le altre tipologie di aggregazioni.

8. Case di Cura

Il piano di riassetto, al punto 4, stabilisce tra l'altro che "i laboratori di analisi cliniche di pertinenza delle case di cura sono tenuti al rispetto degli standards minimi di efficienza di cui al presente provvedimento qualora operanti anche per l'esterno".

Al riguardo, per il calcolo della soglia minima di efficienza dovrebbero essere considerate le prestazioni erogate all'esterno nonché quelle di supporto all'attività della casa di cura, di difficile quantificazione in quanto si dovrebbero enucleare dai DRG degli importi virtuali ottenuti valorizzando

gli esami per le attività di ricovero secondo le tariffe per quelle specifiche prestazioni rilevati dai registri di laboratorio.

Escludere la possibilità per l'ospedalità privata di erogare prestazioni anche all'esterno qualora non si dovesse raggiungere lo standard minimo, piuttosto che agevolare il processo di efficientamento del sistema lo intralchierebbe in quanto imporrebbe un drastico ridimensionamento delle prestazioni in una struttura sanitaria dove la presenza del laboratorio di analisi è richiesta quale requisito organizzativo di autorizzazione.

Per tali motivi si stabilisce che la soglia minima di efficienza non è applicabile nel caso dei su detti laboratori di analisi di case di cura accreditati per l'esterno. Gli stessi, considerati gli elevati standard richiesti dalle norme per il rilascio delle autorizzazioni delle case di cura, che garantiscono efficienza e autonomia produttiva, potranno comunque rappresentare, a richiesta, punti di aggregazione per altri laboratori di analisi territoriali che non raggiungano il limite di efficienza previsto dal DCA 109/2013 e s.m.i..

9. Pianificazione attuativa aziendale.

Il paragrafo 5 del Piano di riassetto prevede quanto segue : *“le direzioni aziendali, sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, dovranno approvare e trasmettere alla struttura commissariale , un piano attuativo in cui dovranno essere specificate puntuali e dettagliate previsioni concernenti: la definizione delle modalità di attuazione della azioni previste e i relativi tempi di attuazione”.*

Si ritiene che , al fine di predisporre i piani attuativi, le ASL dovranno, anzitutto, procedere alla rilevazione delle informazioni necessarie a determinare il fabbisogno effettivo, per cui, preliminarmente, al fine di conseguire un adeguato meccanismo di computo della soglia minima di efficienza, le ASL dovranno far riferimento alla quota di fatturato e le relative prestazioni erogate dai laboratori accreditati, in regime privatistico.

Il paragrafo 4. del Piano di riassetto, inoltre prevede, quanto segue : *“Al fine di garantire livelli uniformi di accesso alle prestazioni sanitarie nel territori di ciascuna ASL, è consentito il trasferimento delle strutture che ne facciano richiesta, dalle zone urbane o dai comuni con numerosa presenza di laboratori, nelle aree disagiate e nelle zone carenti individuate dalla stessa Azienda sanitaria.*

Ciò al fine di un equilibrato rapporto tra la struttura dell'offerta e popolazione, onde assicurare nell'ambito distrettuale e/o aziendale una omogeneità di offerta assistenziale.

Ove non vi siano richieste di trasferimento, è consentito all'aggregazione, sempre previa autorizzazione e rispetto del fabbisogno, di istituire dei punti di accesso ai Comuni o frazioni dove non ci sono laboratori pubblici o privati, che siano distanti non meno di 10 Km dal più vicino punto di accesso”.

Non è consentita l'istituzione di punti di accesso al di fuori delle fattispecie indicate nel DCA n. 109/2013.

Su istanza delle strutture interessate, le ASL effettuano una valutazione della congruità della richiesta di istituzione del punto di accesso nel rispetto dei criteri stabiliti dal DCA N. 109/2013.

Allegato 1

MODALITÀ TECNICO-ORGANIZZATIVE PER LE ANALISI “IN SERVICE”

L'allegato n.3 al decreto ministeriale 18 ottobre 2012, che individua le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale, per la parte relativa alle prestazioni riferite alla branca specialistica “Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche – Microbiologia – Virologia – Anatomia e Istologia Patologica – Genetica – Immunoematologia e Trasfusionale”, rappresenta l'elenco delle prestazioni erogabili dalle strutture di Medicina di Laboratorio in Regione Campania.

Il miglioramento della qualità analitica è condizionato dall'effettuazione di un elevato numero di determinazioni, il che porta, tra l'altro, alla riduzione dei costi produttivi e ad un aumento della frequenza dell'esecuzione delle analisi. Tale processo è agevolato dallo sviluppo tecnologico, che ha portato all'introduzione di apparecchiature ad alto grado di automazione ed elevata potenzialità analitica, favorendo un processo di razionalizzazione della rete dei laboratori, orientato verso strutture produttive di maggiori dimensioni, in grado di migliorare notevolmente i livelli quali-quantitativi delle prestazioni.

In tale ottica, il “service” rappresenta il conferimento di campioni biologici, per l'esecuzione di determinazioni analitiche, a laboratorio diverso dal laboratorio/punto prelievo al quale afferisce l'utente.

Tale possibilità, già contemplata dall'art. 2 comma 2 del D.M. 7 novembre 1991 “Revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali” è stata confermata dal D.P.R. 14.01.1997, che prevedendo, tra i requisiti minimi organizzativi per i Servizi di Medicina di Laboratorio, l'esistenza di un documento in cui siano esplicitati gli esami effettuati direttamente e quelli che vengono inviati ad altre strutture, implicitamente afferma la possibilità di ricorrere al “service”.

In Regione Campania, con D.G.R. n. 7301/01 è stato recepito integralmente il D.P.R. 14.01.97, che, in relazione ai requisiti minimi organizzativi delle “Attività di medicina di laboratorio” dispone che in ogni Laboratorio deve essere presente un documento che descriva tutti i servizi e le prestazioni offerte dal Laboratorio ed in cui sono esplicitati gli esami che vengono eseguiti direttamente - con quali procedure ed attrezzature - e quelli che vengono inviati ad altre strutture.

Alla luce delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute con circolare n. 11669 del 16.4.2015, si impartiscono, di seguito, le direttive e si definiscono i criteri e le modalità tecniche per l'esecuzione di esami in “service”.

- a. E' autorizzato l'utilizzo del “service”, definito come il conferimento di campioni biologici, per l'esecuzione di determinazioni analitiche, a laboratorio diverso dal laboratorio /punto prelievo dell'aggregazione (PPA) al quale afferisce l'utente, per le prestazioni indicate nel DCA n. 40 del 13.7.2010 e s.m.i., contrassegnate dalla lettera “R”, fermo restando la disciplina per le prestazioni contrassegnate dalle lettere “H1”, “H2” e “H3”. Nelle more del completamento del riassetto della rete laboratoristica con il conseguimento della soglia minima di efficienza di 200.000 prestazioni/anno programmato per il 31.12.2016, è consentito il ricorso al “service” per le prestazioni a bassa frequenza con modalità che saranno definite dal Gruppo di lavoro ex DCA n.45/2014;
- b. I laboratori accreditati, aggregati o meno, possono inviare campioni “in service” solo ad altre strutture accreditate pubbliche o private, aggregate o meno. I laboratori autorizzati

possono inviare campioni “in service” sia a laboratori autorizzati sia accreditati pubblici o privati, aggregati o meno. In ogni caso, tanto il soggetto unico erogatore quanto le aggregazioni, devono rendere noti i contratti relativi al trasferimento dell'esecuzione di esami tra strutture e depositarli presso l'A.S.L. contraente.

- c. L'elenco degli esami direttamente eseguiti non può, in ogni caso, eccedere i limiti autorizzativi in essere.
- d. I laboratori, singoli o aggregati, devono predisporre ed aggiornare un elenco delle analisi eseguite direttamente e, nel caso venga attivato il “service”, un elenco delle analisi inviate ad altri laboratori con l'indicazione dei laboratori che le eseguono.
- e. I laboratori devono comunicare gli elenchi di cui ai punti b. e d. alla Azienda Sanitaria territorialmente competente trenta giorni prima dell'attivazione del “service”. Detti elenchi, previo formale recepimento da parte dell'A.S.L., saranno comunicati ai laboratori che dovranno renderli noti all'utenza.
- f. E' vietato al laboratorio inviare a più laboratori la stessa tipologia di determinazione analitica. Non è ammessa la triangolazione ovvero che, ad esempio, il laboratorio A invii in “service” un esame al laboratorio B e che quest'ultimo lo invii a sua volta al laboratorio C.
- g. La responsabilità del prelievo, della conservazione e del trasporto del campione è a carico del responsabile del laboratorio/PPA cui accede l'utente.
- h. Il laboratorio che esegue l'analisi predispone un protocollo che indica le modalità di prelievo, di conservazione e di trasporto del campione. A questo protocollo deve attenersi in modo vincolante il laboratorio/PPA cui accede l'utente.
- i. Il trasporto del campione deve avvenire a cura del laboratorio/PPA che ha eseguito il prelievo o a cura di quello che esegue l'analisi nel rispetto di quanto disposto dalla Circolare n. 3 del Ministero della Sanità del 8.5.2003, anche nel caso in cui si utilizzi la spedizione tramite terzi. Il laboratorio che ha effettuato il prelievo, laboratorio denominato “inviante”, deve monitorare e certificare la tracciabilità del trasporto dei campioni al laboratorio “ricevente” in modo tale che questi vengano trasportati secondo gli standard europei BSI-EN ISO 15189:2007.
- j. La responsabilità dell'esecuzione dell'analisi e della redazione del referto è del responsabile del laboratorio che esegue l'analisi.
- k. Il laboratorio/PPA, cui ha avuto accesso l'utente, consegna all'utente stesso il referto redatto dal laboratorio che ha eseguito l'analisi o un proprio referto con l'indicazione del laboratorio che ha eseguito l'analisi. Il laboratorio/PPA, cui ha avuto accesso l'utente, è responsabile dell'archiviazione del referto originale o di una copia dello stesso.
- l. Le ASL riconoscono le tariffe unicamente al laboratorio accreditato singolo cui ha avuto accesso l'utente o, in caso di aggregazione, a quello aggregato.
- m. Il laboratorio che esegue le analisi autocertifica a quello committente un elenco delle valutazioni esterne di qualità a cui partecipa e dei controlli di qualità interni che esegue. I risultati delle valutazioni esterne di qualità e dei controlli di qualità interni devono essere disponibili per l'eventuale consultazione, su richiesta dei laboratori committenti.

