

  
*Regione Campania**Il Presidente***Giunta Regionale della Campania**

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

**DECRETO N. 23 del 10.03.2015**

**Oggetto:** Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d'indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

**PREMESSO:**

- a) 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;
- 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) che con deliberazione 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) che con deliberazione 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 secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) 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;
- f) che con delibera del 29 ottobre 2013 il Consiglio dei Ministri ha nominato il Prof. Ettore Cinque quale ulteriore sub-commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- 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 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);

**CONSIDERATO** che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 promuove la costituzione di un sistema di interrelazioni tra servizi e operatori volto a garantire in maniera coordinata e continuativa

  
Regione Campania

Il Presidente

**Giunta Regionale della Campania**

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

la presa in carico del paziente e definisce il governo clinico quale strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive del SSN;

**VISTO** il Piano Sanitario Regionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 22.3.2011 che, nel definire i livelli organizzativi e le fasi del processo riabilitativo, pone tra gli obiettivi della Regione Campania il potenziamento della rete regionale che assicuri continuità assistenziale ed integrazione degli interventi per uno stesso paziente attraverso la presa in carico globale e percorsi clinico diagnostici ed assistenziali omogenei, appropriati e condivisi;

**VISTO** l' Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011 contenente il "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione", recepito dalla Regione Campania con D.C.A. n. 142 del 13.11.2012, che promuove la realizzazione del Percorso riabilitativo unico integrato, imperniato sui criteri di accessibilità, tempestività degli interventi, continuità ed appropriatezza delle cure, efficacia, coinvolgimento attivo dell'utente, empowerment, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico, sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale elaborato con i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health);

**TENUTO CONTO:**

- a) delle iniziative, attivate a livello nazionale, di osservazione e monitoraggio delle fasi di implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione da parte delle amministrazioni regionali, ai sensi dell'articolo 2 del suddetto Accordo, che prevedono, tra l'altro, la definizione di percorsi riabilitativi o profili Integrati di cura per condizioni e problematiche ad elevato impatto riabilitativo, che fissino la durata di ciascuna fase del percorso e gli indicatori di valutazione dell'esito intermedio e finale;
- b) della valutazione dei risultati delle analisi di appropriatezza e di efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera in sede di verifica degli adempimenti da parte del Comitato LEA;

**CONSIDERATO** che, ai fini degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e, in particolare, dell' obbligo di ridefinire il modello di offerta delle prestazioni riabilitative alla luce dei principi e criteri indicati dal Piano, con Decreto del Commissario ad Acta n. 31 del 2 luglio 2014 la Regione Campania ha provveduto alla formale costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale per l'implementazione del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, con compiti di supporto alle azioni istituzionali, aggiornamento, monitoraggio e valutazione delle procedure organizzative ed operative delle attività di assistenza riabilitativa e di definizione di percorsi e protocolli clinici per la presa in carico di persone di diverse fasce di età e diversi bisogni;

**VISTO** il parere DGPROG-18/08/2014-0000228-P con il quale il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, nel prendere atto del sopra citato provvedimento commissariale n. 31/2014, rappresenta che "le attività del gruppo di lavoro devono tenere conto di quanto verrà definito dal documento di indirizzo che individua i criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa, che dovrà essere definito entro sei mesi dalla stipula del Patto per la salute 2014-2016, così come previsto dall'art. 3 comma 3 dello stesso;

**PRESO ATTO** che il Gruppo regionale, nelle more della definizione del suddetto documento di indirizzo nazionale, ha condiviso il modello di percorso riabilitativo unico integrato basato sui principi evidenziati dal Piano di indirizzo per la Riabilitazione, da utilizzare per ciascuna delle condizioni e problematiche ad elevato impatto riabilitativo, prevedendo:

- a) l'individuazione, in modo sistematico, delle principali indicazioni per garantire:
  - una appropriata presa in carico e la sua verificabilità;

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

- l'erogazione tempestiva delle cure riabilitative;
- la continuità di cura del complesso delle problematiche terapeutico-riabilitative poste da una particolare condizione patologica e dalle disabilità che ne conseguono;
- la pianificazione e la partecipazione attiva da parte della struttura che accoglie il paziente alla fase di transizione da un setting all'altro;
- il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia;

**RILEVATA** la necessità di procedere, prioritariamente, alla implementazione delle linee di indirizzo regionali sul percorso riabilitativo per il paziente con ictus, di cui al D.C.A. n. 44 del 14.05.2013, definendo le principali indicazioni per la realizzazione di un uniforme modello organizzativo basato sull'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale che consenta l'effettiva attuazione del percorso dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio, garantendo:

- a) presa in carico riabilitativa precoce,
- b) effettiva realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale quale strumento di continuità assistenziale e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali;
- c) dimissione programmata e protetta;

e di rinviare ad una fase successiva l'elaborazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi;

**VISTI** i Decreti del Commissario ad Acta n. 91/2014 e n. 105/2014 con i quali la Regione Campania ha proceduto alla ripartizione e all'assegnazione delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN Anno 2013, di cui all'Accordo Stato - Regioni rep. atti 13/CSR del 20/02/2014, per la linea progettuale "Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011", finalizzando le stesse alla ridefinizione del modello organizzativo di assistenza riabilitativa per l'attuazione del percorso riabilitativo unico integrato attraverso le seguenti azioni:

1. Iniziative di comunicazione, formazione e condivisione dei contenuti del Piano di indirizzo per la riabilitazione con i responsabili dei servizi e gli operatori del settore;
2. Formalizzazione del percorso riabilitativo unico integrato nei diversi setting assistenziali che preveda il coinvolgimento del cittadino e la sua famiglia in termini di informazione e partecipazione;
3. Implementazione delle procedure operative e organizzative dei reparti di riabilitazione;
4. Utilizzo del progetto riabilitativo individuale come strumento di presa in carico dalla fase acuta;
5. Adozione di strumenti di monitoraggio delle nuove procedure e di verifica degli esiti in termini di appropriatezza, di efficacia e di efficienza delle singole prese in carico;

**PRESO ATTO** del documento elaborato dal Gruppo di Lavoro Regionale "Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus", per la implementazione delle linee di indirizzo regionali sul percorso riabilitativo per il paziente con ictus, che costituisce l'allegato A del presente provvedimento;

**RITENUTO** di poter approvare il suddetto documento al fine di uniformare sul territorio regionale il modello di presa in carico e di continuità di cura del complesso delle problematiche terapeutico-riabilitative poste dallo stroke e dalle disabilità conseguenti, perseguendo i seguenti risultati:

Per il paziente:

1. ridurre il tempo di degenza nell'ospedale per acuti e il rischio di complicanze;
2. definire un percorso riabilitativo ed assistenziale dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio;
3. evitare dannose discontinuità della presa in carico tra una fase riabilitativa e la successiva;
4. favorire il recupero funzionale, ridurre la disabilità residua, favorire la ripresa della partecipazione alla vita delle persone colpite da ictus.

Per il sistema sanitario regionale:

  
*Regione Campania**Il Presidente***Giunta Regionale della Campania**

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

5. fornire indicazioni per favorire l'identificazione della rete per la ottimizzazione delle risorse;
6. individuare le implicazioni organizzative e di risorse necessarie alla implementazione delle migliori pratiche;
7. definire un set di indicatori di performance;
8. ridurre la variabilità nell'accesso e nel tipo di cure offerto ai pazienti;
9. aumentare l'efficienza d'uso delle risorse;
10. ridurre la migrazione passiva;

**RITENUTO** necessario, per quanto sopra esposto, che le aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali, attivino tutte le procedure più idonee per garantire la necessaria integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale ai fini della effettiva attuazione del percorso, definendo le relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno di ciascuna di esse;

**VISTE** le "Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania", approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25.3.2004, contenenti indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza;

**VISTA** la D.G.R. n. 2006 del 5 novembre 2004 la Regione Campania recante "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. 22 aprile 2003 n. 8";

**VISTA** la D.G.R.C. n. 41 del 14/2/2011 "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari "Il sistema dei servizi domiciliari in Campania";

**VISTO** Il decreto commissariale n. 1 del 07.01.2013 "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania";

**VISTA** la D.G.R.C. 323 del 3/7/2012 "Adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone adulte ed anziane -S.VA.M.A. Campania. Modifiche ed integrazioni della D.G.R.C. 1811/2007"

**VISTA** la D.G.R.C. n. 324 del 3/7/2012 "Adozione della Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone adulte Disabili - S.VA.M.DI. Campania"

**VISTO** il Patto per la Salute 2014-2016 di cui all'Intesa Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014;

**D E C R E T A**

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

1. di approvare il documento "Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus" di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, a modifica ed integrazione del percorso riabilitativo definito con D.C.A. 44/2013, rinviando ad una fase successiva l'elaborazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi;
2. di fare obbligo ai Direttori Generali delle aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali, di attivare tutte le procedure più idonee per garantire la necessaria integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale per la effettiva realizzazione del percorso riabilitativo unico

*Regione Campania*

*Il Presidente*

**Giunta Regionale della Campania**

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

integrato per il paziente con ictus, definendo le relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno di ciascuna di esse;

3. di precisare che dall'attuazione del presente decreto commissariale non derivano ulteriori oneri di spesa a carico delle Aziende Sanitarie e del bilancio regionale;
4. di trasmettere il presente decreto al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze e di riservarsi le eventuali modifiche nel caso di osservazioni o rilievi ministeriali;
5. di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, al Dipartimento Salute e Risorse naturali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, all'ARSAN e al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario ad Acta  
dott. Mario Morlacco

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  
dr.ssa Marina Rinaldi

Il Funzionario  
dr.ssa Luisa Cappitelli

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro



*Direzione Generale per la Tutela della Salute  
ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

**Allegato A**

## **Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus**



## Giunta Regionale della Campania

### Premessa

S'intende per *ictus* un deficit neurologico focale o generalizzato (coma) i cui sintomi e segni persistono per almeno 24 ore e sono causati da un evento ischemico o emorragico. È una malattia ad elevato tasso di incidenza e mortalità che coinvolge un gran numero di persone, particolarmente anziani, e che costituisce la seconda causa di morte nel mondo. I sopravvissuti spesso presentano significative limitazioni fisiche, cognitive e psicologiche con un gran numero di soggetti con ridotta partecipazione ed aumentata dipendenza che generano alti costi sociali.

La definizione di un percorso riabilitativo unico integrato per la gestione dei pazienti con ictus nei vari setting terapeutici ha lo scopo di ridurre la notevole variabilità di erogazione di prestazioni sanitarie, eliminare il più possibile i ritardi ed attività superflue, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

Esso si concretizza nella *presa in carico* del paziente e nell'erogazione degli interventi secondo definiti *programmi riabilitativi* all'interno di uno specifico *Progetto Riabilitativo Individuale* (PRI).

Nella realizzazione del percorso si assumono come principi prioritari:

1. l'appropriatezza della presa in carico e la sua verificabilità;
2. l'erogazione tempestiva delle cure riabilitative;
3. la continuità dell'assistenza, per evitare dannose discontinuità della presa in carico tra una fase riabilitativa e la successiva;
4. la pianificazione e la partecipazione attiva da parte delle strutture dal momento del primo ricovero alla fase di transizione della persona con disabilità da un setting all'altro;
5. il coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia.

Il presente percorso riabilitativo è descritto sulla base delle principali raccomandazioni delle Linee Guida italiane ed internazionali sull'argomento e fornisce le indicazioni organizzative per: l'applicazione delle buone pratiche, la pianificazione della transizione dei pazienti nei vari setting e la valutazione con i principali indicatori di performance da applicare agli interventi proposti.