- n. Le modalità organizzative sopradescritte si applicano anche alle strutture di ricovero e cura che si avvalgono del “service”.



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 60 del 29.05.2015

Oggetto: Art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii. Accreditamento Istituzionale definitivo per attività di Medicina di Laboratorio in regime ambulatoriale di strutture private dell'A.S.L. Napoli 3 Sud (13° Elenco).

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;

VISTO l'art. 1 della legge regionale n. 4/2011 e successive modificazioni ed integrazioni e, in particolare:

- a. il comma 237-quater con il quale è disposto che, in relazione all'accREDITamento istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accREDITamento delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1/1/2007;
- b. i commi 237-quinquies, 237-sexies, 237-octies e 237-octies-bis che disciplinano la procedura per presentazione delle istanze di accREDITamento istituzionale da parte delle strutture private transitoriamente accreditate;
- c. il comma 237-quaterdecies che dispone la cessazione dell'efficacia della delega alle AA.SS.LL. in materia di accREDITamento definitivo prevista dall'art. 8, comma 1, della richiamata L.R. n.16/2008, ferme restando le disposizioni riguardanti le Commissioni istituite presso le Aziende medesime per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accREDITamento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale;
- d. il comma 237-duodecies che disciplina l'attività di verifica delle istanze presentate da parte delle Commissioni locali previste dall'art. 8 della L.R. n. 16 del 28.11.2008 e prescrive, tra l'altro, che il

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Commissario ad Acta adotta i decreti di rilascio dell'accreditamento definitivo al positivo esito delle stesse ovvero, in caso contrario, rigetta la domanda;

PREMESSO, che:

- a. con decreto commissariale n. 19 del 7/3/2012 sono state approvate le istruzioni d'uso e le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale da inoltrare da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie private attraverso la piattaforma applicativa messa a disposizione da So.Re.Sa. s.p.a. ed è stato precisato che l'accreditamento si sarebbe conseguito soltanto al termine delle procedure di verifica come disciplinate dal comma 237 duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii.;
- b. con DCA n. 90 del 9/8/2012 - come rettificato con successivi decreti n.124 del 10/10/2012 e n. 10 del 25/1/2013 - sono state approvate: I) la disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie ai sensi della L.R. n. 23/2011; II) la check list dei requisiti generali per la verifica delle strutture di cui al regolamento n. 3/2006 e n. 1/2007; III) la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n.3/2006 e la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n. 1/2007, stabilendo che le AA.SS.LL., nell'ambito delle attività di verifica, avrebbero dovuto attenersi a quanto in essi disciplinato;
- c. con DCA n. 91 del 9/8/2012, ai sensi del citato comma 237 undecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, si è preso atto dell'elenco, trasmesso da So.Re.Sa. contenente la ricognizione delle istanze di accreditamento istituzionale risultate regolarmente ammesse, sotto gli aspetti di completezza e correttezza da un punto di vista informatico, demandando a So.Re.Sa. l'invio alle AA.SS.LL. territorialmente competenti di copia integrale delle singole istanze per procedere alle verifiche di cui al punto 20 dell'allegato a) del decreto commissariale n. 19/2012;
- d. con DCA n. 151 del 28/12/2012 il precedente elenco è stato integrato a seguito di approfondimenti istruttori effettuati a norma del punto 17 dell'allegato A) del DCA n.19/2012 ed è stato trasmesso alle AA.SS.LL. competenti per le conseguenti verifiche;
- e. con DCA n. 49 del 30/5/2013 è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco delle istanze di accreditamento istituzionale presentate in applicazione dell'art. 1, comma 237-quinquies della L.R. n. 4/2011 dai soggetti aventi titolo, risultanti già tutte ricomprese negli allegati ai già citati decreti commissariali n.91/2012 e n. 151/2012, demandando alle AA.SS.LL. le verifiche sia per quanto concerne la veridicità delle dichiarazioni di notorietà rese dai richiedenti, sia l'accertamento in loco del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale definitivo;
- f. a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/2013, che ha sostituito i commi 237-decies, 237-undecies e 237-duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, con DCA n. 50 del 30/5/2013 So.Re.Sa. è stata autorizzata all'attivazione della piattaforma informatica dalla data di pubblicazione del decreto medesimo sul BURC e sono state approvate le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze;
- g. con DCA n. 73 del 21/6/2013, all'esito della procedura avviata con il decreto commissariale n. 50/2013, è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco di ulteriori n.55 istanze di accreditamento istituzionale, trasmesso da So.Re.Sa. che ne ha attestato la regolarità sotto gli aspetti di completezza e correttezza;

DATO ATTO che il Direttore Generale dell'ASL Napoli 3 Sud ha trasmesso gli atti deliberativi con i quali:

- a. ha preso atto delle relazioni finali motivate del Comitato di Coordinamento



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

dell'Accreditamento Aziendale che certificano:

- I. l'ammissibilità delle strutture alle procedure di accreditamento istituzionale;
 - II. il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla legge per il rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo istituzionale;
 - III. il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dal regolamento n. 1/2007 e ss.mm.ii.;
- b) ha attestato all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, l'accREDITABILITÀ delle strutture sanitarie con riferimento alle specifiche tipologie di attività;

VISTO che tra i suddetti atti deliberativi, sono, tra l'altro, ricompresi quelli relativi alle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio in regime ambulatoriale:

DENOMINAZIONE	P.IVA C.F.	SEDE OPERATIVA	SEDE LEGALE	ISTANZA SORESA	DELIB. ASL
Centro Vesuviano Analisi s.a.s. dott. Luigi Buonerba	01293371215	Via Cavalli di Bronzo, 34 – San Giorgio a Cremano	Idem	ST03667	97/14
DO.PE.O. Di Cardarelli Pietrogiovanni e C. s.n.c.	01385821218	Via N. M. Venuti, 31 - Ercolano	Idem	ST02812	559/14 656/14
Studio Voccia - Di Martino S.r.l.	02893850657	Via Lepanto, 199/201 - Pompei	Idem	ST03022	560/14
ME.DI. Mediterranea Diagnostica s.r.l.	01287451213	Via De Gasperi, 321– Castellammare di Stabia	Idem	ST03045	561/14
Laboratorio Analisi Cliniche Gentile s.a.s.	01271831214	Via V. Veneto, 167 - Gragnano	Idem	ST03239	562/14
Centro Diagnostico Analisi Cliniche IGEA S.r.l.	03976581219	Via Galileo Galilei, 13 – 15 - Portici	Idem	ST03283	563/14
Laboratorio Analisi Chimico- Cliniche e Microbiologiche Russo R. & C. s.a.s.	03357800659	Viale Europa, 33 – Castellammare di Stabia	Via G. Piccolo- mini D'Aragona, 111 - Nocera Inferiore	ST03337	564/14
Laboratorio Sannino S.r.l.	06218691217	Via Promiscua, 45/45A Boscotrecase	Via Minutella,33 - Pompei	ST03405	565/14
La Mura & C. S.a.s. di La Mura Enrico Analisi Cliniche	03860081219	Via Regina Margherita, 131 - Trecase	Idem	ST03406	566/14
Centro Diagnostico Miglio D'Oro s.n.c. di Calvarano Anna	01298141217	Via E. Bossa, 24 - Ercolano	Idem	ST03430	567/14
Laboratorio di Analisi Cliniche dott. Montella S.r.l.	01243021217	Piazza Trieste, 4 - Ercolano	Idem	ST03441	568/14
Ricerche Diagnostiche B. Ciaravolo & C. s.a.s.	01259921219	Via Nazionale,516/A – Torre del Greco	Idem	ST03489	569/14
GEL S.r.l.	01428741217	Via I. Sorrentino,29 – Torre del Greco	Via F. Turati, 26 – S. Marzano s/Sarno	ST03684	571/14



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Mazza Mattia & C. di Mazza Carla s.a.s.	01412191213	Via Roma, 75 – Torre del Greco	Idem	ST04049	572/14
Centro Diagnostico San Ciro S.r.l.	01250661210	Via Libertà, 270 - Portici	Idem	ST04373	575/14
Laboratorio Analisi Cliniche dott. Fabrizio D'Auria	0740390653	Largo Passanti, 74 - Boscoreale	Idem	ST03740	616/14

per le quali il Direttore Generale dell'A.S.L. di Napoli 3 Sud ha deliberato di attestare all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, che le strutture suddette sono accreditabili per le attività e le classi di qualità indicate nella seguente tabella:

DENOMINAZIONE	ATTIVITA'	CLASS E QUALIT A
Centro Vesuviano Analisi s.a.s. dott. Luigi Buonerba	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3
DO.PE.O. Di Cardarelli Pietrogiovanni e C. s.n.c.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3
Studio Voccia - Di Martino S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR).	3
ME.DI. Mediterranea Diagnostica s.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR).	3
Laboratorio Analisi Cliniche Gentile s.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia con PCR) e A6 (Genetica).	3
Centro Diagnostico Analisi Cliniche IGEA S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A3 (Ematologia).	3
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche Russo R. & C. s.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3
Laboratorio Sannino S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3
La Mura & C. S.a.s. di La Mura Enrico Analisi Cliniche	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3
Centro Diagnostico Miglio D'Oro s.n.c. di Calvarano Anna	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia senza PCR)	3



Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

Laboratorio di Analisi Cliniche dott. Montella S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia senza PCR)	3
Ricerche Diagnostiche B. Ciaravolo & C. s.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia senza PCR)	3
GEL S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia senza PCR)	3
Mazza Mattia & C. di Mazza Carla s.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia senza PCR).	3
Centro Diagnostico San Ciro S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati A1 (chimica clinica con RIA e con tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia con PCR), A3 (ematologia), A5 (citoistopatologia) e A6 (genetica con PCR) .	3
Laboratorio Analisi Cliniche dott. Fabrizio D'Auria	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3

RILEVATO, altresì, che con decreto commissariale n. 109 del 19.11.2013, come integrato con DCA n. 45 del 4.7.2014, è stato approvato il piano di riassetto della rete laboratoristica privata che prevede, in sede di prima attuazione, l'implementazione del modello organizzativo "di rete".