Il modello di riferimento è quello della presa in carico globale applicato sia dalle U.O. per acuti (Neurologia/Stroke Unit, Medicina, Geriatria, Neurochirurgia, Rianimazione ed altre U.O. ospedaliere, presso le quali si verificano casi di stroke primario o secondario ad interventi chirurgici) con le corrispettive strutture riabilitative proprie, che da quelle di Riabilitazione della fase post acuta (cod. 56 e cod 60). Secondo tale modello il percorso incentiva la presa in carico precoce nel setting per acuti.

Il presente percorso non si applica ai pazienti con ictus che ha dato esito ad una *grave cerebrolesione acquisita*. Tali pazienti necessitano di percorso specifico.



## Giunta Regionale della Campania

### Principi del percorso riabilitativo unico integrato:

#### 1. **Appropriatezza della presa in carico e sua verificabilità**

La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

L'utilizzo dell'ICF come linguaggio comune a tutti gli operatori della rete diventa strumento essenziale nel tracciare il percorso riabilitativo individuale.

Ciò consente di perseguire ben definiti e misurabili obiettivi riabilitativi facilmente individuabili nel miglioramento della funzione e delle attività della vita quotidiana.

Il riferimento costante delle attività riabilitative è il concetto di *modificabilità* ed è incluso nel processo decisionale che definisce l'ambito riabilitativo (intensivo/estensivo; ospedaliero/territoriale; socio-sanitario) nonché la necessaria appropriatezza dei programmi, e delle relative responsabilità degli stessi, che compongono il PRI, fino alla indicazione della uscita dalla presa in carico riabilitativa.

La modificabilità coinvolge le dimensioni biologica, personale e contestuale del cittadino servito, dimensioni interagenti secondo la rinnovata cultura ICF e concorrenti a determinare il livello di partecipazione e di inclusione sociale.

#### 2. **Erogazione tempestiva delle cure riabilitative**

Le evidenze della letteratura dimostrano che tanto più è tempestiva la presa in carico fin nella fase di acuzie, tanto più valido può essere il risultato raggiungibile in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni (secondari e terziari).

La comprovata efficacia della tempestività e precocità dell'intervento riabilitativo esige che il percorso riabilitativo unico integrato e la definizione del relativo progetto siano avviati contestualmente al ricovero in fase acuta.

#### 3. **Continuità dell'assistenza**

Una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali rappresenta uno degli elementi fondamentali per il raggiungimento dell'outcome finale, migliore possibile, del processo di recupero riabilitativo.

Come sottolineato dall'OMS, non tutti i pazienti necessitano di un intervento riabilitativo che si sviluppi lungo tutto l'arco dei servizi erogabili, ma una rete ben funzionante deve essere in grado di modulare la propria risposta in base alle specifiche esigenze della singola persona.



## *Giunta Regionale della Campania*

### **4. Pianificazione e partecipazione attiva da parte delle strutture alle fasi di transizione della persona con disabilità da un setting all'altro**

E' importante garantire una pianificazione di routine delle attività che facilitino il trasferimento del paziente tra i diversi setting assistenziali e l'interfaccia tra servizi sanitari e sociali, in un sistema di servizi a diversi livelli e specificità (fase acuta, fase post-acuta, fase degli esiti) prevedendo specifici sistemi di coordinamento ed integrazione sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno di ciascuna delle stesse in grado di garantire la continuità terapeutica.

### **5. Coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia**

Negli ultimi anni, in campo sanitario si è passati dalla concezione della persona come mero contenitore di patologie a quella di soggetto attivo nel percorso di cura e riabilitazione, favorendo il coinvolgimento dello stesso e della sua famiglia nel processo di costruzione della risposta al bisogno. Ciò comporta la necessità di rendere consapevole e partecipe la persona consentendole di gestire le proprie capacità di sviluppare le proprie abilità e raggiungere il massimo livello di autonomia possibile per soddisfare i bisogni personali, sociali e lavorativi al fine di partecipare alla vita nel modo più significativo possibile.

### **Aspetti chiave e prioritari per la realizzazione del percorso riabilitativo unico integrato:**

1. Le strutture che assistono i pazienti con ictus devono adeguare la propria organizzazione per rispondere ai bisogni riabilitativi specifici per ciascun setting.
2. Le strutture riabilitative devono definire il proprio *Progetto di struttura*, dedicato alle esigenze dei pazienti con ictus.
3. È necessario, per tutte le strutture:
  - Acquisire modalità organizzative di lavoro in team che prevedano la redazione PRI, incontri periodici, crono programmi e valutazioni con indicatori predefiniti; prevedere uno spazio dedicato in cartella per tutte queste informazioni
  - Prevedere l'utilizzo di strumenti e di competenze che possano integrare, quando necessario, il team di base definito per l'assistenza
  - Pianificare di routine un'attività che faciliti il trasferimento del paziente tra i diversi setting assistenziali e l'interfacciamento tra servizi sanitari e sociali
  - Promuovere, attraverso l'individuazione di tempi dedicati, la partecipazione e la formazione dei familiari.

I pazienti che possono essere inclusi in questo percorso sono quelli che rientrano nel gruppo del MDC01 identificati, in fase acuta, dai seguenti codici ICD9:  
430 – 431 – 432 – 433- 434 – 436.



## *Giunta Regionale della Campania*

Il team multidisciplinare per la riabilitazione dell'ictus dovrebbe comprendere i seguenti professionisti con esperienza nella riabilitazione dello stroke:

- Medico specialista in riabilitazione
- Medici specialisti consulenti
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Terapista occupazionale
- Psicologo
- Assistente sociale

I risultati attesi dalla realizzazione del percorso descritto nel presente documento sono:

Per il paziente:

1. ridurre il tempo di degenza nell'ospedale per acuti e il rischio di complicanze
2. definire un percorso riabilitativo ed assistenziale dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio
3. favorire il recupero biologico e funzionale, ridurre la disabilità residua, favorire la ripresa della partecipazione alla vita delle persone colpite da ictus

Per il sistema sanitario regionale:

4. fornire indicazioni per favorire l'identificazione della rete per la ottimizzazione delle risorse
5. individuare le implicazioni organizzative e di risorse necessarie alla implementazione delle migliori pratiche
6. definire un set di indicatori di performance e, laddove possibile, standard di qualità, per promuovere a livello locale e regionale attività di monitoraggio e di audit
7. ridurre la variabilità nell'accesso e nel tipo di cure offerto ai pazienti
8. aumentare l'efficienza d'uso delle risorse
9. ridurre la migrazione passiva

### **Le fasi del percorso riabilitativo**

Il percorso riabilitativo è articolato nelle seguenti fasi:

- Fase acuta
- Fase post acuta ospedaliera
- Fase della riabilitazione territoriale
- Uscita dal percorso riabilitativo sanitario



## Giunta Regionale della Campania

### Fase acuta

In fase acuta: l'Unità Operativa nella quale è ricoverato il paziente deve segnalare, entro 24 ore dal ricovero, il possibile bisogno riabilitativo ai fini dell'intervento del team riabilitativo<sup>1</sup> che, integrato al team clinico dell'UO di degenza, provvede entro 48 ore alla presa in carico riabilitativa della persona.

**La presa in carico riabilitativa** si concretizza con:

- la valutazione iniziale che deve essere effettuata con scale validate (NIHSS, FIM, CIRS, MRS, TCT) necessarie ad identificare i primi interventi riabilitativi ed il setting assistenziale successivo;
- la collaborazione tra il team riabilitativo ospedaliero e il Distretto di residenza del paziente: il team riabilitativo provvede a mettersi in contatto con l'Unità Operativa di Riabilitazione di residenza del paziente per comunicarne l'avvenuta presa in carico e concordare le azioni da intraprendere per la continuità assistenziale;
- la formulazione della proposta di Progetto Riabilitativo Individuale, corredato di un Programma con obiettivi specifici e con la partecipazione del paziente e della sua famiglia. IL PRI, in base allo schema allegato che ne individua i contenuti generali, utilizza i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), e definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari.  
All'interno del PRI vengono indicati: gli esiti delle valutazioni iniziali, i programmi riabilitativi adottati, i risultati raggiunti e il setting di cura successivo con indicazione del livello appropriato di intensità assistenziale necessari alla prosecuzione del percorso riabilitativo.

Se il paziente passa ad un setting assistenziale che prevede il ricovero, almeno 2-3 giorni prima del previsto trasferimento deve essere inviata la richiesta alle strutture regionali che possono garantire il livello assistenziale indicato nel Progetto Riabilitativo Individuale, nel rispetto della libertà di scelta del paziente/famiglia. In base alla prima disponibilità data dalle strutture di riabilitazione deve essere organizzato il trasferimento diretto.

Le unità ospedaliere riabilitative di tipo intensivo (cod. 56) e di tipo estensivo (cod. 60) hanno lo stesso compito: portare la persona ricoverata ad un identico livello di autonomia domiciliare o peridomiliare con necessità di contenuta assistenza. In entrambe, il paziente va incontro ad una presa in carico globale omnicomprensiva che è documentata attraverso la rielaborazione della proposta di Progetto Individuale, già redatta nella fase

---

<sup>1</sup> Il team riabilitativo minimo per la presa in carico in fase acuta deve essere assicurato ricorrendo a tutte le figure professionali disponibili in ospedale o sul territorio attraverso la formalizzazione di percorsi aziendali che definiscano le procedure con le quali gli stessi professionisti devono mettere in atto quanto indicato nel presente documento



## *Giunta Regionale della Campania*

acuta, la realizzazione di uno o più programmi riabilitativi, indirizzati all'outcome funzionale complessivo appena indicato.

Esse differiscono per la casistica cui sono orientate, essendo la degenza riabilitativa intensiva rivolta ad ottenere i risultati desiderati in tempi più rapidi e quella estensiva in tempi più lunghi.

Pertanto, alla degenza intensiva dovrebbero accedere persone che hanno buone prospettive di recupero in tempi relativamente rapidi e, quindi, ad esempio con contenuta comorbidità e minori complicanze e sostanzialmente in grado di poter essere sottoposte (dopo i primi giorni) ad almeno 3 ore di terapia riabilitativa specifica.

Alla degenza estensiva sono invece indirizzati i pazienti con caratteristiche di maggiore comorbidità e che prevedibilmente per molto tempo sono in grado di partecipare ad un trattamento specifico di almeno di un'ora al giorno.

### **Un paziente può essere dimesso da una U.O. per acuti quando:**

- le condizioni cliniche risultano totalmente o parzialmente stabilizzate
- è venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non sono programmati interventi chirurgici urgenti
- il paziente è in ventilazione spontanea

Non controindica il trasferimento presso una struttura di riabilitazione la presenza di:

- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale
- sondino nasogastrico
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

Quindi, i pazienti clinicamente stabili che possono giovare di programmi ad impegno terapeutico riabilitativo più o meno complesso di tipo intensivo sono trasferibili in U.O. di Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).

I pazienti clinicamente poco stabili il cui potenziale di recupero biologico non consente l'attuazione di programmi riabilitativi intensivi, per i quali sarebbe utile un trattamento estensivo, sono trasferibili in U.O. di lungodegenza (cod. 60). La condizione di stabilità-gravità della patologia può essere temporanea, e in questo caso il paziente può essere inviato in riabilitazione estensiva per poi essere eventualmente reindirizzato, nel caso in cui ci sia un miglioramento delle condizioni cliniche, alla riabilitazione intensiva.

In caso di mancanza temporanea di qualche giorno (2 – 3 gg) della disponibilità di posti letto nel setting ospedaliero individuato come appropriato, il paziente può essere accolto su posto letto in altro setting assistenziale per garantire la sicurezza dell'assistenza e l'avvio della fase di valutazione e iniziale trattamento.

Il Progetto Riabilitativo Individuale rappresenta lo strumento che deve garantire la continuità della presa in carico e dunque deve contenere un programma riabilitativo con le indicazioni indispensabili alla prosecuzione dei programmi riabilitativi per i primi 3-5 giorni entro i quali la struttura che riceve il paziente (U.O. cod. 56, U.O. cod. 60) deve aggiornare il progetto riabilitativo.

In presenza di disabilità che non necessita di ricovero ospedaliero ma della prosecuzione del percorso riabilitativo a livello territoriale (ambulatoriale/domiciliare/residenziale/



## *Giunta Regionale della Campania*

semiresidenziale ex art. 26) devono essere attivate immediatamente le procedure per garantire la dimissione programmata/protetta e la prosecuzione dei programmi riabilitativi indicati nel PRI e prevedere la funzione del team riabilitativo territoriale per l'adeguamento dello stesso progetto. Le AASSLL devono garantire la presenza di un team riabilitativo che in collaborazione con quello ospedaliero e con le l'UU.OO. per acuti deve attivarsi tempestivamente per la prosecuzione del PRI senza soluzione di continuità intervenendo eventualmente sui criteri di priorità delle liste di attesa tra le strutture sul territorio di appartenenza disponibili a sperimentare un modello di rete per la gestione del paziente con ictus, formalizzando percorsi aziendali per mettere in atto quanto indicato dal presente documento.

### **Indicatori di performance:**

1. Formalizzazione del percorso riabilitativo per l'intervento del team riabilitativo
2. % di pazienti presi in carico dal team riabilitativo entro 48 ore dal ricovero
3. % dei pazienti per i quali è stato redatto il PRI
4. % di pazienti trasferiti in U.O. di riabilitazione con distribuzione tra cod. 56 e cod. 60



## *Giunta Regionale della Campania*

### **Fase Postacuta**

In accordo con le indicazioni della Conferenza di Helsingbor è necessario programmare la continuità delle cure dopo la dimissione dai reparti per acuti per evitare un peggioramento dello stato funzionale dopo la dimissione.

Dopo la fase acuta dell'ictus è quindi indicato che il programma riabilitativo nell'ambito del PRI sia realizzato in strutture specializzate da parte di personale addestrato, tenendo conto delle esigenze a lungo termine del soggetto colpito dall'evento cerebrovascolare acuto.

In riabilitazione intensiva (U.O. cod. 56) deve essere previsto un gradiente di modificabilità biologica elevato e la disponibilità individuale a subire -interagire con - un trattamento riabilitativo dedicato per almeno tre ore giornaliere. L'opportunità di privilegiare l'ambito biologico relativo alle strutture e funzioni corporee è sostanziata dalla necessità di non sottrarre il cittadino ad appuntamenti ed occasioni di recupero (neuroplasticità post-acuta lesionale, riparazione tessutale) e di indirizzare così le funzioni corporee al minor livello di gravità di compromissione possibile (qualificatori di gravità ICF).

La riabilitazione estensiva (U.O. cod. 60) è invece tipizzata da un ridotto, ma persistente, gradiente di modificabilità del livello biologico (funzioni corporee) a sostegno del quale devono essere comunque previsti dei programmi di cure riabilitative a medio/lungo periodo. La scarsa modificabilità della capacità nelle attività e nella partecipazione deve far prevedere la necessità di integrare ulteriori programmi riabilitativi che abbiano lo scopo di indurre modificazioni della performance (non più della capacità), fornendo facilitatori e abbattendo barriere, acquisendo connotazione di processo riferibile al contesto socio-sanitario. È evidente la necessità costante di coinvolgere l'ambito più personale del cittadino servito, inteso come condivisione e motivazione, espressioni del sé che non si possono agire direttamente con programmi dedicati, ma che nascono nella capacità di empowerment che il sistema e la relativa strutturazione organizzativa inducono (governo clinico-PRI).

Il ricovero in strutture di riabilitazione intensiva (cod. 56) deve essere, quindi, riservato a pazienti con disabilità rilevanti, ad alta modificabilità che riguarda in genere più di una funzione; richiede inoltre un'assistenza infermieristica ad elevata specificità e possibilità di frequente interazione con altre discipline specialistiche. I criteri di gravità medi di riferimento della disabilità, che individuano l'appropriatezza del ricovero, sono definiti attraverso scale validate (NIHSS, FIM, CIRSS, MRS, TCT, MI e altre); le stesse scale sono utilizzate anche per misurare i risultati dell'intervento, il raggiungimento degli obiettivi prefissati e la dimissione che corrisponde al raggiungimento della stabilità del livello di recupero. In casi selezionati possono essere appropriati ricoveri brevi provenienti dal domicilio come ad es. in casi di netto peggioramento delle performance nelle Attività di Vita Quotidiana (AVQ) nel mese precedente, necessità di trattamento della spasticità focale, gestione del dolore.



## *Giunta Regionale della Campania*

Obiettivo generale della riabilitazione ospedaliera è quello di orientare il processo di recupero estrinseco ed intrinseco bio-funzionale nella maniera più produttiva ed economica possibile, favorendo la migliore riorganizzazione post lesionale possibile del sistema nervoso centrale.

All'atto del ricovero in riabilitazione ospedaliera deve essere revisionato il PRI che deve anche tenere conto dei bisogni e delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità e abilità residue, definire gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità, il ruolo dell'equipe riabilitativa, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti e le azioni necessarie.

### **Criteri di dimissione programmata/protetta**

Per le dimissioni dal ricovero in struttura di degenza ospedaliera di pazienti con disabilità da ictus cerebri recente si utilizzano alcuni criteri:

- a) Stabilità del quadro clinico;
- b) Autonomia nelle AVQ di base a domicilio con aiuto minimo o medio da parte di un'altra persona;
- c) Sufficiente garanzia della continuità terapeutica al fine di ottenere la persistenza e la crescita dei risultati ottenuti.

La dimissione dalla struttura di riabilitazione ospedaliera, a seguito delle valutazioni in fase intermedia e finale è, pertanto, realizzabile nelle seguenti condizioni:

1. Raggiungimento degli obiettivi del progetto individuale, che devono corrispondere almeno ai seguenti:
  - Capacità di spostamento con aiuto [FIM cammino/carrozzina =(3)-4-5 o più]
  - Autonomia AVQ con adattamento o con aiuto moderato [FIM=(3)-4-5 o più]
  - Capacità sufficiente di comunicazione [(3)-4-5 o più];

Per le persone che manifestano un bisogno riabilitativo ed assistenziale a termine, non solo per riacquistare le AVQ, ma soprattutto per riacquistare autonomia nell'ambiente di vita normale (casa, mobilità, lavoro), è necessario favorire una dimissione precoce con indicazione alla presa in carico territoriale per la prosecuzione dei programmi riabilitativi, definiti nel Progetto riabilitativo individuale, presso una struttura ambulatoriale.

Il setting di destinazione è individuato, con congruo anticipo, dall'equipe che ha in carico il paziente in maniera condivisa con l'UO di Riabilitazione del Distretto di residenza del paziente per garantire la continuità assistenziale, con la partecipazione del paziente o dei familiari o caregivers e comunicato al medico di medicina generale.

2. Raggiungimento parziale degli obiettivi minimi previsti all'interno dei limiti temporali del ricovero con andamento in progresso lento.  
In questo caso il paziente è dimesso con indicazione alla presa in carico territoriale per la prosecuzione, di norma presso una struttura residenziale o semiresidenziale di Riabilitazione estensiva oppure presso il domicilio, dei programmi riabilitativi indicati nel Progetto riabilitativo individuale, che sarà aggiornato dal team riabilitativo territoriale.



## *Giunta Regionale della Campania*

Il setting di destinazione è individuato, con congruo anticipo, dall'equipe che ha in carico il paziente in maniera condivisa con l'UO di Riabilitazione del Distretto di residenza del paziente per garantire la continuità assistenziale, con la partecipazione del paziente o dei familiari o caregivers e comunicato al medico di medicina generale.

3. Nel caso in cui l'andamento del recupero mostri un arresto nella progressione del recupero che si ritiene non possa ulteriormente riprendere:

3.1 Se il paziente ha bisogno di assistenza ospedaliera andrà trasferito in una struttura lungodegenziale (cod. 60), dove gli sia garantita un'assistenza riabilitativa finalizzata al mantenimento delle condizioni funzionali raggiunte ed alla prevenzione dei danni secondari e delle complicanze.

3.2 Se il paziente non ha bisogno di assistenza ospedaliera, quando non sussista ulteriore prognosi riabilitativa, intesa come ulteriore obiettivo da perseguire sostanziato da una modificabilità persistente nell'ambito biologico (funzioni e strutture corporee) ed extracorporeo (attività/partecipazione/fornitura di facilitatori/rimozione di ostacoli), si determina l'opportunità di uscita dalla presa in carico riabilitativa con indicazione alla presa in carico territoriale idonea alla sua condizione individuale (RSA disabili, ADI, etc.), garantendo anche in questo caso una dimissione programmata/protetta.

### **Indicatori di performance:**

% di pazienti trasferiti direttamente da UO. Per acuti (standard 90%)

% di pazienti ricoverati dal domicilio (Standard 10%)

% di pazienti dimessi con indicazione alla prosecuzione del programma riabilitativo

% di pazienti dimessi con dimissione programmata verso una presa in carico non riabilitativa



## *Giunta Regionale della Campania*

### **Fase della Riabilitazione territoriale**

Il percorso riabilitativo trova la sua naturale continuità nell'ambito territoriale, luogo privilegiato per l'intervento contestuale sulle componenti ambientali e sui fattori personali (ICF), dove l'intervento riabilitativo è finalizzato alla realizzazione dell'integrazione e dell'inclusione sociale.

Gli esiti dell'ictus, infatti, non vanno visti semplicemente come una somma di disabilità associate ad un deficit neurologico, ma comprendono anche le complesse conseguenze di queste disabilità sulla vita di relazione del paziente. La gravità del deficit è condizionata da numerosi fattori socio-culturali specifici di ogni singolo paziente e questo aspetto rende necessaria un'accurata valutazione individuale durante la progettazione del percorso riabilitativo e di reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

In tale fase troviamo:

- i pazienti in dimissione dall'UO per acuti con disabilità che non necessitano di ricovero ospedaliero ma della prosecuzione del percorso riabilitativo a livello territoriale (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale di riabilitazione estensiva)
- i pazienti in uscita dalla riabilitazione ospedaliera con indicazione di prosecuzione dei programmi riabilitativi a livello territoriale
- pazienti per i quali si determina l'opportunità di uscita dalla presa in carico riabilitativa ed eventuale proposta di ammissione, dopo valutazione multidimensionale in Unità di Valutazione Integrata, alle cure domiciliari integrate o Residenze Sanitarie Assistenziali.

In tutti i casi il Distretto e l'UOAR di residenza del paziente devono garantire la continuità assistenziale condividendo con il team che ha in carico il paziente nella fase immediatamente precedente il programma riabilitativo da realizzare e/o il setting più appropriato alla prosecuzione del percorso.

I criteri per la presa in carico riabilitativa territoriale sono:

- presenza di disabilità modificabile a seguito d'intervento riabilitativo;
- iter diagnostico completato o definito;
- danno cerebrale stabilizzato e a basso rischio d'instabilità clinica comportante condizioni che consentano la possibilità di vita in sicurezza a domicilio;

Non sono eleggibili per la riabilitazione estensiva:

- pazienti con disabilità non modificabile a seguito di intervento riabilitativo
- pazienti con disabilità ad evoluzione rapidamente inaggravante.

Per ritenere concluse le attività di riabilitazione estensiva territoriale occorre che si realizzi almeno una delle seguenti condizioni:

- raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal PRI
- verifica dell'impossibilità del raggiungimento dei medesimi obiettivi ipotizzati.



## *Giunta Regionale della Campania*

Prima del completamento del PRI o, constatata l'impossibilità del relativo completamento, il responsabile del progetto concorda con gli operatori del team multiprofessionale territoriale l'eventuale prosecuzione della presa in carico non riabilitativa.

### **Uscita dal Percorso**

Il termine del percorso riabilitativo si realizza quando sono raggiunte le condizioni descritte nel precedente paragrafo.