VISTO l'art. 1, comma 237-quindecies bis, che testualmente recita: *"Al fine di attuare quanto disposto dall'[articolo 1, comma 796, lettera o\), della legge 296/2006](#), in coerenza con i programmi operativi di cui alla [legge 191/2009](#), il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo"*;

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

1. è disposto l'accreditamento istituzionale definitivo delle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio presso le sedi operative e con le classi di qualità a fianco di ciascuna indicate:

DENOMINAZIONE	SEDE OPERATIVA	ATTIVITA'	CLASSE QUALITÀ
Centro Vesuviano Analisi s.a.s. dott. Luigi Buonerba	Via Cavalli di Bronzo, 34 – San Giorgio a Cremano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DO.PE.O. Di Cardarelli Pietrogianni e C. s.n.c.	Via N. M. Venuti, 31 - Ercolano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3
Studio Voccia - Di Martino S.r.l.	Via Lepanto, 199/201 - Pompei	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR).	3
ME.DI. Mediterranea Diagnostica s.r.l.	Via De Gasperi, 321- Castellammare di Stabia	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR).	3
Laboratorio Analisi Cliniche Gentile s.a.s.	Via V. Veneto, 167 - Gragnano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia con PCR) e A6 (Genetica).	3
Centro Diagnostico Analisi Cliniche IGEA S.r.l.	Via Galileo Galilei, 13 - 15 - Portici	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A3 (Ematologia).	3
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche Russo R. & C. s.a.s.	Viale Europa, 33 - Castellammare di Stabia	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3
Laboratorio Sannino S.r.l.	Via Promiscua, 45/45A Boscotrecase	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3
La Mura & C. S.a.s. di La Mura Enrico Analisi Cliniche	Via Regina Margherita, 131 - Trecase	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3
Centro Diagnostico Miglio D'Oro s.n.c. di Calvarano Anna	Via E. Bossa, 24 - Ercolano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia senza PCR)	3
Laboratorio di Analisi Cliniche dott. Montella S.r.l.	Piazza Trieste, 4 - Ercolano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia senza PCR)	3



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Ricerche Diagnostiche B. Ciaravolo & C. s.a.s.	Via Nazionale,516/A – Torre del Greco	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia senza PCR)	3
GEL S.r.l.	Via I. Sorrentino,29 – Torre del Greco	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia senza PCR)	3
Mazza Mattia & C. di Mazza Carla s.a.s.	Via Roma, 75 – Torre del Greco	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia senza PCR).	3
Centro Diagnostico San Ciro S.r.l.	Via Libertà, 270 - Portici	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati A1 (chimica clinica con RIA e con tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia con PCR), A3 (ematologia), A5 (citoistopatologia) e A6 (genetica con PCR) .	3
Laboratorio Analisi Cliniche dott. Fabrizio D'Auria	Largo Passanti, 74 - Boscotrecase	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3

2. di stabilire:

- che l'accreditamento decorre dalla data di adozione del presente DCA ed è concesso nelle more della realizzazione della rete laboratoristica privata, fermo restando gli obblighi imposti alle strutture sanitarie di procedere alle aggregazioni previste dal DCA n.109/2013 e s.m.i. e nel rispetto dei tempi e delle fasi per il raggiungimento, a regime, dello standard minimo indicato nell'Accordo Stato-Regioni 23.3.2011 per struttura erogatrice e, comunque, per non oltre 4 anni;
- che l'autorità deputata all'attività di controllo e vigilanza sulla erogazione delle prestazioni e sulla permanenza dei requisiti di accreditamento istituzionale è la A.S.L. territorialmente competente;
- che in caso di riscontrata perdita dei suddetti requisiti, ovvero -nel caso ricorrano le condizioni- del mancato adempimento di quanto disposto dal DCA n. 109/2013, il Direttore Generale dell'Azienda dovrà inviare agli Uffici regionali la relativa proposta di sospensione o di revoca dell'accreditamento istituzionale;
- che, almeno sei mesi prima della scadenza del termine di validità dell'accreditamento istituzionale i soggetti interessati dovranno presentare all'Azienda Sanitaria la domanda per il rinnovo dello stesso. A tal fine il rinnovo è subordinato alla verifica del permanere di tutte le condizioni richieste dalla legge per il rinnovo dell'accreditamento stesso;
- che le risultanze delle verifiche effettuate dovranno pervenire ai competenti Uffici regionali almeno un mese prima della scadenza del titolo onde consentire l'espletamento delle successive attività;

3. di stabilire che l'accreditamento è disposto in funzione del progressivo soddisfacimento del fabbisogno regionale definito dal comma 237-quindecies bis dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

4. di precisare che nel caso ne ricorrano le circostanze troveranno applicazione i commi 237-nonies e 237 nonies bis dell'art. 1 della legge 4/2011 e s.m.i.;
5. di stabilire che le eventuali variazioni della tipologia della struttura, del titolare della gestione, del Direttore Sanitario, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni dovranno essere preventivamente autorizzate dagli Enti competenti;
6. di stabilire altresì che la configurazione di cui al presente Decreto potrà subire variazioni in esito a provvedimenti di riordino della rete ospedaliera e territoriale disposti con Decreto del Commissario ad Acta;
7. di trasmettere copia del presente decreto all'ASL Napoli 3 Sud territorialmente competente anche per la notifica alle strutture interessate;
8. di trasmettere copia del presente decreto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio sanitario regionale per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 61 del 29.05.2015

Oggetto: Art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii. Accreditalmento Istituzionale definitivo per attività di Medicina di Laboratorio in regime ambulatoriale di strutture private dell'A.S.L. Napoli 3 Sud (14° Elenco).

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accreditalmento degli erogatori;

VISTO l'art. 1 della legge regionale n. 4/2011 e successive modificazioni ed integrazioni e, in particolare:

- a. il comma 237-quater con il quale è disposto che, in relazione all'accreditalmento istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accreditalmento delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1/1/2007;
- b. i commi 237-quinquies, 237-sexies, 237-octies e 237-octies-bis che disciplinano la procedura per presentazione delle istanze di accreditalmento istituzionale da parte delle strutture private transitoriamente accreditate;
- c. il comma 237-quaterdecies che dispone la cessazione dell'efficacia della delega alle AA.SS.LL. in materia di accreditalmento definitivo prevista dall'art. 8, comma 1, della richiamata L.R. n.16/2008, ferme restando le disposizioni riguardanti le Commissioni istituite presso le Aziende medesime per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditalmento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- d. il comma 237-duodecies che disciplina l'attività di verifica delle istanze presentate da parte delle Commissioni locali previste dall'art. 8 della L.R. n. 16 del 28.11.2008 e prescrive, tra l'altro, che il Commissario ad Acta adotta i decreti di rilascio dell'accreditamento definitivo al positivo esito delle stesse ovvero, in caso contrario, rigetta la domanda;

PREMESSO, che:

- a. con decreto commissariale n. 19 del 7/3/2012 sono state approvate le istruzioni d'uso e le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale da inoltrare da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie private attraverso la piattaforma applicativa messa a disposizione da So.Re.Sa. s.p.a. ed è stato precisato che l'accreditamento si sarebbe conseguito soltanto al termine delle procedure di verifica come disciplinate dal comma 237 duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii.;
- b. con DCA n. 90 del 9/8/2012 - come rettificato con successivi decreti n.124 del 10/10/2012 e n. 10 del 25/1/2013 - sono state approvate: I) la disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie ai sensi della L.R. n. 23/2011; II) la check list dei requisiti generali per la verifica delle strutture di cui al regolamento n. 3/2006 e n. 1/2007; III) la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n.3/2006 e la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n. 1/2007, stabilendo che le AA.SS.LL., nell'ambito delle attività di verifica, avrebbero dovuto attenersi a quanto in essi disciplinato;
- c. con DCA n. 91 del 9/8/2012, ai sensi del citato comma 237 undecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, si è preso atto dell'elenco, trasmesso da So.Re.Sa. contenente la ricognizione delle istanze di accreditamento istituzionale risultate regolarmente ammesse, sotto gli aspetti di completezza e correttezza da un punto di vista informatico, demandando a So.Re.Sa. l'invio alle AA.SS.LL. territorialmente competenti di copia integrale delle singole istanze per procedere alle verifiche di cui al punto 20 dell'allegato a) del decreto commissariale n. 19/2012;
- d. con DCA n. 151 del 28/12/2012 il precedente elenco è stato integrato a seguito di approfondimenti istruttori effettuati a norma del punto 17 dell'allegato A) del DCA n.19/2012 ed è stato trasmesso alle AA.SS.LL. competenti per le conseguenti verifiche;
- e. con DCA n. 49 del 30/5/2013 è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco delle istanze di accreditamento istituzionale presentate in applicazione dell'art. 1, comma 237-quinquies della L.R. n. 4/2011 dai soggetti aventi titolo, risultanti già tutte ricomprese negli allegati ai già citati decreti commissariali n.91/2012 e n. 151/2012, demandando alle AA.SS.LL. le verifiche sia per quanto concerne la veridicità delle dichiarazioni di notorietà rese dai richiedenti, sia l'accertamento in loco del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale definitivo;
- f. a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/2013, che ha sostituito i commi 237-decies, 237-undecies e 237-duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, con DCA n. 50 del 30/5/2013 So.Re.Sa. è stata autorizzata all'attivazione della piattaforma informatica dalla data di pubblicazione del decreto medesimo sul BURC e sono state approvate le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze;
- g. con DCA n. 73 del 21/6/2013, all'esito della procedura avviata con il decreto commissariale n. 50/2013, è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco di ulteriori n.55 istanze di accreditamento istituzionale, trasmesso da So.Re.Sa. che ne ha attestato la regolarità sotto



Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

gli aspetti di completezza e correttezza;

DATO ATTO che il Direttore Generale dell'ASL Napoli 3 Sud ha trasmesso gli atti deliberativi con i quali:

- a. ha preso atto delle relazioni finali motivate del Comitato di Coordinamento dell'Accreditamento Aziendale che certificano:
 - I. l'ammissibilità delle strutture alle procedure di accreditamento istituzionale;
 - II. il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla legge per il rilascio dell'accREDITamento definitivo istituzionale;
 - III. il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dal regolamento n. 1/2007 e ss.mm.ii.;
- b) ha attestato all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, l'accREDITabilità delle strutture sanitarie con riferimento alle specifiche tipologie di attività;

VISTO che tra i suddetti atti deliberativi, sono, tra l'altro, ricompresi quelli relativi alle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio in regime ambulatoriale:

DENOMINAZIONE	<u>P.IVA</u> C.F.	SEDE OPERATIVA	SEDE LEGALE	ISTANZA SORESA	DELIB. ASL
Centro Diagnostico CHECK – UP S.R.L.	02572561211	Corso Italia, 62 Ercolano	Idem	ST03221	685/14
MAVIS S.R.L. (già Villa Poppea s.r.l.)	07153721217	Via Dante 13/15 – Torre Annunziata	Via Capitano G. Rea, 128 – Trecase	ST04201	687/14
CMN Analisi Cliniche S.r.l.	06707001217	C.so Umberto I, 68 – Torre Annunziata	Via Francesco Cerlone, 11 - Napoli	ST04229	688/14
Analisi Cliniche di Allocca Antonio ed Ametrano Giuseppe & C. s.a.s.	02552251213	Via Giovanni della Rocca, 49 - Boscoreale	Idem	ST04747	719/14
Laboratorio Di Analisi Cliniche Dr. Aurelio Paolillo & C. S.A.S.	01376051213	Via Roma, 4 – Torre del Greco	Idem	ST03082	914/14
Villa delle Querce S.P.A. - Cura Santa Maria La Bruna	00274000637	Via Nazionale, 627 – Torre del Greco	Via Battistello Caracciolo, 48 – Napoli	ST03519	917/14
C.M.O. s.r.l.	04844021214	C.so Umberto I, 221 – Torre Annunziata	Via G. Melisurgo, 4 – Napoli	ST03783	801/14
Centro Diagnostico Capriglione analisi cliniche e biochimiche di Bruno Capriglione s.a.s.	01289091215	C.so Umberto I, 21 – Torre Annunziata	Idem	ST03553	800/14
Centro Diagnostico Plinio Srl	01254531211	Via Favolella 10-12 – Ercolano	Idem	ST02455	797/14
Laboratorio Analisi Gasso Pietro s.a.s. di Gasso Marinella	01469471211	Via Manzoni 196 – S.Giorgio Cremano	Idem	ST04075	804/14



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

per le quali il Direttore Generale dell'A.S.L. di Napoli 3 Sud ha deliberato di attestare all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, che le strutture suddette sono accreditabili per le attività e le classi di qualità indicate nella seguente tabella:

DENOMINAZIONE	ATTIVITA'	CLASSE QUALITA'
Centro Diagnostico CHECK – UP S.R.L.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia).	3
MAVIS S.R.L. (già Villa Poppea s.r.l.)	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia con PCR)	3
CMN Analisi Cliniche S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A3 (ematologia)	3
Analisi Cliniche di Allocca Antonio ed Ametrano Giuseppe & C. s.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3
Laboratorio Di Analisi Cliniche Dr. Aurelio Paolillo & C. S.A.S.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	1
Villa delle Querce S.P.A. - Cura Santa Maria La Bruna	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base	3
C.M.O. s.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3
Centro Diagnostico Capriglione analisi cliniche e biochimiche di Bruno Capriglione s.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A3 (Ematologia)	3
Centro Diagnostico Plinio Srl	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A5 (Citoistopatologia)	3
Laboratorio Analisi Gasso Pietro s.a.s. di Gasso Marinella	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3

RILEVATO, altresì, che con decreto commissariale n. 109 del 19.11.2013, come integrato con DCA n. 45 del 4.7.2014, è stato approvato il piano di riassetto della rete laboratoristica privata che prevede, in sede di prima attuazione, l'implementazione del modello organizzativo "di rete".

VISTO l'art. 1, comma 237-quindecies bis, che testualmente recita: "*Al fine di attuare quanto disposto dall'[articolo 1, comma 796, lettera o\), della legge 296/2006](#), in coerenza con i programmi operativi di cui alla [legge 191/2009](#), il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di*



Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo”;

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

1. è disposto l'accreditamento istituzionale definitivo delle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio presso le sedi operative e con le classi di qualità a fianco di ciascuna indicate:

DENOMINAZIONE	SEDE OPERATIVA	ATTIVITA'	CLASSE QUALITA'
Centro Diagnostico CHECK – UP S.R.L.	Corso Italia, 62 Ercolano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia).	3
MAVIS S.R.L. (già Villa Poppea s.r.l.)	Via Dante 13/15 – Torre Annunziata	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia con PCR)	3
CMN Analisi Cliniche S.r.l.	C.so Umberto I, 68 – Torre Annunziata	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A3 (ematologia)	3
Analisi Cliniche di Allocca Antonio ed Ametrano Giuseppe & C. s.a.s.	Via Giovanni della Rocca, 49 - Boscoreale	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3
Laboratorio Di Analisi Cliniche Dr. Aurelio Paolillo & C. S.A.S.	Via Roma, 4 – Torre del Greco	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	1
Villa delle Querce S.P.A. - Cura Santa Maria La Bruna	Via Nazionale, 627 – Torre del Greco	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base	3
C.M.O. s.r.l.	C.so Umberto I, 221 – Torre Annunziata	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia) e A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR)	3



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Centro Diagnostico Capriglione analisi cliniche e biochimiche di Bruno Capriglione s.a.s.	C.so Umberto I, 21 – Torre Annunziata	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A3 (Ematologia)	3
Centro Diagnostico Plinio Srl	Via Favolella 10-12 – Ercolano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia), A2 (microbiologia e sieroinmunologia senza PCR) e A5 (Citoistopatologia)	3
Laboratorio Analisi Gasso Pietro s.a.s. di Gasso Marinella	Via Manzoni 196 – S.Giorgio a Cremano	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1 (chimica clinica senza RIA e senza tossicologia)	3

2. di stabilire:
 - che l'accreditamento decorre dalla data di adozione del presente DCA ed è concesso nelle more della realizzazione della rete laboratoristica privata, fermo restando gli obblighi imposti alle strutture sanitarie di procedere alle aggregazioni previste dal DCA n.109/2013 e s.m.i. e nel rispetto dei tempi e delle fasi per il raggiungimento, a regime, dello standard minimo indicato nell'Accordo Stato-Regioni 23.3.2011 per struttura erogatrice e, comunque, per non oltre 4 anni;
 - che l'autorità deputata all'attività di controllo e vigilanza sulla erogazione delle prestazioni e sulla permanenza dei requisiti di accreditamento istituzionale è la A.S.L. territorialmente competente;
 - che in caso di riscontrata perdita dei suddetti requisiti, ovvero -nel caso ricorrano le condizioni- del mancato adempimento di quanto disposto dal DCA n. 109/2013, il Direttore Generale dell'Azienda dovrà inviare agli Uffici regionali la relativa proposta di sospensione o di revoca dell'accreditamento istituzionale;
 - che, almeno sei mesi prima della scadenza del termine di validità dell'accreditamento istituzionale i soggetti interessati dovranno presentare all'Azienda Sanitaria la domanda per il rinnovo dello stesso. A tal fine il rinnovo è subordinato alla verifica del permanere di tutte le condizioni richieste dalla legge per il rinnovo dell'accreditamento stesso;
 - che le risultanze delle verifiche effettuate dovranno pervenire ai competenti Uffici regionali almeno un mese prima della scadenza del titolo onde consentire l'espletamento delle successive attività;
3. di stabilire che l'accreditamento è disposto in funzione del progressivo soddisfacimento del fabbisogno regionale definito dal comma 237-quindecies bis dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011;
4. di precisare che nel caso ne ricorrano le circostanze troveranno applicazione i commi 237-nonies e 237 nonies bis dell'art. 1 della legge 4/2011 e s.m.i.;
5. di stabilire che le eventuali variazioni della tipologia della struttura, del titolare della gestione, del Direttore Sanitario, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni dovranno essere preventivamente autorizzate dagli Enti competenti;
6. di stabilire altresì che la configurazione di cui al presente Decreto potrà subire variazioni in esito a provvedimenti di riordino della rete ospedaliera e territoriale disposti con Decreto del Commissario ad Acta;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

7. di trasmettere copia del presente decreto all'ASL Napoli 3 Sud territorialmente competente anche per la notifica alle strutture interessate;
8. di trasmettere copia del presente decreto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio sanitario regionale per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad Acta
Prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 62 del 29.05.2015

Oggetto: Art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii. Accredimento Istituzionale definitivo per attività di Medicina di Laboratorio in regime ambulatoriale di strutture private dell'A.S.L. Napoli 2 Nord (10° Elenco).