La tutela della salute del paziente si realizza in questa fase attraverso tre strumenti operativi:

- a) coinvolgimento e formazione del familiare o caregiver
- b) l'immissione delle persone riabilite in programmi di Attività Fisica Adattata, al fine del mantenimento della partecipazione raggiunta;
- c) il controllo specialistico fisiatrico periodico semestrale, inteso a individuare ogni eventuale condizione di peggioramento/regressione del quadro funzionale, realizzato dalle Unità Distrettuali.

### **Indicatori di performance:**

Formalizzazione del percorso riabilitativo con definizione delle relazioni funzionali tra le diverse realtà organizzative;

% di pazienti presi in carico in continuità riabilitativa

% di pazienti in uscita dalla presa in carico riabilitativa



## *Giunta Regionale della Campania*

### **Appendice**

#### **Dimissione programmata/protetta al domicilio e RSA**

Per “dimissione protetta” si intende l’insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro. Il processo delle dimissioni protette richiede un’attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento, in questo caso la struttura che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi famigliari e il MMG/PLS, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta va preparata fin dall’atto del ricovero del paziente presso la struttura di riabilitazione.

I pazienti per i quali, a seguito di valutazione, emerge l’opportunità di uscita dalla presa in carico riabilitativa e sia formulata l’ indicazione di una presa in carico territoriale in RSA disabili e cure domiciliari integrate/ADI, sono inseriti in un percorso di dimissione programmata/protetta.

La procedura di dimissione protetta prevede il coordinamento delle figure professionali coinvolte nell’attività di dimissione protetta al domicilio/RSA del paziente secondo il piano di assistenza individuale (PAI) che viene definito caso per caso dalla Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) - e che descrive i compiti e le funzioni delle specifiche professionalità.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché tempi e strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso.

Possiamo convenzionalmente definire le fasi della dimissione protetta come segue:

1. Segnalazione/richiesta di ammissione alle cure domiciliari integrate o RSA
2. Valutazione multidisciplinare e multidimensionale in U.V.I.
3. Redazione ed elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)
4. Fornitura di presidi, ausili, farmaci
5. Dimissione a domicilio o RSA

Il processo delineato si completa con la redazione del piano esecutivo e con la rivalutazione periodica e straordinaria del Piano Esecutivo/Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)

Le fasi che compongono tale processo non sono da intendersi come fasi che si succedono temporalmente ma anche concomitanti.

Tali fasi sono disciplinate già dalla delibera di giunta regionale n.41/2011 che definisce il sistema delle cure domiciliari in Campania e dalla delibera di Giunta regionale n.790/12 recepita con decreto commissariale n.84/12 che regola la Porta Unica di accesso-P.U.A.

# CONTENUTI DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DELLA PERSONA AFFETTA DA ICTUS CEREBRALE

COGNOME		NOME	
SESSO	F	M	LUOGO DI NASCITA
DATA		CITTADINANZA	
RESIDENZA		TEL AB.	
DOMICILIO		TEL FAMILIARI	
CF		TITOLO DI STUDIO	
STATO CIVILE			
CELIBE/NUBILE	CGT	SEPARATO	DIVORZIATO
VEDOVO/A	CONVIVENTE		
ASL		DISTRETTO	
MMG			

OSPEDALE
DATA EVENTO ACUTO
REPARTO OSPEDALIERO
MEDICO SPECIALISTA IN RIABILITAZIONE
DIAGNOSI (ICD9)

## ESITI DELLA VALUTAZIONE INIZIALE

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

**BRIEF ICF CORE SET for STROKE (da utilizzare in fase acuta)**

**0 Nessuna menomazione** significa che la persona non presenta il problema.

**1 Menomazione lieve** significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.

**2 Menomazione media** significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.

**3 Menomazione grave** significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni.

**4 Menomazione completa** significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.

**8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.

**9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

**Menomazioni delle Funzioni Corporee (b)**

	Descrizione	Qualificatore
b110	Coscienza	
b114	Orientamento	
b140	Attenzione	
b144	Memoria	
b167	Funzioni mentali del linguaggio	
b730	Forza muscolare	

**Menomazioni delle Strutture Corporee (s)**

	Descrizione	Qualificatore
S110	Cervello	
S730	Arto superiore	

**Attività e della partecipazione (d)**

		Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
d310	Comunicazione		
d330	Parlare		
d450	Camminare		
d510	Lavarsi		
d530	Bisogni corporali		
d540	Vestirsi		
d550	Mangiare		

**Fattori ambientali**

	Descrizione	Barriere	Facilitatori
e310	Famiglia		
e355	Assistenza multidisciplinare		
e580	Assistenza territoriale		

Barriere	Facilitatori
<b>0</b> Nessuna barriera	<b>+0</b> Nessun facilitatore
<b>1</b> Barriera lieve	<b>+1</b> Facilitatore lieve
<b>2</b> Barriera media	<b>+2</b> Facilitatore medio
<b>3</b> Barriera grave	<b>+3</b> Facilitatore sostanziale
<b>4</b> Barriera completa	<b>+4</b> Facilitatore completo
<b>8</b> Barriera, non spec.	<b>+8</b> Facilitatore, non spec.
<b>9</b> Non applicabile	<b>+9</b> Non applicabile

**COMPREHENSIVE ICF CORE SET(da utilizzare in Riabilitazione intensiva)****Menomazioni delle Funzioni Corporee (b)**

	Descrizione	Qualificatore
b110	Coscienza	
b114	Orientamento	
b117	Intellettive	
b126	Personalità	
b130	Psicosociali globali	
b134	Sonno	
b140	Attenzione	
b144	Memoria	
b152	Emozionali	
b156	Percettive	
b164	Cognitive di livello superiore	
b167	Funzioni mentali del linguaggio	
b172	Calcolo	
b176	Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
b180	Esperienza del sé e del tempo	
b210	Vista	
b215	Strutture adiacenti all'occhio	
b260	Propriocezione	
b265	Tatto	
b270	F sensoriali correlate a temperatura e altri stimoli	
b280	Dolore	
b310	Voce	
b320	Articolazione	
b330	Fluidità e ritmo	
b410	Cuore	
b415	Vasi sanguigni	
b420	Pressione sanguigna	
b455	Tolleranza all'esercizio fisico	
b510	Ingestione	
b525	Defecazione	
b620	F. Urinarie	
b640	Sessuali	
b710	Mobilità dell'articolazione	
b715	Stabilità dell'articolazione	
b730	Forza muscolare	
b735	Tono muscolare	
b740	Resistenza Muscolare	
b750	Riflesso motorio	
b755	Reazione di movimento involontario	
b760	Controllo del movimento volontario	
b770	Pattern dell'andatura	

**Menomazioni delle Strutture Corporee (s)**

	Descrizione	Qualificatore
s110	Cervello	
s410	Sistema cardiovascolare	
s720	Regione della spalla	
s730	Arto superiore	
s750	Arto inferiore	

**Attività e della partecipazione (d)**

	Descrizione	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
d115	Ascoltare		
d155	Acquisire abilità		
d160	Focalizzare l'attenzione		
d166	Leggere		
d170	Scrivere		
d172	Calcolare		
d175	Risolvere problemi		
d210	Intraprendere un compito singolo		
d220	Intraprendere compiti articolati		
d230	Eeguire la routine quotidiana		
d240	Gestire la tensione		
d310	Comunicare con – ricevere – messaggi verbali		
d315	Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali		
d325	Comunicare con – ricevere – messaggi scritti		
d330	Parlare		
d335	Produrre messaggi non verbali		
d345	Scrivere messaggi		
d350	Conversazione		
d360	Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione		
d410	Cambiare la posizione corporea di base		
d415	Mantenere la posizione corporea		
d420	Trasferirsi		
d430	Sollevarre e trasportare oggetti		
d440	Uso fine della mano		
d445	Uso della mano e del braccio		
d450	Camminare		
d455	Spostarsi		
d460	Spostarsi in diverse collocazioni		
d465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili		
d470	Usare un mezzo di trasporto		
d475	Guidare		
d510	Lavarsi		
d520	Prendersi cura delle singole parti del corpo		
d530	Bisogni corporali		
d540	Vestirsi		

d550	Mangiare		
d570	Prendersi cura della propria salute		
d620	Procurarsi beni e servizi		
d630	Preparare pasti		
d640	Fare i lavori di casa		
d710	Interazioni interpersonali semplici		
d750	Relazioni sociali informali		
d760	Relazioni familiari		
d770	Relazioni intime		
d845	Acquisire, conservare e lasciare un lavoro		
d850	Lavoro retribuito		
d855	Lavoro non retribuito		
d860	Transazioni economiche semplici		
d870	Autosufficienza economica		
d910	Vita nella comunità		
d920	Ricreazione e tempo libero		

### Fattori ambientali

	Descrizione	Barriere	Facilitatori
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale		
e115	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana		
e120	Prodotti e tecnologia per la mobilità e il trasporto in ambienti interni ed esterni		
e125	Prodotti e tecnologia per la comunicazione		
e135	Prodotti e tecnologia per l'istruzione		
e150	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo		
e155	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato		
e165	Risorse e beni		
e210	Geografia fisica		
e310	Famiglia ristretta		
e315	Famiglia allargata		
e320	Amici		
e325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e340	Persone che forniscono aiuto o assistenza		
e355	Operatori sanitari		
e360	Altri operatori		
e410	Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta		
e420	Atteggiamenti individuali degli amici		
e425	Atteggiamenti individuali dei conoscenti, colleghi, vicini di casa ed altri membri della comunità		
e440	Atteggiamenti individuali delle persone che forniscono aiuto o assistenza		
e450	Atteggiamenti individuali di operatori sanitari		
e455	Atteggiamenti individuali di altri operatori		

e460	Atteggiamenti della società		
e515	Servizi, sistemi e politiche per la produzione di beni di consumo		
e525	Servizi, sistemi e politiche abitative		
e535	Servizi, sistemi e politiche di comunicazione		
e540	Servizi, sistemi e politiche di trasporto		
e550	Servizio, sistemi e politiche legali		
e555	Servizi, sistemi e politiche delle assicurazioni e delle organizzazioni		
e570	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali		
e575	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale e generale		
e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie		
e590	Servizi, sistemi e politiche del lavoro		

## SCHEMA DI PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

componenti b, s,d (4 livelli, selezionando tutte le componenti di interesse con qualificatore diverso da 0)	Programma riabilitativo (logopedia, fisioterapia, neuropsicomotricità, ortottica, terapia occupazionale, farmacoterapia)	Responsabile di programma	Obiettivo di programma (quantizzato dalla modifica del qualificatore)	Frequenza settimanale del programma	Timing obiettivo immediato (data)	Timing obiettivo a breve termine (data)	Timing obiettivo globale (data)	Metodologie e Tecniche proposte	Setting	Proposta di protesi/ausili/ortesi (descrizione)																								
b---- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
s---- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			.--- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
d---- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			.-- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
1	2	3	4																															
e----./+- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>.1</td><td>.2</td><td>.3</td><td>.4</td></tr> <tr><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr> </table>	.1	.2	.3	.4	+	+	+	+			-./+- <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>.1</td><td>.2</td><td>.3</td><td>.4</td></tr> <tr><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr> </table>	.1	.2	.3	.4	+	+	+	+															
.1	.2	.3	.4																															
+	+	+	+																															
.1	.2	.3	.4																															
+	+	+	+																															



## ESITI DELLE VALUTAZIONI INTERMEDIE

DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

A seguito delle valutazioni intermedie, se ritenuto necessario, va nuovamente inserita la tabella con il Progetto Riabilitativo revisionato.

## ESITO DELLA VALUTAZIONE FINALE

DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Strumento utilizzato \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

## PROPOSTA PER LA PROSECUZIONE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI (da utilizzare diversificato a seconda della fase)

RICOVERO PER RIABILITAZIONE INTENSIVA (UO cod. 56)		RIABILITAZIONE DOMICILIARE
DH PER RIABILITAZIONE INTENSIVA (UO cod. 56)		RIABILITAZIONE RESIDENZIALE
RICOVERO PER RIABILITAZIONE ESTENSIVA (UO cod. 60)		RIABILITAZIONE SEMIRESIDENZIALE
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE SEMPLICE		RSA
RIAB. AMBULATORIALE COMPLESSA		ALTRO

Il Medico Specialista in Riabilitazione

## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DI PAZIENTE CON STROKE IN SETTING RIABILITATIVO OSPEDALIERO

Alla c.a. SANITARI

Struttura  
di  
Riabilitazione

.....  
.....  
.....  
.....

Documento di 3 facciate

Si richiede la disponibilità a ricoverare presso la Vs struttura il/la paziente

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Sesso F  M  Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Occupazione \_\_\_\_\_

Tel ab. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Tel. familiari \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_ MMG \_\_\_\_\_

Supporto familiare:  Certo  Dubbio  Inesistente

con diagnosi accertata di:

Ictus ischemico  Ictus emorragico intraparenchimale  Emorragia subaracnoidea spontanea

Data di ingresso in ospedale \_\_\_\_\_

GCS all'ingresso: occhi  linguaggio  motilità  =  Non valutabile

ESAMI STRUMENTALI eseguiti per la diagnosi e il monitoraggio dell'evoluzione dello stroke (allegare referti):

TAC  RMN  Angiografia  Doppler vasi sopraortici  Doppler transcranico

ECG Altro  .....

INTERVENTI:

Terapia medica  Trombolisi  Venosa  Arteriosa  Craniotomia evacuazione ematoma  Derivazione ventricolare esterna

Altro .....

## Condizioni cliniche attuali

CONDIZIONI CLINICHE GENERALI E NEUROLOGICHE

P.A. .... / .....	F.C. ....	Polso	Ritmico	SpO <sub>2</sub> .....	T° .....	Hb .....
			Aritmico			
COSCIENZA:	Vigile	Obnubilata	Confusa	.....		
						Presente
					Dx	Ridotto
PUPILLE:	Isocoriche	Anisocoriche	Dx > Sx	Miosi	Riflesso alla luce	Assente
			Sx > Dx	Midriasi		Presente
					Sn	Ridotto
						Assente
			Conservata			Conservata
			Limitata			Limitata
MOTILITÀ ARTI:	SUP:	Destro	Assente	INF:	Destro	Assente
		Sinistro	Conservata		Sinistro	Conservata
			Limitata			Limitata
			Assente			Assente
Apertura spontanea degli occhi		No	Si			
Fissa e segue con lo sguardo		No	Si	Deglutizione		Conservata
Esegue ordini		No	Si			Limitata
Motilità spontanea		No	Si			Assente
Agitazione psicomotoria		No	Si		Afasia	
Deficit linguaggio		No	Si		Disartria	Non valutabile
					Aprassia	
Ulcere da decubito		No	Si		Numero .....	
					Sede .....	
					Grado .....	
Presenza infezioni in atto (polmonari, urinarie, sepsi o altre sedi)						
Limitazioni articolari		No	Si			
Respirazione autonoma		No	Si			
Tracheotomia in atto		No	Si	Ultimo cambio cannula		
Tipo di cannula.....						
				Infezione allo stoma tracheale	No	Si
Ossigenoterapia		No	Si			
Ipertermie e/o sepsi ricorrenti		No	Si			
Alimentazione				Per bocca		
				Enterale	SNG	PEG
				Parenterale		
Vena centrale		No	Si	Catetere posizionato il		
Catetere vescicale		No	Si	Ultimo cambio catetere		
Altro .....						

## Condizioni cliniche attuali

GLASGOW  
OUTCOME  
SCALE

1 - Buon recupero senza sequele o sequele minime

2 - Disabilità moderata, pz autosufficiente

3 - Disabilità severa, pz cosciente ma non autosufficiente

PATOLOGIE  
CONCOMITANTI  
RILEVANTI

-----
-----
-----

TERAPIA/DIE ATTUALE

FARMACO	DOSAGGIO	VIA SOMM.

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**Si allega copia del Progetto Riabilitativo**

Restiamo in attesa di vostre comunicazioni e a disposizione per qualsiasi chiarimento e approfondimento (Tel. .... - Fax .....).

Nell'augurarvi buon lavoro, vogliate gradire i nostri più cordiali saluti

....., / ..... / 20.....

Il Medico richiedente

\_\_\_\_\_

*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. 29 del 13.03.2015**

**Oggetto: misure per il contenimento della spesa per il personale del SSR e procedure di reclutamento relative al personale cessato nel 2011 e nel 2012.**

**Premesso:**

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente p.t. 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 successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 si è proceduto a rinnovare la nomina del Presidente p.t. della Regione Campania quale Commissario ad Acta;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 il Dott. Mario Morlacco è stato confermato sub commissario con il compito di affiancare il Commissario ad Acta;
- d. che con successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato sub commissario, con specifica ripartizione di competenze con quelle del Dott. Morlacco;
- e. che con i detti provvedimenti 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, tenendo conto delle prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero della salute 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;
- f. che tra gli interventi è stata prescritta la razionalizzazione e il contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento al blocco del turn-over, alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- g. che la legge finanziaria statale per l'anno 2010, nella parte dedicata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dei bilanci delle Regioni e ai Piani di rientro (Legge n. 191/2009, art. 2 comma 76), ha statuito che per le Regioni che risultano in squilibrio economico è previsto una integrazione delle misure già previste dalla legge 311/2004, (vale a dire l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente), in quanto si aggiunge al quadro sanzionatorio il blocco automatico del turn over del personale del SSN sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie, con conseguente nullità degli atti emanati e dei contratti stipulati in violazione del suddetto divieto;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

**CONSIDERATO:**

- che il risultato di gestione del servizio sanitario regionale della Campania relativo all'anno 2011 ha evidenziato, dopo le coperture, una situazione di disavanzo con la conseguente applicazione delle manovre di cui sopra;
- che, in ragione di tanto, con specifici decreti commissariali è stato disposto il divieto automatico ed assoluto (100%) alle Aziende Sanitarie della Regione Campania di procedere ad assunzioni di personale sia a tempo indeterminato che a tempo determinato per il previsto biennio fino al 31.12.2014, fatte salve le deroghe disposte ai sensi della normativa nazionale di riferimento (art. 4 bis D.L. 158/2012);

**RILEVATO**

- che l'esercizio finanziario 2012 ha registrato per il bilancio del servizio sanitario regionale della Campania una situazione, dopo le coperture, di sostanziale equilibrio economico (+ 121.902 €/000, come da verbale di Tavolo e Comitato del 25.7.2012), che rende quindi non più applicabile il predetto disposto normativo di cui alla cennata L. 191/2009;

**VISTA**

- la progressiva diminuzione dei dipendenti in servizio presso le Aziende del SSR della Campania, come la tabella che segue:

<b>PERSONALE</b>					
Qualifica	2010	2011	2012	2013	2014
	Presenti	Presenti	Presenti	Presenti	Presenti
Dirigenti medici	11.187	10.824	10.473	10.289	10.099
Dirigenti SPTA	1.639	1.596	1.530	1.507	1.449
Comparto	37.426	36.054	34.431	33.545	32.645
<b>Totale</b>	<b>50.252</b>	<b>48.474</b>	<b>46.434</b>	<b>45.341</b>	<b>44.193</b>

Fonte: CA 2010, 2011, 2012, 2013; Tabella 2 IV trimestre 2014

**CONSIDERATO**

- il conseguente trend in diminuzione del costo complessivo del personale del SSR, che da come la tabella che segue:

<b>Andamento Costo personale dipendente</b>						
€/000	2010	2011	2012	2013	IV TRIM. 2014	Δ 2014 - 2010
	A	B	C	D	E	F = E - A
Costo del personale	3.118.675	2.977.417	2.826.805	2.725.553	2.657.320	(461.355)

**RILEVATO**

- che il decreto interministeriale del 10/01/2014 ha autorizzato la prima concessione di deroghe per l'assunzione di personale nella Regione Campania, ai sensi dell'art. 4 bis del DL 158/2012, convertito con Legge 189/2012, con la possibilità di assumere 208 unità di personale da inquadrare nell'area emergenza – urgenza, sulla base del numero dei cessati dell'anno 2011;
- che il successivo decreto interministeriale del 29/04/2014 ha integrato la predetta autorizzazione per ulteriori 43 unità, sempre in rapporto al numero dei cessati dell'anno 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)*

- c. che per il personale reclutabile relativo al cessato 2012, pari a 306 unità – unitamente alla ultima quota di residuo reclutabile ex cessato 2011 pari a 50 unità – il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nella seduta del 25 novembre 2014, a riscontro della nota regionale n. prot. 247\_14 del 23.09.2014 con la quale si chiedeva “di attivare a livello regionale le funzioni istruttorie” per le assunzioni previste dalle norme vigenti, ha dichiarato che “Tavolo e Comitato convergono nell’utilizzo delle restanti deroghe concesse per il 2011 ed il 2012, sempre nel rispetto della metodologia riportata nel verbale del 10 dicembre 2012, e ricordano che per l’anno 2013, ai fini delle relative valutazioni, è necessario disporre dei dati definitivi del Conto annuale in corso di elaborazione”;

**RILEVATO**

- a. che i programmi operativi per il triennio 2013-2015 prevedono la possibilità di reclutare nel detto periodo personale dirigenziale e di comparto pari al 15% complessivo di quello cessato nell’anno precedente;
- b. che il numero dei cessati dell’anno 2011 ammonta a 2.005 unità e dell’anno 2012 ammonta a 2.040, il tutto come da tabella che segue:

Qualifica	Cessati	Assumibili	Cessati	Assumibili
	2011	(15%)	2012	(15%)
		Quota 2011		Quota 2012
Dirigenti medici - Struttura Complessa		9		
Dirigenti medici - Struttura Semplice	372	213	351	53
Dirigenti SPTA	68	-	66	10
Comparto	1.565	62	1.623	243
OSS		17		
<b>Totale</b>	<b>2.005</b>	<b>301</b>	<b>2.040</b>	<b>306</b>

- c. che il costo medio determinato dai dati da conto annuale 2012, per ruolo, area contrattuale e figura professionale, prende in considerazione anche l’impatto degli oneri sociali a carico del SSR, pari al 27% del costo del lavoro, come di seguito esposto e indicato nella tabella seguente:

Costo medio da CA 2012	
Qualifica	Costo medio annuo
Dirigenti medici - Struttura Complessa	145.113
Dirigenti medici	106.528
Dirigenti SPTA	92.591
Comparto	44.345
OSS	36.617

*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. che in ragione del costo medio annuo dei detti profili, cui va aggiunto anche il costo da sostenere per l'IRAP (applicando l'aliquota di imposta del 8,55%), l'impatto economico a regime delle assunzioni di unità di personale nel limite del 15% del cessato dell'anno 2011 e 2012 risulta, su base annua, pari a 48.511 €/000;

#### CONSIDERATO

- a. che l'obiettivo di risparmio del costo del personale fissato nel costo del 2004, diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi, pari a 3.006.000 €/000, viene rispettato anche dopo l'applicazione dell'art. 4 bis del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012 n. 189, che consente alle aziende campane un reclutamento, per gli anni in cui vige il blocco totale del turnover ex legge n. 191/2009, pari al 15% del personale cessato nell'anno precedente;
- b. che le nuove unità di personale determinano un maggiore costo a regime, su base annua, pari a 48.511 €/000, comprensivo di IRAP, in linea con i programmi operativi approvati per il triennio 2013-2015;
- c. che le Aziende hanno fatto pervenire le richieste per singola figura professionale sulla base della metodologia riportata nel verbale della seduta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 10 dicembre 2012;