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;

VISTO l'art. 1 della legge regionale n. 4/2011 e successive modificazioni ed integrazioni e, in particolare:

- a. il comma 237-quater con il quale è disposto che, in relazione all'accREDITamento istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accREDITamento delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1/1/2007;
- b. i commi 237-quinquies, 237-sexies, 237-octies e 237-octies-bis che disciplinano la procedura per presentazione delle istanze di accREDITamento istituzionale da parte delle strutture private transitoriamente accreditate;
- c. il comma 237-quaterdecies che dispone la cessazione dell'efficacia della delega alle AA.SS.LL. in materia di accREDITamento definitivo prevista dall'art. 8, comma 1, della richiamata L.R. n.16/2008, ferme restando le disposizioni riguardanti le Commissioni istituite presso le Aziende

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

medesime per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale;

- d. il comma 237-duodecies che disciplina l'attività di verifica delle istanze presentate da parte delle Commissioni locali previste dall'art. 8 della L.R. n. 16 del 28.11.2008 e prescrive, tra l'altro, che il Commissario ad Acta adotta i decreti di rilascio dell'accreditamento definitivo al positivo esito delle stesse ovvero, in caso contrario, rigetta la domanda;

PREMESSO, che:

- a. con decreto commissariale n. 19 del 7/3/2012 sono state approvate le istruzioni d'uso e le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale da inoltrare da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie private attraverso la piattaforma applicativa messa a disposizione da So.Re.Sa. s.p.a. ed è stato precisato che l'accreditamento si sarebbe conseguito soltanto al termine delle procedure di verifica come disciplinate dal comma 237 duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii.;
- b. con DCA n. 90 del 9/8/2012 - come rettificato con successivi decreti n.124 del 10/10/2012 e n. 10 del 25/1/2013 - sono state approvate: I) la disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie ai sensi della L.R. n. 23/2011; II) la check list dei requisiti generali per la verifica delle strutture di cui al regolamento n. 3/2006 e n. 1/2007; III) la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n.3/2006 e la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n. 1/2007, stabilendo che le AA.SS.LL., nell'ambito delle attività di verifica, avrebbero dovuto attenersi a quanto in essi disciplinato;
- c. con DCA n. 91 del 9/8/2012, ai sensi del citato comma 237 undecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, si è preso atto dell'elenco, trasmesso da So.Re.Sa. contenente la ricognizione delle istanze di accreditamento istituzionale risultate regolarmente ammesse, sotto gli aspetti di completezza e correttezza da un punto di vista informatico, demandando a So.Re.Sa. l'invio alle AA.SS.LL. territorialmente competenti di copia integrale delle singole istanze per procedere alle verifiche di cui al punto 20 dell'allegato a) del decreto commissariale n. 19/2012;
- d. con DCA n. 151 del 28/12/2012 il precedente elenco è stato integrato a seguito di approfondimenti istruttori effettuati a norma del punto 17 dell'allegato A) del DCA n.19/2012 ed è stato trasmesso alle AA.SS.LL. competenti per le conseguenti verifiche;
- e. con DCA n. 49 del 30/5/2013 è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco delle istanze di accreditamento istituzionale presentate in applicazione dell'art. 1, comma 237-quinquies della L.R. n. 4/2011 dai soggetti aventi titolo, risultanti già tutte ricomprese negli allegati ai già citati decreti commissariali n.91/2012 e n. 151/2012, demandando alle AA.SS.LL. le verifiche sia per quanto concerne la veridicità delle dichiarazioni di notorietà rese dai richiedenti, sia l'accertamento in loco del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale definitivo;
- f. a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/2013, che ha sostituito i commi 237-decies, 237-undecies e 237-duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, con DCA n. 50 del 30/5/2013 So.Re.Sa. è stata autorizzata all'attivazione della piattaforma informatica dalla data di pubblicazione del decreto medesimo sul BURC e sono state approvate le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze;
- g. con DCA n. 73 del 21/6/2013, all'esito della procedura avviata con il decreto commissariale n. 50/2013, è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco di ulteriori n.55 istanze di



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

accreditamento istituzionale, trasmesso da So.Re.Sa. che ne ha attestato la regolarità sotto gli aspetti di completezza e correttezza;

DATO ATTO che con note di prot.n. n. 38103/2013 del 17.10.2013 e n. 38204/2013 del 18.10.2013 acquisite al protocollo del Sub Commissario ad acta Piano di Rientro Sanitario, rispettivamente, al n. 5414/C del 17.10.2013 ed al n. 5436 del 18.10.2013, il Direttore Generale dell'ASL Napoli 2 Nord ha trasmesso gli atti deliberativi con i quali:

- a. ha preso atto delle relazioni finali motivate del Comitato di Coordinamento dell'Accreditamento Aziendale che certificano:
 - I. l'ammissibilità delle strutture alle procedure di accreditamento istituzionale;
 - II. il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla L.R. n. 23/2011, con particolare riferimento a quelli stabiliti dal comma 237-sexies per l'accesso al sistema di accreditamento definitivo istituzionale;
 - III. il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dal regolamento n. 1/2007 e ss.mm.ii.;
- b) ha attestato all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, l'accreditabilità delle strutture sanitarie con riferimento alle specifiche tipologie di attività;

VISTO che tra i suddetti atti deliberativi, sono, tra l'altro, ricompresi quelli relativi alle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio in regime ambulatoriale:

DENOMINAZIONE	P.IVA C.F.	SEDE OPERATIVA	SEDE LEGALE	ISTANZA SORESA	DELIB. ASL
Casa di Cura Villa dei Fiori s.r.l.	00684740632	C.so Italia, 110 – Mugnano di Napoli	Idem	ST03059	796/13
Casa di Cura Villa Maione s.r.l.	01351781214	Via E. Fermi, 59 – Villaricca	Idem	ST04113	1067/13
Centro Flegreo Srl Medicina Nucleare e Diagnostica Endocrinologica	03845790637	Il Traversa Campi Flegrei, 3 – Pozzuoli	Idem	ST03329	891/13
Centro Medico Chirurgico S.r.l.	01068920634	Via Leonardo Mazzella, 22 – Ischia	idem	ST03677	987/13
Centro Medico Sette Re S.r.l.	01259941217	Via Sette Re 70/74 – Arzano	Idem	ST03653	1004/13
Villa dei Fiori s.r.l. Casa di Cura Privata	01250791215	C.so Italia, 157/V.la B.Croce, 6 – Acerra	Idem	ST03158	1065/13

per le quali il Direttore Generale dell'A.S.L. Napoli 2 Nord ha deliberato di attestare all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, che le strutture suddette sono accreditabili per le attività e le classi di qualità indicate nella seguente tabella:

DENOMINAZIONE	ATTIVITA'	CLASSE QUALITÀ
Casa di Cura Villa dei Fiori s.r.l.	Attività di Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base con annessi settori specializzati A1 e A2	3
Casa di Cura Villa Maione s.r.l.	Attività di Medicina di Laboratorio - Laboratorio Generale di base	3
Centro Flegreo Srl Medicina Nucleare e Diagnostica Endocrinologica	Attività di Medicina di Laboratorio - Laboratorio Generale di base con annesso settore specializzato A1 (con RIA)	3
Centro Medico Chirurgico S.r.l.	Attività di Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base	3



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

	con annessi settori specializzati A1 e A2	
Centro Medico Sette Re S.r.l.	Attività di Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base con annessi settori specializzati A1 (con esclusione di analisi tossicologiche e di metodiche con radioisotopi in vitro) e A2 (con esclusione di analisi con PCR)	3
Villa dei Fiori s.r.l. Casa di Cura Privata	Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base con annessi settori specializzati A1 (senza RIA e senza tossicologia) e A2 (senza PCR)	3

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

1. è disposto l'accreditamento istituzionale definitivo delle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio presso le sedi operative e con le classi di qualità a fianco di ciascuna indicate:

DENOMINAZIONE	SEDE OPERATIVA	ATTIVITA'	CLASSE QUALITÀ
Casa di Cura Villa dei Fiori s.r.l.	C.so Italia, 110 – Mugnano di Napoli	Attività di Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base con annessi settori specializzati A1 e A2	3
Casa di Cura Villa Maione s.r.l.	Via E. Fermi, 59 – Villaricca	Attività di Medicina di Laboratorio - Laboratorio Generale di base	3
Centro Flegreo Srl Medicina Nucleare e Diagnostica Endocrinologica	Il Traversa Campi Flegrei, 3 – Pozzuoli	Attività di Medicina di Laboratorio - Laboratorio Generale di base con annesso settore specializzato A1 (con RIA)	3
Centro Medico Chirurgico S.r.l.	Via Leonardo Mazzella, 22 – Ischia	Attività di Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base con annessi settori specializzati A1 e A2	3
Centro Medico Sette Re S.r.l.	Via Sette Re 70/74 – Arzano	Attività di Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base con annessi settori specializzati A1 (con esclusione di analisi tossicologiche e di metodiche con radioisotopi in vitro) e A2 (con esclusione di analisi con PCR)	3
Villa dei Fiori s.r.l. Casa di Cura Privata	C.so Italia, 157/V.la B.Croce, 6 – Acerra	Medicina di Laboratorio: Laboratorio Generale di base con annessi settori specializzati A1 (senza RIA e senza tossicologia) e A2 (senza PCR)	3