#### DECRETA

1. le Aziende Sanitarie del SSR della Campania devono procedere senza indugi a:
  - a) completare le procedure di reclutamento relative al personale assentito con i decreti interministeriali del 10.1.2014 e del 29.4.2014, pari a 251 unità;
  - b) avviare le procedure di reclutamento relative alla quota residuale di 50 unità derivante dal cessato 2011 e alle 306 unità relative al personale cessato nel 2012, per un totale pari a 356 unità, come da tabelle allegate sub A) e B) al presente atto e che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
2. le Aziende Sanitarie dovranno attestare prima di attivare ogni forma di reclutamento - con una dichiarazione espressa da inviare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute UOD 13 - il diretto collegamento tra le figure - indicate nelle tabelle inviate dalle stesse Aziende di cui al punto 1b) - che si avvieranno a reclutare e l'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza;
3. le Aziende Sanitarie dovranno rispettare pedissequamente le procedure per il reclutamento indicate nella circolare presidenziale n. 1824 del 15.4.2014;
4. di adeguare il presente decreto alle eventuali osservazioni dei Ministeri affiancanti;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

5. di incaricare la UOD 13 “Personale del SSR” della Direzione Generale per la Tutela della Salute dell’esecuzione del presente provvedimento e della trasmissione alle Aziende Sanitarie del SSR e al BURC per la pubblicazione

*Si esprime parere favorevole*

Il Sub Commissario

Prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento Salute e Risorse Naturali  
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale Tutela della Salute  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente ad interim UOD Personale SSR  
Avv. Antonio Postiglione

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)*

## Allegato A – Quota residuale di personale assumibile relativa al personale cessato nel 2011

### ASL AVELLINO

#### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

##### DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
201	ASL AVELLINO	PO ARIANO IRPINO	STRUTTURA OSPEDALIERA	NEUROLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	NEUROLOGIA	SANITARIO	1
201	ASL AVELLINO	PO ARIANO IRPINO	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	CARDIOLOGIA	SANITARIO	1
<b>TOTALE</b>								<b>2</b>

### ASL BENEVENTO

#### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

##### DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
202	ASL BENEVENTO	PO DI S.AGATA DEI GOTI	STRUTTURA OSPEDALIERA	ORTOPEDIA	DIRIGENTE MEDICO	ORTOPEDIA	SANITARIO	2
202	ASL BENEVENTO	PO DI S.AGATA DEI GOTI	STRUTTURA OSPEDALIERA	RADIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	RADIOLOGIA	SANITARIO	2
<b>TOTALE</b>								<b>4</b>



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## ASL CASERTA

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
203	ASL CASERTA	PO SESSA AURUNCA	ASSISTENZA TERRITORIALE	RADIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	RADIOLOGIA	SANITARIO	1
203	ASL CASERTA	PO PIEDIMONTE MATESE	ASSISTENZA TERRITORIALE	RADIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	RADIOLOGIA	SANITARIO	1
<b>TOTALE</b>								<b>2</b>

## ASL NAPOLI 1

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
204	ASL NAPOLI 1	ND	ND	PEDIATRIA	DIRIGENTE MEDICO	PEDIATRIA	SANITARIO	4
204	ASL NAPOLI 1	ND	ND	ORTOPEDIA	DIRIGENTE MEDICO	ORTOPEDIA	SANITARIO	4
204	ASL NAPOLI 1	ND	ND	RADIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	RADIOLOGIA	SANITARIO	2
204	ASL NAPOLI 1	ND	ND	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	DIRIGENTE MEDICO	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	SANITARIO	1
204	ASL NAPOLI 1	ND	ND	ND	DIRIGENTE NON SANITARIO	TECNICO	TECNICO	2
204	ASL NAPOLI 1	ND	ND	ND	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	2
<b>TOTALE</b>								<b>15</b>



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## ASL SALERNO

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

#### DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
207	ASL SALERNO	PO DI EBOLI	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	CARDIOLOGO	SANITARIO	2
207	ASL SALERNO	PO S. LUCA - VALLO DELLA LUCANIA	STRUTTURA OSPEDALIERA	NEURORADIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	NEURORADIOLOGO	SANITARIO	2
207	ASL SALERNO	PO S. LUCA - VALLO DELLA LUCANIA	STRUTTURA OSPEDALIERA	RADIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	RADIOLOGO	SANITARIO	2
207	ASL SALERNO	PO DI EBOLI	STRUTTURA OSPEDALIERA	RADIOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	RADIOLOGO	SANITARIO	1
<b>TOTALE</b>								<b>7</b>

## AO CARDARELLI

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

#### DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA URGENZA	CARDIOLOGIA UTIC	DIRIGENTE MEDICO	CARDIOLOGIA UTIC	SANITARIO	1
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA URGENZA	GASTROENTEROLOGIA D'URGENZA	DIRIGENTE MEDICO	GASTROENTEROLOGIA D'URGENZA	SANITARIO	2
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA URGENZA	SIMT	DIRIGENTE MEDICO	MEDICINA TRASFUSIONALE	SANITARIO	1
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA URGENZA	NEFROLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	NEFROLOGIA	SANITARIO	1
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA URGENZA	MEDICINA NUCLEARE	DIRIGENTE MEDICO	MEDICINA NUCLEARE	SANITARIO	1
<b>TOTALE</b>								<b>6</b>



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## AO DEI COLLI

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

DIRIGENZA								
CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
903	AO DEI COLLI	MONALDI	STRUTTURA OSPEDALIERA	PSICHIATRIA	DIRIGENTE MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	PSICHIATRA	SANITARIO	1
903	AO DEI COLLI	MONALDI	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIRETTORE MEDICO DI OSPEDALE	DIRIGENTE MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	DIRETTORE MEDICO DI OSPEDALE	SANITARIO	1
903	AO DEI COLLI	MONALDI	STRUTTURA OSPEDALIERA	UROLOGO	DIRIGENTE MEDICO	UROLOGIA	SANITARIO	1
<b>TOTALE</b>								<b>3</b>

## AO MOSCATI

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

DIRIGENZA								
CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	EMERGENZA URGENZA	CARDIOLOGIA - UTIC	DIRIGENTE MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	CARDIOLOGO	SANITARIO	1
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	MALATTIE INFETTIVE	DIRIGENTE MEDICO	MALATTIE INFETTIVE	SANITARIO	1
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	EMERGENZA URGENZA	PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	DIRIGENTE MEDICO	PEDIATRIA	SANITARIO	1
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	CHIRURGIA VASCOLARE	DIRIGENTE MEDICO	CHIRURGIA VASCOLARE	SANITARIO	1
<b>TOTALE</b>								<b>4</b>



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## AO RUMMO

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

#### DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
906	AO RUMMO	AO RUMMO	EMERGENZA URGENZA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	DIRIGENTE MEDICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	SANITARIO	2
<b>TOTALE</b>								<b>2</b>

## AO SAN SEBASTIANO

### Quota di residuo reclutabile ex cessato 2011

#### DIRIGENZA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	RUOLO	N.
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE SANITARIA	DIRIGENTE MEDICO	DIREZIONE MEDICA DI PO	SANITARIO	1
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	GASTROENTEROLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	GASTROENTEROLOGIA	SANITARIO	1
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	CHIRURGIA VASCOLARE	DIRIGENTE MEDICO	CHIRURGIA VASCOLARE	SANITARIO	1
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	SANITARIO	1
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	UROLOGIA	DIRIGENTE MEDICO	UROLOGIA	SANITARIO	1
<b>TOTALE</b>								<b>5</b>



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

## Allegato B – Quota di personale assumibile relativa al personale cessato nel 2012

### ASL AVELLINO

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
201	ASL AVELLINO	PO ARIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	ORTOPEDICO			SANITARIO
201	ASL AVELLINO	PO SOLOFRA	STRUTTURA OSPEDALIERA	MEDICINA GENERALE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA			SANITARIO
201	ASL AVELLINO	PO ARIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORTOPEDICO			SANITARIO
201	ASL AVELLINO	PO SOLOFRA	STRUTTURA OSPEDALIERA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ANESTESISTA			SANITARIO
201	ASL AVELLINO	PO ARIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	RADIOLOGICA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOLOGO			SANITARIO
201	ASL AVELLINO	PO ARIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	GINECOLOGO			SANITARIO
201	ASL AVELLINO	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	PSICHIATRA			SANITARIO
201	ASL AVELLINO	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SPDC				3	INFERMIERE	SANITARIO
TOTALE					8			3		

### ASL BENEVENTO

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
202	ASL BENEVENTO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI	2	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVI			AMMINISTRATIVO
202	ASL BENEVENTO	PO SANT'AGATA DEI GOTI	STRUTTURA OSPEDALIERA	ANESTESIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ANESTESISTA			SANITARIO
202	ASL BENEVENTO	SEDE CENTRALE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	SICUREZZA AMBIENTE DI LAVORO	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	INGEGNERE			PROFESSIONALE
202	ASL BENEVENTO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	INGEGNERE			PROFESSIONALE
202	ASL BENEVENTO	PO SANT'AGATA DEI GOTI	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOLOGO			SANITARIO
TOTALE					7					



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## ASL CASERTA

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
203	ASL CASERTA	PO PIEDIMONTE MATESE	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
203	ASL CASERTA	PO MARCIANISE MADDALONI	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
203	ASL CASERTA	PO S. ROCCO SESSA AURUNCA	STRUTTURA OSPEDALIERA	RADIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOLOGIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MOSCATI AVERSA	STRUTTURA OSPEDALIERA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO S. ROCCO SESSA AURUNCA	STRUTTURA OSPEDALIERA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO S. ROCCO SESSA AURUNCA	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOLOGIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MOSCATI AVERSA	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOLOGIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO PIEDIMONTE MATESE	STRUTTURA OSPEDALIERA	UROLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	UROLOGIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MOSCATI AVERSA	STRUTTURA OSPEDALIERA	CHIRURGIA D'URGENZA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA D'URGENZA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MARCIANISE MADDALONI	STRUTTURA OSPEDALIERA	CHIRURGIA D'URGENZA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA D'URGENZA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO PIEDIMONTE MATESE	STRUTTURA OSPEDALIERA	UROLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	UROLOGIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	PSICHIATRIA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MOSCATI AVERSA	STRUTTURA OSPEDALIERA	MEDICINA INTERNA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA INTERNA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MARCIANISE MADDALONI	STRUTTURA OSPEDALIERA	MEDICINA INTERNA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA INTERNA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO S. MARIA CV	STRUTTURA OSPEDALIERA	MEDICINA INTERNA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA INTERNA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MARCIANISE MADDALONI	STRUTTURA OSPEDALIERA	FARMACIA	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO	FARMACIA OSPEDALIERA			SANITARIO
203	ASL CASERTA	PO MOSCATI AVERSA	STRUTTURA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO				5	INFERMIERE	SANITARIO
203	ASL CASERTA	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI				1	PROGRAMMATORE	TECNICO
203	ASL CASERTA	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI				3	OPERATORE INFORMATICO	TECNICO
TOTALE					17			9		



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

**ASL NAPOLI 1**

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	STRUTTURA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	6	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. LORETO MARE	STRUTTURA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	5	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. PELLEGRINI	STRUTTURA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	4	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	STRUTTURA OSPEDALIERA	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	STRUTTURA OSPEDALIERA	ORTOPEDIA	3	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORTOPEDIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN PAOLO	STRUTTURA OSPEDALIERA	ORTOPEDIA	3	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORTOPEDIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. PELLEGRINI	STRUTTURA OSPEDALIERA	ORTOPEDIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORTOPEDIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. LORETO MARE	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA UTIC	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOLOGIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA UTIC	3	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOLOGIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. SAN GIOVANNI BOSCO	STRUTTURA OSPEDALIERA	NEURORADIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEURORADIOLOGIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. LORETO MARE	STRUTTURA OSPEDALIERA	NEURORADIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEURORADIOLOGIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	P.O. ASCALESI	STRUTTURA OSPEDALIERA	RADIOTERAPIA	3	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOTERAPIA			SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	SEDE CENTRALE	EMERGENZA-URGENZA	INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO EMERGENZA				35	INFERMIERE	SANITARIO
204	ASL NAPOLI 1	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI	7	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
204	ASL NAPOLI 1	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI	5	DIRIGENTE NON SANITARIO	PROFESSIONALE			PROFESSIONALE
204	ASL NAPOLI 1	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI	2	DIRIGENTE NON SANITARIO	TECNICO			TECNICO
<b>TOTALE</b>					<b>47</b>			<b>35</b>		