2. di stabilire:

- che l'accreditamento decorre dalla data di adozione del presente DCA ed è rilasciato nelle more di nuovo provvedimento organico di revisione della normativa regionale e, comunque, per non oltre 4 anni;
- che l'autorità deputata all'attività di controllo e vigilanza sulla erogazione delle prestazioni e sulla permanenza dei requisiti di accreditamento istituzionale è la A.S.L. territorialmente competente;
- che in caso di riscontrata perdita dei suddetti requisiti, il Direttore Generale dell'Azienda dovrà inviare agli Uffici regionali la relativa proposta di sospensione o di revoca



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

dell'accreditamento istituzionale;

- che, almeno sei mesi prima della scadenza del termine di validità dell'accreditamento istituzionale i soggetti interessati dovranno presentare all'Azienda Sanitaria la domanda per il rinnovo dello stesso. A tal fine il rinnovo è subordinato alla verifica del permanere di tutte le condizioni richieste dalla legge per il rinnovo dell'accreditamento stesso;
 - che le risultanze delle verifiche effettuate dovranno pervenire ai competenti Uffici regionali almeno un mese prima della scadenza del titolo onde consentire l'espletamento delle successive attività;
3. di precisare che nel caso ne ricorrano le circostanze troveranno applicazione i commi 237-nonies e 237 nonies bis dell'art. 1 della legge 4/2011 e s.m.i.;
 4. di stabilire che le eventuali variazioni della tipologia della struttura, del titolare della gestione, del Direttore Sanitario, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni dovranno essere preventivamente autorizzate dagli Enti competenti;
 5. di stabilire altresì che la configurazione di cui al presente Decreto potrà subire variazioni in esito a provvedimenti di riordino della rete ospedaliera e territoriale disposti con Decreto del Commissario ad Acta;
 6. di trasmettere copia del presente decreto all'ASL Napoli 2 Nord territorialmente competente anche per la notifica alla struttura interessata;
 7. di trasmettere copia del presente decreto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio sanitario regionale per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Prof. Ettore Cinque

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 63 del 29.05.2015

Oggetto: Art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii. Accreditalmento Istituzionale definitivo per attività di Medicina di Laboratorio in regime ambulatoriale di strutture private dell'A.S.L. di Caserta (10° Elenco).

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accreditalmento degli erogatori;

VISTO l'art. 1 della legge regionale n. 4/2011 e successive modificazioni ed integrazioni e, in particolare:

- a. il comma 237-quater con il quale è disposto che, in relazione all'accreditalmento istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accreditalmento delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1/1/2007;
- b. i commi 237-quinquies, 237-sexies, 237-octies e 237-octies-bis che disciplinano la procedura per presentazione delle istanze di accreditalmento istituzionale da parte delle strutture private transitoriamente accreditate;
- c. il comma 237-quaterdecies che dispone la cessazione dell'efficacia della delega alle AA.SS.LL. in materia di accreditalmento definitivo prevista dall'art. 8, comma 1, della richiamata L.R. n.16/2008, ferme restando le disposizioni riguardanti le Commissioni istituite presso le Aziende medesime per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditalmento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- d. il comma 237-duodecies che disciplina l'attività di verifica delle istanze presentate da parte delle Commissioni locali previste dall'art. 8 della L.R. n. 16 del 28.11.2008 e prescrive, tra l'altro, che il Commissario ad Acta adotta i decreti di rilascio dell'accreditamento definitivo al positivo esito delle stesse ovvero, in caso contrario, rigetta la domanda;

PREMESSO, che:

- a. con decreto commissariale n. 19 del 7/3/2012 sono state approvate le istruzioni d'uso e le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale da inoltrare da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie private attraverso la piattaforma applicativa messa a disposizione da So.Re.Sa. s.p.a. ed è stato precisato che l'accreditamento si sarebbe conseguito soltanto al termine delle procedure di verifica come disciplinate dal comma 237 duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii.;
- b. con DCA n. 90 del 9/8/2012 - come rettificato con successivi decreti n.124 del 10/10/2012 e n. 10 del 25/1/2013 - sono state approvate: I) la disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie ai sensi della L.R. n. 23/2011; II) la check list dei requisiti generali per la verifica delle strutture di cui al regolamento n. 3/2006 e n. 1/2007; III) la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n.3/2006 e la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n. 1/2007, stabilendo che le AA.SS.LL., nell'ambito delle attività di verifica, avrebbero dovuto attenersi a quanto in essi disciplinato;
- c. con DCA n. 91 del 9/8/2012, ai sensi del citato comma 237 undecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, si è preso atto dell'elenco, trasmesso da So.Re.Sa. contenente la ricognizione delle istanze di accreditamento istituzionale risultate regolarmente ammesse, sotto gli aspetti di completezza e correttezza da un punto di vista informatico, demandando a So.Re.Sa. l'invio alle AA.SS.LL. territorialmente competenti di copia integrale delle singole istanze per procedere alle verifiche di cui al punto 20 dell'allegato a) del decreto commissariale n. 19/2012;
- d. con DCA n. 151 del 28/12/2012 il precedente elenco è stato integrato a seguito di approfondimenti istruttori effettuati a norma del punto 17 dell'allegato A) del DCA n.19/2012 ed è stato trasmesso alle AA.SS.LL. competenti per le conseguenti verifiche;
- e. con DCA n. 49 del 30/5/2013 è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco delle istanze di accreditamento istituzionale presentate in applicazione dell'art. 1, comma 237-quinquies della L.R. n. 4/2011 dai soggetti aventi titolo, risultanti già tutte ricomprese negli allegati ai già citati decreti commissariali n.91/2012 e n. 151/2012, demandando alle AA.SS.LL. le verifiche sia per quanto concerne la veridicità delle dichiarazioni di notorietà rese dai richiedenti, sia l'accertamento in loco del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale definitivo;
- f. a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/2013, che ha sostituito i commi 237-decies, 237-undecies e 237-duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, con DCA n. 50 del 30/5/2013 So.Re.Sa. è stata autorizzata all'attivazione della piattaforma informatica dalla data di pubblicazione del decreto medesimo sul BURC e sono state approvate le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze;
- g. con DCA n. 73 del 21/6/2013, all'esito della procedura avviata con il decreto commissariale n. 50/2013, è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco di ulteriori n.55 istanze di accreditamento istituzionale, trasmesso da So.Re.Sa. che ne ha attestato la regolarità sotto



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

gli aspetti di completezza e correttezza;

DATO ATTO che con nota di prot. n. 1724/AAGG del 25.10.2013 e successive integrazioni, acquisite al protocollo n. 2013.758187 del 6.11.2013, il Direttore Generale dell'ASL di Caserta ha trasmesso gli atti deliberativi con i quali:

- a. ha preso atto delle relazioni finali motivate del Comitato di Coordinamento dell'Accreditamento Aziendale che certificano:
 - I. l'ammissibilità delle strutture alle procedure di accreditamento istituzionale;
 - II. il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla legge per il rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo istituzionale;
 - III. il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dal regolamento n. 1/2007 e ss.mm.ii.;
- b) ha attestato all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, l'accREDITABILITÀ delle strutture sanitarie con riferimento alle specifiche tipologie di attività;

VISTO che tra i suddetti atti deliberativi, sono, tra l'altro, ricompresi quelli relativi alle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio in regime ambulatoriale:

DENOMINAZIONE	P.IVA C.F.	SEDE OPERATIVA	SEDE LEGALE	ISTANZA SORESA	DELIB. ASL
ANALISI CLINICHE DELTA S.A.S.	01485730616	Via Togliatti, 3 – S. Cipriano d'Aversa	Idem	ST03787	1025/14
Istituto per lo Studio del Diabete – Laboratorio di Analisi Cliniche s.r.l.	00246830616	Via XXV Aprile I traversa Complesso ex Abetaia - Casagiove	Idem	ST03898	925/2013
Hermes Centro Medico Polispecialistico s.p.a.	00951030618	Via Nazionale Appia n. 191 - Casagiove	Idem	ST03463	1055/2013 1279/2013
CETAC s.r.l.	00396040610	Via Lincoln n.2 Caserta	Idem	ST02751	1376/2013
Casa di Cura San Michele s.r.l.	00258670611	Via Appia n.176 Maddaloni	Idem	ST02916	1387/2013

per le quali il Direttore Generale dell'A.S.L. di Caserta ha deliberato di attestare all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, che le strutture suddette sono accREDITABILI per le attività e le classi di qualità indicate nella seguente tabella:

DENOMINAZIONE	ATTIVITA'	CLASS E QUALIT A
ANALISI CLINICHE DELTA S.A.S.	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia)	3
Istituto per lo Studio del Diabete – Laboratorio di Analisi Cliniche s.r.l.	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia)	3



Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

Hermes Centro Medico Polispecialistico s.p.a.	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia); A3 (Ematologia); A5 (Citoistopatologia); A6 (Genetica).	3
CETAC s.r.l.	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia); A6 (Genetica)	3
Casa di Cura San Michele s.r.l.	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia);	3

RILEVATO, altresì, che con decreto commissariale n. 109 del 19.11.2013 è stato approvato il piano di riassetto della rete laboratoristica privata che prevede, in sede di prima attuazione, l'implementazione del modello organizzativo "di rete".