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## ASL NAPOLI 2

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
205	ASL NAPOLI 2	PO DI ISCHIA	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				2	INFERMIERE	SANITARIO
205	ASL NAPOLI 2	PO DI POZZUOLI	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				2	INFERMIERE	SANITARIO
205	ASL NAPOLI 2	PO DI FRATTAMAGGIORE	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				1	INFERMIERE	SANITARIO
205	ASL NAPOLI 2	PO DI GIUGLIANO	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				1	INFERMIERE	SANITARIO
205	ASL NAPOLI 2	PO DI POZZUOLI	STRUTTURA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA			SANITARIO
205	ASL NAPOLI 2	PO DI GIUGLIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA			SANITARIO
205	ASL NAPOLI 2	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZI CENTRALI	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
TOTALE					3			6		

## ASL NAPOLI 3

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
206	ASL NAPOLI 3	PO BOSCORECASE	EMERGENZA-URGENZA	UTIC	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOLOGIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. MARIA DELLA PIETA'	EMERGENZA-URGENZA	ORTOPEDIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORTOPEDIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. MARIA DELLA PIETA'	EMERGENZA-URGENZA	PEDIATRIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	PEDIATRIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. MARIA DELLA PIETA'	EMERGENZA-URGENZA	GINECOLOGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	GINECOLOGIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO BOSCORECASE	EMERGENZA-URGENZA	RADIOLOGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOLOGIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. MARIA DELLA PIETA'	STRUTTURA OSPEDALIERA	IMMUNOEMATOLOGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	IMMUNOEMATOLOGIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. MARIA DELLA PIETA'	EMERGENZA-URGENZA	OTORINOLARINGOIATRIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	OTORINOLARINGOIATRIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO SORRENTO	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO BOSCORECASE	EMERGENZA-URGENZA	CHIRURGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. LEONARDO	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZIO TECNICO	2	DIRIGENTE NON SANITARIO	INGEGNERE			PROFESSIONALE
206	ASL NAPOLI 3	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	AFFARI LEGALI	2	DIRIGENTE NON SANITARIO	AVVOCATO			PROFESSIONALE
206	ASL NAPOLI 3	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	SERVIZIO GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIO	2	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. LEONARDO	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE SANITARIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	IGIENE			SANITARIO
206	ASL NAPOLI 3	PO S. LEONARDO	EMERGENZA-URGENZA	PEDIATRIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	PEDIATRIA			SANITARIO
TOTALE					27					



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

**ASL SALERNO**



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	STAFF DIR. GENERALE - MEDICINA DEL LAVORO AZIENDALE E SORVEGLIANZA SANITARIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO				SANITARIO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	STAFF DIR. GENERALE - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO				SANITARIO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. AMMINISTRATIVO - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO COMMITTEZZA	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	EMERGENZA-URGENZA	STAFF DIR. GENERALE - EMERGENZA, URGENZA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO				SANITARIO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. SANITARIO - INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE			SANITARIO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE SANITARIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	IGIENE E SANITA' PUBBLICA			SANITARIO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. SANITARIO - INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE			SANITARIO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. SANITARIO - RISK MANAGEMENT E QUALITA'	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE			SANITARIO
207	ASL SALERNO	PO VALLE DEL SELE	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE SANITARIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	IGIENE E SANITA' PUBBLICA			SANITARIO
207	ASL SALERNO	PO POLLA	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE SANITARIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	IGIENE E SANITA' PUBBLICA			SANITARIO
207	ASL SALERNO	PO NOCERA - PAGANI	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE SANITARIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	IGIENE E SANITA' PUBBLICA			SANITARIO
207	ASL SALERNO	PO SARNO	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE SANITARIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	IGIENE E SANITA' PUBBLICA			SANITARIO
207	ASL SALERNO	DISTRETTO SAPRI	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO VALLO - AGROPOLI	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO SALA CONSILINA	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO EBOLI - BUCCINO	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO BATTIPAGLIA	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO PONTECAGNANO - GIFFONI	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO SALERNO	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO MERCATO S. SEVERINO	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO CAVA DEI TIRRENI	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	DISTRETTO NOCERA INFERIORE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIREZIONE DISTRETTO	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO				SANITARIO/STPA
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. AMMINISTRATIVO - UFFICIO PERSONALE	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. AMMINISTRATIVO - PROVVEDITORATO	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. AMMINISTRATIVO - AFFARI LEGALI	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	DIP. AMMINISTRATIVO - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
207	ASL SALERNO	SEDE CENTRALE	ASSISTENZA TERRITORIALE	FUNZIONE TECNICO MANUTENTIVO	2	DIRIGENTE NON SANITARIO	INGEGNERE			PROFESSIONALE
<b>TOTALE</b>					<b>28</b>					



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## AO CARDARELLI

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA D'URGENZA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICO DI MEDICINA D'URGENZA			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA TRASFUSIONALE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICO			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ANESTESISTA			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	NEFROLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEFROLOGO			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	NEURORADIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEURORADIOLOGO			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	RADIOLOGIA PS	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOLOGO			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA NUCLEARE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOLOGO MEDICINA NUCLEARE			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	MICROCITEMIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	PEDIATRA			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	PATOLOGIA CLINICA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	PATOLOGO CLINICO			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	UROLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	UROLOGO			SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				4	CPS INFERMIERE	SANITARIO
901	AO CARDARELLI	AO CARDARELLI	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				10	OSS	TECNICO
TOTALE					10			14		

## AO SANTOBONO

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	NEUROCHIRURGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	NEURCHIRURGIA			SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	RADIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	RADIOLOGIA			SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	T.I.N.	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	PEDIATRIA			SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	AREA ANESTESIOLOGICA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE			SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	NEUROCHIRURGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEURCHIRURGIA			SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	OCULISTICA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	OCULISTICA			SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	DIPARTIMENTO EMERGENZA - ACCETTAZIONE				4	INFERMIERE PEDIATRICO	SANITARIO
902	AO SANTOBONO	PAUSILIPON	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGIA				4	INFERMIERE PEDIATRICO	SANITARIO
902	AO SANTOBONO	SANTOBONO	EMERGENZA-URGENZA	RADIOLOGIA				1	TECNICO DI RADIOLOGIA	SANITARIO
TOTALE					7			9		



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

## AO DEI COLLI

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
903	AO DEI COLLI	COTUGNO	EMERGENZA-URGENZA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	STRUTTURA OSPEDALIERA	UROLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	UROLOGIA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	STRUTTURA OSPEDALIERA	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO AD INDIRIZZO DIAGNOSTICO (PNEUMOLOGIA)	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	PNEUMOLOGIA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	COTUGNO	STRUTTURA OSPEDALIERA	MALATTIE INFETTIVE AD INDIRIZZO NEUROLOGICO	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	MALATTIE INFETTIVE			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	COTUGNO	STRUTTURA OSPEDALIERA	MALATTIE INFETTIVE AD INDIRIZZO EPATICO	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	MALATTIE INFETTIVE			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	COTUGNO	STRUTTURA OSPEDALIERA	IMMUNODEFICIENZE E MALATTIE DELL'EMIGRAZIONE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	MALATTIE INFETTIVE			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	EMERGENZA-URGENZA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	EMERGENZA-URGENZA	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	EMERGENZA-URGENZA	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	CTO	EMERGENZA-URGENZA	NEUROCHIRURGIA (SUN)	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEUROCHIRURGIA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	STRUTTURA OSPEDALIERA	ONCOLOGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ONCOLOGIA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	EMERGENZA-URGENZA	CARDIOCHIRURGIA GENERALE (SUN)				2	TECNICO PERFUSIONISTA	TECNICO
903	AO DEI COLLI	AO DEI COLLI	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	3	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
903	AO DEI COLLI	CTO	STRUTTURA OSPEDALIERA	NEUROLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEUROLOGIA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	AO DEI COLLI	STRUTTURA OSPEDALIERA	FARMACIA	2	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO	FARMACIA			SANITARIO
903	AO DEI COLLI	MONALDI	STRUTTURA OSPEDALIERA	RADIOLOGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOLOGIA			SANITARIO
TOTALE					23			2		

## AOU RUGGI

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
904	AOU RUGGI	PO RUGGI	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				8	INFERMIERE	SANITARIO
904	AOU RUGGI	S. MARIA DELL'OLMO	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO				2	INFERMIERE	SANITARIO
904	AOU RUGGI	PO RUGGI	EMERGENZA-URGENZA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ANESTESIA			SANITARIO
904	AOU RUGGI	PO RUGGI	EMERGENZA-URGENZA	CHIRURGIA D'URGENZA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA D'URGENZA			SANITARIO
904	AOU RUGGI	PO RUGGI	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA D'URGENZA	3	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA D'URGENZA			SANITARIO
TOTALE					6			10		



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## AO MOSCATI

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA	RUOLO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	UOC SERVIZIO LEGALI ED AFFARI GENERALI	1	DIRIGENTE NON SANITARIO - STRUTTURA COMPLESSA	AVVOCATO			PROFESSIONALE
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	UOC CHIRURGIA VASCOLARE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	CHIRURGIA VASCOLARE			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	SS DIPARTIMENTALE E FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	1	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO	BIOLOGO CON ESPERIENZA IN EMATOLOGIA E NELLE TECNICHE DI PMA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	UOC CARDIOCHIRURGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOCHIRURGIA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	EMERGENZA-URGENZA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	EMERGENZA-URGENZA	NEURORADIOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	NEURORADIOLOGIA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOCHIRURGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	CARDIOCHIRURGIA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	CHIRURGIA GENERALE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	CHIRURGIA GENERALE			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CARDIOLOGIA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	EMERGENZA-URGENZA	CHIRURGIA D'URGENZA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	STRUTTURA OSPEDALIERA	OTORINOLARINGOIATRIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	OTORINOLARINGOIATRIA			SANITARIO
905	AO MOSCATI	AO MOSCATI	EMERGENZA-URGENZA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ORTOPEDIA			SANITARIO
TOTALE					13					

## AO RUMMO

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
906	AO RUMMO	AO RUMMO	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA D'URGENZA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO - STRUTTURA COMPLESSA	MEDICINA D'URGENZA			SANITARIO
906	AO RUMMO	AO RUMMO	EMERGENZA-URGENZA	NEUROCHIRURGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEUROCHIRURGIA			SANITARIO
906	AO RUMMO	AO RUMMO	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
906	AO RUMMO	AO RUMMO	STRUTTURA OSPEDALIERA	INGEGNERE	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	PROFESSIONALE			PROFESSIONALE
906	AO RUMMO	AO RUMMO	EMERGENZA-URGENZA	CHIRURGIA GENERALE	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	CHIRURGIA GENERALE			SANITARIO
906	AO RUMMO	AO RUMMO	EMERGENZA-URGENZA	MEDICINA D'URGENZA	3	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA D'URGENZA			SANITARIO
TOTALE					9					



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## AO SAN SEBASTIANO

CODICE AASS	AASS	PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO	AREA	UNITA' OPERATIVA	N.	TIPOLOGIA DIRIGENTE	DISCIPLINA DIRIGENZA	N.	TIPOLOGIA COMPARTO	RUOLO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	RADIOLOGIA			SANITARIO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	OTORINOLARINGOIATRIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	OTORINOLARINGOIATRIA			SANITARIO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	ONCOLOGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	ONCOLOGIA			SANITARIO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	GASTROENTEROLOGIA			SANITARIO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	NEUROCHIRURGIA	2	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	NEUROCHIRURGIA			SANITARIO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	EMERGENZA-URGENZA	PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE E OBI	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE E ORG.			SANITARIO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	INGEGNERIA OSPEDALIERA	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	INGEGNERIA			PROFESSIONALE
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	1	DIRIGENTE NON SANITARIO	AMMINISTRATIVO			AMMINISTRATIVO
907	AO SAN SEBASTIANO	AO SAN SEBASTIANO	STRUTTURA OSPEDALIERA	PEDIATRIA	1	DIRIGENTE SANITARIO MEDICO	PEDIATRIA			SANITARIO
TOTALE					13			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. 30 del 13.03.2015**