VISTO l'art. 1, comma 237-quindecies bis, che testualmente recita: *"Al fine di attuare quanto disposto dall'[articolo 1, comma 796, lettera o\), della legge 296/2006](#), in coerenza con i programmi operativi di cui alla [legge 191/2009](#), il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo"*;

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

1. è disposto l'accreditamento istituzionale definitivo delle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio presso le sedi operative e con le classi di qualità a fianco di ciascuna indicate:

DENOMINAZIONE	SEDE OPERATIVA	ATTIVITA'	CLASSE QUALITÀ
ANALISI CLINICHE DELTA S.A.S.	Via Togliatti, 3 – S. Cipriano d'Aversa	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia)	3
Istituto per lo Studio del Diabete – Laboratorio di Analisi Cliniche s.r.l.	Via XXV Aprile I traversa Complesso ex Abetaia - Casagiove	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia)	3



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Hermes Centro Medico Polispecialistico s.p.a.	Via Nazionale Appia n. 191 - Casagiove	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza RIA e senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia); A3 (Ematologia); A5 (Citoistopatologia); A6 (Genetica).	3
CETAC s.r.l.	Via Lincoln n.2 Caserta	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia); A6 (Genetica)	3
Casa di Cura San Michele s.r.l.	Via Appia n.176 Maddaloni	Medicina di Laboratorio – Laboratorio di base con settori specializzati: A1 (Chimica Clinica senza Tossicologia); A2 (Microbiologia e Sieroimmunologia);	3

2. di stabilire:
 - che l'accreditamento decorre dalla data di adozione del presente DCA ed è concesso nelle more della realizzazione della rete laboratoristica privata, fermo restando gli obblighi imposti alle strutture sanitarie di procedere alle aggregazioni previste dal DCA n.109/2013 e nel rispetto dei tempi e delle fasi per il raggiungimento, a regime, dello standard minimo indicato nell'Accordo Stato-Regioni 23.3.2011 per struttura erogatrice e, comunque, per non oltre 4 anni;
 - che l'autorità deputata all'attività di controllo e vigilanza sulla erogazione delle prestazioni e sulla permanenza dei requisiti di accreditamento istituzionale è la A.S.L. territorialmente competente;
 - che in caso di riscontrata perdita dei suddetti requisiti, ovvero -nel caso ricorrano le condizioni- del mancato adempimento di quanto disposto dal DCA n. 109/2013, il Direttore Generale dell'Azienda dovrà inviare agli Uffici regionali la relativa proposta di sospensione o di revoca dell'accreditamento istituzionale;
 - che, almeno sei mesi prima della scadenza del termine di validità dell'accreditamento istituzionale i soggetti interessati dovranno presentare all'Azienda Sanitaria la domanda per il rinnovo dello stesso. A tal fine il rinnovo è subordinato alla verifica del permanere di tutte le condizioni richieste dalla legge per il rinnovo dell'accreditamento stesso;
 - che le risultanze delle verifiche effettuate dovranno pervenire ai competenti Uffici regionali almeno un mese prima della scadenza del titolo onde consentire l'espletamento delle successive attività;
3. di stabilire che l'accreditamento è disposto in funzione del progressivo soddisfacimento del fabbisogno regionale definito dal comma 237-quindecies bis dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011;
4. di precisare che nel caso ne ricorrano le circostanze troveranno applicazione i commi 237-nonies e 237 nonies bis dell'art. 1 della legge 4/2011 e s.m.i.;
5. di stabilire che le eventuali variazioni della tipologia della struttura, del titolare della gestione, del Direttore Sanitario, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni dovranno essere preventivamente autorizzate dagli Enti competenti;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

6. di stabilire altresì che la configurazione di cui al presente Decreto potrà subire variazioni in esito a provvedimenti di riordino della rete ospedaliera e territoriale disposti con Decreto del Commissario ad Acta;
7. di trasmettere copia del presente decreto all'ASL di Caserta territorialmente competente anche per la notifica alle strutture interessate;
8. di trasmettere copia del presente decreto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio sanitario regionale per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Prof. Ettore Cinque

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 64 del 29.05.2015

Oggetto: Art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii. Accredитamento Istituzionale definitivo per attività di Medicina di Laboratorio in regime ambulatoriale di strutture private dell'A.S.L. Napoli 1 Centro (14° Elenco).

PREMESSO:

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007 n. 159 convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato commissario ad acta per il piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi predisposti dal commissario medesimo ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub-commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22 febbraio 2012 dal sub-commissario Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 i compiti relativi alla predisposizione degli acta per la prosecuzione dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario sono riuniti nella persona del sub-commissario Mario Morlacco;
- e. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato quale sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, con riferimento a diverse azioni ed interventi, tra cui la conclusione delle procedure di accredитamento degli erogatori;

VISTO l'art. 1 della legge regionale n. 4/2011 e successive modificazioni ed integrazioni e, in particolare:

- a. il comma 237-quater con il quale è disposto che, in relazione all'accREDITamento istituzionale definitivo, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accREDITamento delle strutture private transitoriamente accREDITate da intendersi provvisoriamente accREDITate alla data del 1/1/2007;
- b. i commi 237-quinquies, 237-sexies, 237-octies e 237-octies-bis che disciplinano la procedura per presentazione delle istanze di accREDITamento istituzionale da parte delle strutture private transitoriamente accREDITate;
- c. il comma 237-quaterdecies che dispone la cessazione dell'efficacia della delega alle AA.SS.LL. in materia di accREDITamento definitivo prevista dall'art. 8, comma 1, della richiamata L.R. n.16/2008, ferme restando le disposizioni riguardanti le Commissioni istituite presso le Aziende medesime per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accREDITamento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale;
- d. il comma 237-duodecies che disciplina l'attività di verifica delle istanze presentate da parte delle Commissioni locali previste dall'art. 8 della L.R. n. 16 del 28.11.2008 e prescrive, tra l'altro, che il

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Commissario ad Acta adotta i decreti di rilascio dell'accreditamento definitivo al positivo esito delle stesse ovvero, in caso contrario, rigetta la domanda;

PREMESSO, che:

- a. con decreto commissariale n. 19 del 7/3/2012 sono state approvate le istruzioni d'uso e le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze di accreditamento istituzionale da inoltrare da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie private attraverso la piattaforma applicativa messa a disposizione da So.Re.Sa. s.p.a. ed è stato precisato che l'accreditamento si sarebbe conseguito soltanto al termine delle procedure di verifica come disciplinate dal comma 237 duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii.;
- b. con DCA n. 90 del 9/8/2012 - come rettificato con successivi decreti n.124 del 10/10/2012 e n. 10 del 25/1/2013 - sono state approvate: I) la disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie ai sensi della L.R. n. 23/2011; II) la check list dei requisiti generali per la verifica delle strutture di cui al regolamento n. 3/2006 e n. 1/2007; III) la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n.3/2006 e la check list per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Reg. n. 1/2007, stabilendo che le AA.SS.LL., nell'ambito delle attività di verifica, avrebbero dovuto attenersi a quanto in essi disciplinato;
- c. con DCA n. 91 del 9/8/2012, ai sensi del citato comma 237 undecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, si è preso atto dell'elenco, trasmesso da So.Re.Sa. contenente la ricognizione delle istanze di accreditamento istituzionale risultate regolarmente ammesse, sotto gli aspetti di completezza e correttezza da un punto di vista informatico, demandando a So.Re.Sa. l'invio alle AA.SS.LL. territorialmente competenti di copia integrale delle singole istanze per procedere alle verifiche di cui al punto 20 dell'allegato a) del decreto commissariale n. 19/2012;
- d. con DCA n. 151 del 28/12/2012 il precedente elenco è stato integrato a seguito di approfondimenti istruttori effettuati a norma del punto 17 dell'allegato A) del DCA n.19/2012 ed è stato trasmesso alle AA.SS.LL. competenti per le conseguenti verifiche;
- e. con DCA n. 49 del 30/5/2013 è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco delle istanze di accreditamento istituzionale presentate in applicazione dell'art. 1, comma 237-quinquies della L.R. n. 4/2011 dai soggetti aventi titolo, risultanti già tutte ricomprese negli allegati ai già citati decreti commissariali n.91/2012 e n. 151/2012, demandando alle AA.SS.LL. le verifiche sia per quanto concerne la veridicità delle dichiarazioni di notorietà rese dai richiedenti, sia l'accertamento in loco del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale definitivo;
- f. a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/2013, che ha sostituito i commi 237-decies, 237-undecies e 237-duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011, con DCA n. 50 del 30/5/2013 So.Re.Sa. è stata autorizzata all'attivazione della piattaforma informatica dalla data di pubblicazione del decreto medesimo sul BURC e sono state approvate le specifiche tecniche per la presentazione delle istanze;
- g. con DCA n. 73 del 21/6/2013, all'esito della procedura avviata con il decreto commissariale n. 50/2013, è stato approvato, quale mero atto ricognitivo, l'elenco di ulteriori n.55 istanze di accreditamento istituzionale, trasmesso da So.Re.Sa. che ne ha attestato la regolarità sotto gli aspetti di completezza e correttezza;

DATO ATTO che il Direttore Generale dell'ASL Napoli 1 Centro ha trasmesso gli atti deliberativi con i



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

quali:

- a. ha preso atto delle relazioni finali motivate del Comitato di Coordinamento dell'Accreditamento Aziendale che certificano:
 - I. l'ammissibilità delle strutture alle procedure di accreditamento istituzionale;
 - II. il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla legge per il rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo istituzionale, come ulteriormente confermato con attestazione di prot. n.11588/2014 del 7.3.2014 (acquisita al prot.n.1188/C del 10.3.2014);
 - III. il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dal regolamento n. 1/2007 e ss.mm.ii.;
- b) ha attestato all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, l'accREDITABILITÀ delle strutture sanitarie con riferimento alle specifiche tipologie di attività;

VISTO che tra i suddetti atti deliberativi, sono, tra l'altro, ricompresi quelli relativi alle seguenti strutture sanitarie per l'attività di medicina di laboratorio in regime ambulatoriale:

DENOMINAZIONE	P.IVA C.F.	SEDE OPERATIVA	SEDE LEGALE	ISTANZA SORESA	DELIB. ASL
Laboratorio Maiello di F.Maiello, Ferrari M.T. & C. s.n.c.	03229780634	Via Sant'Alfonso M. dè Liguori, 3 a,b,c – Napoli	Idem	ST03494	2290/13
Istituto Diagnostico Varelli – Pianura s.r.l.	06431510632	Via Provinciale, 5 - Napoli	idem	ST03575	1764/13
Laboratorio si Patologia Clinica di Pagano Paolo &C. S.a.s.	4545990634	Via Bernardo Tanucci,24 – Napoli	Idem	ST03557	1971/13
CDS Ferdinando D'Emilio S.a.s. di D'Emilio Maurizio	05274910636	Via dei Mille, 16 - Napoli	idem	ST03821	1132/14
Centro Diagnostico Corso S.a.s. di Luigi Anselmo	04941930630	Piazzetta San Gennaro a Materdei, 3/A Napoli	idem	ST04332	1139/14
Studio di Medicina di Laboratorio Bresciani S.r.l.	01548740636	Via Riviera di Chiaia, 127 - Napoli	idem	ST03959	1140/14
Mutualabcoop s.r.l. (per subentro a Laboratorio Analisi Cliniche ed Ematologiche S.R.L.)	07502781219	Via G. Porzio Centro Direzionale isola A2 - Napoli	idem	ST04044	1131/14
C.D.F. Centro Diagnostico Flegreo di Giganti Maria Luigia S.a.s.	05775040636	Via G. Leopardi, 60 – Napoli	Idem	ST03204	1569/14
CLINICA VESUVIO SRL	00766800635	Via Luigi Volpicella, 493 – Napoli	Idem	ST04027	2315/13
Dott. R. Grassi - Dott. M. Marino & C. S.n.c.	05397940635	Via Ferrara, 37 – Napoli	Idem	ST02735	1571/14
Lab Center di Granata Mario e C. s.a.s.	03981550639	Via S. Maria a Cubito, 441 – Napoli	Idem	ST03185	1572/14

per le quali il Direttore Generale dell'A.S.L. di Napoli 1 Centro ha deliberato di attestare all'Ente Regione Campania, per i successivi adempimenti di competenza, che le strutture suddette sono accREDITABILI per le attività e le classi di qualità indicate nella seguente tabella:



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DENOMINAZIONE	ATTIVITA'	CLASSE QUALITA'
Laboratorio Maiello di F.Maiello, Ferrari M.T. & C. s.n.c.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1, A2 e A6	3
Istituto Diagnostico Varelli – Pianura s.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1	3
Laboratorio si Patologia Clinica di Pagano Paolo &C. S.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
CDS Ferdinando D'Emilio S.a.s. di D'Emilio Maurizio	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A2	3
Centro Diagnostico Corso S.a.s. di Luigi Anselmo	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1	3
Studio di Medicina di Laboratorio Bresciani S.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
Mutualabcoop s.r.l.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1, A2, A3, A5 e A6	3
C.D.F. Centro Diagnostico Flegreo di Giganti Maria Luigia S.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
CLINICA VESUVIO SRL	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
Dott. R. Grassi - Dott. M. Marino & C. S.n.c.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1	3
Lab Center di Granata Mario e C. s.a.s.	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3

RILEVATO, altresì, che con decreto commissariale n. 109 del 19.11.2013, come integrato con DCA n. 45 del 4.7.2014, è stato approvato il piano di riassetto della rete laboratoristica privata che prevede, in sede di prima attuazione, l'implementazione del modello organizzativo "di rete".

VISTO l'art. 1, comma 237-quindecies bis, che testualmente recita: *"Al fine di attuare quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, in coerenza con i programmi operativi di cui alla legge 191/2009, il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo"*;

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

DECRETA

1. è disposto l'accreditamento istituzionale definitivo delle seguenti strutture sanitarie per l'attività di



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

medicina di laboratorio presso le sedi operative e con le classi di qualità a fianco di ciascuna indicate:

DENOMINAZIONE	SEDE OPERATIVA	ATTIVITA'	CLASSE QUALITA'
Laboratorio Maiello di F.Maiello, Ferrari M.T. & C. s.n.c.	Via Sant'Alfonso M. de' Liguori, 3 a,b,c – Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1, A2 e A6	3
Istituto Diagnostico Varelli – Pianura s.r.l.	Via Provinciale, 5 - Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1	3
Laboratorio si Patologia Clinica di Pagano Paolo &C. S.a.s.	Via Bernardo Tanucci,24 – Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
CDS Ferdinando D'Emilio S.a.s. di D'Emilio Maurizio	Via dei Mille, 16 - Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A2	3
Centro Diagnostico Corso S.a.s. di Luigi Anselmo	Piazzetta San Gennaro a Materdei, 3/A Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1	3
Studio di Medicina di Laboratorio Bresciani S.r.l.	Via Riviera di Chiaia, 127 - Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
Mutualabcoop s.r.l.	Via G. Porzio Centro Direzionale isola A2 - Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1, A2, A3, A5 e A6	3
C.D.F. Centro Diagnostico Flegreo di Giganti Maria Luigia S.a.s.	Via G. Leopardi, 60 – Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
CLINICA VESUVIO SRL	Via Luigi Volpicella, 493 – Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3
Dott. R. Grassi - Dott. M. Marino & C. S.n.c.	Via Ferrara, 37 – Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settore specializzato: A1	3
Lab Center di Granata Mario e C. s.a.s.	Via S. Maria a Cubito, 441 – Napoli	Medicina di laboratorio: Laboratorio generale di base con settori specializzati: A1 e A2	3

2. di stabilire:

- che l'accreditamento decorre dalla data di adozione del presente DCA ed è concesso nelle more della realizzazione della rete laboratoristica privata, fermo restando gli obblighi imposti alle strutture sanitarie di procedere alle aggregazioni previste dal DCA n.109/2013 e s.m.i. e nel rispetto dei tempi e delle fasi per il raggiungimento, a regime, dello standard minimo indicato nell'Accordo Stato-Regioni 23.3.2011 per struttura erogatrice e, comunque, per non oltre 4 anni;
- che l'autorità deputata all'attività di controllo e vigilanza sulla erogazione delle prestazioni e sulla permanenza dei requisiti di accreditamento istituzionale è la A.S.L. territorialmente competente;
- che in caso di riscontrata perdita dei suddetti requisiti, ovvero -nel caso ricorrano le condizioni- del mancato adempimento di quanto disposto dal DCA n. 109/2013, il Direttore Generale dell'Azienda dovrà inviare agli Uffici regionali la relativa proposta di sospensione o di revoca dell'accreditamento istituzionale;
- che, almeno sei mesi prima della scadenza del termine di validità dell'accreditamento istituzionale i soggetti interessati dovranno presentare all'Azienda Sanitaria la domanda per il rinnovo dello stesso. A tal fine il rinnovo è subordinato alla verifica del permanere di tutte le condizioni richieste dalla legge per il rinnovo dell'accreditamento stesso;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che le risultanze delle verifiche effettuate dovranno pervenire ai competenti Uffici regionali almeno un mese prima dalla scadenza del titolo onde consentire l'espletamento delle successive attività;
- 3. di stabilire che l'accreditamento è disposto in funzione del progressivo soddisfacimento del fabbisogno regionale definito dal comma 237-quindecies bis dell'art. 1 della L.R. n. 4/2011;
- 4. di precisare che nel caso ne ricorrano le circostanze troveranno applicazione i commi 237-nonies e 237 nonies bis dell'art. 1 della legge 4/2011 e s.m.i.;
- 5. di stabilire che le eventuali variazioni della tipologia della struttura, del titolare della gestione, del Direttore Sanitario, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni dovranno essere preventivamente autorizzate dagli Enti competenti;
- 6. di stabilire altresì che la configurazione di cui al presente Decreto potrà subire variazioni in esito a provvedimenti di riordino della rete ospedaliera e territoriale disposti con Decreto del Commissario ad Acta;
- 7. di trasmettere copia del presente decreto all'ASL Napoli 1 Centro territorialmente competente anche per la notifica alle strutture interessate;
- 8. di trasmettere copia del presente decreto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio sanitario regionale per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario
Prof. Ettore Cinque

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Avv. Lucio Podda

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

CONSORZIO ASI DI NAPOLI Codice Fiscale 80045420637 - Avviso pubblico per manifestazione di interesse alla ASSEGNAZIONE IN PROPRIETA' DI LOTTI INDUSTRIALI"

Il Consorzio ASI di Napoli intende acquisire manifestazione di interesse alla assegnazione di lotti industriali ricadenti negli agglomerati ASI di **Acerra, Caivano, Giugliano-Qualiano e Nola-Marigliano**.

I soggetti interessati possono produrre apposita istanza utilizzando il modello allegato all'Avviso pubblico a tal uopo predisposto e secondo i termini e le modalità in esso indicate.

L'avviso pubblico in forma integrale unitamente all'allegato da utilizzare per formulare la propria manifestazione di interesse sono disponibili sul sito istituzionale dell'Ente all'indirizzo: www.asinapoli.it nella sezione BANDI.

Il Responsabile del procedimento
Ing. Salvatore Puca