**Oggetto: misure per il contenimento della spesa per il personale del SSR e procedure di reclutamento relative al personale cessato negli anni 2013 e 2014.**

**Premesso:**

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente p.t. 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 successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 si è proceduto a rinnovare la nomina del Presidente p.t. della Regione Campania quale Commissario ad Acta;
- c. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012 il Dott. Mario Morlacco è stato confermato sub commissario con il compito di affiancare il Commissario ad Acta;
- d. che con successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il Prof. Ettore Cinque è stato nominato sub commissario, con specifica ripartizione di competenze con quelle del Dott. Morlacco;
- e. che con i detti provvedimenti 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, tenendo conto delle prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero della salute 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;
- f. che tra gli interventi è stata prescritta la razionalizzazione e il contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento al blocco del turn-over, alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- g. che la legge finanziaria statale per l'anno 2010, nella parte dedicata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dei bilanci delle Regioni e ai Piani di rientro (Legge n. 191/2009, art. 2 comma 76), ha statuito che per le Regioni che risultano in squilibrio economico è previsto una integrazione delle misure già previste dalla legge 311/2004, (vale a dire l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente), in quanto si aggiunge al quadro sanzionatorio il blocco automatico del turn over del personale del SSN sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie, con conseguente nullità degli atti emanati e dei contratti stipulati in violazione del suddetto divieto;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

**CONSIDERATO:**

- che il risultato di gestione del servizio sanitario regionale della Campania relativo all'anno 2011 ha evidenziato, dopo le coperture, una situazione di disavanzo con la conseguente applicazione delle manovre di cui sopra;
- che, in ragione di tanto, con specifici decreti commissariali è stato disposto il divieto automatico ed assoluto (100%) alle Aziende Sanitarie della Regione Campania di procedere ad assunzioni di personale sia a tempo indeterminato che a tempo determinato per il previsto biennio fino al 31.12.2014, fatte salve le deroghe disposte ai sensi della normativa nazionale di riferimento (art. 4 bis D.L. 158/2012);

**RILEVATO**

- che l'esercizio finanziario 2012 ha registrato per il bilancio del servizio sanitario regionale della Campania una situazione, dopo le coperture, di sostanziale equilibrio economico (+ 121.902 €/000, come da verbale di Tavolo e Comitato del 25.7.2012), che rende quindi non più applicabile il predetto disposto normativo di cui alla cennata L. 191/2009;
- che i risultati di gestione del servizio sanitario regionale della Campania per gli anni 2013 e 2014 confermano il trend positivo;

**VISTA**

- la progressiva diminuzione dei dipendenti in servizio presso le Aziende del SSR della Campania, come la tabella che segue:

PERSONALE					
Qualifica	2010	2011	2012	2013	2014
	Presenti	Presenti	Presenti	Presenti	Presenti
Dirigenti medici	11.187	10.824	10.473	10.289	10.099
Dirigenti SPTA	1.639	1.596	1.530	1.507	1.449
Comparto	37.426	36.054	34.431	33.545	32.645
<b>Totale</b>	<b>50.252</b>	<b>48.474</b>	<b>46.434</b>	<b>45.341</b>	<b>44.193</b>

Fonte: CA 2010, 2011, 2012, 2013; Tabella 2 IV trimestre 2014

**CONSIDERATO**

- il conseguente trend in diminuzione del costo complessivo del personale del SSR, che da come la tabella che segue:

Andamento Costo personale dipendente						
€/000	2010	2011	2012	2013	IV TRIM. 2014	Δ 2014 - 2010
	A	B	C	D	E	F = E - A
Costo del personale	3.118.675	2.977.417	2.826.805	2.725.553	2.657.320	(461.355)

- che il decreto interministeriale del 10/01/2014 ha autorizzato la prima concessione di deroghe per l'assunzione di personale nella Regione Campania, ai sensi dell'art. 4 bis del DL 158/2012, convertito con Legge 189/2012, con la possibilità di assumere 208 unità di personale da inquadrare nell'area emergenza – urgenza, sulla base del numero dei cessati dell'anno 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)*

- c. che il successivo decreto interministeriale del 29/04/2014 ha integrato la predetta autorizzazione per ulteriori 43 unità, sempre in rapporto al numero dei cessati dell'anno 2011;
- d. che per il personale reclutabile relativo al cessato 2012, pari a 306 unità – unitamente alla ultima quota di residuo reclutabile ex cessato 2011 pari a 50 unità – il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nella seduta del 25 novembre 2014, a riscontro della nota regionale n. prot. 247\_14 del 23.09.2014 con la quale si chiedeva “di attivare a livello regionale le funzioni istruttorie” per le assunzioni previste dalle norme vigenti, ha dichiarato che “Tavolo e Comitato convergono nell'utilizzo delle restanti deroghe concesse per il 2011 ed il 2012, sempre nel rispetto della metodologia riportata nel verbale del 10 dicembre 2012, e ricordano che per l'anno 2013, ai fini delle relative valutazioni, è necessario disporre dei dati definitivi del Conto annuale in corso di elaborazione”;
- e. che il reclutamento di personale relativo al cessato del 2013 è ancora investito degli effetti della citata normativa (art. 4 bis del DL 158/2012, convertito con Legge 189/2012), per cui le unità reclutabili (15% di detto cessato) ammontano a 162 unità, per come disciplinato dal DCA 21/2014 e così come già previsto nei Programmi Operativi 2013/2015, di cui al DCA 108/2014;
- f. che, a decorrere dal 01.01.2015, il reclutamento di personale non vede più applicabile la richiamata legge n. 189/2012 e trova la sua disciplina nel rispetto dell'obiettivo di risparmio del costo del personale fissato dal legislatore nazionale nel costo del 2004, diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi, pari a 3.006.000 €/000;

#### RILEVATO

- a. che i Programmi Operativi 2013/2015, di cui al DCA 108/2014, nelle previsioni economiche relative all'esercizio 2014 contemplano il reclutamento di 607 unità, corrispondenti alla quota del 15% del personale cessato nel 2011 e nel 2012;
- b. che gli stessi Programmi Operativi contemplano, nelle previsioni economiche relative all'esercizio 2015, il reclutamento di 162 unità, corrispondenti alla quota del 15% del personale cessato nel 2013;

#### CONSIDERATO

- a. che l'iter procedurale riguardante il reclutamento delle unità di personale autorizzato nei limiti della quota del 15% del personale cessato negli anni 2011 e 2012 si è rivelato molto complesso e dispendioso in termini di tempo, tanto che nel 2014 le unità effettivamente reclutate sono state di gran lunga inferiori, rispetto a quelle previste per il medesimo anno nei citati Programmi Operativi;
- b. che il ridotto contingente di personale del SSR rischia di non essere più in grado di offrire le garanzie di assistenza sanitaria minima per rispettare il diritto alla salute, garantito dalla Costituzione;
- c. che le pressanti esigenze che attanagliano le aziende sanitarie campane, ormai depauperate nelle loro dotazioni organiche da un numero abnorme di personale cessato e non sostituito, con inevitabili effetti rispetto alla domanda di assistenza e all'esigenza di assicurare i LEA, impongono l'adozione di misure urgenti volte ad avviare le procedure di reclutamento di unità di personale commisurate:
  - al 15% del personale cessato nel 2013, nei limiti stabiliti dall'art. 4 bis del DL 158/2012, convertito con Legge 189/2012, ed in linea con quanto già contenuto nei Programmi Operativi;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

- al 30% del personale cessato nel 2014, sulla base delle prioritarie ed indifferibili esigenze manifestate dalle aziende sanitarie campane;

**RILEVATO**

- a. che il numero dei cessati dell'anno 2013 ammonta a 1.081 unità e dell'anno 2014 ammonta a 1.162, il tutto come da tabella che segue:

Qualifica	Cessati 2013	Assumibili (15%)	Cessati 2014	Assumibili (30%)
	Quota 2013		Quota 2014	
Dirigenti medici - Struttura Complessa				
Dirigenti medici - Struttura Semplice	184	28	190	57
Dirigenti SPTA	31	5	58	17
Comparto	866	130	914	274
OSS				
<b>Totale</b>	<b>1.081</b>	<b>162</b>	<b>1.162</b>	<b>349</b>

- b. che il costo medio determinato dai dati da conto annuale 2012, per ruolo, area contrattuale e figura professionale, prende in considerazione anche l'impatto degli oneri sociali a carico del SSR, pari al 27% del costo del lavoro, come di seguito esposto nella tabella che segue:

Costo medio da CA 2012	
Qualifica	Costo medio annuo
Dirigenti medici - Struttura Complessa	145.113
Dirigenti medici	106.528
Dirigenti SPTA	92.591
Comparto	44.345
OSS	36.617

- c. che in ragione del costo medio annuo dei detti profili, cui va aggiunto anche il costo da sostenere per l'IRAP (applicando l'aliquota di imposta del 8,55%), l'impatto economico a regime delle assunzioni di unità di personale nei limiti del 15% del cessato dell'anno 2013 e del 30% del cessato del 2014 risulta, su base annua, pari a 31.445 €/000, i cui effetti si manifesteranno prevalentemente a decorrere dall'esercizio 2016 e, quindi, oltre l'orizzonte temporale dei Programmi Operativi 2013/2015;

**CONSIDERATO**

- a. che il costo stimato di tale reclutamento, in aggiunta a quello relativo alle unità di personale reclutabili sulla base della quota del 15% del personale cessato negli anni 2011 e 2012, rientra comunque ampiamente nell'obiettivo di risparmio del costo del personale fissato dal legislatore nazionale nel costo del 2004, diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi, pari a 3.006.000 €/000;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

- b. che le Aziende dovranno far pervenire le richieste per singola figura professionale per le assunzioni relative alle quote di personale cessato negli anni 2013 e 2014, sulla base della metodologia riportata nel verbale del 10 dicembre 2012;

#### DECRETA

1. le Aziende Sanitarie del SSR della Campania sono autorizzate ad avviare le procedure di reclutamento relative al personale cessato nel 2013, pari a 162 unità, e quelle relative al personale cessato nel 2014, pari a 349 unità, previa comunicazione della Struttura Commissariale che individua per ciascuna di esse il numero consentito di assunzioni per le suddette annualità, secondo la metodologia riportata nel verbale del Tavolo e Comitato nella riunione del 10 dicembre 2012;
2. le Aziende Sanitarie dovranno attestare, prima dell'avvio delle procedure di reclutamento – con una dichiarazione espressa da inviare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute UOD 13 – il diretto collegamento tra le figure professionali che si avvieranno a reclutare e l'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza;
3. le Aziende Sanitarie dovranno rispettare pedissequamente le procedure per il reclutamento indicate nella circolare presidenziale n. 1824 del 15.4.2014;
4. di adeguare il presente decreto alle eventuali osservazioni dei Ministeri affiancanti;
5. di incaricare la UOD 13 “Personale del SSR” della Direzione Generale per la Tutela della Salute dell'esecuzione del presente provvedimento e della trasmissione alle Aziende Sanitarie del SSR e al BURC per la pubblicazione.

*Si esprime parere favorevole*  
Il Sub Commissario  
Prof. Ettore Cinque

Il Capo Dipartimento Salute e Risorse Naturali  
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale Tutela della Salute  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente ad interim UOD Personale SSR  
Avv. Antonio Postiglione

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro