Deliberazione Giunta Regionale n. 586 del 21/11/2019

Direzione Generale 4 - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Oggetto dell'Atto:

Presa d'atto e recepimento del "Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con Decreto Commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento.

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

PREMESSO che

a. la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

b. l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché di stipulare un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

c. la Giunta regionale della Campania ha adottato la delibera n. 460 del 20/03/2007 - *"Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";*

d. il Governo, con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009, ha nominato il Presidente *pro tempore* della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

e. la Regione, a prosecuzione degli interventi già definiti nel Piano di rientro di cui alla DGRC 460/2007, ha sviluppato i programmi operativi di riorganizzazione quali Patti aggiornati tra Regione e Governo per l'ulteriore implementazione delle azioni programmate per le annualità dal 2010 al 2018;

f. le verifiche trimestrali effettuate con i Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute hanno attestato progressivamente il miglioramento delle attività contabili e sanitarie e che, in particolare nel periodo 2016/2018, si è raggiunta una consolidata stabilizzazione contabile ed una marcata crescita per gli indicatori che misurano i processi assistenziali;

g. con DCA n. 99 del 14 dicembre 2018, è stato approvato il documento "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", che definisce il percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento;

h. con DCA n. 94 del 21 novembre 2019, è stato approvato il documento "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", che recepisce tutte le prescrizioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nelle riunioni congiunte del 11 aprile 2019, del 25 luglio 2019 e del 13 novembre 2019;

VISTO l'art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191, che disciplina il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria per le Regioni in piano di rientro, già commissariate;

RI' sopra esposto di dover recepire il Decreto C nbre 2019 di approvazione del "*Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191*", che definisce il percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento e l'individuazione delle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione a cui attenersi;

propone e la Giunta in conformità a voti unanimi

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che si intendono integralmente riportati

1. di **PRENDERE ATTO** del Decreto Commissariale n. 94 del 21 novembre 2019 di approvazione del "*Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191*", allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

2. di **RECEPIRE** l'indicato "*Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191"*, che definisce il percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento e l'individuazione delle direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione a cui attenersi;

3. di **TRASMETTERE** la presente deliberazione al Ministro degli Affari Regionali e Autonomie ed alla Conferenza delle Regioni e Province Autonome per l'acquisizione del parere previsto dall'art. 2, comma 78, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e per la successiva approvazione da parte del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'art. 2, comma 79, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;

4. di **TRASMETTERE** la presente deliberazione al Ministro dell'Economia e delle Finanze e al Ministro della Salute;

5. di **INVIARE** la presente deliberazione agli Uffici di Presidenza, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR e al BURC per la pubblicazione.

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 94 DEL 21.11.2019

OGGETTO: Approvazione del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191".
Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 99 del 14 dicembre 2018.

VISTA
la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA
l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA
la delibera della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 - *"Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";*

VISTA
la delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

VISTA

la delibera del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e *ss.mm.ii*.;

VISTA
la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

PREMESSO
a) che, la Regione, a prosecuzione degli interventi già definiti nel Piano di rientro di cui alla DGRC 460/2007, ha sviluppato i Programmi Operativi di riorganizzazione quali Patti aggiornati tra Regione e Governo per l'ulteriore implementazione delle azioni programmate e riferite alle seguenti annualità:
   - 2010-2011 (con DCA 25 del 13 aprile 2010);
   - 2011-2012 (con DCA 45 del 20 giugno 2011) e aggiornamento 2012 (con DCA 53 del 9 maggio 2012);
   - 2013-2015 (con DCA 108 del 10 ottobre 2014);
   - 2016-2018 (con DCA 14 del 1 marzo 2017);

b) che, durante l'esercizio del commissariamento, le verifiche trimestrali effettuate con i Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute hanno attestato progressivamente il miglioramento delle attività contabili e sanitarie e che, in particolare, nel periodo 2016/2018 si è raggiunta una consolidata stabilizzazione contabile ed una marcata crescita per gli indicatori che misurano i processi assistenziali;

VISTO l'art. 2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 che disciplina il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria per le Regioni in piano di rientro, già commissariate;

CONSIDERATO
a) che, ai sensi della normativa citata e per quanto sopra esposto, la Regione ha adottato, con il DCA 99 del 14 dicembre 2018, il documento "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191" che definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento e che individua le seguenti direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione per il prossimo triennio 2019-2021:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

- Mantenimento dell'equilibrio economico
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale)
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio
- Arruolamento e formazione continua del personale
- Riduzione della mobilità passiva

b) che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, con il verbale della riunione congiunta del 11 aprile 2019, ha chiesto di ricevere in preventiva valutazione un *"documento più approfondito e meglio strutturato che contempli in modo chiaro gli interventi organizzativi e le strategie concrete mediante le quali si intende perseguire gli obiettivi indicati"*;

c) che con nota 1374/C del 04.07.2019 è stata trasmessa al Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza una versione aggiornata ed emendata del citato "Piano triennale di sviluppo e riqualificazione del Servizio sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191", in aderenza alle richieste di cui al richiamato verbale della riunione congiunta del 11 aprile 2019;

d) che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, con il verbale della riunione congiunta del 25 luglio 2019, ha chiesto di apportare al documento programmatico ulteriori modifiche ed aggiornamenti, anche al fine di aggiornarlo "*nelle date di scadenze ormai trascorse e con i provvedimenti adottati formalmente e con i dati economici del 2018 ormai consolidati*";

e) che con nota 2103/C del 31.10.2019 è stata trasmessa al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza una versione ulteriormente aggiornata, alla luce dei rilievi di cui sopra, del "Piano triennale di sviluppo e riqualificazione del Servizio sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191";

RILEVATO

che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nella riunione congiunta del 13 novembre 2019, ha espresso parere favorevole in merito al Piano triennale nel testo inviato con nota 2103/C del 31.10.2019, con il dettato puntuale di talune minime prescrizioni;

VISTO

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

il documento allegato al presente decreto, che recepisce integralmente le prescrizioni dettate in sede di riunione congiunta del 13 novembre 2019 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza;

RITENUTO

di dover approvare l'indicato documento, così come concordato nella citata riunione del 13 novembre 2019, con decreto commissariale, quale atto conclusivo e definitivo del procedimento;

di dover inviare il presente provvedimento alla Giunta regionale per il relativo recepimento;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dagli uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del SSR

DECRETA

per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

di **APPROVARE** l'allegato "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, che definisce il percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento e che individua le seguenti direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione per il prossimo triennio 2019-2021:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Riduzione della mobilità passiva;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento:
- alla Giunta regionale per il competente recepimento;
- ai Ministeri affiancanti;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al finanziamento del servizio sanitario regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie del S.S.R. e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
e il Coordinamento del SSR
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 71 del 26 Novembre 2019

PARTE I Atti della Regione



REGIONE CAMPANIA

PIANO TRIENNALE 2019-2021

DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO EX ART. 2, COMMA 88, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191

[21 NOVEMBRE 2019] - ALLEGATO AL DCA 94/2019





fonte: http://burc.regione.campania.it

SOMMARIO

IL PERCORSO DI RISANAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO 5
Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009 5
L'avvenuto risanamento economico-finanziario 7
Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria 12

IL MODELLO DI SVILUPPO E DI RIQUALIFICAZIONE DEL SSR 14

1. PROGRAMMA 1: IL PAZIENTE AL CENTRO DEL SSR 15
1.1 Il paziente in età pediatrica 16
1.1.1 La fase preconcezionale 17
1.1.2 La fase prenatale 19
1.1.3 La tutela della nascita 20
1.1.4 I primi mille giorni e la presa in carico 22
1.1.5 L'età della transizione della presa in carico 23
1.2 Il paziente cronico e/o fragile 24
1.2.1 La presa in carico del paziente 25
1.2.2 Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS 28
1.2.3 Piano Regionale di Riorganizzazione delle cure primarie 29
1.2.4 I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali 31
1.2.5 L'assistenza domiciliare 35
1.2.6 La Salute Mentale 36
1.2.7 I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva 36
1.2.8 Le dipendenze patologiche 37
1.2.9 Le malattie rare 38
1.3 Il paziente oncologico 43
1.3.1 Implementazione delle reti oncologiche 44
1.3.2 Implementazione dei PDTA 49
1.3.3 Il paziente oncologico in età pediatrica 50
1.4 Il paziente acuto e post-acuto 51
1.4.1 Realizzazione del Piano ospedaliero 2019-2021 51
1.4.2 Adeguamento e sviluppo delle reti tempo-dipendenti 53
1.4.3 L'utilizzo appropriato della degenza post-acuta 55
1.4.4 Il sistema trasfusionale regionale 57

2. PROGRAMMA 2: LA SALUTE NELLE COMUNITÀ 61
2.1 La salute nella comunità 61
2.1.1 Monitoraggio interventi promozione alla salute 61

fonte: http://burc.regione.campania.it

2.1.2 La promozione della salute ... 62
2.1.3 La medicina di genere ... 63
2.1.4 La genitorialità consapevole ... 65
2.1.5 La salute nei luoghi di lavoro ... 67
2.1.6 La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria ... 70
2.1.7 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale ... 75
2.1.8 Mai più Terra dei fuochi: La nuova visione della Regione Campania ... 77

3. PROGRAMMA 3: LE LEVE STRATEGICHE DELLO SVILUPPO DEL SSR ... 80
3.1 Le politiche di prevenzione ... 80
3.1.1 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili ... 80
3.1.2 Prevenzione patologie oncologiche ... 83
3.1.3 Prevenzione malattie infettive e diffusive ... 86
3.2 La gestione e la valorizzazione delle risorse umane ... 88
3.2.1 I percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi ... 88
3.2.2 I fabbisogni di personale ... 89
3.2.3 Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa ... 90
3.2.4 Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative ... 92
3.2.5 Contenimento costi Specialisti ambulatoriali ... 94
3.3 Gli investimenti in sanità ... 94
3.3.1 Strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia ... 94
3.3.2 La valutazione di nuovi strumenti finanziari oltre il FSR ... 98
3.4 La politica del farmaco e dei dispositivi medici ... 100
3.4.1 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata 100
3.4.2 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie ... 101
3.4.3 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti ... 102
3.4.4 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari ... 103
3.4.5 Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata ... 104
3.4.6 Farmacia dei Servizi ... 104
3.4.7 Dispositivi medici ... 105
3.4.8 Il nuovo modello di logistica regionale ... 106
3.5 La gestione delle liste di attesa ... 106

4. PROGRAMMA 4: STRUMENTI PER LA QUALITÀ DEL SSR ... 109
4.1 Il setting assistenziale specialistico-ambulatoriale ... 109
4.2 La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore ... 110
4.3 La comunicazione sanitaria ... 114
4.4 La rete dei Laboratori di "Microbiologia e Virologia" ... 116
4.5 La rete della genetica medica ... 119

fonte: http://burc.regione.campania.it

5. PROGRAMMA 5: I RAPPORTI CON I FORNITORI DEL SSR 122
5.1 Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie 122
5.1.1 I Fabbisogni delle prestazioni sanitarie 122
5.1.2 Autorizzazioni ed accreditamenti 123
5.2 Tempestività dei pagamenti 125

6. PROGRAMMA 6: CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEL SSR 127

7. PROGRAMMA 7: MODELLO DI GOVERNANCE SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO129
7.1 Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale 129
7.2 Realizzazione del sistema Anagrafi Centrali Sanitarie e Creazione del Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA) 130
7.3 Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino 131
7.4 Analisi, Progettazione e implementazione del CUP regionale 132
7.5 Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale 133
7.6 Piattaforma di gestione dello screening oncologico 135
7.7 Sistema Informativo delle dipendenze e monitoraggio dell'assistenza riabilitativa ... 137
7.8 Cruscotti per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e del Pronto Soccorso 138
7.9 Cartella Clinica Elettronica - Hub per la fruizione dei dati clinico/sanitari nell'ecosistema SSR Campania e Catalogo CCE 139
7.9.1 Cartella Clinica Elettronica – Dashboard di supporto decisionale, moduli complementari e supporto alla diffusione 141

8. PROGRAMMA 8: L'INFORMAZIONE E L'AUDIT COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E INDIRIZZO 142

9. PROGRAMMA 9: GOVERNANCE PER IL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA 143
9.1 Assetto organizzativo del SSR 143
9.1.1 I driver fondamentali per lo sviluppo della sanità campana 143
9.1.2 La Governance regionale 143
9.1.3 Fotografia degli assetti istituzionali e modello proposto per la Regione Campania144
9.1.4 Governance delle Aziende sanitarie 148

TENDENZIALI 2019-2021 151

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il percorso di risanamento del Servizio Sanitario campano

Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009

Il Commissariamento delle Regioni in materia sanitaria, previsto dall'art. 4 comma 1 del D.L. n. 159/2007, convertito con Legge n. 222/2007, esprime il potere sostitutivo del Governo verso una Regione inadempiente, esercitato attraverso un rappresentante del Governo stesso, nominato per l'attuazione delle clausole previste nel Piano di rientro. Tale potere sostitutivo è disciplinato dall'art. 120 della Costituzione, come modificato dalla Legge n. 3 del 2001, che riforma il Titolo V.

Il Piano di Rientro della Regione Campania fu sottoscritto nel marzo 2007 e recepito con DGRC n. 460 del 20.03.2007. In quel periodo 10 Regioni sottoscrissero un Accordo per Piani di Rientro e di esse, durante la vigenza triennale dello stesso, ne vennero commissariate 5, tra cui la Campania.

Le criticità rilevate nelle Regioni Commissariate erano attinenti ad un eccesso di spesa farmaceutica e di personale, di posti letto ospedalieri, all'inesistenza pressoché totale dei servizi territoriali, ad un elevato debito frutto di disavanzi pregressi, a indicatori di inappropriatezza di varia tipologia ed assenza di qualsivoglia sistema di monitoraggio e controllo che fosse efficace.

Il Piano di Rientro per la Campania prevedeva dettagliate indicazioni vincolanti a carico della Regione, ed in particolare, tra l'altro:

- Riduzione dei contratti per spesa farmaceutica e per beni e servizi pari al 5% per 3 anni;
- Blocco del turnover dal 75% al 90% del personale cessato dal servizio, secondo le categorie professionali e riconduzione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale alla media regionale.

Al termine del primo triennio le indicazioni disposte non risultarono adempiute, con la conseguenza della nomina commissariale, corredata di delega ad acta specifici, coerenti con l'intero Piano di rientro che venne riproposto come Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati (art. 2, comma 88 L. 191/2009). Si registrarono, altresì: l'aumento dell'aliquota massima di IRPEF e IRAP, il blocco totale delle assunzioni, il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

L'esercizio del Commissariamento negli anni successivi è stato dunque regolamentato da ulteriori Programmi Operativi che costituiscono il Patto aggiornato tra Regione e Governo per il perseguimento degli obiettivi di risanamento. Verifiche periodiche effettuate con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno attestato progressivamente il miglioramento delle attività contabili e sanitarie.

Negli ultimi due anni la Regione Campania ha potuto mostrare ai Tavoli Ministeriali una nuova attendibilità e credibilità in termini di programmazione ed esiti di salute, nel processo di risanamento contabile ed assistenziale. Il recupero nel periodo 2016/2018 è caratterizzato da una consolidata stabilizzazione economico-finanziaria e da una marcata crescita per gli indicatori che misurano i processi assistenziali.

Gli adempimenti LEA, da tempo fermi all'annualità 2012, sono stati recuperati dal novembre 2017 in poi, permettendo lo sblocco di fondi sanitari pari al 3% annuo del FSR, quale quota premiale rilasciata nella disponibilità della Regione solo a seguito della verifica nazionale in ordine agli avvenuti adempimenti. Le quote

fonte: http://burc.regione.campania.it

sbloccate nell'ultimo anno sono risultate 3, con ingresso di importanti risorse per una nuova disponibilità economica a garanzia dei LEA.

Di seguito si rappresenta l'andamento del risanamento economico e della griglia LEA nell'ultimo quinquennio.

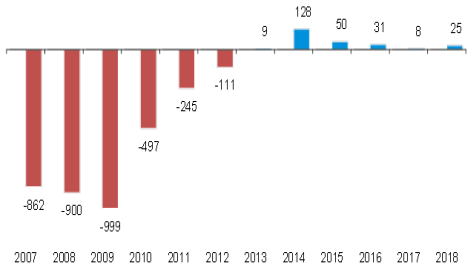


Figura 1: Risultati economici prima delle coperture anni 2007 - 2018 [€/mln]

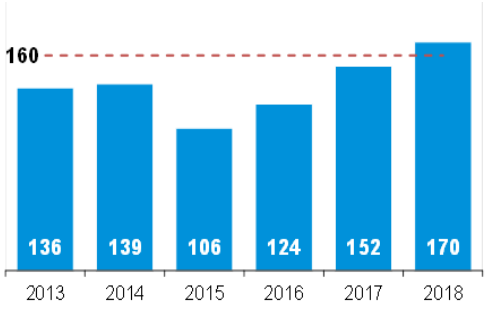


Figura 2: Evoluzione punteggio griglia LEA

I dati aggiornati e certificati al 2018 permettono alla Regione Campania di richiedere, come già verbalizzato nella seduta di verifica del 22.11.2018 e come motivato con il presente documento, l'applicazione dell'art. 2, comma 88 della Legge n. 191/2009 "***a seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale***".

Pertanto, il presente documento viene predisposto per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

L'avvenuto risanamento economico-finanziario

Con l'accordo con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, a norma dell'articolo 1, comma 180, Legge n. 311 del 2004, che prevedeva la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e/o di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), di elaborare e sottoscrivere un Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, la Regione Campania ha avviato un percorso di risanamento del disavanzo sanitario volto in primis al perseguimento dell'equilibrio economico, oltre che al miglioramento nell'erogazione dei LEA.

La fase di avvio per il risanamento del disavanzo sanitario campano ha comportato non poche difficoltà soprattutto a livello di Governance, al punto da conseguire una valutazione insufficiente del grado di attuazione del Piano di Rientro da parte del Tavolo di Verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, con conseguente nomina da parte del Consiglio dei Ministri di un Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania.

Il commissariamento, preposto all'attuazione degli interventi già definiti con il piano di rientro, ha definito i programmi operativi quale strumento per l'implementazione delle azioni programmate. Nello specifico, nel corso degli anni sono stati predisposti i programmi operativi di riorganizzazione per le annualità 2010-2011, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 25 del 13 aprile 2010; i programmi operativi 2011-2012, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 45 del 20 giugno 2011, l'aggiornamento dei programmi operativi per l'esercizio 2012, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 53 del 9 maggio 2012, i programmi operativi 2013-2015 approvati con decreto n. 108 del 10 Ottobre 2014 ed i programmi operativi 2016-2018 approvati con decreto n. 14 del 1 Marzo 2017.

Il lungo ed impegnativo percorso di risanamento, razionalizzazione e riqualificazione fin qui compiuto ha portato il Servizio Sanitario Regionale, anche grazie all'efficacia dell'azione di affiancamento garantita in questi anni dai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute, a conseguire condizioni strutturali e durature di equilibrio economico.

La Regione Campania a partire dall'anno 2013 e fino al 2018, come certificato dai Tavoli di Verifica ministeriali, ha raggiunto una situazione strutturata di sostanziale equilibrio, riuscendo quindi nel difficile processo di risanamento dei propri conti e nella puntuale e tempestiva attuazione degli interventi di riequilibrio previsti dal piano.

Le azioni intraprese negli ultimi anni dalla Regione Campania e dalle Aziende Sanitarie, hanno consentito da un lato il raggiungimento dell'equilibrio economico e dall'altro il rafforzamento delle situazioni patrimoniali delle Aziende Sanitarie e del Consolidato regionale, in particolare, attraverso un'importante attività di sistemazione contabile che ha di fatto consentito un notevole miglioramento della qualità dei dati contabili.

Tra i risultati meritevoli di nota, in quanto rilevanti sia per la Regione che per le Aziende Sanitarie in termini di lavoro e tempo profuso per il perseguimento degli stessi, si rilevano:

- Le coperture integrate dalle partite pregresse degli Enti del SSR. Tale situazione è già rappresentata nel Bilancio al 31.12.2016;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- La strutturazione del processo di gestione del contenzioso in capo ai singoli Enti del SSR, che ha visto da un lato il completamento delle attività della Due Diligence del Fondo Rischi con conseguente ricognizione analitica del contenzioso in capo ai singoli Enti del SSR e relativa valutazione di congruità del fondo rischi al 31.12.2016 e dall'altro una gestione sistematica ed omogenea del contenzioso da parte dei singoli Enti attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica e di procedure di rilevazione e valutazione del contenzioso comune;
- Il ridimensionamento, quasi azzeramento, del fenomeno della mancata regolarizzazione delle carte contabili per pignoramenti passate da ca. 850.000 €/000 al 31.12.2009 a ca. 13.288 €/000 al 31.12.2018;
- Il completamento del processo di passaggio di tutti gli Enti del SSR campano al nuovo sistema informatico SAP previsto nell'ambito del progetto di cui l'ex art. 79 Legge n. 133/2008, che consentirà di fornire ulteriore impulso in termini sia di rafforzamento della struttura patrimoniale delle Aziende sia in termini di miglioramento della qualità dei dati contabili.

Anche dal punto di vista finanziario è notevole il miglioramento rilevato soprattutto nell'ultimo triennio, in termini di ridimensionamento del livello di indebitamento commerciale del SSR riportato a livelli fisiologici, con previsione d'ulteriore riduzione nel breve periodo. Tale ridimensionamento è riconducibile oltre che all'effetto delle maggiori disponibilità finanziarie garantite dall'anticipazione di liquidità (di cui al D.L. n. 35/2013) e dallo smobilizzo di quote di perdite pregresse, anche da incisive manovre di rivisitazione ed aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili, che hanno consentito di ridurre i tempi di inefficienza amministrativa con effetto anche sulla contrazione dei tempi di pagamento.

Con riferimento ai risultati economici consolidati del SSR campano degli anni 2007-2018, si evidenzia l'inversione di tendenza degli stessi a partire dall'anno 2013. Tale fenomeno è ancora più rilevante se si considera che a partire dall'esercizio 2014, i risultati positivi di gestione a livello consolidato, certificati anche dai Tavoli di Verifica, hanno consentito di liberare le quote di manovre fiscali a ripiano del disavanzo sanitario a favore del bilancio regionale.

Di seguito si riporta, sotto forma grafica, l'andamento delle principali voci di costo da Conto Economico per gli anni 2007-2018, dalla cui analisi si evince quanto finora esposto:

fonte: http://burc.regione.campania.it

a) Costo del Personale

Di seguito si riporta l'andamento delle consistenze di personale ed il relativo costo per gli anni 2007-2018:

ANDAMENTO TESTE DEL PERSONALE			
Nome Azienda	Teste 2007	Teste 2018	Δ 2007 - 2018
	A	B	C=B-A
ASL AVELLINO	2.347	1.564	-783
ASL BENEVENTO	1.617	1.081	-536
ASL CASERTA	6.046	4.524	-1.522
ASL NAPOLI 1 CENTRO	10.773	6.247	-4.526
ASL NAPOLI 2 NORD	4.158	3.418	-740
ASL NAPOLI 3 SUD	6.442	4.335	-2.107
ASL SALERNO	10.129	6.871	-3.258
AO CARDARELLI	3.783	2.923	-860
AO SANTOBONO	1.263	1.127	-136
AO COLLI	2.299	2.086	-213
AOU RUGGI	2.221	2.893	672
AO MOSCATI	1.655	1.566	-89
AO SAN PIO	1.355	1.266	-89
AO SAN SEBASTIANO	1.610	1.288	-322
AOU L. VANVITELLI	36	37	1
AOU FEDERICO II	39	520	481
IRCCS PASCALE	730	770	40
TOTALE	56.503	42.516	-13.987

Tabella 1: Andamento consistenze del personale

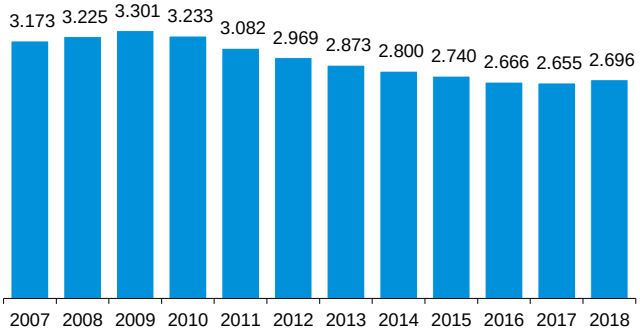


Figura 1: Costo Personale anni 2007 – 2018 [€/mln]

Come evidenziato in Figura 1, nel corso dell'ultimo decennio il costo del Personale del SSR campano si sia drasticamente ridotto, tale riduzione è imputabile al totale blocco del turn-over del personale a cui la Regione è stata sottoposta dall'anno 2010 fino all'anno 2014 in attuazione a quanto disposto in materia dalla Legge n. 191/2009, oltre che a misure regionali di contenimento dei costi applicati dalle Aziende Sanitarie nel corso degli ultimi anni sulle componenti accessorie di reddito.

b) Prodotti Farmaceutici

In Figura 2 si evidenzia il costo dei **Prodotti Farmaceutici** per gli anni 2007 – 2018:

Dal grafico è evidente il notevole incremento dei costi per prodotti farmaceutici a partire dall'anno 2015.

Tale incremento è riconducibile alla messa in commercio di nuovi farmaci sperimentali oncologici e per la cura dell'Epatite C, oltre che all'aumento della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e al potenziamento della distribuzione dei farmaci in PHT.

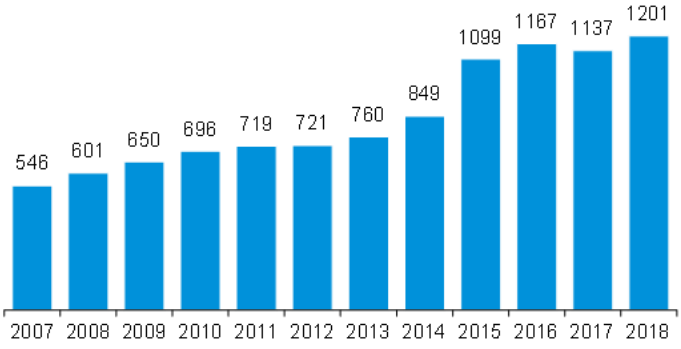


Figura 2: Prodotti farmaceutici anni 2007 - 2018 [€/mln]

c) Servizi sanitari e non sanitari

In Figura 3 si evidenzia il costo dei **Servizi non sanitari** per gli anni 2007-2018:

Il grafico mostra come dall'anno 2007 i costi sostenuti per beni e servizi si siano ridotti.

Tale riduzione è imputabile principalmente alle attività poste in essere dalle Aziende Sanitarie per la rinegoziazione dei contratti con conseguente riduzione dei prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, in applicazione del D.L. n. 78/2015 (Spending Review).

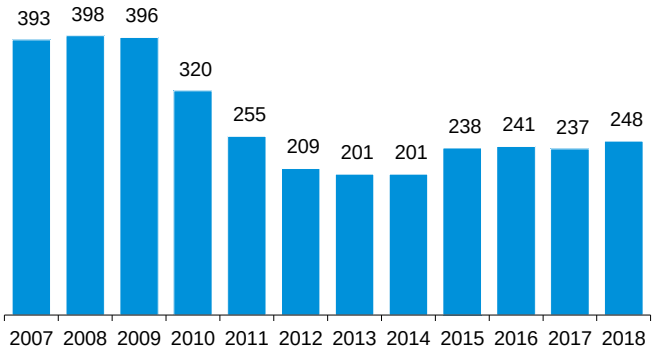


Figura 3: Servizi non Sanitari anni 2007 - 2018 [€/mln]

In Figura 4 si evidenzia il costo dei **Servizi sanitari** per gli anni 2007-2018:

Il grafico mostra un andamento crescente dei costi dei servizi sanitari, imputabile principalmente al ricorso a forme alternative di lavoro (ad es. prestazioni aggiuntive).

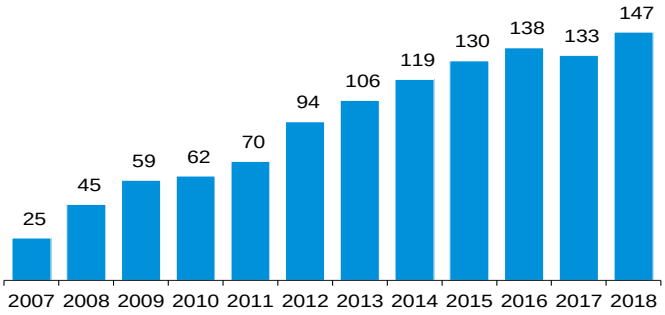


Figura 4: Servizi Sanitari anni 2007 – 2018 [€/mln]

fonte: http://burc.regione.campania.it

Con riferimento agli aspetti patrimoniali, si riporta di seguito l'andamento dell'indebitamento commerciale dagli anni 2007-2018.

In particolare, la Figura 5 mostra un sostanziale miglioramento dell'indebitamento commerciale soprattutto a partire dall'anno 2013.

Tale riduzione rappresenta l'effetto, in particolare per gli anni 2013-2014, delle azioni poste in essere in attuazione del D.L. n. 12/2011 e del D.L. n. 35/2013 convertito in legge n. 64/2013, oltre che delle attività di riconciliazione delle partite debitorie effettuate dalle singole Aziende del SSR, come ad esempio l'attività di regolarizzazione delle carte contabili.

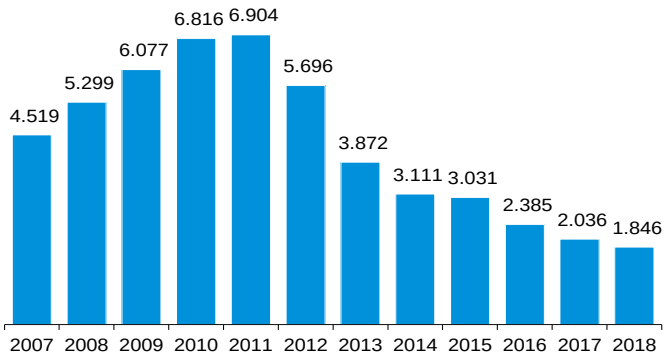


Figura 5: Costo Debiti verso Fornitori anni 2007 – 2018 [€/mln]

La contrazione dell'indebitamento commerciale ha quale primario effetto la riduzione dei tempi di pagamento, come rilevato dalla Piattaforma Crediti Commerciali (PCC).

In Figura 6 si evidenza l'andamento dei tempi medi di pagamento dei fornitori per gli anni 2015 – 2018 a livello consolidato di SSR.

Si precisa che i tempi medi sono stati calcolati in riferimento ai pagamenti relativi ai debiti sorti nell'anno di competenza.

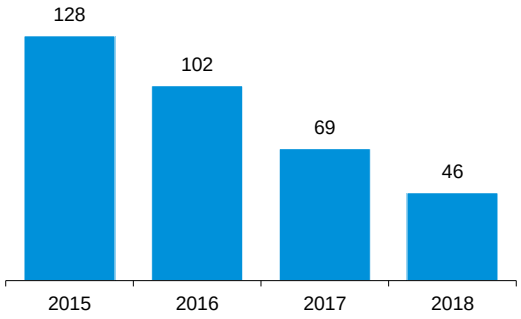


Figura 6: Tempi medi di pagamento anni 2015- 2018 (n. GG)

Codice AA.SS.	Descrizione	2015	2016	2017	2018
201	ASL AVELLINO	114	114	88	56
202	ASL BENEVENTO	95	95	69	58
203	ASL CASERTA	85	85	77	33
204	ASL NAPOLI 1 CENTRO	77	77	99	60
205	ASL NAPOLI 2 NORD	121	121	89	58
206	ASL NAPOLI 3 SUD	82	82	65	46
207	ASL SALERNO	82	82	43	47
901	AO CARDARELLI	122	122	136	49
902	AO SANTOBONO	93	93	34	13
903	AO DEI COLLI	100	100	46	42
904	AOU RUGGI	94	94	44	49
905	AO MOSCATI	18	18	16	41
906	AO RUMMO	205	205	80	44
907	AO SAN SEBASTIANO	91	91	97	53
908	AOU VANVITELLI	149	149	82	72
909	AOU FEDERICO II	100	100	52	42
910	IRCCS PASCALE	110	110	57	42

Tabella 2: Tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie Campane anni 2015 – 2018 – dati da PCC (Piattaforma crediti Commerciali)

Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria

Nel triennio 2019 – 2021 si rende necessario, nell'ambito del complesso processo di risanamento del Servizio Sanitario Regionale, proseguire l'azione di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Tale miglioramento è da perseguirsi attraverso la continua realizzazione di una serie articolata di obiettivi che vanno dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, alla sicurezza e alla appropriatezza dei percorsi diagnostici - terapeutici.

In tema di valutazione della qualità dell'assistenza un posto di rilievo occupano la Griglia LEA e gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE).

La Regione Campania continuerà, attraverso l'utilizzo degli strumenti innanzi descritti, a garantire e a migliorare sempre più la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), così come comprovato in questi ultimi anni nei quali si è registrato un superamento delle criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei LEA e degli adempimenti connessi al piano di rientro.

Nello stesso periodo la Regione Campania ha evidenziato un progressivo incremento della qualità dell'assistenza conseguendo risultati di miglioramento in una buona parte delle aree cliniche tradizionalmente critiche del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Tutto ciò anche grazie alla realizzazione di un cruscotto direzionale regionale che attraverso la raccolta di una serie di informazioni, opportunamente elaborate e rappresentate, consentono di leggere gli aspetti qualitativi connessi all'assistenza sanitaria, inclusi quelli dell'appropriatezza e di costo, e laddove possibile, degli outcome. La valenza di uno strumento "diagnostico", come il Cruscotto Regionale, è data dalla capacità di misurare tempestivamente il grado di qualità, efficienza ed equità con cui viene erogata l'assistenza sanitaria nella nostra Regione e di rilevare come le Aziende Sanitarie stiano rispondendo agli interventi strutturali messi in atto, finalizzati ad assicurare ai cittadini campani le migliori cure, orientando le decisioni di politica sanitaria sulla base delle evidenze.

In termini di assistenza, si registra un netto miglioramento per le annualità 2016-2018, rilevabile attraverso i punteggi raggiunti in termini di Griglia LEA. Nello specifico, la Regione Campania è passata da un punteggio in Griglia LEA pari a 124 per l'annualità 2016, ad un punteggio pari a 152 rilevabile per l'annualità 2017 e pari a 170 nel 2018.

Nello specifico, il monitoraggio in tempo reale, effettuato attraverso il Cruscotto Direzionale Regionale, consente di rilevare dei consistenti miglioramenti per gli indicatori relativi all'assistenza ospedaliera e agli indicatori relativi all'appropriatezza dei ricoveri.

Il Cruscotto Direzionale, nelle disponibilità della Regione, transiterà nel sistema informativo SINFONIA (Cfr. Programma 7).

Si riporta di seguito l'andamento della griglia LEA del triennio 2016-2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Indicatore			Dato 2016	Dato 2017	Dato 2018
N. ind.	Livello di assistenza	Definizione	Punteggio finale	Punteggio finale	Punteggio finale
1	Prevenzione	1.1 Vaccini (3 dosi)	6	9	9
		1.2 Vaccini (1 dose)	0,9	1,8	1,8
		1.3 Vaccinati per influenza età >= a 65 anni residenti	0,6	0,6	1,2
2	Prevenzione	Screening di primo livello per cervice, mammella e colon retto	0	0	0
3	Prevenzione	3.1 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	na	na	na
		3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	5,4	5,4	5,4
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	3,6	3,6	3,6
5	Prevenzione veterinaria e alimentare	5.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	1,2	0	0
		5.2 Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina	0	2,4	2,4
		5.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	0,9	0,6	0
6	Prevenzione veterinaria e alimentare	6.1 Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal PNR	2,7	2,7	2,7
		6.2 Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione di alimenti	0	0	0
		6.3 Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali; percentuale dei campioni previsti	0,9	0,9	1,8
7	Distrettuale	Condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario	na	0	0
		7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	3,54	3,54	5,28
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco	3,54	5,31	5,28
8	Distrettuale anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	21,15	21,15	21,12
9	Distrettuale anziani	9.1 Posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali	3,51	3,51	3,52
		9.2 Posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali	0,87	0,87	0,88
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	1,77	1,77	0
		10.1.2 Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	3,15	3,15	3,17
		10.2.1 Posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili	0	0	0
		10.2.2 Posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili	1,08	1,08	1,06
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	4,41	4,41	13,2
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	3	3	4,5
13	Distrettuale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	5,31	5,31	5,28
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	10,53	10,53	10,56
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	9	13,5	13,5
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	3	6	6
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0	1,5	1,5
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	na	na	0
17	Ospedaliera	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	7,5	15	22,5
18	Ospedaliera	18 Percentuale parti cesarei primari	4,5	na	0
		18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	na	3	3
		18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	na	1,5	1,5
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	5,49	5,49	5,5
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	4,5	9	9
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	6	6	6
			124	**152**	**170**

Tabella 3: Griglia LEA

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il modello di sviluppo e di riqualificazione del SSR

Il presente Piano esplicita l'avvio di un percorso che conduce gradualmente la Regione Campania a riportare al suo interno i poteri di programmazione sanitaria, attraverso l'uscita dal commissariamento.

A tal fine la Regione Campania in ottemperanza alle normative nazionali e alle disposizioni dei Ministeri affiancanti in sede di Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha già trasmesso la proposta di riorganizzazione della Rete Ospedaliera dell'Emergenza Urgenza in adesione al D.M. n. 70/2015, nel rispetto degli standard nazionali.

Nel triennio 2019-2021 la Regione Campania intende proseguire nel modello di verifica e controllo trimestrale, così come condotto finora dai Ministeri affiancanti, per uno stretto monitoraggio degli indicatori economico-finanziari e sanitari, facendo proprio il sistema finora condiviso con i Ministeri, con uguale rigore metodologico e periodicità prestabilita.

I principi ispiratori del presente Piano, predisposto nel 40' anniversario della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sono rappresentati da forti valori fondanti, quali universalità e solidarietà, resi coerenti con l'attuale situazione epidemiologica regionale, orientata a nuovi bisogni e supportata da nuove offerte assistenziali, soddisfacendo nuovi indicatori di qualità, e rimanendo nell'alveo del contenimento e del rigore della gestione economica - finanziaria già dimostrati.

I driver fondamentali su cui sviluppare la sanità campana nel prossimo triennio 2019-2021 sono:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano Esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione di reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Riduzione della mobilità passiva.

fonte: http://burc.regione.campania.it

1. Programma 1: Il paziente al centro del SSR

Il nuovo paradigma intorno al quale ruota l'intero Piano 2019-2021 è costituito dal "Paziente al Centro del Sistema", paziente/cittadino che diventa il fattore chiave per migliorare l'intero sistema sanitario regionale.

L'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione ai suoi bisogni, ai suoi valori a garanzia delle decisioni cliniche prese in suo favore. Solo seguendo questo modello e programmando il sistema intorno al paziente, la Regione Campania consoliderà percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione che rispettino l'interesse di salute del paziente, capaci di esprimersi nel tempo come miglioramento di outcome in termini di qualità di vita, sopravvivenza, accompagnandosi per l'amministrazione ad una appropriatezza di spesa ed un costante equilibrio finanziario.

Questo presupposto richiede un complessivo riorientamento di condizioni organizzative, dotazioni tecnologiche e logistiche, azioni di monitoraggio e valutazione che saranno coerenti ed efficaci, pur nei diversi setting e nelle multiformi complessità, solo se avranno tutte, al centro, il paziente.

"Il paziente al centro" non è una scelta di maniera o solo una proclamazione di intenti ma costituisce il presupposto per un impianto di sistema strutturato e ridisegnato con coerenza e corrispondenza, e deve essere riproposto in tutte le determinazioni e gli atti che la Regione Campania assumerà d'ora in poi, a partire dall'individuazione dei propri obiettivi, a cascata calati sulle Dirigenze aziendali chiamate alla operatività.

Il cambio di paradigma appare tuttavia una necessità di sistema, anche a livello nazionale, necessario per affrontare le sfide che si profilano per l'intero SSN, derivate dalle transizioni in corso. E' sempre più evidente infatti che anche nel Sistema Sanitario Nazionale c'è un mutamento di prospettiva: da una focalizzazione di programmazione basata sulle strutture fisiche (ospedali, ambulatori, etc.) si procede da più parti verso modelli basati su percorsi, continuità dell'assistenza, orientati a gruppi di patologie. Di fronte al fenomeno ormai pluriennale delle risorse finanziarie stanziate per il Welfare, che vedono quelle dedicate al SSN in lento ma costante decremento (sono scivolate dal 24% della spesa totale nel 2010 al 21,9% nel 2016, mentre la spesa assistenziale passa dall'8% del 2010 al 10% del 2016), la forte spinta della spesa per long-term care (LTC), che comprende tutte le forme di cura della persona e di assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati di natura continuativa, richiede necessariamente interventi di natura riorganizzativa. In questo quadro di contingentamento delle risorse disponibili, emergono crescenti criticità nell'accesso ai servizi di fronte alle transizioni in corso nel panorama sanitario campano che hanno generato un disequilibrio di sistema:

- La transizione demografica con un quadro epidemiologico in cambiamento per la crescita costante dell'età media degli italiani e dei campani, con un progressivo incremento delle cronicità anche per patologie prima circoscritte all'ambito delle acuzie (come ad esempio alcune malattie infettive o quelle oncologiche), non accompagnato ad un miglioramento della qualità di vita;
- La transizione tecnologica con l'immissione continua sul mercato di farmaci, tecnologie e dispositivi diagnostici e terapeutici sempre più costosi, seppure efficaci, che necessitano di stringenti procedure di HTA per la valorizzazione dell'impatto di efficacia e della concomitante sostenibilità del sistema;
- La transizione informatica, anello indispensabile di congiunzione dei sistemi nel SSR, ancora in perfezionamento e in valorizzazione per il necessario utilizzo quotidiano nei processi di programmazione e di management e per un accesso fruibile del cittadino.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La reingegnerizzazione del SSR deve dunque tener conto delle tipologie di pazienti che richiederanno servizi e prestazioni nel prossimo futuro e delle mutazioni delle infrastrutture di sistema che contestualmente dovranno sorreggerne lo sviluppo.

È con questa premessa che va letto e interpretato il presente Piano, nel quale ogni cittadino troverà la propria collocazione nel SSR e la risposta ai propri bisogni, ricostruita in processi di cura predefiniti, rispondenti alle più moderne evidenze scientifiche, arricchiti di multidisciplinarietà e multidimensionalità tali da rendere efficiente ma praticabile il sistema. In tale sistema le reti professionali, cliniche, assistenziali, diagnostiche e terapeutiche sono la base su cui progredire e risanare, per voltare pagina e riprendersi una capacità di programmare il proprio futuro, nella certezza di poter esercitare le scelte a cui un governo regionale è chiamato per propria natura e per mandato conferito dal popolo stesso. E per la tipologia della popolazione a cui rispondere, si privilegia la difesa del principio universalistico di questo SSR, coniugato alla progressione nella innovazione per contrastare viaggi della speranza (o peggio il fenomeno della mobilità passiva) e alla capacità di gestire l'inesorabile invecchiamento che appesantisce il welfare e le famiglie.

"Il paziente al centro" diventa una modalità di pensiero, diventa la via d'uscita ai problemi ed ai quesiti quotidiani, diventa mood aggregatore universale.

Le classificazioni che seguono sono state prescelte proprio in considerazione delle diverse tipologie di pazienti che affollano le nostre strutture e che vengono accolte in quanto orientate dal problema e non dal luogo di esercizio sanitario. Aggregazioni di problematicità permettono una ricostruzione di attività per complessità e intensità di cure, più che per monospecialità, dal momento che siamo convinti che la medicina non è un'arte solitaria ma da professare in team.

1.1 Il paziente in età pediatrica

Il minore è il soggetto con età fino a diciotto anni (Convenzione di New York per i Diritti del Fanciullo del 1989, come ratificata con la Legge 27 maggio 1991, n. 176) e ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di poter accedere a cure sanitarie dedicate ed appropriate ai suoi bisogni, condizione essenziale in tutte le fasi della vita, in particolare per l'età evolutiva.

Il riconoscimento della "specificità pediatrica" nell'ordinamento sanitario si basa sulla peculiarità del bisogno del bambino e delle sue malattie, che anche prevede un forte e pieno coinvolgimento della famiglia nella relazione di cura.

Le migliorate condizioni di vita instauratesi progressivamente a partire dal dopoguerra, unitamente ad alcuni indiscutibili progressi nel campo della medicina, sono stati responsabili di un sostanziale cambiamento nelle patologie più frequentemente causa di morbosità e mortalità in età pediatrica, con la drastica riduzione di casi gravi associati a patologie infettive/parassitarie, malattie respiratorie e gastroenteriche.

Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria delle cure primarie (cura delle patologie acute non complesse che pure rimangono causa frequente di consultazione) sono dunque emerse nuove priorità nell'assistenza primaria:

- Minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse. L'aumento della sopravvivenza di neonati altamente pretermine (<32 sett. di età gestazionale), il miglioramento della assistenza specialistica per i bambini con patologia grave e il maggiore passaggio in cura dall'ospedale all'area delle cure primarie, sono alla base di questo fenomeno;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale.

Questi pazienti rappresentano ormai il “core” dell’attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi ad hoc progettati per la loro assistenza.

La migrazione sanitaria in età evolutiva, rappresenta per la Regione un fenomeno rilevante da contrastare.

E’ dunque fondamentale ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche nell’infanzia attraverso lo sviluppo di centri aziendali interdisciplinari al fine di offrire ai bambini e alle loro famiglie le migliori cure non solo tecniche ma anche “relazionali ed educative” nel luogo più vicino alla loro abitazione, potenziare la/le struttura ospedaliera pediatrica regionale come centro di riferimento capace di dare risposte ai piccoli pazienti con patologie ad elevata complessità.

La Regione Campania, per il triennio 2019-2021 si è data i seguenti obiettivi:

- L'integrazione tra ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale;
- L’assistenza territoriale necessita quindi di essere rimodulata, per rispondere ai bisogni di cura dei bambini/adolescenti e per favorire l’adeguamento professionale e formativo del pediatra, degli infermieri e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure al paziente pediatrico. Allo stesso modo è necessario definire una rete socio sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del bambino e dell’adolescente;
- Promuovere ed adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a Linee Guida (SNLG) scientificamente validate, orientati all’appropriatezza e alla qualità delle prestazioni erogate, nonché ad implementare sistemi di monitoraggio delle attività per definire, attraverso l’individuazione di idonei indicatori, le ricadute clinico assistenziali delle attività stesse, la loro appropriatezza, efficacia, efficienza e sicurezza, in modo da rendere misurabili i volumi di attività delle Strutture e la qualità in ambito organizzativo, gestionale, professionale e tecnico.

Tutto questo si realizza attraverso l'area pediatrica e le sue specifiche fasi cioè l'ambiente in cui il sistema sanitario si prende cura del neonato, del bambino e dell'adolescente, costituito da strutture e personale con caratteristiche peculiari per l'età evolutiva (Progetto obiettivo materno-infantile G.U. 7.6.2000 n. 131).

1.1.1 La fase preconcezionale

La fase preconcezionale ha l’obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell’apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente.

La Regione Campania si prefigge l’obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.

Le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

La Regione Campania ha assegnato un finanziamento di 4.000 €/000/anno, alle Aziende Sanitarie Locali, per incrementare e riqualificare le attività consultoriali rivolte alla tutela della salute della donna, del bambino, dell'adolescente e della famiglia, con l'obiettivo di dare risposta rapida ai bisogni di salute. L'apertura di almeno uno spazio ad accesso diretto, senza richiesta del medico curante, consente ai giovani adulti la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale).

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni

- Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni/totali

b. Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità

- Numero AASSLL che attivano un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni azienda

c. Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare

- Numero di consultori che attivano un progetto di promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva all'interno degli spazi dedicati alla prevenzione

d. Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia

- Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

b. Entro Giugno 2020 - 25% delle AASSL
Entro Dicembre 2020 - 50% delle AASSLL
Entro Dicembre 2021 – 75% delle AASSLL

c. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

fonte: http://burc.regione.campania.it

d. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

1.1.2 La fase prenatale

Le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie. L'adozione di pratiche appropriate e tempestive basate sulle evidenze scientifiche, nell'ambito delle cure prenatali può contribuire a migliorare e a salvare vite. In modo particolare, l'assistenza in gravidanza fornisce anche l'opportunità di comunicare con le donne, le famiglie e le comunità e sostenerle in un momento particolare della vita.

La fase di concepimento e la successiva gravidanza hanno una particolare importanza per l'adattamento e per costruire la salute di base del bambino. I nove mesi prima della nascita hanno un'influenza pregnante sulla salute in età avanzata.

Ogni gravidanza e nascita ha un suo percorso e una sua variabilità clinica, organizzativa ed emotiva. Tuttavia, è compito pubblico quello di rendere il percorso meno accidentato possibile, riducendo i fattori di stress, rendendo disponibili le informazioni, alimentando le competenze dei neo genitori, riducendo ansia e dolore, favorendo la prosecuzione di un sostegno assistenziale e umano anche dopo l'uscita dalle strutture sanitarie e bilanciando le esigenze e gli standard di sicurezza clinica con il riconoscimento della nascita, salvo casi specifici, come un fenomeno naturale e non come una malattia.

Durante la gravidanza, parto e primo anno di vita sono in gioco le basi della salute fisica, psichica e relazionale dei bambini e futuri cittadini, la salute della società e pertanto sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.

Obiettivi e Indicatori

a. Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne

- Numero linee di indirizzo regionali emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno)

b. Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali

- Numero di Aziende Sanitarie Regionali che attivano la diagnostica prenatale

c. Aumento fino al 15 % del numero della donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP

- Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP (aumento del 15%)

d. Riduzione di almeno il 20% delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB)

- Monitoraggio delle sepsi precoci da SBEGB

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori

- Numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2021
e. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

1.1.3 La tutela della nascita

La gravidanza ed il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità confidando nella qualità del Servizio Sanitario Regionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Per questo motivo, la Regione Campania sta investendo risorse per ottimizzare il percorso nascita e garantire agli utenti equità nell'offerta di servizi, con un forte impegno contro gli elementi di inappropriatezza dell'assistenza sanitaria.

Allo scopo di rendere più sicuro e al tempo stesso di "umanizzare" il percorso nascita, la Regione Campania intende rafforzare nel prossimo triennio un percorso della gravidanza e del parto rendendo la donna protagonista, insieme al suo piccolo, del parto/nascita e accompagnandola durante il parto e nell'accoglienza al bambino.

Integrazione ospedale-territorio attraverso l'utilizzo di un sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato su piattaforma Regionale, l'implementazione dei Corsi di Accompagnamento alla nascita e un Libretto della gravidanza condiviso e informatizzato contribuiranno ad un ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.

La verifica degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall'accordo Stato-Regione del 16 dicembre 2010, dei Punti Nascita pubblici e accreditati presenti sul territorio e la razionalizzazione progressiva dei Punti Nascita con numero di parti inferiori a 1.000/anno consentirà di aumentare gli standard qualitativi assistenziali e di migliorare l'intero percorso della tutela della nascita.

Obiettivi e Indicatori

a. Garantire l'utilizzo di un sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato (su piattaforma regionale) che funga anche da strumento di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali, prevedendo un "percorso unificato", con continuità delle cure, individuando una cartella dedicata

- Realizzazione della piattaforma informatizzata regionale
- Produzione da parte del comitato percorso nascita regionale di una cartella condivisa ospedale-territorio

b. Garantire una diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio e allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la depressione post-partum

- Numero di percorsi formativi attivati per ASL

fonte: http://burc.regione.campania.it

c. Favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati facilitando il ritorno al territorio, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio

- Numero dimissione effettuati in regime di Home visiting
- Numero di consultori che effettuano Home visiting

d. Creazione di un libretto multilingue della gravidanza parto e puerperio

- Realizzazione da parte del Comitato Percorso Nascita regionale del libretto della gravidanza multilingue

e. Garantire l'accoglienza del neonato con il contatto pelle a pelle (skin to skin) in Sala Parto (SP) e Sala Operatoria (SO)

- Numero Punti Nascita che hanno attivato contatto pelle a pelle in SP e SO

f. Incrementare fino al 20% il numero di strutture che applicano il rooming-in 24 H, per favorire il naturale instaurarsi del rapporto mamma-bambino e l'avvio dell'allattamento

- Numero di strutture che applicano il rooming-in 24 H

g. Formalizzare specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA VBAC (parto spontaneo dopo cesareo); PTDA EPP (gestione emorragia post partum); PTDA (disordini ipertensivi in gravidanza)

- PDTA emanati e implementati

h. Carta dei servizi per il percorso nascita

- Produzione della Carta dei servizi in tutte le Aziende dotate di punto nascita

i. Verifica degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall'accordo Stato- Regione del 16 dicembre 2010, dei Punti Nascita pubblici e accreditati presenti sul territorio

- Numero dei Punti Nascita che hanno raggiunto gli standard operativi ministeriali

j. Approvazione di un nuovo documento di programmazione dei Punti Nascita regionali

- Approvazione nuova programmazione dei Punti Nascita regionali

k. Razionalizzazione progressiva dei PN con numero di parti inferiore a 1.000/anno, anche attraverso collegamenti funzionali

- Numero di Punti Nascita che condividono spazi e attività professionali funzionalmente collegate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2021
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2021
f. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
g. Entro Dicembre 2021
h. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021 (carta Servizi)

fonte: http://burc.regione.campania.it

i. Entro Aprile 2020
j. Entro Giugno 2020
k. Entro Dicembre 2021

1.1.4 I primi mille giorni e la presa in carico

Il presente paragrafo fa riferimento ai “primi mille giorni di vita” relativi alla sola fase post-natale in quanto la fase pre-natale è già stata dettagliata nel paragrafo 1.1.2 con specifici obiettivi e indicatori.

Il futuro della salute di un bambino si costruisce nei "primi 1.000 giorni di vita", per cui il termine "prevenzione primaria" risulta fondamentale per le malattie non trasmissibili, come obesità, diabete mellito, tumori, malattie metaboliche, cardiovascolari e dello sviluppo neurocognitivo.

E’ dunque importante raccomandare ai genitori la prevenzione prima del concepimento, l’importanza del latte materno, delle vaccinazioni, dell’attenzione agli agenti inquinanti, dell’utilizzo degli strumenti multimediali, l’importanza della lettura precoce e della musica in culla.

Questi principi sono programmati e in parte già operativi in ottemperanza del piano regionale della prevenzione 2016-2019.

La Regione Campania si impegna a proseguirne l’applicazione nel triennio 2019-2021, fatte salve eventuali integrazioni previste dal prossimo Piano Nazionale della Prevenzione PNP, in corso di adozione.

Obiettivi e Indicatori

a. Promuovere azioni per la tutela della salute materna-fetale nel periodo post-natale mediante appositi interventi di formazione pediatrica e genitoriale sulle diverse dimensioni dello sviluppo del bambino (cognitiva, emotiva, sociorelazionale, sensoriale e motoria), sullo sviluppo precoce del cervello, le sue fasi sensibili e i fattori che influenzano lo sviluppo, sugli aspetti socio-educativi che riguardano lo sviluppo del bambino prematuro e sulle situazioni particolari che riguardano migrazioni, povertà, maltrattamento, adozioni, separazione, lutto e famiglie monoparentali

- Numero di corsi regionali attivati per formatori aziendali sui primi 1.000 giorni di vita
- Numero di corsi attivati presso le AASSLL
- Aumento fino al 10% dell’allattamento esclusivo al seno al 3° e 6° mese di vita

b. Sviluppare linee di indirizzo e strumenti essenziali per la promozione e la valutazione dello sviluppo neuro-evolutivo da utilizzare nel compilare i bilanci di salute da 0 a 3 anni di vita e favorire interventi precoci circa le buone pratiche su allattamento al seno (aggiornamenti sui benefici e sulla posizione; baby friendly community initiative), alimentazione, musica, gioco e lettura

- Informatizzazione dei bilanci di salute compilati da parte del PLS

c. Promuovere e sostenere programmi di vaccinazioni attraverso le competenze genitoriali

- Interventi di promozione delle vaccinazioni attivati presso le AASSLL

d. Garantire la presa in carico delle dimissioni precoci (inferiori a 48 ore) attraverso le Home visiting

- Almeno il 30% dei Punti Nascita per anno

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Attivazione corsi regionali per formatori aziendali),
Entro Dicembre 2020 (Attivazione di corsi specifici presso almeno 4 delle AASSLL regionali),
Entro Dicembre 2021 (Attivazione di corsi specifici presso tutte le AASSLL),
Entro Dicembre 2020 (allattamento 3° e 6° mese)
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

1.1.5 L'età della transizione della presa in carico

L'interesse per la fase di "transizione" e la necessità di approfondire tutti gli aspetti ad essa correlati, nascono fondamentalmente da tre ordini di fattori:

- Aumento dell'aspettativa dei piccoli pazienti con gravi malattie;
- Rivalutazione del concetto di "cura";
- Frammentazione della gestione medica.

Tra le criticità si rileva la mancanza di comunicazione tra pediatri ed internisti/specialisti dell'adulto, unitamente alle rispettive differenze nella gestione e nel trattamento della patologia cronica.

È da considerare centrale l'assistenza adolescenziale accanto a quella pediatrica. Attualmente l'adolescente viene comunemente accolto in strutture dell'adulto con evidenti problemi di accoglienza, conformata più ad una popolazione adulta.

La transizione ai servizi per adulti può dunque risultare particolarmente problematica comportando anche disagio per i pazienti e le famiglie e talora un peggioramento clinico ed evolutivo.

La Regione Campania individua come obiettivi fondanti l'adozione di due modelli:

- Il modello disease-based che consente a ragazzi con specifiche patologie di transitare per un determinato periodo in un ambulatorio co-gestito da un sub-specialista pediatra e da uno specialista dell'adulto; tipico esempio di questa modalità di transizione è l'ambulatorio diabetologico condiviso (joint-clinic);
- Il secondo modello prevede spazi dedicati ai ragazzi dove siano presenti figure tutoriali esperte non di patologia specialistica ma di area assistenziale.

Indipendentemente dal modello, devono essere sempre tenute presenti alcune considerazioni di ordine generale:

- L'età del trasferimento deve avvenire in modo flessibile, tenendo conto, da un lato, della normativa nazionale e della convenzione internazionale che indica in 18 anni il limite dell'età pediatrica, dall'altro delle condizioni cliniche, della maturità raggiunta dall'adolescente e della sua capacità di comprensione e di auto-gestione della malattia;
- Il periodo di preparazione e il programma di educazione alla transizione deve essere iniziato già nella prima parte dell'adolescenza;
- Il processo di trasferimento deve essere un'azione congiunta con la struttura degli adulti destinata a seguire in futuro il paziente, che permetta una reciproca conoscenza e un passaggio coordinato di

fonte: http://burc.regione.campania.it

consegne tra le due equipe mediche. Un ruolo importante deve essere svolto anche dal personale infermieristico.

Appare quindi oggi sempre più indispensabile che i vari "attori" che possono svolgere un ruolo nella fase della transizione (personale sanitario e amministrativo, società scientifiche, responsabili di strutture sanitarie, associazioni di genitori, etc.) elaborino, nelle varie realtà in cui i pazienti si trovano a vivere, dei percorsi che da un lato facilitino il passaggio dall'organizzazione pediatrica a quella dell'adulto e che dall'altro garantiscano il completo soddisfacimento di quel concetto di "care" globale.

Pertanto, consentire margini di libertà di scelta all'adolescente e alla famiglia significa aver rispetto per esigenze e valutazioni che coinvolgono la sfera sanitaria ma anche quella psicologica e sociale.

La Regione Campania, nella programmazione per gli anni 2019-2021, intende promuovere l'organizzazione di percorsi di transizione per il passaggio dalle cure pediatriche alla medicina dell'adulto consapevole che esso rappresenta una criticità per tutti gli attori coinvolti (pazienti, genitori, operatori sanitari).

Obiettivi e Indicatori

a. Valutare l'aderenza e la persistenza del percorso di cura, attraverso l'attivazione di canali comunicativi preferenziali e prestabiliti informatizzati tra Specialisti del Centro di Riferimento per patologia, i centri aziendali dedicati alle malattie croniche in età evolutiva, i MMG e le Farmacie

- Numero di percorsi regionali di transizione attivati per le principali patologie croniche

b. Attivazione di un Team di transizione del paziente pediatrico presso ogni azienda

- Numero di Team di transizione attivati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020 (Attivazione processi informatizzati di diagnosi, cura e di transizione dei pazienti affetti da malattie croniche in età evolutiva);
Entro Dicembre 2021 (Attivazione percorsi regionali di transizione per le principali patologie croniche)

b. Entro Dicembre 2021

1.2 Il paziente cronico e/o fragile

La Regione Campania è ancora lontana dal programmare un modello assistenziale costruito per categorie omogenee e forse, nella esplicita volontà di sostenere un modello universale, non penserà in un prossimo futuro di volerlo realizzare, in quanto sceglie di tutelare la salute e non finanziare la malattia.

Tuttavia non può non riconoscere e dunque affiancare in un'unica dimensione, le assonanze e i fattori comuni di condizioni quali la cronicità e la fragilità. Di per sé concetti apparentemente non coerenti (la cronicità evoca una situazione duratura e ingravescente, mentre la fragilità si accomuna a una sensazione di stacco improvviso capace di creare un danno che però non è inaspettato), risultano invece rispondenti a dei minimi comun denominatori più di quanto appaia ad un superficiale giudizio.

Entrambe le condizioni rispondono ad una scala di valutazione multidimensionale e polispecialistica e coinvolgono sicuramente oltre al paziente, la sua dimensione domestica e familiare, il suo ambito lavorativo se ancora abile al lavoro, la sua domanda di salute che si esprime prevalentemente in ambito territoriale, nei

fonte: http://burc.regione.campania.it

servizi distrettuali, meno spesso nella dimensione ospedaliera, sfociando spesso nel welfare sociale per il necessario supporto alla complessità.

La cronicità è espressione tuttavia di una patologia identificata, la cui evoluzione naturale è storia conosciuta dalla medicina e si inquadra in genere perfettamente nel disegno di un percorso diagnostico terapeutico valido di massima per tutti i pazienti.

La fragilità attiene a fenomeni di scompenso psico-fisico generalmente temporanei o limitati nel tempo o può, nel tempo, sovrapporsi ad una cronicità complicandone la storia naturale, anzi rendendola meno prevedibile.

Due facce di una stessa medaglia nella nostra visione perché necessitanti di un percorso complessivo di presa in carico multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale, insomma un team.

Entrambe richiedono integrazioni di servizi con un primario gestore del processo che la Regione Campania individua nel Medico di Medicina Generale o nel Pediatra di Libera Scelta.

Da essi parte un nucleo assistenziale che si deve sviluppare intorno al paziente, a complessità crescente e con l'ingresso successivo nel team di cura di tutte quelle professionalità utili ad affrontare le tematiche assistenziali e socio-sanitarie che si presentano. È intorno a questo nucleo centrale Medico/Paziente che si dipanano i setting assistenziali domiciliari, residenziali, ambulatoriali, alternandosi nella variabilità dell'espressione della malattia e ricondotti sempre all'unità dal case manager.

La Regione Campania riconosce come propedeutica nei processi assistenziali di cronicità e di fragilità la figura del case manager, descritto nel corrispondente PDTA di cura, identificandolo nel MMG/PLS o nell'infermiere professionale in UCCP, nell'ambulatorio distrettuale, o delle cure domiciliari. Ad esso la Regione Campania si impegna a destinare attività di formazione per una corretta espressione del ruolo.

1.2.1 La presa in carico del paziente

Il paziente territoriale cronico/fragile è preso in carico dal proprio MMG/PLS che conosce la storia clinica, le condizioni socio-ambientali e familiari, desideri e aspettative.

Il rapporto Medico/Paziente è regolamentato dal Codice deontologico, dalle normative nazionali in materia professionale, dagli Accordi Nazionali e Regionali, dalle leggi in materia di privacy e di trasparenza.

La presa in carico avviene di norma nell'ordinario rapporto MMG/PLS che nel triennio a venire si arricchisce per la costituzione di aggregati funzionali (AFT) o organizzati (UCCP) individuati sull'intero territorio regionale.

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento di clinical governance che, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche nei contesti reali, permette di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi incrementando l'appropriatezza, contribuendo al disinvestimento da sprechi e inefficienze e migliorando gli esiti di salute. Tuttavia, l'efficacia dei PDTA è fortemente condizionata dal rigore metodologico utilizzato per la loro produzione e richiede sia un piano multifattoriale d'implementazione contesto-dipendente sia un adeguato set di indicatori per misurarne il reale impatto sui processi assistenziali e sugli outcome clinici, economici e umanistici.

Pertanto, a partire da suddette considerazioni e coerentemente con il Piano di sviluppo delle Cure Primarie, la Regione Campania ha avviato una attività di revisione/ progettazione dei PDTA a partire dalle patologie cronico-degenerative.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il punto di partenza è stata l'analisi delle criticità riscontrate nell'applicazione dei PDTA ad oggi adottati.

E' emerso che le maggiori criticità erano rappresentate da:

- Una disomogeneità nella stesura dei singoli PDTA;
- Un limitato coinvolgimento dei medici di Assistenza Primaria;
- Una limitata integrazione fra i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- Una difficoltà nel monitoraggio del percorso assistenziale;
- Una applicazione del percorso assistenziale a macchia di leopardo spesso legata alla parziale adesione dei Medici di Assistenza primaria.

Dall'analisi delle suddette criticità ci si è posti come obiettivo prioritario:

- La definizione di un documento di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA;
- La revisione dell'Accordo Integrativo Regionale che prevedesse, nell'ambito dello sviluppo delle nuove forme organizzative (AFT-UCCP) il passaggio da un modello prestazionale ad un modello ad obiettivi, assegnati all'organizzazione e non al singolo MMG, per assicurare la presa in carico dei pazienti a partire da quelli affetti da patologie croniche a cui vincolare le risorse economiche già previste dall'AIR vigente.

Contestualmente la Regione ha avviato la revisione del PDTA sulla BPCO, approvato con DCA n. 24/2017, come provvedimento pilota che coniugasse le criticità emerse dall'analisi dell'applicazione dei PDTA già adottati e il nuovo Piano di sviluppo delle Cure Primarie che ha previsto, fra l'altro, che ogni AFT possa essere dotata delle risorse per l'erogazione della diagnostica strumentale di primo livello nell'ambito dei PDTA definiti a livello regionale. Con il DCA n. 1 del 17.01.2018 è stata approvata la revisione del PDTA sulla BPCO. E' stato dato, quindi, avvio alle attività di implementazione del PDTA sulla BPCO attraverso un progetto denominato "AGIRE" che ha previsto, fra l'altro, la formazione di due medici di Assistenza Primaria per ogni AFT a cui affidare l'effettuazione della spirometria di I livello nell'ambito del percorso assistenziale.

Il progetto si propone di realizzare il Piano Operativo del PDTA BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico (PIC) del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica pneumologica.

In questo contesto un ruolo centrale è sviluppato dal Distretto, come elemento di snodo organizzativo che, attraverso le nuove strutture delle Cure Primarie, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), si attiva coerentemente con i contenuti del PDTA per:

- Definire gli obiettivi di salute della BPCO e la loro priorità nel contesto sanitario locale;
- Individuare le risorse strumentali e formative necessarie alla realizzazione del percorso del paziente;
- Definire e comunicare l'organizzazione di dettaglio del Percorso del Paziente e la localizzazione dei setting sanitari;
- Assicurare l'integrazione con gli strumenti di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- Effettuare il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo ed esito di competenza.

I servizi distrettuali devono organizzarsi per la presa in carico e la gestione proattiva delle principali aree di bisogno multidimensionale e dei principali raggruppamenti di patologia, con servizi multiprofessionali ad accesso diretto (Capo IV DPCM LEA 12/01/2017) che seguono il paziente in tutto il percorso di cura, collegandosi al sistema delle cure primarie, alla diagnostica, ai servizi sociosanitari, al sistema delle cure domiciliari, alla rete della terapia del dolore, al sistema delle cure palliative. In questo ambito va tra l'altro

riposizionato il ruolo dei professionisti specialisti ambulatoriali che devono contribuire alla presa in carico del paziente: essi devono rendere prestazioni specialistiche ai servizi distrettuali o alla medicina di base che hanno in carico il paziente, laddove richiesto dai percorsi di cura, secondo le modalità previste dalle norme (prescrizione con quesito o sospetto diagnostico – art. 15 DPCM LEA 12/01/2017); ma possono e devono partecipare attivamente e quale parte integrante ai servizi distrettuali che fanno la presa in carico dei pazienti, mantenendo l'accesso diretto per contribuire a garantire tutte le prestazioni che sono previste per ciascun area di bisogno.

La presa in carico unitaria e continua deve garantire l'accompagnamento del paziente anche cronico lungo tutta l'evoluzione della patologia e della condizione di bisogno assistenziale: fanno parte integrante di essa il contrasto al dolore, e le cure palliative.

La porta di ingresso al distretto si conferma essere la PUA. La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento: la porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper (la proprietà organizzativa deve essere di un unico centro). Non può, infatti, attuarsi la funzione di committenza del Distretto se l'accesso al sistema è disperso. Non esistono funzioni di accesso unitario per settori o per aree di intervento; sarebbe una contraddizione della funzione di unitarietà ed univocità. Deve essere superata la criticità di porte di accesso settoriali. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", è anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front- office, con attività di accoglienza dei cittadini, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali, della modulistica e delle modalità di accesso ai servizi.

Le sedi di presa in carico delle tematiche complesse sono confermate nelle Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM) e nelle Unità di Valutazione Bisogni Riabilitativi (UVBR) che devono essere garantire in tutti i distretti, in forma multi-disciplinare e multi professionale.

L'UVMM, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi, effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM risulta composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale; essa rappresenta una categoria logica, non un gruppo di persone; può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, Cure Domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un momento clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse. E' l'UVMM, infatti, che stabilisce in quale ambito di cura va posizionato il caso; e non garantisce soltanto l'accesso, ma anche la mobilità all'interno del sistema, in quanto l'approccio migliore è quello che consente di muoversi virtuosamente verso momenti assistenziali che a parità di efficacia individuano la ricerca di efficienza quale fattore discriminante. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l'unico punto di accesso a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come

fonte: http://burc.regione.campania.it

momento di risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia. Tale assetto consentirà il miglior livello di governo-orientamento della domanda.

Per quanto riguarda la presa in carico dei servizi socio sanitari si rimanda agli specifici paragrafi.

1.2.2 Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS

Le AFT sono state già individuate sul territorio delle 7 Aziende Sanitarie Locali, come di seguito riportato:

ASL	Numero AFT
AV	12
BN	10
CE	24
NA1	31
NA2	29
NA3	30
SA	45
Totale	**181**

Tabella 4: Numero AFT per area

Al loro interno sono individuati, oltre al coordinatore, come per legge, medici referenti per le maggiori patologie croniche:

- Cardiovascolari;
- Respiratorie;
- Metaboliche.

Come già previsto dal progetto "AGIRE" applicativo del PDTA per la BPCO, la Regione, all'atto dell'adozione di nuovi PDTA, si impegna a istituire percorsi formativi all'interno dei nuclei di AFT affinché per le principali patologie croniche sia definito un medico referente che funga da consulente di primo livello per la patologia in esame. Attraverso percorsi di telemedicina e teleconsulenza, il referente di AFT è collegato a specialisti attivi nelle UCCP o in livelli superiori, anche ospedalieri, per consulti, consulenze o per il passaggio in cura in caso di stato complesso della patologia. Sistemi informatici di rete permetteranno il colloquio tra professionisti, la trasmissione di referti, immagini, documentazioni, secondo le vigenti norme di privacy, archiviate in un sistema cloud confluente infine nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Come per l'area adulti, anche per l'area pediatrica, si programma la costituzione delle AFT.

Entro il 31.12.2019 tali AFT saranno individuate dalle AASSLL Campane, nel rispetto di indicatori organizzativi riferiti alla disponibilità sul territorio dei PLS ed all'utenza da soddisfare.

Per quanto riguarda le UCCP pediatriche, esse sono state già programmate nel DCA n. 103/2018 (Piano della Rete Ospedaliera) in forma sperimentale per soddisfare un bisogno assistenziale intermedio, tale da intercettare inappropriati afflussi all'AORN Santobono ed ai presidi aziendali regionali.

Nel richiamato DCA n. 103/2018 sono state programmate le seguenti UCCP pediatriche:

- Presso l'ASL Napoli 1 Centro nella sede dell'ex presidio Annunziata;
- Presso l'ASL Napoli 3 Sud nel comune di Torre del Greco.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il modello organizzativo delle UCCP pediatriche ricalca quello già predisposto per le UCCP adulto.

Obiettivi e Indicatori

a. La Regione impegna le Aziende Sanitarie Locali a costituire di fatto le AFT già individuate, identificando i 3 referenti per le macroaree sopra specificate

- Implementazione completa delle AFT

b. Per condizioni più complesse, la Regione istituisce le UCCP per gestire una medicina territoriale di rango, capace di governare la cronicità, agire in prevenzione, monitorare stati di salute borderline, assicurare un'assistenza specialistica di I e II livello, comprensiva di una diagnostica essenziale e di un'assistenza infermieristica specializzata, così come dettagliatamente descritto nel Decreto Dirigenziale n. 53/2017

- Attivazione delle UCCP

La regolamentazione contrattuale per le prestazioni rese in tali ambiti dai Medici Convenzionati viene regolata nell'ambito delle attività previste negli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (costituzione delle AFT)
b. Entro Giugno 2020 (attivazione del 35% delle UCCP);
Entro Dicembre 2020 (attivazione del 70% delle UCCP);
Entro Dicembre 2021 (attivazione di tutte le UCCP)

1.2.3 Piano Regionale di Riorganizzazione delle cure primarie

La Regione Campania con D.D. n. 53 del 05.03.2018 ha approvato il Piano di sviluppo delle Cure Primarie. Con suddetto Piano sono state definite le modalità di sviluppo delle AFT e delle UCCP di riferimento nonché i relativi obiettivi assistenziali. Per quanto riguarda lo sviluppo delle AFT elementi ritenuti essenziali per una loro funzionale individuazione sono stati:

- La densità abitativa;
- Le condizioni oro-geografiche del territorio;
- La salvaguardia dell'attuale organizzazione delle cure primarie (medicine di gruppo e medici in rete) che rappresenta la base organizzativa dei MMG su cui riaggregarli in AFT.

Il quadro variegato che ne risulta in Regione, non può che essere supportato con una organizzazione flessibile delle AFT che necessariamente, per assicurare obiettivi comuni, deve prevedere forme di evoluzione diverse a seconda della estensione e delle caratteristiche oro-geografiche del territorio per rendere agevolmente fruibile il servizio nell'interesse dell'assistito ed in particolare per le fasce deboli quali anziani e cronici.

In tal senso, in relazione alle necessità assistenziali legate alla facilità di accesso ai servizi da parte degli assistiti nonché ad esigenze organizzative in funzione di obiettivi pre-definiti, nelle AFT è stato previsto lo sviluppo di una sede unica di riferimento a complessità crescente (che può rappresentare il primo livello di integrazione con le altre figure professionali nell'ambito di attività di medicina di iniziativa) o multisedi, comunque con una di riferimento (che garantisca coordinamento, condivisione ed audit).

Contestualmente si è condivisa, con le OO.SS. di categoria, una piattaforma regionale che ha individuato gli elementi essenziali su cui avviare la trattativa per il rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale.

Tale piattaforma ha previsto come obiettivi prioritari:

- Il passaggio da un modello prestazionale ad un modello ad obiettivi, assegnati all'organizzazione e non al singolo MMG, per assicurare la presa in carico dei pazienti a partire da quelli affetti da patologie croniche anche attraverso attività di medicina di iniziativa;
- La definizione degli obiettivi nell'ambito dell'attività di prevenzione e relative modalità di partecipazione;
- Le modalità di erogazione della diagnostica di I livello finalizzata al perseguimento dei PDTA;
- La ridefinizione dei flussi informativi epidemiologici;
- La ridefinizione dell'assistenza domiciliare per assicurare gli obiettivi previsti dai LEA (potenziamento dell'ADI e dell'assistenza residenziale);
- La definizione di un Sistema Informativo della Medicina Generale integrato con il SIR ed ha individuato come unità elementare semplice della AFT, per garantire i suddetti obiettivi, il Medico di Medicina Generale con il supporto di un collaboratore di studio e di professionalità sanitarie infermieristiche.

Con Decreto Presidenziale n. 6 del 16.01.2019 è stata costituita la "Delegazione trattante di parte pubblica per il rinnovo dell'AIR" ed è stato dato avvio alla contrattazione con le OO.SS. di categoria.

Obiettivi e Indicatori

a. Acquisizione Piani Operativi Aziendali

- Numero di Piani Operativi Aziendali

b. Valutazione e validazione dei Piani Operativi

- Numero di Piani Operativi Aziendali Approvati

c. Acquisizione provvedimenti di individuazione delle AFT della Medicina Generale

- ATF costituite

d. Sottoscrizione dell'AIR

- Numero di OO.SS. di categoria inserite in piattaforma

e. Avvio delle attività delle AFT su obiettivi specifici a partire dalla presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle AFT

f. Individuazione delle UCCP di riferimento

- UCCP costituite

g. Strutturazione ed avvio delle attività delle UCCP

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle UCCP

h. Consolidamento delle attività delle AFT/UCCP in funzione degli ulteriori PDTA individuati in relazione alle esigenze assistenziali emergenti

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle AFT/UCCP

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
b. Entro Novembre 2019
c. Entro Giugno 2019
d. Entro Novembre 2019
e. Entro Marzo 2020
f. Entro Giugno 2020
g. Entro Dicembre 2020
h. Entro Dicembre 2021

1.2.4 I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Con i Programmi Operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la declinazione puntuale e l'aggiornamento dei fabbisogni in base alla popolazione residente al 01.01.2018 (fonte dati ISTAT) per ciascun setting assistenziale. Inoltre sono state avviate azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattoni e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, RD2, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata. Inoltre è in fase di approvazione il decreto commissariale per le unità di cure estensive (R2).

I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura del femore e BPCO) individuano le modalità e condizioni di appropriato ricorso ai setting residenziali e semiresidenziali, nonché ambulatoriali e domiciliari sociosanitari quali naturali e ordinari strumenti di assistenza in continuità e coerenza con i percorsi di cura.

Confermando il quadro programmatorio di riferimento già impostato con i Programmi Operativi 2016-2018, complessivamente l'intervento nell'area della disabilità e della non autosufficienza per il triennio tende ad un incremento numerico della disponibilità di posti letto per i setting più carenti (RD1, RD2, R2, R3, semiresidenziale Adulti e Anziani), ed ad una generale qualificazione e riqualificazione volta a definire una loro vocazione meno assistenziale e più terapeutico e/o riabilitativa, posizionando tali servizi a pieno titolo nei percorsi di cura e gestione delle cronicità, quali livelli intermedi qualificati tra l'ospedale, per acuzie e post acuzie, e il domicilio, e viceversa.

Nel Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 è dettagliato il programma di incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale distinto per i diversi setting ed intensità di cure. Complessivamente, alla fine del triennio si prevedono ca. 3.600 PL (residenziale e semiresidenziale) per l'Assistenza agli Adulti e anziani non autosufficienti e ca. 2.600 PL (residenziale e semiresidenziale) per l'Assistenza ai Disabili.

fonte: http://burc.regione.campania.it

A. Area Disabilità

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 34 DPCM 12/01/2017 Aggiornamento LEA) sono caratterizzati in Campania dalla presenza storica e consolidata di servizi per la Riabilitazione estensiva cosiddetta ex art. 26, e da una quota significativa di RSA per Disabili.

Il sistema d'offerta si presenta con le seguenti caratteristiche:

- Servizi per la riabilitazione residenziali e semiresidenziali: esclusivamente privati accreditati; disomogenea distribuzione territoriale di ciascun setting. La vocazione riabilitativa vera e propria risulta spesso debole a favore della lungo assistenza: l'adozione di Decreti Commissariali per la definizione di percorsi riabilitativi per alcune patologie ad alto impatto disabilitante (Ictus, BPCO, Frattura di femore) con significative azioni di accompagnamento e indirizzo regionale alle aziende sanitarie sta inducendo il sistema ad utilizzare più pienamente e appropriatamente il cospicuo potenziale produttivo;
- Servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali: in parte essi sono disponibili in quanto tali; in buona parte però le prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali vengono erogate da strutture ex art. 26, che provvisoriamente sono abilitate a erogare tali prestazioni (con corrispondente remunerazione) laddove la permanenza in struttura superi i 240 giorni. Di fatto i setting residenziali e semiresidenziali per disabili sono sostanzialmente lo sbocco della riabilitazione, che in gran parte accoglie i pazienti per periodi lunghi. I percorsi in atto di accreditamento definitivo e di riconversione dei posti letto di ex art. 26 in eccesso consentiranno di avere strutture che avranno una specifica vocazione assistenziale e avere setting più chiari e separati.
  Dei circa 1.800 posti letto semiresidenziali e in piccola parte residenziali in eccesso, è già definito, e in parte realizzato, il programma di riconversione per circa 1.300 posti letto per 6 AASSLL, prevalentemente in Centri Diurni integrati per disabili e per anziani, ma anche in RSA Disabili e RSA adulti/anziani e in R1. Entro il 2020 si prevede di concludere il programma per tutte le AASSLL;
- Connotazione prevalente di lunga assistenza, e non inserita in percorsi di cura. Il monitoraggio puntuale del bisogno assistenziale sociosanitario ha evidenziato l'opportunità, per decongestionare i setting riabilitativi e aumentarne l'appropriatezza, di ampliare l'offerta di Centri Diurni (semiresidenziale) per disabili portando così il fabbisogno complessivo per la semiresidenzialità allo 0,50 per mille.

Per l'area della disabilità, è prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza riabilitativa del sistema regionale in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure, centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, idonea ad assicurare la realizzazione dei percorsi riabilitativi e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza per le persone con disabilità. Già dai Programmi Operativi 2016-2018 è stato programmato il fabbisogno dell'offerta diviso per intensità di cura, e gradualmente si sta sviluppando la disciplina e gli indirizzi per la sua realizzazione (DCA n. 97/2018, in corso la definizione degli altri setting).

E' già programmato l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliera, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione dei trattamenti intensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungano e in parte riqualificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di ex art. 26.

Obiettivi e Indicatori

a. Attivazione dei setting RD1 e RD2

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Disciplina dei setting RD1, e RD2

b. Incremento giornate assistenza

- Indicatore 10.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

c. Completamento programma di riconversione eccesso ex art. 26

- Predisposizione ed adozione atti per la riconversione di posti letto

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2021
c. Entro Dicembre 2020

B. Area Non autosufficienza e Anziani

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Area Non autosufficienza e Anziani si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

In Campania l'assistenza per la Non Autosufficienza si caratterizza per la disponibilità di strutture residenziali Residenze Sanitarie Assistite e di Centri Diurni Integrati per Anziani.

L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche. Tuttora i Posti letto attivi sono circa 1.600, ancora scarsi in rapporto alla popolazione anziana residente e rispetto al fabbisogno programmato (Cfr. Programmi operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021). Inoltre esse presentano un tasso di occupazione del 53%.

Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattoni utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate.

E' attiva anche la tipologia R1, che comprende le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che in generale è rivolta a tutte le condizioni che patologie caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario.

Non è disciplinata in Campania, e quindi non sono attivi posti letto, la tipologia di accoglienza residenziale R2 per i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, per persone con bisogni di elevata tutela sanitaria e presenza infermieristica sulle 24 ore.

Sono invece decisamente scarsi i Centri Diurni per Anziani, prevalentemente pubblici.

La situazione generale, per effetto del governo dell'offerta e del fabbisogno, nonché della progressiva attuazione di quanto già programmato con i Programmi Operativi 2016-2018, presenta diversi punti di forza precondizioni per un netto e significativo miglioramento del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale.

È stata ampliata la tipologia di utenza eleggibile per l'accesso, e aggiornati e qualificati i requisiti per R1 e R3, non limitandola più ai soli stati vegetativi e ai soli anziani, bensì a tutti gli adulti non autosufficienti, con diversi livelli di bisogno assistenziale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sono state disciplinate le procedure per l'accreditamento di nuove strutture R3, che nell'ultimo triennio sono state autorizzate.

È in corso di elaborazione la disciplina per il livello R2 e per i Centri Diurni.

Le AASSLL presentano tutte servizi distrettuali per l'assistenza agli anziani, che possono facilmente evolvere verso la presa in carico degli adulti non autosufficienti in generale.

Obiettivi e Indicatori

a. Attivazione del setting R2

- Disciplina del setting R2

b. Incremento posti letto R3 e R2D

- Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio

c. Incremento giornate assistenza

- Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2021
c. Entro Dicembre 2020

C. Area Terminalità e Cure palliative

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Area Terminalità e cure palliative si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

L'offerta residenziale in Hospice presenta ad oggi 154 posti letto attivi, di cui 2 di Hospice Pediatrico, che fa migliorare la performance regionale all'indicatore 11 della griglia LEA.

Non è attivo il setting di Day Hospice.

E' necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza. I coordinamenti aziendali, che coordinano la rete aziendale per le cure palliative, devono essere costituiti con le funzioni indicate dalla Legge n. 38/2010 e da delibera regionale n. 275 del 2011.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione dei coordinamenti aziendali per le cure palliative

- Atti organizzativi delle AASSLL

b. Incremento dei posti letto attivi Hospice

- Numero posti letto attivi

c. Attivazione Day Hospice

- Disciplina del setting Day Hospice

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2021

1.2.5 L'assistenza domiciliare

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Assistenza domiciliare si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

Le Cure Domiciliari Integrate in Campania hanno raggiunto livelli più che adeguati (2,67% anziani trattati in ADI su popolazione anziana residente – anno 2017), come mostra il trend in crescita negli ultimi anni dell'indicatore S05 della griglia LEA, che già dal 2016 ha superato la soglia attesa di 1,88% di anziani over 65 anni in trattamento come risulta dal SIAD, non solo per effetto della migliore alimentazione del flusso informativo.

I valori dell'indicatore S04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – risultano al di sotto dei valori attesi, specialmente per i livelli di minore intensità CIA 1 e 2, ma tale performance come si comprende da un'analisi più accurata dei dati, mostra che ciò è vero soltanto per i soggetti sotto i 65 anni di età, per i quali invece la presa in carico è adeguata in tutti i livelli di intensità assistenziale.

I livelli di intensità 3 e 4 (cure palliative) sono allineati ai livelli attesi (da questionario LEA).

La lettura congiunta dei dati mostra come il sistema sia in grado di offrire assistenza sufficiente e adeguata, come risultato di una maggiore vocazione all'assistenza storicamente rivolta agli anziani e a bisogni di maggiore complessità. Questa connotazione è da considerarsi fattore di qualità del sistema erogatore, quale presupposto di miglioramento quali-quantitativo delle cure domiciliari integrate.

Ferma restando la scelta regionale di privilegiare la popolazione anziana e con bisogni complessi e più intensivi di assistenza, è opportuno incrementare in generale la capacità di presa in carico in cure domiciliari integrate compresi i livelli di minore intensità e anche a favore di aree di bisogno ulteriori, specialmente gli Adulti nelle fasce di età maggiormente a rischio di insorgenza di patologie in grado di determinare condizioni di non autosufficienza nelle fasi successive (es. patologie neurodegenerative), di minori e disabili complessi con elevato bisogno di assistenza medica e infermieristica.

Il sistema delle Cure domiciliari integrate, con una capacità di trattamenti complessi superiore a quella delle RSA (si vedano le prestazioni erogate in RSA e quelle in ADI come da Decreto n. 11/2013), può rafforzare in tal modo il proprio ruolo di vero e proprio luogo di cura, all'interno dei percorsi di cura e di presa in carico delle patologie complesse e croniche.

Obiettivi e Indicatori

a. Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni
- SIAD 04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – per tutti i soggetti e under 65 anni

b. Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari
- Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura – Questionario LEA
- Accessi medici palliativisti flusso SIAD

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Entro Dicembre 2021

1.2.6 La Salute Mentale

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa alla Salute mentale si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

L'orientamento all'innalzamento della qualità dei servizi, soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, induce a sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla recovery e all'innalzamento del funzionamento sociale, anche in accordo al PANSM 2013, affinché i sevizi di salute mentale aggiornino i loro modelli operativi.

Obiettivi e Indicatori

a. Sviluppo dei PDTA per Esordi Psicotici e Schizofrenia, e per DCA, finalizzati ad ottenere il più alto grado di recovery dell'utente
- Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare
- Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos)

b. Riduzione del numero di TSO e di ospedalizzazione
- Indicatori rilevati da SISM

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare)
Entro Dicembre 2021 (Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos)
b. Entro Dicembre 2021

1.2.7 I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva

Il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)", approvato in Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica e semiresidenzialità terapeutica per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa ed assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre la disomogeneità.

Nella seduta del 13.11.2014, la Conferenza Unificata ha approvato il documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", recepito dalla regione Campania con DCA n. 45/2015.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali, con il citato decreto commissariale è stata emanata la disciplina relativa alle "Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)".

fonte: http://burc.regione.campania.it

L'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, di definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è garantita, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l'individuazione precoce e proattiva del disturbo, l'accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico multidisciplinari attraverso la definizione, l'attuazione e la verifica di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività elencati nel citato articolo.

L'art. 32 del citato DPCM individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire in regime residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale.

La Regione Campania intende proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza il Piano Territoriale attualmente vigente, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc).

L'obiettivo prioritario è quello di proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza con il Piano Territoriale attualmente vigente e il suo aggiornamento 2019-2021, dove è ribadita la priorità della costituzione dei servizi pubblici territoriali per le finalità di cui all'art. 25 e art. 32 del DPCM 12.01.2017, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc.).

Si rinvia al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 e ai Programmi Operativi 2016-2018, anche per la complessiva programmazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale, ivi inclusa la programmazione per i SIRMIV e SISEM.

Obiettivi e Indicatori

a. Completamento dell'attivazione dei Coordinamenti Aziendali

- Atti delle aziende di costituzione

b. Costituzione e attivazione delle unità distrettuali, almeno una per azienda completa di tutte le figure professionali

- Atti delle aziende di costituzione

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Giugno 2020

1.2.8 Le dipendenze patologiche

Gli indicatori LEA non mostrano particolari criticità del sistema di erogazione.

Le azioni regionali degli ultimi anni hanno inteso aumentare la capacità del sistema di lavorare per obiettivi e programmi.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Campania ha inteso attuare azioni strategiche in materia di qualificazione del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria per le Dipendenze Patologiche attraverso l'approvazione di Atti che hanno disciplinato indirizzi specifici di organizzazione sia sul versante pubblico che su quello del privato accreditato.

Con DCA n. 86/2016 è stato approvato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche teso al potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) promuovendo la capillarizzazione territoriale e la riqualificazione professionale e strutturale.

In modo complementare, secondo obiettivi di qualificazione anche del sistema privato di cura, e una logica di presa in carico integrata, con DCA n. 76/2017 si è provveduto all'approvazione di nuovi requisiti strutturali ed organizzativi oltre all'adeguamento delle tariffe connesso alla qualità dei nuovi requisiti, dei servizi residenziali e semiresidenziale del privato provvisoriamente accreditato. Successivamente con Decreti del Commissario ad acta nn. 32, 39 e 40 si è provveduto all'accreditamento definitivo di tutte le Comunità Terapeutiche provvisoriamente accreditate. Con queste azioni, tra loro strettamente interconnesse, si è voluto dare una sistematizzazione qualitativa al sistema di offerta pubblico privato in ragione dei nuovi bisogni di salute emergenti e nel rispetto del DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA).

Tutte le azioni regionali avviate sono sistematicamente verificate e monitorate per il buon andamento dello stato di attuazione al fine di poter adeguare gli interventi a fronte di eventuali criticità che dovessero emergere.

I cittadini in carico per Dipendenza da sostanze è rilevato attraverso il Sistema Informativo Dipendenze (SID), mentre il numero di cittadini in carico per disturbo da gioco d'azzardo da anni è monitorato attraverso una rilevazione semestrale con tutte le AASSLL.

Inoltre al fine di adeguare il sistema di offerta alla domanda reale del bisogno di salute si è conclusa una puntuale ricognizione degli invii in Comunità diviso per tipologia assistenziale da cui è emersa l'esigenza di un aggiornamento del fabbisogno delle diverse tipologie di assistenza residenziale e semiresidenziale, come da Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

Obiettivi e Indicatori

a. Completamento accreditamento definitivo e riconversione delle comunità terapeutiche secondo il nuovo fabbisogno programmato

- Adozione Decreti

b. Definizione requisiti comunità terapeutica per cittadini con disturbo da gioco d'azzardo

- Adozione Decreto

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Ottobre 2021

1.2.9 Le malattie rare

La Regione Campania ha programmato l'organizzazione delle malattie rare sulla Legge n. 279/2001 che prevede:

- Organizzazione di rete nazionale (basata su reti regionali) delle malattie rare, con identificazione di presidi di riferimento ed expertise per gruppi/singole patologie;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Creazione di registro nazionale (presso Istituto Superiore di Sanità), in cui confluiscono i dati dei vari registri regionali;
- Esenzione alla partecipazione dei costi delle prestazioni sanitarie (art. 5) e facilitazione in merito alla fornitura dei farmaci specifici ed all'accesso ai trapianti (art. 6);
- Adozione di criteri di appropriatezza ed efficacia come guida per la prescrizione delle prestazioni, a partire dall'elaborazione di protocolli (PDTA) da parte dei presidi e/o centri interregionali.

La storia delle patologie rare in Campania nasce con istituzione del Tavolo Tecnico regionale nel 2002, con l'istituzione del CCMR presso l'AOU Federico II nel 2009, e con l'attivazione del registro regionale nel 2011.

Successivamente nel 2012 è stato istituito (e rinnovato nel 2016) il Gruppo Tecnico di Lavoro degli Esperti in MR, sono stati organizzati corsi per medici e operatori delle AASSLL (2012/2016), sono stati predisposti PDTA per alcune MR (2014). Nel 2016 sono state istruite le domande per endorsement ministeriale per i Centri di Riferimento Europei. Una forte e sinergica collaborazione con le Associazioni dei pazienti ha rinsaldato la programmazione con i bisogni reali e ha migliorato i percorsi diagnostici e di cura.

Il recente DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA) ha implementato il precedente elenco delle patologie rare presenti nella L. n. 279/2001, ed esenti alla partecipazione dei costi delle prestazioni sanitarie. Nello stesso anno, il Tavolo Tecnico Regionale ha prodotto il primo "Piano regionale Malattie Rare e Percorso Diagnostico-Assistenziale del Malato raro" (DCA n. 48/2017).

L'anno 2018 è stato denso di cambiamenti, a cominciare dalla riorganizzazione del CCMR, con la sua nuova collocazione presso l'Ospedale Monaldi dell'AORN Dei Colli (DGCR n. 5 del 16.01.2018), e la definizione del nuovo staff direttivo (DCA n. 32 del 01.02.2018) alla implementazione del DCA n. 48/2017 con un nuovo decreto (DCA n. 61/2018) che rispondesse alla richieste del MEF; alla creazione dei tavoli di lavoro per aree tematiche, per rispondere agli obiettivi del DCA n. 61/2018 (definizione della rete; implementazione registro e flussi; PDTA e percorsi di presa in carico).

Di seguito vengono elencati i principali obiettivi raggiunti da gennaio 2018:

- Riorganizzazione del CCMR (DGCR n. 5/2018; DCA n. 32/2018);
- Organizzazione CCMR con personale dedicato (delibera AO Monaldi n. 10 del 04.07.2018);
- Implementazione Piano Regionale Malattie Rare (DCA n. 61/2018);
- Attivazione tavoli di lavoro per obiettivi DCA 48/2017 e n. 61/2018:
  - Creazione RETE Hub/Spoke;
  - Implementazione Registro;
  - Definizione PDTA;
  - Rete emergenze malattie rare;
- Telemedicina nelle malattie rare (DCA n. 30/2018);
- Rete MEC (D.D. n. 198 del 14.09.2018);
- Partecipazione al Progetto CREA Sanità per lo studio nazionale sui farmaci orfani.

Il modello assistenziale previsto per la Rete è quello Hub/Spoke a complessità crescente ma ben diffuso sul territorio campano per garantire la maggiore accessibilità ai servizi e la maggiore omogeneità di erogazione di prestazioni.

Conoscere il territorio e le sue potenzialità

Conoscere le potenzialità della Rete campana è stato uno degli obiettivi nati nel 2018 e che la Regione intende proseguire ed ampliare negli anni a venire, considerata la complessità e la multidisciplinarietà del tema. Sono state promosse le seguenti azioni:

- Mappatura della Ricerca in Campania (con organizzazione di 2 Congressi annuali);
- Mappatura Associazioni in Campania: Collaborazioni con Forum, UNIAMO, Cittadinanza attiva, associazioni indipendenti;
- Promozione Campagna di screening per il sospetto precoce di una Malattia Rara: "I 3 campanelli di allarme per le malattie rare", per pediatri/medici di base;
- Creazione di Guida/Fad per utilizzo registro malattie rare;
- Primo corso ASL su malattie rare - 3 Dicembre 2018, ASL Avellino.

Gli obiettivi principali per il futuro, definiti anche nel DCA n. 48/18 e DCA n. 61/18 sono incentrati su implementazione di:

- Centro Coordinamento malattie rare: implementazione del CCMR con nuove figure (assistente sociale) ed operatori volontari (medici in formazione: specializzazioni in igiene, medicina delle comunità, medicina del lavoro; farmacologi etc); collegamento del CCMR con le realtà aziendali dei presidi e del territorio; collegamento con il coordinamento delle associazioni; supporto alle iniziative regionali e del tavolo tecnico malattie rare;
- Rete Assistenziale: creazione rete Hub—>Hub; Hub—>Spoke; unità multidisciplinari; ambulatori ed unità dedicate; CUP dedicati;
- Registro: implementazione registro e collegamento agli altri flussi sanitari; omogeneità certificatori-prescrittori; analisi e correzione su prevalenza/frequenza certificati e mobilità;
- PDTA: definizione PDTA (e PAI, progetti individualizzati) come percorso e strumenti di presa in carico, al fine di favorire una "mobilità attiva";
- Ricerca: creazione del network della ricerca (collaborazione centri ricerca, attrazione fondi nazionali, europei, internazionali), collegamento presidi assistenziali con centri ricerca;
- Associazioni: creazione coordinamento associazioni campane;
- Formazione: implementazione corsi formazione medici di base, pediatri, medici del territorio/ASL;
- Informazione: implementazione di tutti i processi informativi (web e non web based);
- Prevenzione: creazione di sportelli informativi, brochure, campagne di prevenzione.

Obiettivi e Indicatori

a. Rete Assistenziale:

- Attivazione di tutti i certificatori alla luce del DPCM e del DGR n. 523/2017;
- Presa in carico assistenziale multidisciplinare;
- Implementazione diagnosi genetica negli Hub;
- Collegamento con territorio e case-manager (MMG e PLS);
- Rete emergenze;
- Contrasto alla migrazione sanitaria

Definizione e collegamento della Rete (Hub-Hub; Hub-Spoke; UNIT Multidisciplinari), con divisione in Macro Aree a seconda della popolazione e presidi/centri territoriali

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Definizione ambulatori malattie rare negli 11 presidi della rete (CUP dedicato, collegato con CUP regionale)
- Implementazione Reti Europee (ERN)
- Collegamento presidi con rete genetica
- Definizione rete emergenze per le malattie rare

Finalità: Costruzione della rete assistenziale (creazione 11 Hub, rete Hub-Spoke, rete emergenze, potenziamento connessioni con rete europea, ERN), applicando i PDTA realizzati.

b. Registro:

- Collegamento presidi ed ASL; possibilità di implementazione con modulo presa in carico e prescrizione (gestione completa flussi sanitari);
- Decodificare la bassa prevalenza malattie rare (0,29% Regione Campania vs 0,53 Regione Puglia; dati OSSFOR - CREA SANITA');
- Attività svolta in collegamento con AREA VASTA – VENETO
- Attivazione di tutti i certificatori alla luce del DPCM e del DGR n. 523/2017

- Collegamento Registro ad Anagrafe Sanitaria
- Implementazione Registro con Modulo presa in carico
- Implementazione Registro con Modulo prescrizione

Finalità: Riduzione della spesa/mobilità sanitaria, con collegamento dei flussi sanitari campani (come nel "modello Veneto") e miglioramento netto dell'offerta: diagnosi, presa in carico, spesa farmaceutica, anagrafe sanitaria.

c. PDTA:

- Rendere omogenei e validare a livello regionale alcuni PDTA già presenti a livello aziendale;
- Costruire Percorsi multidisciplinari intra- e/o inter-aziendali;
- Costruire la governance dei piani terapeutici;
- Migliorare la prescrizione farmaci fascia C;
- Attivare un CUP dedicato;
- Individuare per ogni Azienda Sanitaria personale e spazi per la realizzazione di ambulatori dedicati

- Definizione percorso regionale malato raro
- Definizione 30 PDTA regionali (patologie specifiche)
- Definizione percorsi aziendali

Finalità: identificazione PDTA e percorsi di diagnosi, presa in carico e terapia per persone con malattie rare.

d. Ricerca:

- Rafforzare i Centri ricerca con riconoscimento nazionale ed internazionale;
- Identificare e sostenere nuovi Centri;
- Costruire il network;
- Aumentare informazione/interazione tra i Centri nazionali ed Europei

- Anagrafe della Ricerca
- Implementazione informazione - Database Sito CCMR

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Network presidi - centri ricerca (“malattie senza diagnosi - unknown diagnosis disea-se” e “sviluppo di nuove terapie”)

Finalità: creazione di network clinica-ricerca.

e. Associazioni:

- Rafforzare la Collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum malattie rare);
- Costruire una anagrafe associazioni e integrare le nuove realtà emergenti

- Anagrafe delle Associazioni
- Creazione coordinamento associazioni malattie rare

Finalità: definizione chiara del panorama associativo; creazione di un Coordinamento di Associazioni (Forum, UNIAMO, Cittadinanza Attiva, Associazioni indipendenti), che si incontri con CCMR e Regione periodicamente, e che esprima visione comune.

f. Formazione:

- Integrare la collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum malattie rare);
- Predisporre programmi di formazione per medici e pediatri di base, medici ASL, specialisti;
- Predisporre una formazione specifica per la fase di transizione

- Corso/Congresso Medici Rete
- Corso ASL
- Master Campano/Internazionale malattie rare

Finalità: formazione medici e operatori sanitari; collaborazione con Regione e rettori per formazione medici specializzandi; collaborazione con direttori aziendali per formazione specifica.

g. Informazione:

- Garantire attenzione alle richieste di informazione per le malattie rare;
- Istituire e gestire un sito internet CCMR

- Implementazione Sito
- Eventi/brochure informativa

Finalità: informazione medici, operatori sanitari, cittadini

h. Prevenzione:

- Promuovere attenzione mediatica alle malattie rare;
- Utilizzare il sito internet CCMR per diffondere informazioni a utenti e operatori sanitari

- Screening metabolico
- Sportelli Informativi ASL e creazione "RETE ASL"
- Campagna di screening

Finalità: campagna di screening; screening neonatale

Scadenze

b. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
12 mesi (Entro Dicembre 2019)
16 mesi (Entro Aprile 2020)

fonte: http://burc.regione.campania.it

24 mesi (Entro Dicembre 2020)

c. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)

d. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)

e. Entro Dicembre 2019)
Entro Dicembre 2020

f. 6 mesi (Entro Giugno 2019)
6 mesi (Entro Giugno 2019) – Scadenza Rispettata

g. 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020) – Scadenza Rispettata

h. 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019) – Scadenza Rispettata

i. Entro Giugno 2020

1.3 Il paziente oncologico

La Regione Campania ha programmato con DCA n. 98/2016 la propria Rete Oncologica, i cui assi portanti sono rappresentati da:

- Centralità del paziente;
- Presa in carico integrata Ospedale/Territorio;
- Approccio Multidisciplinare;
- Innovazione.

L'attenzione crescente ai bisogni complessi del paziente oncologico, comprese le sfide legate alla lungo-sopravvivenza e la progressiva cronicizzazione configurano le dimensioni entro cui dispiegare l'azione programmatoria per il prossimo triennio.

Il Piano di riorganizzazione della ROC ha inteso rimodulare e riqualificare l'offerta al fine di garantire all'utenza oncologica della Regione il livello di assistenza di qualità che preveda:

- Equità di accesso;
- Appropriatezza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- Procedure di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficacia ed economicità.

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici si stima una incidenza di neoplasie annue pari a oltre 30.000 casi con un tasso di mortalità in Campania che oggi si discosta decisamente dalla media nazionale.

La scarsa organizzazione del percorso diagnostico terapeutico per la maggior parte delle neoplasie oncologiche e la mancata sistematizzazione della domanda e dell'offerta, sono stati le principali cause del fenomeno della migrazione sanitaria.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La frammentazione delle casistiche in un numero eccessivo di strutture, in particolare per la chirurgia, rappresenta probabilmente, una delle principali cause della maggiore mortalità che la Regione Campania intende superare e migliorare.

Altri fattori di criticità evidenziano:

- La bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e colon-retto;
- Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura;
- Frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Per superare tutto questo e offrire ai propri cittadini una adeguata sanità in area oncologica, la Regione Campania ha avviato la costruzione della propria Rete regionale già nel corso nell'anno 2018, predisponendo una serie di documenti costitutivi, programmatori, organizzativi e tecnici che rappresentano le infrastrutture della ROC.

1.3.1 Implementazione delle reti oncologiche

I documenti finora prodotti, quali necessari fondamenti per l'implementazione e la governance della ROC sono costituiti da:

- DCA n. 98 del 20.09.2016, che ha istituito della Rete Oncologica Campana, secondo il modello del Comprensive Cancer Center Network individuando quattro PDTA per i tumori coperti da screening;
- DCA n. 19 del 05.03.2018, che ha aggiornato i preesistenti 4 PDTA e ne ha definito in tutto 13 (65% dei tumori incidenti in Campania) e definito un cronoprogramma per le azioni successive;
- DCA n. 89 del 05.11.2018, che ha ampliato il numero dei PDTA, portandoli a 19 e inserito documenti tecnici relativi a nutrizione e tumori eredo familiari.

La Regione ha inoltre approntato la mappa dei GOM istituiti e afferenti alla ROC.

Di seguito sono riportati gli obiettivi per il prossimo triennio, suddivisi in obiettivi generali della rete e obiettivi specifici.

A. <u>Obiettivi generali</u>

Lo strumento di governo della ROC è rappresentato dalla Piattaforma informatica realizzata in house che permette accesso differenziato a operatori e utenti che condividono l'esecuzione del PDTA del rispettivo paziente.

Altri livelli di accesso sono previsti per gli utenti/cittadini/pazienti per le necessarie informazioni.

In piattaforma saranno disponibili tutti i documenti tecnici prodotti dalla ROC per idonea consultazione.

Ogni procedura di accesso e di trasmissione dati sarà protetta in ordine alla privacy come previsto per legge.

La piattaforma interconnette in maniera interattiva e tracciante tutti gli snodi della rete, siano essi territoriali, ospedalieri, domiciliari, affinché l'intero processo di presa in carico possa essere trasparente e dominato.

L'implementazione della piattaforma informatica della ROC e la contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio rappresentano l'end point dell'implementazione della ROC.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio

- Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre
- Numero di MMG attivi in piattaforma

b. Riduzione della frammentazione chirurgica ai sensi del PNE

- Adozione documento di programmazione mappe chirurgiche della ROC

Scadenze

a. Entro Gennaio 2020
b. Entro Settembre 2019

B. Innovazione Tecnologica

La Regione intende promuovere lo sviluppo dell'innovazione tecnologica regionale sviluppando specifici programmi di acquisizione e razionalizzazione per le seguenti necessità:

- Acceleratori lineari;
- Protonterapia.

Obiettivi e Indicatori

a. Acquisizione e razionalizzazione ore di funzionamento acceleratori lineari

- Documento tecnico Radioterapia
- Numero ore di attività: % di crescita annua radioterapia pubblica
- Attivazione programma di Protonterapia

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

C. Innovazione Organizzativo-Programmatica

La Regione Campania intende conseguire nel prossimo triennio nuovi obiettivi di qualità dei percorsi assistenziali ed il miglioramento continuo dei processi.

A tal fine programma di predisporre:

- Piano regionale della chirurgia robotica;
- Valutazione di fattibilità per un laboratorio centralizzato provinciale robotizzato per la preparazione farmaci antineoplastici;
- Certificazione SGQ PDTA, UMACA e Anatomia Patologica;
- Revisione periodica della mappa dei nodi della ROC.

Obiettivi e Indicatori

a. Migliorare i percorsi assistenziali in un'ottica di qualità dei processi

- Piano regionale della chirurgia robotica

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero di Certificazioni di qualità dei processi diagnostico-assistenziali
- Revisione periodica della mappa

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020

D. <u>Innovazione Clinica</u>

1. Realizzazione del Centro di immuno-oncologia

Le terapie immuno-oncologiche promettono benefici duraturi e la speranza di una sopravvivenza a lungo termine e di qualità per pazienti che prima avevano ben poche alternative di trattamento disponibili. Ad esempio, fino a un quinto dei pazienti con melanoma metastatico trattati con le terapie immuno-oncologiche è risultato ancora in vita dopo dieci anni. In passato, nessun altro trattamento era mai stato in grado di prolungare la vita di questi pazienti.

La seconda frontiera dell'immunoterapia è costituita dai CAR-T. Si tratta di un ramo di ricerca più giovane rispetto agli inibitori di checkpoint. Rappresenta un approccio diverso rispetto all'immunoterapia e consiste nell'ingegnerizzare i linfociti T del paziente per fare in modo che i nuovi recettori, su di essi generati, siano in grado di riconoscere le cellule malate. Questi farmaci sperimentali sono stati già testati con successo in pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta - dove mostrano oltre il 90% di successo nei bambini che resistono alle terapie tradizionali o che vanno incontro a una recidiva dopo le cure. Pertanto, le terapie immuno-oncologiche sono potenzialmente in grado di rivoluzionare il trattamento di molti tumori e possono avere un impatto positivo fondamentale sulla capacità del paziente di tornare alla vita lavorativa e di condurre un'esistenza sana e produttiva

Tuttavia, la scienza immuno-oncologica è tuttora in evoluzione, per cui, si programma di dotare la Regione Campania di un centro di immuno-oncologia per offrire a tutti i cittadini della Regione innovative ed efficaci cure contro i tumori.

Il nuovo centro è previsto che operi nell'ambito della ricerca traslazionale per fondere la ricerca di base e quella clinica con l'attività terapeutica e viene programmato presso l'IRCCS Pascale, in quanto lo stesso Istituto:

- Risulta attualmente Centro in grado di offrire le garanzie, richieste da AIFA in associazione alla Società di Ematologia e Fondazione Italiana Linfomi, per la somministrazione a base di CAR-T cells in termini di sicurezza dei pazienti, adeguata conservazione del prodotto e razionalizzazione dei costi;
- Assiste annualmente oltre 200 pazienti affetti da linfoma non-Hodgkin, maturando dunque un'esperienza documentata e disponendo di competenze e strutture adeguate alla somministrazione del prodotto;
- Ha già attivo da anni un percorso certificato JACIE per la somministrazione di terapie cellulari avanzate, con esecuzione di un adeguato numero di procedure all'anno.

Esso dovrà provvedere a:

- Definizione di opportuni percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti;
- Sviluppo preclinico e clinico di nuovi prodotti di terapia cellulare e di altre modalità immunoterapeutica nelle diverse patologie oncologiche;
- Progettazione e l'esecuzione di test di valutazione della risposta immunologica per studi clinici e preclinici;

- Coordinamento delle attività di raccolta materiale biologico destinato alle attività di ricerca in ambito biomedico; analisi della flora batterica intestinale e correlazione con la tumorigenesi;
- Sviluppo di vaccini antitumorali, terapia virale oncolitica, adoptive cell therapy, CAR-T cell therapy nei tumori solidi;
- Aggiornamento continuo del personale sui temi di maggior rilievo immunologico e oncologico, attraverso seminari, corsi e congressi e collaborazioni strette e costanti con i laboratori di riferimento in campo internazionale.

Obiettivi e Indicatori

a. Innovazione clinica mediante realizzazione di un Centro di Immunoncologia per offrire a tutti i campani innovative ed efficaci cure contro i tumori, accesso alle cure nell'ambito della Medicina di Precisione e rilancio della ricerca traslazionale e della sperimentazione clinica

- Realizzazione del Centro Regionale di Immunoncologia

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

2. Realizzazione della Rete della Medicina di Precisione

La Medicina di Precisione in oncologia si basa sull'impiego di farmaci in grado di bloccare specifici meccanismi molecolari coinvolti nella progressione neoplastica e di biomarcatori per la selezione dei pazienti. I farmaci a bersaglio molecolare agiscono sui processi che consentono alla cellula neoplastica di sopravvivere e proliferare in maniera continua, di invadere tessuti e formare metastasi a distanza, di indurre la formazione di nuovi vasi sanguigni e di sfuggire alla attività del sistema immune. I biomarcatori sono caratteristiche del tumore che ci consentono di identificare i pazienti che possono beneficiare di specifici farmaci e sono spesso rappresentati da alterazioni genetico-molecolari della neoplasia. Dato che i tumori possono utilizzare diversi meccanismi molecolari per la loro crescita, solo la combinazione di biomarcatori e farmaci a bersaglio molecolare consente la realizzazione della Medicina di Precisione in oncologia.

L'introduzione nella pratica clinica di farmaci a bersaglio molecolare e biomarcatori ha avuto un impatto significativo sulla sopravvivenza di pazienti con neoplasie avanzate, per i quali spesso non sono disponibili valide alternative terapeutiche. Recentemente, agenti a bersaglio molecolare si sono dimostrati efficaci anche in pazienti con malattia resecabile ad alto rischio di recidiva. Inoltre, numerosi farmaci molecolari e corrispondenti biomarcatori sono in corso di sperimentazione clinica. Alcuni di questi agenti hanno dimostrato elevata efficacia clinica in pazienti con specifiche alterazioni genetico-molecolari, indipendentemente dalla localizzazione e dalla istologia del tumore. Ci si attende, pertanto, che la frazione di pazienti che nel prossimo futuro sarà trattata con farmaci mirati alle alterazioni genetico-molecolari delle neoplasie aumenti in maniera significativa.

Per garantire l'accesso ai farmaci biomolecolari, è indispensabile che i pazienti oncologici siano analizzati per la presenza dei biomarcatori approvati in pratica clinica. Una caratterizzazione genetico-molecolare estesa dei pazienti oncologici offre la possibilità di accesso a nuovi farmaci attraverso la sperimentazione clinica e costituisce il presupposto per la rapida introduzione di nuove terapie nella pratica clinica. Tuttavia, la selezione dei pazienti da sottoporre a screening genetico-molecolare, la interpretazione dei dati e la successiva scelta

fonte: http://burc.regione.campania.it

terapeutica richiedono una forte interazione tra le varie professionalità che hanno in carica il paziente oncologico.

Obiettivi e Indicatori

a. Accesso alle cure nell'ambito della medicina di precisione

- Incremento annuo del numero di pazienti trattati con farmaci molecolari e analizzati per biomarcatori

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

3. Ricerca traslazionale e sperimentazione clinica

Si intende rilanciare la ricerca come obiettivo prioritario della rete:

- Creazione nella piattaforma ROC dell'osservatorio delle sperimentazioni attive in Regione;
- Creazione di gruppo interaziendale per la selezione dei pazienti arruolabili in studi di fase 1 nei centri regionali abilitati;
- Creazione di un gruppo interaziendale per lo sviluppo della immunoterapia e dell'impiego del CAR-T nell'ambito delle neoplasie solide;
- Creazione di un gruppo interaziendale per la identificazione delle mutazioni potenzialmente target nei tumori solidi.

Obiettivi e Indicatori

a. Rilancio della ricerca traslazionale e della sperimentazione clinica

- Numero di pazienti trattati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

E. <u>Piano sviluppo chirurgie oncologiche</u>

L'offerta per l'attività chirurgica inerente le patologie epatobilio-pancreatiche, polmone ed ovaio risulta attualmente carente. Nel triennio si intende colmare queste carenze. Si costituiranno centri di alta specializzazione ove si concentreranno gli investimenti.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione centri di alta specializzazione

- Numero nuovi centri di alta specializzazione

Scadenze

a. Annuale – Dicembre 2019-2020-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

F. Affiancamento chirurgie esistenti

Così come già individuato nel DCA n. 98/2016, e sulla base delle risultanze del costituito tavolo di lavoro regionale ad hoc con le Aziende Sanitarie Locali, sono stati già programmati interventi di affiancamento biennali per le chirurgie dei Presidi Ospedalieri aderenti ai GOM, al fine di raggiungere i cut-off minimi previsti.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione centri di alta specializzazione

- Numero nuovi centri di alta specializzazione
- Riduzione tasso di migrazione sanitaria per le patologie individuate

b. Incremento nuove chirurgie

- Incremento del numero di nuove chirurgie che superano annualmente i cut-off minimi previsti
- Riduzione tasso di migrazione sanitaria per le patologie individuate

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Arruolamento)
b. Entro Dicembre 2021 (Valutazione effetto sulla migrazione sanitaria)

1.3.2 Implementazione dei PDTA

Nel corso del 2017 e dei primi mesi del 2018 si è provveduto a condividere, con tutti gli oncologi dei CORP/CORPUS della Regione 19 PDTA, che coprono oltre il 90% della patologia oncologica, oltre il trattamento antiemesi in corso di chemioterapia, la radioterapia, nonché, i requisiti minimi del referto anatomopatologico, al fine di uniformare e rendere omogenei i comportamenti in ambito regionale.

In prospettiva triennale, le traiettorie programmatorio/gestionali relativamente ai PDTA prevedono:

- La revisione annuale, legata alle innovazioni cliniche e dei processi di cura dei PDTA pubblicati nei DCA di Marzo (DCA n. 19/2018) e Novembre (DCA n. 89/2018);
- Il monitoraggio e la valutazione, attraverso la piattaforma informatica della ROC, individuando, anche sulla base delle indicazioni di AGENAS nonché di gruppi di lavoro ad hoc costituiti e confermati nel DCA n. 89 del 5.11.2018, una serie di indicatori di processo e, via via, di esito, nella logica del miglioramento continuo della Qualità;
- La valorizzazione economica.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione PDTA adottati con DCA n. 19/2018 e n. 49/2018 con revisione annuale del processo

- Numero di PDTA che rispettano almeno il 75% degli indicatori
- Codifica in piattaforma dei 6 indicatori di processo e almeno 2 di esito

b. Revisione annuale dei PDTA

- % dei PDTA revisionati (ottimale oltre il 50%)

c. Valorizzazione economica dei PDTA

- Numero di PDTA valorizzati economicamente (ottimale oltre il 50% nel triennio)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Revisione annuale del 100% dei PDTA)
Entro Dicembre 2019 (Immissione in piattaforma degli indicatori)
Da Novembre 2020 (Monitoraggio dei PDTA per il rispetto degli indicatori)
b. Entro Novembre 2020 (Monitoraggio di almeno il 50% dei PDTA sul rispetto degli indicatori)
c. Entro Dicembre 2019

1.3.3 Il paziente oncologico in età pediatrica

In Campania la popolazione residente di età compresa tra 0 e 19 anni è di circa 1.250.000 unità, pari al 21,9% della popolazione totale. Su tale popolazione incide per il 16,7% l'età pediatrica (tra 0 e 14 anni, circa 900.000 soggetti) e per il 5,2% quella adolescenziale (tra 15 e 19 anni, circa 350.000 di soggetti).

L'incidenza stimata dei tumori maligni (malattie emolinfoproliferative o tumori solidi) è di circa 170 nuovi casi per anno e per milione in età pediatrica, e 293 in età adolescenziale.

Si stimano pertanto, tra i residenti campani con età inferiore ai 19 anni, circa 265 casi di nuove diagnosi di tumore maligno per anno.

Attualmente in Regione Campania la risposta assistenziale è garantita principalmente da due Centri di III livello (Ematologia ed Oncologia pediatrica della AOU Vanvitelli e Dipartimento di Oncologia dell'AORN Santobono-Pausilipon), riconosciuti dalla Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica (AIEOP).

Circa il 24% dei ricoveri in ambito oncologico nell'età pediatrica ed il 35% di quelli in età adolescenziale sono effettuati fuori regione, con un alto costo sociale ed un impatto sulla mobilità passiva di circa tre milioni di euro all'anno.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione di un Polo Unico Regionale di III livello per l'Oncologia Pediatrica mediante Protocollo di Intesa tra la AOU Vanvitelli e l'AORN Santobono-Pausilipon, con una attività di "Oncologia ed onco ematologia pediatrica" e conseguente Centro AIEOP unico, che costituirà il secondo centro nazionale per numerosità dei casi

- Indice della migrazione extraregionale per neoplasie infantili e trapianto di midollo (Riduzione, entro il termine di vigenza del Piano triennale del 40%)
- Indicatori di processo e di esito per la valutazione degli standard AIEOP

b. Costituzione della Rete Pediatrica Regionale per l'Oncologia Pediatrica, in analogia e collegamento con la già costituita Rete Oncologica Regionale

- Sviluppare, con la direzione del costituendo Hub Unico Regionale, azioni di formazione, organizzazione ed integrazione dei percorsi assistenziali, per la costituzione di un centro Spoke in ciascuna provincia;
- Integrare, nella logica di rete, altre funzioni relative all'iter diagnostico terapeutico, anche appartenenti ad altri ambiti assistenziali (Pediatria di Libera Scelta, funzione di salvaguardia della fertilità, funzione di Assistenza Domiciliare, funzione di Terapia del Dolore e cure Palliative/Hospice, funzione di sorveglianza dei "fuori terapia", attività del volontariato)

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Affidamento, entro il termine di vigenza del Piano triennale di almeno il 60% dei pazienti a percorsi assistenziali decentrati nel post-diagnosi

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Formalizzazione della costituzione del Polo Unico)
Entro Dicembre 2020 (Unificazione dei reparti di degenza)
Entro Dicembre 2021 (Completamento delle dotazioni tecnologiche)

b. Entro Giugno 2020 (Avvio del programma di formazione per gli Spoke e le articolazioni territoriali)
Entro Giugno 2021 (Definizione dei PDTA e delle "regole di ingaggio" della rete)
Entro Dicembre 2021 (Prima presa in carico di pazienti oncologici nei centri Spoke)

1.4 Il paziente acuto e post-acuto

L'assistenza in ambito ospedaliero ha rappresentato in Regione Campania negli anni passati il riferimento centrale dei processi di cura, in maniera sicuramente distorta ed inappropriata, fino a generare tassi di ospedalizzazione non giustificabili, di per sé portatori di un gravame di risorse che seguivano passivamente l'andamento della domanda. Un territorio da sempre poco credibile, se non per particolari esperienze legate alle individualità piuttosto che all'organizzazione, distretti scarsamente organizzati e poco accoglienti, rimodellati spesso su residui di vecchie USL e pertanto immodificati nel loro compito anche rispetto all'immaginario dell'utente, hanno contribuito a dirottare sempre di più il paziente verso l'ospedale. Una scarsa rispondenza dei servizi di continuità assistenziale e le poche effettive esperienze di rete della medicina generale non hanno mai fatto sentire al cittadino la presenza di una quota di servizio sanitario che non fosse l'ospedale.

Ormai da due anni la Regione Campania è impegnata in un forte cambiamento e una decisa riorganizzazione del territorio chiamato a svolgere il proprio compito quotidiano di supporto al bisogno e di governo della domanda di salute, ma anche riappropriandosi del ruolo di promotore di processi di prevenzione e riabilitazione, di assistenza residenziale e semiresidenziale, in sinergia e integrazione con il settore sociale, fino alla domiciliarità delle cure ed alla gestione della terminalità. È diventata credibile e fortemente richiesta l'assistenza domiciliare, seppure necessitante ancora di omogeneizzazione dei percorsi e dei processi di presa in carico, così come delle forme di prestazione dei servizi. Un'analisi della domanda e dell'appropriatezza dei setting di cure ha permesso anche di tradurre in PACC i 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza dal mese di agosto 2018.

Queste ed altre azioni altrove descritte hanno permesso di ricondurre verso una specificità assistenziale delimitata a percorsi di emergenza e urgenza la domanda di assistenza ospedaliera che nel 2018 si attesta sotto i 160 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il riorientamento della domanda si associa ad una ricostruzione della Rete Ospedaliera, riconfigurata secondo gli standard nazionali previsti dal D.M. n. 70/2015, che permette il varo di livelli crescenti di strutture ospedaliere, nella garanzia delle proporzioni per bacini di utenze e ricondotti alla normalità per discipline quali punti di erogazione, in una sana e corretta integrazione con il privato accreditato e gli ospedali religiosi.

1.4.1 Realizzazione del Piano ospedaliero 2019-2021

Con DCA n. 103/2018 la Regione Campania riceve l'approvazione Ministeriale del Piano della Rete Ospedaliera, come da verbale della seduta congiunta dell'11.04.2019 trasmesso nel corso del mese di maggio

fonte: http://burc.regione.campania.it

2019. A partire da tale periodo la Regione Campania produce il proprio cronoprogramma di attivazione del Piano Ospedaliero per la compiuta realizzazione dello stesso entro il triennio 2019-2021.

In conseguenza del nuovo DCA è necessario attivare i seguenti processi di aggiornamento documentale e valutazione tecnica:

- Attivazione di uno specifico studio per la valutazione dei dati Volumi ed Esiti, basati sulla disamina delle SDO 2018 e I semestre 2019, finalizzati alla individuazione delle ulteriori UOC eccedenti come da cronoprogramma;
- Costituzione della Commissione regionale di valutazione dei nuovi Atti Aziendali discendenti dall'applicazione del DCA n. 103/2018;
- Monitoraggio della applicazione delle Reti Tempo dipendenti e completamento del processo istruttorio per le reti Ictus e Trauma.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione Gruppo di lavoro per la valutazione Volumi/esiti finalizzato alla individuazione delle UOC eccedenti

- Costituzione e avvio Gruppo di lavoro
- DCA con individuazione UOC eccedenti, tenendo conto anche della vigenza contrattuale dei titolari di S.C.

b. Ricezione e valutazione Atti Aziendali prodotti in applicazione del DCA n. 103/2018

- Costituzione Commissione Regionale per la valutazione Atti Aziendali

c. Attivazione dei nuovi DEA di I livello come previsti nella rinnovata programmazione

- N. DEA di I livello attivati

d. Riduzione dei punti di erogazione in eccesso, sia in esito al DCA n. 103/2018 che in applicazione del processo di valutazione Volumi/esiti

- Documento di programmazione per l'individuazione dei punti di erogazione in eccesso

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
Entro Novembre 2019 (Richiesta dati e analisi SDO 2018 e I semestre 2019)
Entro Dicembre 2019 (Individuazione UOC eccedenti)

b. Entro Novembre 2019 (Costituzione Commissione Regionale)
Entro Dicembre 2019 (Ricezione degli Atti Aziendali)
Entro 90 giorni dall'approvazione della rete territoriale adozione degli Atti Aziendali

c. Entro 2 mesi dall'approvazione dei rispettivi Atti Aziendali (Richiesta alle AASSLL di predisporre un cronoprogramma per l'attivazione dei DEA di I livello di nuova programmazione)

d. Entro Giugno 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

1.4.2 Adeguamento e sviluppo delle reti tempo-dipendenti

La riconfigurazione della Rete Ospedaliera dell'Emergenza/urgenza permette di conseguenza l'identificazione dei Nodi delle Reti tempo/dipendenti e la conseguente capacità di migliorare la qualità dell'assistenza nel rispetto dei tempi previsti per le procedure d'urgenza salvavita.

Una coerente programmazione di edilizia ospedaliera sorregge la programmazione regionale e permette nel triennio la sua completa implementazione, in ordine alle strutture ed alle necessarie tecnologie, sia in ammodernamento che in innovazione.

A. Rete Cardiologica

Con DCA n. 64/2018 è stata adottata la Rete Cardiologica Campana in funzione dell'organizzazione della Rete Ospedaliera vigente. Attiva dall'agosto 2018 copre completamente l'intero territorio regionale. Il modello organizzativo è quello Hub/Spoke e vede l'ingresso nel sistema dell'emergenza/urgenza sia delle AOU che di alcune strutture private accreditate (alcune dotate di Pronto Soccorso, altre con accettazione h24 per le urgenze cardiologiche). Tuttavia la rete approvata con DCA n. 64/2018, a seguito dell'approvazione della nuova programmazione della Rete Ospedaliera, viene soggetta a rielaborazione per alcuni punti che hanno modificato la loro collocazione nella matrice dell'emergenza/urgenza.

I percorsi assistenziali sono governati da specifici PDTA allegati al documento di programmazione, supportati da collegamenti informatizzati capaci di trasmissione di rilevazioni ecografiche con lettura da remoto e successiva valutazione per la presa in carico corretta del paziente.

Il sistema 118 integra perfettamente la Rete IMA ed è coordinato ai bacini di utenza collegati ai rispettivi Spoke e Hub.

Sono previste azioni periodiche di monitoraggio dell'efficienza del sistema a carico di una struttura di coordinamento regionale, così come sono previste azioni di "manutenzione" della rete a cadenza annuale.

È programmata una azione di comunicazione e informazione al cittadino per la conoscenza del sistema e per diffondere nozioni di promozione della salute e conoscenza delle modalità di allerta della Rete.

Sono aperti vari tavoli tecnici per la gestione del post-acuto sia rispetto alla Sindrome Coronarica acuta, sia allo Scompenso Cardiaco che alla Fibrillazione Atriale, per la presa in carico post-evento.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione coordinamento regionale
- Insediamento coordinamento regionale

b. Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
- Report di monitoraggio

c. Valutazione annuale ed eventuali azioni correttive
- Report di valutazione

d. Azione di informazione e comunicazione regionale
- Campagne informative e di comunicazione

e. Adozione PDTA per il post-acuto

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Decreto di adozione

f. Implementazione dei PDTA del post-acuto

- Grado di implementazione dei PDTA

Scadenza

a. Entro 30 giorni dal DCA di adozione del Piano Ospedaliero (Insediamento coordinamento regionale)
b. Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
c. Annuale – Gennaio 2019-2020-2021 (Valutazione ed eventuali azioni correttive)
d. Entro 3 mesi dal DCA di revisione rete IMA (Azione di informazione e comunicazione regionale)
e. Entro dicembre 2019 (Adozione PDTA per il post-acuto)
f. Implementazione dei PDTA del post-acuto nel 2020/2021 con valutazioni e monitoraggio di indicatori preordinati

B. Rete Ictus

Nel documento di programmazione della Rete Ospedaliera è previsto un modello macro di rete Ictus coerente con i punti di erogazione delle discipline afferenti alla Rete. Nel frattempo varie disposizioni di carattere organizzativo, per la gestione transitoria, fino alla implementazione della Rete sono state emanate a livello regionale. Ciò anche in considerazione della recente attivazione dell'emergenza nella struttura Ospedale del Mare.

L'obiettivo regionale è quello di decretare l'assetto della rete Ictus al fine di garantire a ogni cittadino di ricevere la migliore assistenza ovunque si verifichi l'evento, garantendo equità di accesso a ciascuno.

Il modello organizzativo previsto è quello Hub/Spoke, governato mediante PDTA basati su evidenze scientifiche.

L'obiettivo è garantire la trombolisi sistemica entro 3 ore dall'esordio dei sintomi e ricovero in stroke unit e, ove necessario trattamenti endovascolari d'urgenza in unità di Neuroradiologia Interventistica e/o Neurochirurgia.

All'esito della definizione finale della Rete dell'Emergenza/urgenza la Regione Campania decreta la rete ICTUS corredandola di documenti tecnici e PDTA per l'uniformità dell'assistenza, tenendo conto dei bacini di utenza e del correlato sistema 118.

La Rete Ictus viene necessariamente collegata, mediante specifico PDTA, alla disciplina di Neuroriabilitazione (codice 75) e altri setting del post-acuto e dell'assistenza territoriale, come previsto dal DCA n. 23/2015.

Obiettivi e Indicatori

a. Istruttoria per la definizione della Rete Ictus in funzione del DCA n. 103/2018

- Adozione linee guida per la Rete Ictus in coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 103/2018

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019 – Scadenza Rispettata

fonte: http://burc.regione.campania.it

C. Rete Trauma

Nel documento di programmazione della Rete Ospedaliera è previsto un modello macro di rete trauma coerente con i punti di erogazione delle discipline afferenti alla Rete. Sono stati infatti identificati i vari punti a diversa intensità di assistenza (CTS, CTZ e PST) correlati alla tipologia di presidio, secondo le prescrizione del D.M. n. 70/2015.

Nel frattempo varie disposizioni di carattere organizzativo, per la gestione transitoria, fino alla implementazione della Rete, così come approvata dal Ministero, sono state emanate a livello regionale.

Particolare attenzione è stata riservata alla gestione dei traumi maggiori prevedendo la costituzione in ogni PS di un Trauma Team, anche in considerazione della recente attivazione dell'emergenza nella struttura Ospedale del Mare.

L'obiettivo regionale è quello di decretare l'assetto della rete Trauma al fine di garantire a ogni cittadino di ricevere la migliore assistenza ovunque si verifichi l'evento, garantendo equità di accesso a ciascuno.

La Regione deve strutturare specifici PDTA per il Trauma maggiore, per il Trauma in età pediatrico e per altre tipologie specifiche di paziente o di condizione clinica. Sono già adottate schede tecniche di rilevazione della gravità del Trauma, condivise con un Gruppo di lavoro centrale che costituiranno la base per l'adozione di documenti tecnici strutturati complessivi clinici e organizzativi.

La rete Trauma viene necessariamente collegata per la gestione del post-acuto alle discipline codice 56 ed all'assistenza territoriale per l'area riabilitazione, come da specifico DCA n. 69/2017.

Obiettivi e Indicatori

a. Istruttoria per la definizione della Rete Trauma in funzione del DCA n. 103/2018

- Adozione linee guida per la Rete Trauma in coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 103/2018

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019

1.4.3 L'utilizzo appropriato della degenza post-acuta

In Regione Campania con il nuovo Piano della Rete Ospedaliera, l'assistenza si arricchisce di una componente finora trascurata: la degenza post-acuta e l'alta specialità riabilitativa. Tali discipline a lungo neglette e poco considerate sono invece una delle chiavi di volta del sistema dell'emergenza/urgenza perché consentono un fluido percorso del paziente da un'assistenza ad alta intensità di cura verso un'assistenza dove la degenza è più protratta ma orientata al recupero ed alla riabilitazione, necessari complementi alla buona esecuzione di PDTA predefiniti.

La Regione Campania, in armonia con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», promuove un uso appropriato dell'ospedale che garantisca al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Evidenze della letteratura dimostrano che tanto più è tempestiva la presa in carico globale del paziente in fase acuta tanto più valido può essere il risultato raggiungibile in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni (secondari e terziari).

Come evidenziato dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato con Accordo Stato-Regioni-Province autonome il 10 febbraio 2011, la comprovata efficacia della tempestività e precocità dell'intervento riabilitativo esige che all'interno delle organizzazioni ospedaliere, pubbliche e private, sia garantito un modello organizzativo idoneo ad assicurare la precoce valutazione multidisciplinare del bisogno riabilitativo della persona già nelle UU.OO di degenza per acuti ai fini dell'erogazione tempestiva dei trattamenti necessari e dell'attivazione del percorso assistenziale più appropriato.

Risulta fondamentale in tale fase l'individuazione, nell'ambito della definizione del Progetto riabilitativo individuale, del setting di cura più appropriato per la fase post-acuta, che tenga conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

La riabilitazione post-acuta in regime di ricovero ospedaliero è riservata alle persone che richiedono un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore ed è appropriata nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti, ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante.

E' articolata in:

- Riabilitazione intensiva, rivolta a persone con disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;
- Riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore.

La Riabilitazione Intensiva viene erogata in U.O. di Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) e in U.O. di Alta Specializzazione: Neuroriabilitazione (cod. 75) e Unità Spinale (cod. 28).

Tale tipologia di assistenza è di norma erogata nella fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva in regime di ricovero ospedaliero e di lungodegenza post-acuzie sono erogate nelle U.O. cod. 60.

Con il nuovo Piano di programmazione della rete ospedaliera la Regione Campania ha previsto un significativo potenziamento dei posti letto per tali tipologie di assistenza al fine di soddisfare la domanda di assistenza post acuzie, ridurre le giornate di degenza inappropriata nei reparti per acuti nonché ridurre il rilevante fenomeno di mobilità passiva.

Risulta necessario migliorare l'offerta qualitativa della riabilitazione ospedaliera attraverso la definizione di specifici standard strutturali, tecnologici ed organizzativi per tali tipologie di assistenza.

Per il miglioramento dell'appropriatezza e l'efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera la Regione Campania, ha già definito linee di indirizzo su specifici percorsi di presa in carico della persona con patologie a rilevante impatto sulla disabilità (ictus, frattura di femore, BPCO) individuando, tra gli indicatori di performance, il trasferimento dei pazienti con bisogno di riabilitazione ospedaliera direttamente dai reparti per acuti.

Si provvederà, in coerenza con il decreto ministeriale sui criteri di appropriatezza per l'accesso alla riabilitazione ospedaliera, all'adozione di atti di indirizzo regionali sui criteri di eleggibilità dei pazienti ai fini dell'ammissione ai trattamenti ospedalieri, sotto il profilo di:

- Severità della condizione clinica/evento morboso/trauma causa del ricovero ospedaliero;
- Intensità/complessità dell'assistenza necessaria.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione disciplina regionale sui requisiti specifici dei setting di riabilitazione ospedaliera e relativi criteri di eleggibilità dei pazienti

- Numero requisiti setting di riabilitazione ospedaliera e criteri di eleggibilità dei pazienti

b. Incremento numero pazienti, ricoverati in setting di riabilitazione ospedaliera, trasferiti direttamente dalle UUOO di degenza per acuti

- % di SDO, relative a ricoveri in reparti per acuti, riportanti il seguenti codice di "modalità di dimissione": "8" = trasferimento ad istituto di riabilitazione
- % di SDO, relative a ricoveri in setting di riabilitazione ospedaliera, con i seguenti codici di "provenienza" del paziente": "4" = trasferito da istituto pubblico; "5" = trasferito da istituto privato accreditato; "6" = trasferito da istituto privato non accreditato; "7" = trasferito nello stesso istituto da altro tipo attività di ricovero o da altro reg. di ricovero

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Definizione requisiti specifici setting di riabilitazione ospedaliera e criteri di eleggibilità dei pazienti)

b. Annuale - Entro Giugno 2020-2021 (Verifica % pazienti ricoverati in reparti/strutture di riabilitazione ospedaliera trasferiti direttamente dalle UUOO di degenza per acuti)

1.4.4 Il sistema trasfusionale regionale

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce in materia di attività trasfusionale servizi e prestazioni individuate dall'art. 5 della legge 21 ottobre 2005 n. 219, così come recepiti dal DPCM n. 15 del 12.01.2017, prestazioni che rappresentano LEA.

Il D.M. n. 70/2015 prevede che le strutture trasfusionali siano organizzate e dimensionate in base all'ambito territoriale di riferimento ed alla complessità del presidio di appartenenza. Il dimensionamento dei poli di lavorazione e qualificazione biologica viene programmato sulla base degli standard previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Campania con DCA n. 42/2014 aveva definito la propria Rete Trasfusionale in funzione della preesistente Rete Ospedaliera ed aveva provveduto ad istituire i Dipartimenti sovraziendali di Medicina Trasfusionale.

L'attuale revisione della Rete Ospedaliera con l'identificazione di nuovi DEA di I livello richiederà una rimodulazione della Rete Trasfusionale, il loro dimensionamento, una nuova governance e una rimodulazione delle competenze.

E' necessario che la nuova Rete sia in grado di fronteggiare tutti i compiti di supporto trasfusionale corrente ed al contempo sappia rispondere alle esigenze emergenti connesse con i nuovi obblighi (accreditamento e rispondenza alle linee guida delle Buone norme di fabbricazione – GPGs).

La riorganizzazione della rete ospedaliera, e la auspicabile riduzione della mobilità sanitaria rimoduleranno i fabbisogni ed in tale ottica va garantita la sostenibilità del Sistema.

Una completa integrazione con le reti cliniche (urgenza-emergenza-trapianti) risulta strategica al fine di poter garantire sia le attività di diagnosi e cura che le attività di produzione, con particolare riguardo alla funzionalità dei Poli di lavorazione e qualificazione biologica, su cui impattano considerevolmente gli adempimenti previsti dal sistema regolatorio e di controllo di matrice europea, soprattutto per quanto riguarda la produzione di plasma per uso industriale.

L'integrazione con le Reti Cliniche renderà altresì indispensabile la ridefinizione delle competenze sulla terapia aferetica sia all'interno della disciplina trasfusionale sia nel rapporto con le atre discipline allo scopo di evitare sprechi e duplicazioni.

Così come accaduto in tutto il paese, anche in Campania si è verificato un calo di donazioni a causa soprattutto di:

- Modifiche demografiche con aumento della popolazione anziana le cui necessità assistenziali assorbono una maggiore quota di fabbisogno trasfusionale e contestuale riduzione delle fasce di età giovanili che riducono il turn over dei donatori periodici. La minore sensibilità delle fasce giovanili della popolazione unite a stili di vita non sempre sani non garantisce il necessario ricambio tra le generazioni;
- Una evoluzione del quadro epidemiologico delle malattie trasmissibili, soprattutto per i patogeni emergenti, conseguente alla mobilità dei cittadini e ai mutamenti climatici ed alle conseguenti misure restrittive sulle donazioni per tener conto della sicurezza trasfusionale;
- Una maggiore difficoltà per il reclutamento di nuovi donatori periodici e organizzazioni delle raccolte.

Ciò impone uno sforzo promozionale concordato a livello centrale che metta in sicurezza l'autosufficienza regionale.

Occorre inoltre conferire nuovo impulso e una rinnovata organizzazione alla Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali per una programmazione ed un monitoraggio centrale ed efficace delle attività della rete trasfusionale realizzando una piena integrazione della suddetta struttura all'interno dell'organizzazione regionale.

Realizzando il dettato legislativo che prevede una piena integrazione della struttura di coordinamento delle attività trasfusionale all'interno dell'organizzazione regionale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Va necessariamente consolidato e manutenuto il processo di accreditamento con i risultati raggiunti nel corso del 2017 e 2018, garantendo le strutture con gli standard previsti dal D.M. n. 70/2015, così come è necessario procedere ad un importante adeguamento dei sistemi infrastrutturali di rete (reti informatiche e reti di trasporto).

Vanno iniziati i processi di accentramento produttivo e consolidati quelli di validazione biologica, previsti dalla programmazione regionale.

Una costante attività di Formazione a tutti i livelli del personale afferente all'intero Sistema Trasfusionale va programmata periodicamente secondo un piano formativo regionale ed aziendale.

Azioni di integrazione forte con il settore Farmaceutico regionale sono finalizzate ad uno stretto monitoraggio ed una più razionale distribuzione dei plasmaderivati ottenuti in conto lavorazione, con conseguente contenimento della spesa, tramite un coordinamento con la Direzione dell'area Regionale farmaceutica.

È necessaria inoltre una stretta integrazione con il Centro Regionale Trapianti per la governance relativa alla raccolta di cellule staminali.

Infine, è necessario procedere alla revisione delle procedure di autorizzazione-accreditamento istituzionale, ispezione e controllo, con audit di parte seconda, al fine di rendere coerenti i percorsi di autorizzazione-accreditamento istituzionale e ispezioni e controllo così come previste dalla Regione e quelli di parte seconda previsti dalle Aziende di frazionamento industriale del plasma, ai fini della qualificazione dei Servizi Trasfusionali come fornitori di materia prima per i plasmaderivati prodotti in "conto lavorazione" da plasma nazionale, anche in prospettiva delle ridefinizione nazionale dei criteri di accreditamento.

Obiettivi e Indicatori

a. Informatizzazione della rete trasfusionale in conformità al decreto n. 42/2014 e accentramento delle attività di lavorazione nei tre poli individuati dal decreto n. 42/2014

- Configurazione informatica di almeno un polo di lavorazione
- Avvio della gara di informatizzazione rete trasfusionale regionale
- Consegna di una scheda di rilevazione dello stato dei requisiti strutturali e tecnologici di almeno 2 poli di lavorazione
- Conclusione gara informatizzazione
- Ristrutturazione poli di lavorazione
- Accentramento nei tre poli di lavorazione

b. Messa in atto di una campagna promozionale per la donazione di sangue e plasma Regionale su base semestrale o annuale e monitoraggio trimestrale dei dati di produzione e consumo di emazie e richiesta di un piano di attività per i Strutture Trasfusionali (ST) con deficit di produzione maggiore al 5% rispetto al pari periodo dell'anno scorso

- Partenza della campagna promozionale estiva e riduzione del 50% delle UO con deficit di produzione emazie maggiori del:
  - 5% nel 2019;
  - 80% nel 2020;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- 100% nel 2021

c. Riorganizzazione della struttura tecno-amministrativa per la Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC)

- Adozione del regolamento di funzionamento SRC e reperimento nuova sede

d. Conclusione dell'intero percorso di audit di verifica e AC requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi delle ST e delle unità di raccolta (UdR) fisse e mobili

- Accreditamento regionale di almeno 90% delle strutture visitate

e. Organizzazione di corsi di formazione annuali per:

- Personale operante nelle UdR;
- Personale infermieristico delle ST;
- Personale tecnico delle ST;
- Personale medico e biologo delle ST;

- Effettuazione di almeno tre corsi nel 2019

f. Formalizzazione dei debiti informativi delle farmacie verso la SRC e implementazione di protocolli per il buon uso degli emoderivati

- Invio e ritorno delle scadenze di rilevazione:
  - 50% di farmacie nel 2019;
  - 75% di farmacie nel 2020;
  - 95% di farmacie nel 2021
- N. protocolli buon uso emoderivati

g. Accreditamento Jacie Fact per le unità di raccolta Cellule Staminali

- Individuazione delle unità di raccolta delle cellule staminali periferiche e midollari
- Verifica dei fabbisogni tecnologici/strutturali
- Formazione della Commissione congiunta CRT/SRC e stesura della pianificazione degli accreditamenti Jacie Fact
- Accreditamento o riaccreditamento Jacie Fact 7.0 di tutte le unità di raccolta

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019-2020-2021
b. Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2019-2020-2021
f. Entro Dicembre 2019-2020-2021
g. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

2. Programma 2: La salute nelle comunità

2.1 La salute nella comunità

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015, e successivo DCA n. 36 del 01.06.2016 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, predisposto secondo indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Al momento la Regione è stata certificata dal Ministero della Salute circa il raggiungimento del livello programmato degli obiettivi previsti dallo stesso piano per il 2017.

È stata approvata, in sede di Conferenza Stato-Regioni-PA, la proroga della vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 a tutto il 2019. Tale approvazione ha previsto la possibilità di rimodulazione parziale delle progettualità inserite nei Piani Regionali, tenuto conto delle criticità evidenziate nel triennio in corso.

Il Piano Regionale della Prevenzione definisce un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, attraverso interventi, volti a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita (approccio life-course), nei luoghi di vita e di lavoro (approccio per setting) con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile, ponendo le popolazioni e gli individui al centro delle azioni.

L'elemento strategico di innovazione, che sarà ribadito nel prossimo PRP, sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione (nella sua generale declinazione su tutti i servizi sociosanitari del territorio, sviluppata e/o orientata dai Dipartimenti di Prevenzione) affermando il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del Welfare.

La pianificazione regionale, pertanto, è stata orientata al superamento della frammentarietà di singole azioni progettuali focalizzate su singoli obiettivi e ha privilegiato una logica di piani/programmi/azioni tra loro coerenti, coordinati e sinergici creando o rinforzando le condizioni, anche organizzative, affinché i PRP si incardinassero nella più ampia programmazione regionale e aziendale e nei relativi sistemi di monitoraggio.

2.1.1 Monitoraggio interventi promozione alla salute

Al fine di assicurare un'idonea governance aziendale della funzione per la promozione della salute, ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 501 del 01.08.2017 è disposta l'istituzione del Coordinamento delle attività di Educazione e Promozione della Salute (EPS) che trova collocazione unitaria in tutte le Aziende Sanitarie Locali nel Dipartimento di Prevenzione, con funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, supporto metodologico, valutazione e monitoraggio delle attività di educazione e promozione della salute.

Tra i compiti del Coordinamento è previsto quello di effettuare annualmente una rilevazione delle attività di promozione in essere realizzate dalle strutture aziendali di competenza sui diversi temi e nei diversi setting (comunità, scuola, luoghi di lavoro e strutture sanitarie) e delle nuove proposte di intervento e valutarle sulla base dei criteri di buone prassi (di cui agli allegati 3 e 4 del DGR n. 501/2017) e dei risultati raggiunti e/o previsti.

fonte: http://burc.regione.campania.it

In base degli esiti del lavoro di rilevazione e valutazione delle attività di EPS le AASSLL elaborano il "Programma attuativo aziendale intersettoriale di promozione ed educazione alla salute" ed il "Catalogo delle attività di EPS offerte alle scuole".

Al fine di avere un quadro delle attività di promozione della salute attuate su tutto il territorio regionale dalle AASSLL, nei diversi setting per temi e fasce di età, la Regione Campania si è posta l'obiettivo di realizzare un Sistema di Monitoraggio Regionale sugli interventi di Promozione alla Salute.

Il Sistema di Monitoraggio ha quindi lo scopo di rilevare i dati sulle attività individuate quali buone prassi per temi/setting/ target che si sono realizzate in ciascuna azienda e permettere alle AASSLL ed alla Regione la realizzazione di report quantitativi/qualitativi dove si riportano anche i punti di forza e le criticità emerse nel corso della realizzazione delle attività al fine di valorizzare, rafforzare ed estendere quanto di significativo e utile è in atto e poter intraprendere azioni per il superamento delle criticità riscontrate.

Obiettivi e Indicatori

a. Pianificazione e realizzazione di un sistema di monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute codificati come buone pratiche realizzati nei diversi setting da ciascuna AA.SS.LL

- Coinvolgimento del Gruppo di Coordinamento Regionale per la Promozione della Salute istituito con D.D. n. 12 del 24.01.2018 per l'individuazione degli indicatori per temi/setting/target
- Creazione di un data base per il monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute
- Trasmissione alle AA.SS.LL per la compilazione

Scadenze

a. Entro Gennaio 2019 – Scadenza Rispettata

2.1.2 La promozione della salute

Per il raggiungimento degli obiettivi di promozione alla salute di cui al Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 prorogato al 2019, sono previste azioni su molteplici tematiche con particolar riferimento agli interventi finalizzati all'implementazione del programma "Guadagnare Salute" che ha l'obiettivo di promuovere e facilitare l'assunzione di abitudini e stili di vita salutari nell'ottica della prevenzione delle principali MCNT (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, obesità, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali la sedentarietà, la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo di tabacco e l'abuso di alcol.

Tenuto conto del preoccupante aumento in Regione Campania, già dall'età pediatrica, di sovrappeso-obesità, ipertensione e diabete, condizioni strettamente correlate con l'alimentazione e con l'insufficiente attività fisica, in un'ottica di intersettorialità si prevede la stipula di accordi a livello regionale con istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute al fine di facilitare l'adozione di stili di vita sani nella prospettiva di "Salute in tutte le Politiche".

In particolare emerge la necessità di rivolgere particolare attenzione ai problemi peculiari legati alla sedentarietà di tutte le fasce di età della popolazione, secondo un approccio life course.

A tal fine si reputa necessario stipulare un Protocollo di intesa con il CONI Campania, nell'ambito delle specifiche prerogative sancite dall'atto statutario dell'Ente medesimo, che può quindi svolgere un ruolo

fonte: http://burc.regione.campania.it

importante nel favorire comportamenti salutari in tutte le fasce di età promuovendo l'attività fisica e sportiva, nonché l'educazione ad una corretta alimentazione e ad uno stile di vita sano.

Obiettivi e Indicatori

a. Monitoraggio degli interventi di promozione della Salute codificati come buone pratiche realizzati per ciascun tema oggetto di EPS da ciascuna AA.SS.LL

- Realizzazione di un Report aziendale sullo stato di implementazione delle attività previste sul territorio delle AASSLL
- Trasmissione Report aziendali alla Regione

b. Coinvolgimento del CONI della Campania al fine di favorire e promuovere progetti ed iniziative comuni a sostegno della attività motoria e dei corretti stili di vita, che preveda che il CONI si impegni a rendere gli spazi propri o di enti affiliati contesti promotori di salute contrastando il tabagismo, l'uso di sostanze psicoattive o dopanti, il consumo di alimenti non salutari (ad esempio snack ipercalorici, bibite dolci, etc.)

- Costituzione di un gruppo di lavoro composta da esperti individuati a livello regionale e da rappresentanti del CONI
- Elaborazione e condivisione di una proposta di Intesa tra Regione Campania e Comitato Regionale CONI della Campania in tema di Promozione della Salute
- Sottoscrizione di un protocollo di Intesa tra Regione Campania e CONI della Campania e approvazione con delibera della Giunta regionale

Scadenze

a. Annuale – Entro Marzo 2019-2020-2021
b. Entro Dicembre 2019

2.1.3 La medicina di genere

L'evoluzione della Medicina nel corso degli ultimi 30 anni ha orientato le cure verso una maggiore personalizzazione, specie nelle terapie innovative che giungono a studiare variabili biologiche inevitabilmente (e finalmente) correlate anche al genere. Insieme ad altre considerazioni relative a considerazioni socio-culturali ed ambientali, il tema della Medicina di Genere si sta presentando allo studio ed all'osservazione della sanità con una nuova forza. Incidenza e prevalenza di alcune patologie differenziate per genere non possono più sottacere l'individuazione di un settore di ricerca e approfondimento in tale direzione: la Regione Campania non intende sottrarsi a una riflessione sull'argomento, orientando parte della sua programmazione ad una visione prospettica differenziata, capace di esaltare in positivo le differenze prestando attenzione ad una disparità di fondo di fatto esistente.

Non è ideologico rappresentare quanto alcune patologie decorrano nella loro storia naturale in maniera differenziata nel genere femminile, così come l'efficacia terapeutica e gli esiti di salute esprimano una rappresentazione difforme rispetto all'atteso, tenendo conto che la maggior parte dei trials clinici vengono condotti su pazienti di genere maschile e su essi viene generalmente orientata la ricerca.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sostanziare i motivi di una differenza di genere non è compito della Regione Campania, piuttosto dei propri ricercatori che sono chiamati ad approfondire il tema e valorizzare intuizioni e risultati di ricerca che possano migliorare il livello di salute dei propri cittadini.

Tenendo conto che il 51% della popolazione campana è costituita da popolazione di sesso femminile, diventa doveroso aprire questo tema ed affrontarlo in maniera strutturata, nel perseguire anche su questo argomento un percorso di equità.

La Regione Campania intende dunque sostenere e sostanziare la forza di una Medicina di Genere che nell'approfondimento delle tematiche scientifiche, sostenute da Evidenze e Ricerca, permetta di configurare un approccio a sensibilità differenziata verso i pazienti, individuando aree specifiche e indicatori appropriati per una sanità più vicina al genere femminile, così come è universalmente riconosciuta la necessità di una medicina in età pediatrica che riconosce nel bambino specificità cliniche, metaboliche, psichiche del tutto non riconducibili ad un mero frazionamento di individuo.

È abbastanza diffusa la consapevolezza che le donne accedono di meno ai servizi sanitari e spendono di meno in out of pocket per se stesse, generando per sé outcome più negativi rispetto ai pazienti di sesso maschile.

"La medicina di genere vuole descrivere le differenze nella prevenzione, nella diagnostica e nella terapia di tutte le malattie, e non necessariamente quelle che prevalgono in un sesso o nell'altro o le patologie dell'apparato riproduttivo" recita un incipit di un documento del Ministero della Salute.

La Regione Campania, nel voler adottare e implementare il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" (in attuazione art. 3, co. 1, Legge 11.1.2018, n. 3), programma dunque l'istituzione di un Gruppo di Lavoro dedicato che avrà come obiettivi la promozione di:

- Ricerca scientifica rivolta al genere femminile;
- Formazione e informazione agli operatori sanitari sulla Medicina di Genere;
- Aumento dell'inserimento delle donne nei trials clinici;
- Approfondimenti nei PDTA di percorsi dedicati al genere femminile:
- Individuazione sistematica del genere nella raccolta dati per studi di utilizzo e accessibilità dei servizi sanitari.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione di gruppi di Lavoro interdisciplinari e su tematiche specifiche

- Numero gruppi di lavoro istituiti

b. Produzione linee di indirizzo regionali

- Numero linee guida regionali prodotte

c. Informazione e formazione al personale sanitario sulle tematiche di Medicina di genere

- Numero di eventi divulgativi regionali ed aziendali

d. Conoscere e valutare le attività di ricerca dedicate alla medicina di genere

- Ricognizione delle attività ospedaliere e territoriali esistenti rivolte alla Medicina di genere

e. Costituire una rete con le Associazioni di cittadini /pazienti per la ricezione delle istanze assistenziali

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Proposta di accordo di collaborazione con Associazioni di cittadini/Pazienti e n.ro accordi sottoscritti/anno

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Almeno 1 per anno)
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Valutazione delle attività)
d. Entro Giugno 2020 (Richiesta alle Aziende di ricognizione dell'offerta assistenziale in materia)
Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Realizzazione di una mappa dell'offerta sanitaria aggiornata)
e. Entro Giugno 2020

2.1.4 La genitorialità consapevole

L'ambito della genitorialità ha visto un profondo cambiamento nell'attuale clima culturale e sociale. Tali modificazioni, in modo particolare, hanno portato ad un diverso modo di vivere la maternità con richieste di assistenza da parte di donne gravide e puerpere sempre più complesse e difficili da soddisfare. I cambiamenti nel modo di vivere questo evento e nelle richieste di assistenza impattano in modo importante sia sul personale del SSR che sullo stato emotivo della donna e della coppia.

La DG per la Tutela della Salute e coordinamento del SSR ha programmato e condiviso con i Dipartimenti Materno-Infantili delle 7 Aziende Sanitarie Locali il sostegno alla genitorialità consapevole attraverso un percorso di implementazione e potenziamento delle attività territoriali (da erogare in ciascuna ASL sulla base della popolazione residente).

Nell'ambito della implementazione dei servizi territoriali, la Regione Campania sta rivolgendo particolare attenzione alle attività multidisciplinari svolte dai Consultori Familiari, istituiti dalla Legge 29 luglio 1975, n. 405.

La Legge n. 34/1996 prevede un Consultorio Familiare (CCFF) ogni 20 mila abitanti e la norma richiamata nei LEA mira a garantire alla donna e al partner, durante tutto il percorso nascita, le prestazioni erogate gratuitamente dalla struttura dedicata del SSR.

Il piano regionale di sostegno alla genitorialità consapevole e all'intero percorso nascita mira ad aumentare la consapevolezza della popolazione circa le attività di sostegno alla coppia sin dal periodo del concepimento fino ai primi anni di vita del bambino.

Il DPCM 12 gennaio 2017, nel ridefinire i nuovi LEA, ha delineato all'articolo 24, una riqualificazione delle attività consultoriali relativa ai seguenti ambiti:

- Maternità, paternità e procreazione responsabile; consulenza preconcezionale;
- Sterilità e infertilità, procreazione medicalmente assistita;
- Tutela della salute della donna, diagnosi precoce dei tumori genitali femminili;
- Assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro;
- Corsi di accompagnamento alla nascita;
- Promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'assistenza del neonato;
- Percorso IVG: presa in carico della donna con sostegno psicologico pre e post IVG e offerta attiva e gratuita di metodi contraccettivi per la riduzione delle IVG ripetute;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- Consulenza e assistenza degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- Assistenza ai minori e ai nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi, anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti.

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziamento dell'offerta dei servizi attraverso l'estensione degli orari di apertura pomeridiani e/o sabato mattina

- Numero dei consultori regionali estende l'orario di apertura al pubblico (Aumento di almeno il 30%)

b. Monitorare le attività offerte dai consultori familiari regionali

- Sviluppo di un software informatizzato unico regionale per il monitoraggio delle attività

c. Garantire maternità, paternità e procreazione responsabile con consulenza preconcezionale, e cura della sterilità e infertilità (procreazione medicalmente assistita PMA), attraverso la predisposizione di apposite linee di indirizzo

- Linee di indirizzo regionali su PMA omologa ed eterologa

d. Tutelare la salute della donna attraverso la diagnosi precoce dei tumori genitali femminili, attraverso la predisposizione di apposite linee di indirizzo

- Linee di indirizzo regionali sullo screening per HPV

e. Aumentare di almeno il 10 % il numero di gravide che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP

- Indicatore desumibile dall'anagrafe vaccinale regionale opportunamente implementata dai centri vaccinali e dalle U.O. di Ginecologia e ostetricia

f. Offrire una assistenza qualificata ai minori e ai nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi, anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti, con l'obiettivo di aumentare del 10% il numero di minori e nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi presi in carico dai servizi aziendali dedicati anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti

- Numero di minori e nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi presi in carico dai servizi aziendali dedicati

g. Consulenza e assistenza degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche, con l'obiettivo di aumentare di almeno il 10%/anno il numero di adolescenti che hanno effettuato una consulenza di supporto psicologico presso ciascuna ASL nel periodo 2019-2021

- Numero di adolescenti che hanno effettuato una consulenza di supporto psicologico presso ciascuna ASL

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Giugno 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Entro Dicembre 2021
f. Entro Dicembre 2020
g. Entro Dicembre 2021

2.1.5 La salute nei luoghi di lavoro

A. Azioni di miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro

La completa definizione ed implementazione dei presupposti normativi indicati dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. (insediamento e regolare funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. n. 81/2008 ed ex DPCM 21.12.2007, dell'Ufficio Operativo Regionale (UOR) e degli Organismi Provinciali (OP) con i relativi Nuclei Operativi Integrati (NOI) ex DPCM 21.12.2007) consente alla Regione Campania di programmare l'attività territoriale specifica indicando priorità ed obiettivi cui puntare ai Servizi Igiene e Medicina del Lavoro (SIMLI) e Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (SPSAL) dei Dipartimenti di Prevenzione delle sette AASSLL. Così pure il raggiungimento annuale, fin dalla loro istituzione, degli obiettivi indicati dal Comitato ex art. 5 D.Lgs. n. 81/2008, favorisce il monitoraggio degli eventi infortunistici e tecnopatici che si verificano.

Per la Regione Campania la Policy per la sicurezza e salute sui luoghi di lavoro costituisce un riferimento fondamentale ed essenziale finalizzato alla comprensione dei principi cui si ispira ogni azione dell'organizzazione, nell'ottica della salute e sicurezza di tutti, e a cui tutti devono attenersi in rapporto al proprio ruolo e alle responsabilità assunte, senza tralasciare di mettere a disposizione risorse organizzative, strumentali ed economiche con l'obiettivo di migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, attraverso i Servizi delle AASSLL si punterà in particolare a:

- Ridurre al minimo i rischi per la salute e sicurezza di tutto il personale che accede ai luoghi di lavoro;
- Migliorare in modo continuativo le prestazioni in relazione alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e le relative modalità di gestione;
- Promuovere in tutta la Regione una "cultura della sicurezza", cioè l'adozione di comportamenti basati sulla tutela della propria e altrui sicurezza e salute, attraverso continui programmi di formazione e informazione.

Le strategie che saranno adottate affinché tali obiettivi vengano raggiunti, mirano ad attivare un Sistema di Gestione della Sicurezza e Salute sul luogo di Lavoro (SGSSL), come parte integrante di tutte le organizzazioni lavorative. Ci si impegnerà ad affrontare gli aspetti della sicurezza di tutte le attività aziendali esistenti e la programmazione futura, come aspetti rilevanti della propria attività attraverso una verifica della organizzazione delle strutture aziendali così come previsto dalla normativa vigente: Datore di lavoro, Dirigenti, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Preposti, Addetti alla sicurezza, Personale dipendente, in modo tale che tutti siano partecipi, secondo le proprie responsabilità e competenze, per raggiungere gli obiettivi di sicurezza loro assegnati.

Sarà assicurato un ruolo prioritario all'informazione sui rischi aziendali affinché sia diffusa a tutti i lavoratori e alla formazione degli stessi attraverso aggiornamenti specifici in riferimento alla mansione svolta, garantendo la consultazione dei lavoratori, anche attraverso il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), in merito agli aspetti della sicurezza e salute sul lavoro.

La recentissima approvazione del disegno di legge da parte del Consiglio dei Ministri, di ratifica della Convenzione n. 187 del 2006 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro di Ginevra sul "Quadro

fonte: http://burc.regione.campania.it

promozionale per la salute e sicurezza sul lavoro" darà la possibilità ai Servizi operanti nelle 7 AASSLL di avviare programmi di approfondimento sulla promozione della salute. Definita nel 1986 dalla Carta di Ottawa come un processo che permette alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla, la promozione della salute sul posto di lavoro. In coerenza a quanto esposto nell'Atto di Indirizzo per l'anno 2019 del Ministero della Salute, adottato il 27 settembre 2018, saranno programmate azioni di promozione della salute sui luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro in modo da incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo ed in buona salute, creando condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani, e di quelli con malattie croniche o disabilità. Saranno predisposti specifici programmi formativi tendenti a considerare l'età come un aspetto della diversità nella valutazione dei rischi.

Obiettivi e Indicatori

a. Avviare programmi di approfondimento sulla promozione della salute sui luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro in modo da incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo ed in buona salute, creando condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani, e di quelli con malattie croniche o disabilità

- Numero di programmi di approfondimento adottatati da ciascuna ASL
- Numero di corsi di formazione per tutto il personale SIML e SPSAL

b. Creazione di una banca dati e stampa di opuscoli sulle risultanze degli audit e delle ricerche effettuate

- Numero di aziende coinvolte nel programma informativo attraverso la distribuzione degli opuscoli

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Creazione di scheda – questionario e individuazione delle aziende da sottoporre allo studio)
Entro Giugno 2020 (Acquisizione del numero di lavoratori del campione distinto per sesso, età, mansioni, tipologia contrattuale tramite audit effettuati presso le aziende a campione)
Entro Giugno 2020 (Distribuzione schede-questionari e ritiro delle schede)
Entro Dicembre 2020 (Formazione del personale RSPP, ASPP, DL, RLS, MC atta a promuovere il raggiungimento di una migliore cultura dell'organizzazione aziendale attraverso la conoscenza dei rischi degli specifici comparti in riferimento all'età anagrafica dei lavoratori)

b. Entro Giugno 2020 (Distribuzione degli opuscoli al personale delle aziende ai Datori di lavoro e Medici competenti e associazioni datoriali)
Entro Giugno 2021 (Elaborazione e studio epidemiologico dei dati)

B. Azioni di miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro

Il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro nella Regione Campania passa necessariamente attraverso la assoluta conoscenza delle criticità presenti sul territorio e non può prescindere da una fotografia puntuale dello stato di salute della popolazione lavorativa.

Gli ultimi anni, caratterizzati da un quadro di notevole recessione economica, hanno visto una decisa trasformazione economica del tessuto produttivo nazionale e regionale, con una crescita dei rapporti di lavoro a tempo determinato ed una grande dilatazione degli impieghi a tempo parziale, favorendo lo sviluppo di molte attività nel settore terziario e l'impiego di professioni a bassa qualifica.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il quadro occupazionale si presenta quindi notevolmente più invecchiato e più istruito rispetto a prima, con un aumento relativo della presenza straniera e femminile specialmente nei settori alberghiero e della ristorazione in generale, oltre che nell'agricoltura e nei servizi.

In tale contest il gap territoriale si è accentuato a sfavore delle regioni meridionali.

In questo contesto generale particolare attenzione va rivolta al settore dell'Edilizia, tenendo ben presente il calo del numero delle imprese con la perdita di migliaia di posti di lavoro che ha determinato l'impoverimento del settore con possibili ripercussioni sulla sicurezza.

Risulta di tutta evidenza quindi che la programmazione della prevenzione non può prescindere da tali considerazioni, e che le azioni da mettere in campo non possano non tenere presente il profondo cambiamento in atto nel mondo del lavoro.

Per fare ciò si dovrebbero concentrare le risorse organizzative, strumentali ed economiche al fine di ottenere la conoscenza quanto più precisa possibile delle patologie cronico-degenerative presenti nella popolazione lavorativa, in aggiunta al dato sulle patologie professionali favorendo l'emersione di quelle sotto notificate in Campania, con particolare riferimento a quelle gravi (Neoplasie), alle attività a maggior rischio (Agricoltura ed Edilizia), alle patologie stress lavoro-correlate e muscolo-scheletriche, alla esposizione ad agenti cancerogeni.

Obiettivi e Indicatori

a. Approfondire la conoscenza del contesto socio-economico, occupazionale ed epidemiologico al fine di legare le azioni di prevenzione all'analisi territoriale

- N. di aziende e lavoratori coinvolte nel programma formativo

b. Avviare programmi di approfondimento volti alla riduzione delle cause di malattie professionali ed alla emersione di quelle sotto notificate ed alla riduzione di infortuni legati alla condizione di salute dei lavoratori

- % di incremento del numero di malattie professionali notificate nella popolazione lavorativa analizzata
- % di riduzione degli infortuni sul lavoro

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Stipula di accordi tra la Regione Campania attraverso il Coordinamento ex art. 7 e gli enti Inail, Inps e Camera di Commercio)
Entro Dicembre 2020 (Analisi del contesto socio economico ed epidemiologico delle aziende della Regione Campania nei comparti Edilizia, Agricoltura e Servizi attraverso il coinvolgimento delle banche dati Inail, Inps e Camera di Commercio)
Entro Giugno 2021 (Valutazione della popolazione lavorativa con particolare riferimento al livello di qualificazione professionale attraverso l'analisi delle banche dati)
Entro Dicembre 2021 (Sensibilizzazione delle aziende attraverso i D.L. per una formazione specifica e un addestramento mirato del personale sotto qualificato attraverso gli enti bilaterali)

b. Entro Giugno 2020 (Analisi delle banche dati Inail art. 40(segnalazioni Medici Competenti) e flussi informativi)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Entro Dicembre 2020 (Analisi dei dati con il coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei Medici Competenti degli RLS, RSPP e D, L)
Entro Dicembre 2021 (Pubblicazione di un report dei risultati emersi per una migliore attività di vigilanza da parte dei servizi IMl e PSAL delle AASSLL)

2.1.6 La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria

Le attività di controllo mirate a garantire la salubrità degli alimenti ad uso umano, incluse le acque potabili, nonché gli alimenti destinati all'alimentazione zootecnica, sono pianificate nei Piani pluriennali Nazionali Integrati (PNI) e nelle relative appendici regionali (PRI) ai sensi dell'articolo 41 del Regolamento (CE) n. 882/2004, oggi articolo 109 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Il PRI definisce gli obiettivi e la politica regionale in materia di sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la sanità delle piante, descrivendo il Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali (S.G.C.U.) svolti nel corso del periodo di vigenza. Il PRI include anche gli obiettivi strategici e operativi del Piano Regionale di Prevenzione. I controlli sono mirati a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, diretti o veicolati dall'ambiente, a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori. Le strutture regionali incardinate nella Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del SSR ed i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL rappresentano le Autorità Competenti (AC) nella programmazione ed attuazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. n. 193/2007. I laboratori dedicati all'esecuzione delle analisi ufficiali sono individuati dal PRI nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno e nell'ARPAC. In Regione Campania tali AC, sia di livello regionale che territoriale, sono certificate UNI EN ISO 9001:2015 ed utilizzano esclusivamente procedure documentate standardizzate in tutto il territorio regionale. I dati relativi alle attività di controllo, espletate ogni anno dalle AASSLL sulla base di documenti di programmazione regionale e territoriale (DPAR – DPAT), elaborati secondo criteri di priorità in relazione alle risorse disponibili, sono inseriti in tempo reale in un sistema informatico gestionale (GISA) che alimenta le banche dati regionali. I dati sui controlli, estratti ed analizzati dall'Osservatorio Regionale per la sicurezza alimentare (ORSA), struttura di supporto alla Regione, consentono funzione di monitoraggio e programmazione oggettivamente efficaci. Il monitoraggio prevede una cadenza trimestrale, eventualmente intensificata in occasione di particolari criticità. Il sistema GISA consente, altresì, anche alle AASSLL l'estrazione dei dati per monitorare l'andamento degli obiettivi operativi assegnati dalla programmazione regionale. Il sistema GISA è, altresì, adeguato alla cooperazione con gli altri sistemi informativi della PA, in particolare del Ministero della Salute e prevede l'inserimento delle attività anche di altri organi di controllo (NAS, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza, Nucleo anti Frodi, Capitaneria di Porto, Polizia stradale).

Il "Macroprocesso C.U." del Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali può essere così schematizzato:

fonte: http://burc.regione.campania.it

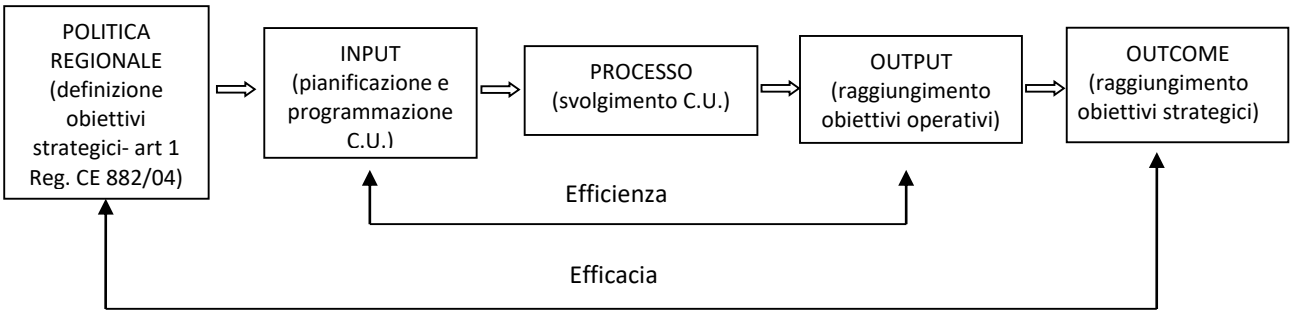


Figura 7: Macroprocesso C.U.

Il PRI prevede la classificazione dei campi in macroaree e settori, è necessario a livello regionale applicare un'articolazione più specifica e dettagliata che rappresenti meglio la realtà e gli obiettivi regionali. Pertanto, l'elenco delle macroaree e settori riportato nel PNI è stato sostanzialmente ampliato suddividendo alcuni settori e prevedendone altri specifici, in modo da rappresentare al meglio la realtà e gli obiettivi regionali. Tale elenco, riportato schematicamente di seguito, funge anche quale "audit universe", cioè definisce gli argomenti degli audit interni di settore ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Macroaree							
Alimenti	**Sanità animale**	**Mangimi**	**Benessere animale**	**Sanità delle piante**	**Sottoprodotti**	**Farmaci veterinari**	**Altro**
Settori							
Sicurezza degli alimenti di origine animale	**Anagrafe**	**Mangimi**	**Benessere Animale**	**Controlli sul territorio**	**Sottoprodotti di origine animale**	**Farmacovigilanza**	**Zoonosi nell'uomo e M.T.A.**
Sicurezza degli alimenti NON di origine animale	Malattie infettive e parassitarie		Speriment. Animale	Fitosanitari	Materiale specifico a rischio	Farmacosorveglianza	Ambiente
Qualità merceologica	Riproduzione animale						Igiene urbana veterinaria e lotta al randagismo
Produzioni Agroalimentari Regolamentate							Sistemi rapidi d'allerta
Acque Potabili e Minerali							
Nutrizione umana							
Alimenti destinati ad una alimentazione particolare							
Materiali a contatto con gli alimenti (MOCA)							

Tabella 5: Elenco delle macro-aree e dei settori

Ai fini di una corretta programmazione dei controlli ufficiali, tutti gli stabilimenti/aziende le cui attività ineriscono la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria sono categorizzati in base al rischio accertato o ex ante.

Sono previste cinque classi di rischio a cui corrispondono appropriate frequenze, modalità, tecniche ed intensità dei controlli ufficiali a farsi, secondo il criterio che ad un più alto rischio corrisponde una maggiore frequenza ed intensità di controllo. Le categorie sono divise in base ad un punteggio assegnato in occasione della sorveglianza, calcolato automaticamente attraverso check list inserite nel sistema informatico GISA, secondo il seguente schema:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Categorie di rischio	
da 0 a 150	Categoria di rischio 1
da 151 a 250	Categoria di rischio 2
da 251 a 350	Categoria di rischio 3
da 351 a 450	Categoria di rischio 4
oltre 451	Categoria di rischio 5

Tabella 6: Categorie di rischio

Ad un punteggio più elevato corrisponde un rischio più elevato e le imprese rientranti in tale categoria sono soggette a controlli più frequenti (ispezioni, audit) rispetto a quelle di categoria di rischio inferiore. Tale criterio di programmazione consente di mirare i controlli e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse dell'AC.

Per consentire una adeguata distribuzione del personale addetto alle attività di controllo è stato standardizzato a livello regionale un sistema di calcolo delle performance, sia individuali che di struttura, che consente valutare la congruità del personale disponibile e di elaborare il piano triennale dei fabbisogni delle AASSLL per garantire l'esaustivo espletamento delle attività di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Il sistema, approvato in occasione del Piano Regionale Integrato 2011-2014 (DGRC n. 377/2011), ha subito nel PRI 2015-2018 (DGRC n. 617/2015), poi prorogato a tutto il 2019, i necessari correttivi sulla base di alcune criticità emerse nel corso della sua applicazione. Il sistema consente di verificare, in occasione della programmazione regionale annuale, le potenzialità dei servizi territoriali a livello capillare e di intervenire sulle Direzioni strategiche aziendali, qualora emergano carenze di personale, per sollecitare il reclutamento nelle forme previste.

Alla valutazione di carattere quantitativo delle risorse umane, attraverso il citato sistema di calcolo delle performance, si associa il monitoraggio sulla qualità delle prestazioni attraverso il Piano degli audit interni (Regione → AASSLL) e delle attività di verifica dell'efficacia. Il sistema regionale di verifica dell'efficacia dei controlli prevede, infatti, sia audit interni, sia apposite "supervisioni" secondo le procedure stabilite con il Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro sanitario DCA n. 97/2010, effettuati dal Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (Nu.Re.C.U.). La Regione (ACR) trasmette alle AASSLL (ACL) un programma di audit e di supervisioni elaborato secondo i seguenti criteri:

- Nei quattro anni tutte le AASSLL e tutti i settori del "audit universe";
- Valutazione del rischio legato a pericoli emergenti del territorio;
- Follow up di audit precedenti.

Alcune tipologie di supervisione previste dal DCA n. 97/2010, come quelle per valutare il livello di know how del personale sanitario e quelle mediante simulazione, sono effettuate, sia a livello regionale che territoriale per garantire processi di miglioramento e di uniformità, con il supporto tecnico-scientifico di personale del Polo Didattico Integrato (PI), attivato con la DGRC n. 867/2010, che integra tra l'Università, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZSM) ed il Sistema Sanitario regionale, per migliorare contestualmente sia la didattica che il livello qualitativo dei controlli ufficiali.

Tale sistema regionale di gestione degli audit interni e supervisione ai sensi degli art. 4 punto 6 e art. 8 paragrafo 3 del Reg. CE 882/2004, prevede un percorso di gestione dei conflitti d'interesse. In particolare, il

fonte: http://burc.regione.campania.it

personale del Nu.Re.C.U. viene escluso dall'esecuzione di tali attività presso l'ASL di provenienza e, inoltre, tutto il personale del Nucleo regionale sottoscrive all'atto della notifica del piano annuale di audit un apposito modello (MOD. H – Nu.Re.C.U.) per la dichiarazione di assenza/presenza di conflitti di interessi.

Il livello qualitativo delle prestazioni del personale medico e veterinario incaricato dell'esecuzione dei controlli ufficiali viene elevato attraverso un'intensa attività di formazione. Quest'ultima, oltre che nelle iniziative delle singole AASSLL, trova attuazione nel Piano formativo annuale regionale la affidato sia l'IZSM che, per le materie di rispettiva competenza, ai Centri di riferimento regionali, sedi operative del Polo Didattico Integrato. Il Piano formativo regionale viene elaborato sia in relazione alle nuove normative e procedure, sia sulla base delle criticità afferenti le performance del personale sanitario rilevate nelle relazioni del PRI relative agli anni precedenti. In tal senso nel corso del 2019 è stato inserito nel piano, tra gli altri, il corso "I controlli ufficiali in attuazione del Regolamento UE 625/2017" per garantire i necessari approfondimenti sulle novità introdotte dalla citata normativa comunitaria, la cui entrata in vigore è stabilita nel 1° gennaio 2020. Il corso prevede anche una sezione specifica sulla certificazione ufficiale per i prodotti alimentari destinati all'esportazione (Capo VII del Regolamento n. 625/2017).

Il sistema regionale prevede una programmazione basata sui rischi sia a livello regionale, attraverso l'analisi dei dati pregressi delle attività di controllo a cura dell'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare (ORSA) nonché la declinazione degli obiettivi strategici nazionale e regionali, sia locale dalle stesse AASSLL, nell'elaborazione dei propri documenti di programmazione attraverso l'approfondita conoscenza delle realtà territoriali, agevolata dall'anagrafica del sistema informatico GISA che include la categorizzazione delle imprese sulla base del rischio. Particolare attenzione nella programmazione regionale assume la ristorazione pubblica e collettiva, per la quale è stato attivato dalla Giunta regionale (DGRC n. 97/2017) uno dei Centri di Riferimento Regionale (CRIPAT) del Polo Didattico Integrato, che affianca la Regione nella programmazione e le AASSLL nella fase operativa, anche attraverso la definizione di procedure standard ed una formazione specifica, alimentando quel processo di crescita in tutta la Regione nella gestione del rischio legato a questo delicato settore della filiera alimentare.

Per garantire l'efficienza e l'efficacia del sistema dei controlli occorre anche adeguare i laboratori ufficiali alle esigenze di campionamento previste dal Piano Regionale Integrato. A tale scopo la programmazione regionale prevede una fase preliminare di confronto con l'IZSM di Portici e l'ARPAC, al fine di ottimizzare le risorse ed evitare ritardi nella refertazione delle analisi, attraverso l'efficienza e la coerenza delle analisi della rete dei laboratori ufficiali. Per assicurare che le prove analitiche siano accreditate (art. 37 reg. 625/2017) è previsto che i campioni prelevati dalle AASSLL, seppur sempre accettati presso le sedi provinciali ove insiste l'ASL, siano trasferiti a cura dei laboratori presso le sedi in grado di eseguire le analisi con metodo accreditato, anche attraverso la rete nazionale degli IIZZSS e delle ARPA.

Tra gli obiettivi strategici regionali è prioritario l'ottenimento per la Regione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da brucellosi, tubercolosi e leucosi bovina enzootica. Tale obiettivo comporta la puntuale esecuzione delle profilassi di Stato che, tuttavia, nel settore bufalino trova difficoltà legate alla particolare sensibilità della specie e a carenze nelle misure di biosicurezza aziendali in alcune aree delle province di Caserta e Salerno, nelle quali insiste la maggior parte del patrimonio bufalino. Attraverso la consulenza dell'IZSS e la condivisione con il Ministero della Salute ed i competenti centri di riferimento nazionali è stato elaborato un Piano straordinario che prevede misure particolari quali:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Definizione e standardizzazione delle misure di biosicurezza per gli allevamenti bufalini per contrastare l'ingresso e l'uscita degli agenti patogeni;
- Identificazione delle aree a rischio attraverso criteri di natura epidemiologica nelle quali attuare misure straordinarie;
- Protocolli diagnostici maggiormente efficaci nell'identificazione degli animali infetti della specie bufalina;
- Realizzazione della banca genetica dell'intero patrimonio bufalino campano per contrastare le movimentazioni irregolari e la sostituzione di capi infetti con i sani.

Anche in materia di igiene urbana veterinaria e di prevenzione e controllo del fenomeno del randagismo la Regione ha inteso dotarsi di un Centro regionale di riferimento (DGRC n. 209/2010 - CRIUV), considerandone le attività di particolare interesse per le ripercussioni sia di carattere sanitario che sociale. Oltre alle funzioni tipiche dei Centri di riferimento, quali l'affiancamento, la formazione del personale delle AASSLL, il CRIUV eroga prestazioni di elevata complessità e monitora costantemente tutti i canili presenti nel territorio regionale, assicurandone il rispetto delle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, nonché l'esatto allineamento con l'anagrafe canina regionale.

Altro obiettivo strategico è il controllo del fenomeno dell'antimicrobico resistenza in attuazione dell'intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra le Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 recante il "Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" che declina indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome. In questo contesto si colloca il DMS dell'8 febbraio 2019 concernente le modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità del farmaco veterinario e dei mangimi medicati. Ai fini del controllo della ricetta elettronica in termini numerici e di congruenza con i farmaci prescritti, è stato attivato un piano di monitoraggio di farmacosorveglianza che prevede il controllo del 33% all'anno delle aziende zootecniche, così da garantire in tre anni il controllo dell'intero patrimonio zootecnico. In merito alle aziende zootecniche con autorizzazione alla scorta farmaci, così come le parafarmacie, le farmacie, i depositi, sia con vendita all'ingrosso che al dettaglio, e le strutture veterinarie con scorta, il controllo è attuato con cadenza annuale sul 100% delle imprese esistenti. Nel corso dei controlli ufficiali viene verificata l'appropriatezza e la congruenza della ricetta. In sostanza non essendo prevista più la ricetta cartacea, presso le AASSLL non corre più l'obbligo di registrare e numerare le ricette in quanto tale compito è già assolto dal sistema elettronico nazionale, che consente un conteggio puntuale ed immediato di tutto ciò che riguarda il farmaco veterinario.

Obiettivi e Indicatori

a. Gestione del rischio delle filiere agro-alimentari e della rete idrica potabile

- Riduzione del livello medio della categoria di rischio assegnato alle imprese del settore agro-alimentare

b. Eradicazione delle malattie infettive degli animali con riduzione del fenomeno del 10% rispetto all'anno precedente

- Numero aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi
- Riduzione del 10% della prevalenza di infezione dell'anno precedente per la tubercolosi e brucellosi

c. Riduzione del fenomeno del randagismo canino e delle popolazioni sinantropiche

- Riduzione numero dei cani vaganti con allineamento agli indici nazionali

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2021

2.1.7 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale

Scopo primario della sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale è favorire azioni di prevenzione primaria: identificare possibili fonti ambientali di rischio per la salute delle popolazioni e proporne la loro rimozione e/o mitigazione. L'identificazione di possibili correlazioni tra fonti di rischio e salute, ricerca che richiede tempi spesso lunghi e procedure complesse.

Una corretta e non generica sorveglianza epidemiologica mirata si concretizza attraverso:

- Identificazione puntuale, di aree territoriali a rischio specifico per fattori di rischio puntuali; analisi della letteratura evidenziano che in genere si tratta di microaree geografiche e non di macro aree di grandi dimensioni;
- Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- Indicazione di misure puntuali, sanitarie e non, mirate a fornire una risposta specifica al problema rilevato ed al rischio identificato.

A queste considerazioni di carattere generale, si aggiungono alcune considerazioni riferite alla patologia oncologica. Questa si caratterizza per essere una patologia cronico degenerativa a genesi multifattoriale e con lunghi tempi di latenza: in tale multifattorialità l'ambiente può rivestire un ruolo determinante. Negli studi di epidemiologia oncologica appare opportuno, inoltre, considerare che a fronte di una generica definizione di "patologia neoplastica" ci si confronta quotidianamente con oltre 230 diversi tipi di tumori tra loro distinti per cancerogenesi, sedi/organi interessati, tempi di latenza. La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale implica la conoscenza e la puntuale definizione degli elementi in studio, tra cui i principali:

- Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
- Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;
- Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.

La realizzazione dei punti sopra indicati implica come pre-condizione la messa a sistema dei flussi informativi sanitari da utilizzare in ambito di sorveglianza epidemiologica: Schede di Dimissioni Ospedaliere, dati di incidenza oncologica, di mortalità, generale e causa specifica, dati riferiti a malformazioni congenite.

Infine va detto che gli studi e le analisi condotte nell'ambito della epidemiologia da rischio ambientale si configurano inizialmente come studi descrittivi di popolazione, finalizzati alla sola descrizione degli eventi osservati ed alla possibile rilevazione di correlazioni tra dato sanitario e dati ambientali; solo studi successivi, di carattere analitico e con utilizzo di dati personali e non di popolazione, disegnati ad hoc sulla base delle ipotesi di correlazioni fatte dagli studi descrittivi, potranno entrare nel merito di possibili nessi di causalità tra evento sanitario rilevato e fattore di rischio individuato.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Campania ha provveduto già a costituire a tal fine un gruppo di lavoro permanente, coordinato dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coordinamento Sistema Sanitario Regionale, che veda al suo interno l'Agenzia Regionale protezione Ambientale (ARPA), l'Istituto Sperimentale Zooprofilattico Meridionale (IZSM), i responsabili degli otto Registri Tumori attivi in Campania, il responsabile del Registro regionale delle malformazioni, i responsabili dei Servizi di Epidemiologia Aziendali.

Tale Gruppo ha già avviato i processi che sono propedeutici agli obiettivi sotto elencati, programmati per il triennio 2019-2021.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementare sull'intero territorio regionale un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi regionali in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti

- Pubblicazione di un atlante regionale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2013
- Pubblicazione di un atlante regionale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2015
- Pubblicazione di un atlante regionale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2017
- Pubblicazione di un report regionale riferito alle malformazioni e difetti congeniti per il periodo 2003/2015
- Pubblicazione di un report descrittivo riferito alle fonti di rischio ambientale regionali aggiornato al 2017

b. Linkage dati di incidenza oncologica, mortalità generale e specifica per causa, ricoveri ospedalieri, malformazioni e difetti congeniti, con dati ambientali con un dettaglio comunale

- Pubblicazione di un report regionale sui risultati del linkage dati effettuato

c. Georeferenzazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale, in almeno una ASL regionale

- Pubblicazione di mappe di rischio ambientale dell'ASL di riferimento con dettaglio comunale e sub-comunale su dati di incidenza oncologica e mortalità generale e specifica per causa
- Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale e per particella censuale
- Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica in aree limitrofe a fonti di rischio ambientale nel raggio di 500, 1000 e 3000 metri

d. Georeferenzazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale, su una estensione territoriale di riferimento di almeno il 50 % della popolazione regionale

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Ricerca, e pubblicazione se presenti, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale e per particella censuale su una estensione territoriale di riferimento di almeno il 50 % della popolazione regionale;
- Ricerca, e pubblicazione se presenti, di cluster di incidenza e mortalità oncologica in aree limitrofe a fonti di rischio ambientale nel raggio di 500, 1000 e 3000 metri

Scadenze

a. Entro Giugno 2019 (con aggiornamento biennali) – Scadenza Rispettata
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2020
d. Entro Dicembre 2021

2.1.8 Mai più Terra dei fuochi: La nuova visione della Regione Campania

La Legge n. 6/2014 investe in Sanità su modelli preordinati che tuttavia sono stati programmati e realizzati in applicazione del DCA n. 38/2016.

È parere di questa Regione Campania, alla luce delle attività svolte e dei risultati ottenuti, nonché della mancata soluzione del quesito relativo al nesso di causalità tra rifiuti e tumori, che così come impostato, l'intervento non sia stato predisposto nella sua complessità. Le attività previste dal documento tecnico sono pressoché routinarie, poco rispondenti ad una straordinarietà di azione che la popolazione attende.

L'impostazione del DCA n. 38/2016 basata su proposta dell'ISS non ha impattato ancora positivamente sugli stili di vita della popolazione, sulle buone pratiche di salute, sul consenso culturale alla prevenzione ed alla cura di sé.

La Regione ha compreso che pur nella continuità della visione e delle azioni previste dalla Legge n. 6/2014, per quanto riguarda l'area sanitaria, occorre modificare approcci e paradigmi, passando da interventi settoriali, a silos, ad interventi integrati ed in parte combacianti, tali da intercettare ogni possibile interconnessione tra i determinanti di salute che impattano sulla popolazione, a cominciare dallo studio delle matrici ambientali.

Il nuovo paradigma che si intende sostenere ed esplorare è la valutazione sull'impatto salute, dei diversi fattori ambientali, delle loro inferenze, interferenze e sovrapposizioni, che costituiscono nel loro insieme la reale mappa del rischio dei cittadini campani.

I vari tavoli aperti con le Procure hanno permesso ai tecnici della Regione Campania di ragionare anche con il livello giudiziario e sistematizzare una serie di dati che fino a ieri erano frammentati e incompleti.

La Regione Campania pertanto con Deliberazione di Giunta n. 180 del 24.04.2019 ha approvato il nuovo modello di attività, in adesione al Piano di Azione per il contrasto ai roghi dei rifiuti sottoscritto con il Governo Italiano presso la Prefettura di Caserta nell'ottobre del 2018. La Deliberazione n. 180/2019 ha come oggetto "Approvazione del Documento Programmatico 2019-2021: Programma di attività di implementazione del Piano di Azione per il contrasto dei roghi dei rifiuti. Monitoraggio ambientale, studio ed approfondimento della salute della popolazione residente in aree a rischio".

In questo programma, che riflette in particolare l'azione 1.2 del Piano di Azione per il contrasto ai roghi dei rifiuti, vengono anzitutto coinvolti tutti i principali azionisti della salute in Campania, sia sotto il profilo dell'assistenza che della ricerca, del mondo accademico, dell'ambiente.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Le azioni principali previste possono così riassumersi:

- Conoscenza e analisi dell'ambiente normalmente non esplorato dai comuni programmi di lavoro (acqua di rete VS acqua dei pozzi ad uso irriguo e domestico);
- Monitoraggio dinamico che segue riscontri diretti oltre che le indicazioni programmatiche di routine;
- Individuazione di potenziali sorgenti di contaminazione, di vario tipo e dimensione, superando l'attribuzione amministrativa comunale alla Terra dei Fuochi e le distorsioni da essa generata;
- Innovazione metodologica nelle procedure di sanità pubblica (nuovo approccio alla popolazione in tema di screening);
- Correlazione tra dati ambientali e coorti di pazienti per la costruzione di modelli di valutazione di esposizione;
- Dall'analisi ambientale alla produzione di linee guida e costruzione di data base regionali (Catasto pozzi emungimento acque);
- Ricerca e sperimentazione di metodologie efficaci per bonificare le matrici ambientali;
- Campionamento dell'area con ENEA per la ricerca di pesticidi e idrocarburi (per l'individuazione di zone ad alto tasso di urbanizzazione e fenomeni di combustione illecita: campioni giornalieri per 1 anno);
- Individuazione sorgenti emissive – studi di biomonitoraggio;
- Azioni di miglioramento delle bonifiche ambientali;
- Innovazione nella ricerca sanitaria nel campo della medicina traslazionale;
- Sperimentazione nuovi modelli di approccio allo screening con il contributo consapevole del cittadino.

L'esperienza SEPS nel 2015 rappresenta il solco metodologico su cui si inserisce il presente Piano. Dallo studio di coorte prospettico individuato in SPES si transita con il nuovo Piano verso uno studio caso/controllo per la stima del rischio aggiuntivo di malattia in presenza di determinati livelli di contaminazione.

Sui soggetti malati si valuterà l'impatto dell'efficacia dei servizi sanitari (equità, rispetto dei PDTA, ecc).

Si prevede un'ulteriore azione di ricerca: SPEL, e cioè studio su esposti per motivi lavorativi (benzinai, operatori settore rifiuti, ecc.).

L'ambito della ricerca prevede infine azioni in materia di trattamento aria e acqua, studi retrospettivi sul consumo delle acque, Water Safety Plans.

Resta da definire, in uno con il Ministero della Salute, l'ISS e con la mediazione degli Uffici della Presidenza del Consiglio, il contributo alla valutazione epidemiologica, che deve essere reso dai MMG. La Regione attiverà pertanto, all'atto dell'accordo, una specifica programmazione.

Si rappresenta tuttavia che già nella bozza di AIR, all'esame della delegazione trattante insediata presso la Direzione Generale Tutela della Salute, è stata prevista la partecipazione dei MMG a programmi di sorveglianza epidemiologica.

Obiettivi e Indicatori

a. Adozione atto di programmazione

- Adozione del Piano Regionale con Delibera di Giunta
- Adozione Decreto Dirigenziale di programma esecutivo e impegno di spesa

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Definizione, in uno con il Ministero della Salute, l'ISS e con la mediazione degli Uffici della Presidenza del Consiglio, il contributo alla valutazione epidemiologica, che deve essere reso dai MMG

- Sottoscrizione procedure nazionali
- Incontri di lavori per la programmazione regionale della procedura concordata a livello nazionale
- Accordo regionale integrativo

c. Conoscenza e analisi dell'ambiente normalmente non esplorato dai comuni programmi di lavoro (acqua di rete VS acqua dei pozzi ad uso irriguo e domestico) con monitoraggio dinamico da riscontri diretti

- Numero pozzi esaminati/ numero pozzi censiti
- Catasto pozzi emungimento acque Regione Campania
- Emanazione Linee Guida regionali

d. Innovazione metodologica nelle procedure di sanità pubblica (nuovo approccio alla popolazione in tema di screening)

- Numero pazienti screenati per colon retto con nuovo approccio/numero pazienti totali screenati con vecchie procedure

e. Campionamento dell'area con ENEA per la ricerca di pesticidi e idrocarburi (per l'individuazione di zone ad alto tasso di urbanizzazione e fenomeni di combustione illecita)

- Campioni giornalieri per 1 anno

f. Studio su esposti per motivi lavorativi (benzinai, operatori settore rifiuti, ecc.)

- Adesione almeno del 70% della popolazione target

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019 (Adozione con Delibera di Giunta)
Entro Ottobre 2019 (Adozione Decreto dirigenziale)

b. Entro Dicembre 2019 (Adozione procedure nazionali)
Entro Dicembre 2019 (Adozione accordo regionale integrative)

c. Avvio delle attività da Dicembre 2019
Entro Dicembre 2020 (Progressione in step semestrali con aggiornamento / conclusione)

d. Entro Gennaio 2020 (Avvio nuova procedura)
Aggiornamento in step semestrali: gennaio/luglio - valutazione annuale

e. Entro Gennaio 2020 (Avvio attività)
Entro Dicembre 2020 (Conclusione attività di campionamento)
Entro Marzo 2021 (Risultati)

f. Entro Gennaio 2020 (Definizione procedure di campionamento)
Entro Febbraio 2020 (Predisposizione della metodologia di osservazione)
Entro Marzo 2020 (Avvio sorveglianza)

fonte: http://burc.regione.campania.it

3. Programma 3: Le leve strategiche dello sviluppo del SSR

3.1 Le politiche di prevenzione

Le attività di prevenzione rappresentano uno dei punti strategici e caratterizzanti delle politiche sanitarie del SSR; e ciò per un doppio ordine di motivazioni:

- Prioritaria salvaguardia dello stato di benessere delle comunità;
- Sostenibilità di costi sempre più alti dei percorsi di diagnosi e cura delle malattie.

Per tali motivi le attività di prevenzione si dispiegano in numerosissimi campi di azione e secondo le classiche declinazioni di prevenzione primaria, rimozione e/o attenuazione dei fattori determinanti le malattie, secondaria, anticipazione diagnostica, e terziaria, prevenzione dei fattori di possibile complicanze di patologie in atto e gestione di deficit e disabilità funzionali. Le attività di prevenzione su cui è impegnato il SSR sono descritte e valutate in modo puntuale nel Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGRC n. 860 del 29.12.2015 e DCA n. 2 del 10.02.2016.

3.1.1 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili

Il PRP 2014-2018 include principalmente azioni finalizzate all'implementazione di programmi di Promozione della Salute che mirano all'assunzione di sani stili di vita in contrasto verso i principali determinanti delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT): cattiva alimentazione, sedentarietà, fumo, l'abuso di alcol.

In particolare, nel Programma B, è prevista l'Azione B.5, "Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT attraverso un adeguamento del sistema d'individuazione del target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico "con l'identificazione e la presa in carico dei pazienti a rischio di MCNT.

Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" con interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50".

Tale approccio si basa sulla scelta di intervenire principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e a facilitare la scelta di stili di vita corretti. In presenza, invece, di soggetti con già fattori di rischio comportamentali o intermedi, la scelta strategica è di diffondere le tecniche del counseling motivazionale, indirizzando i soggetti verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare) o terapeutico specifici (es. prescrizione attività fisica).

Nello specifico il programma B del PRP 2014-2018 prevede una serie di interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50". Ciò rappresenta un'opportunità nel campo della prevenzione perché propone accanto all'analisi del rischio cardiovascolare (sul modello della "carta del rischio") una valutazione degli stili di vita e di una serie di parametri (pressione arteriosa, altezza, peso, BMI, ecc.) su popolazione sana nella coorte dei 50enni al fine di indirizzare i soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Tale coorte di età che risulta essere per il 70% bisognosa di interventi preventivi, è quella maggiormente sensibile e disponibile al cambiamento.

Tale studio quindi, in una prima fase sperimentale, si rivolge ai soggetti 50enni di entrambi i sessi, iscritti all'anagrafe sanitaria di almeno due Aziende Sanitarie Locali della Regione con il coinvolgimento del personale del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto Sanitario delle AASSLL in collaborazione con i Medici di Medicina Generale attraverso specifici percorsi di prevenzione con l'obiettivo principale di ridurre il rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine attraverso il cambiamento degli stili di vita e/o l'individuazione ed il trattamento di soggetti ipertesi, iperglicemici e ipercolesterolemici misconosciuti.

Successivamente al termine della fase sperimentale, è prevista l'estensione delle metodologie e delle pratiche al resto delle AASSLL Campane ed a tutta la popolazione target 45-60 anni.

Il programma B - azione B.5 del PRP 2014-2018 prevede attività finalizzate all'identificazione e alla presa in carico dei soggetti a rischio di MCNT al fine di ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e ulteriore disabilità in tali soggetti, anche attraverso la promozione e la diffusione dell'attività fisica, utile per la prevenzione di numerose patologie e disturbi e per la promozione del benessere. Visto che esperienze positive hanno evidenziato che le attività di promozione dell'esercizio fisico possono essere non solo efficaci, ma anche sostenibili e riproducibili nell'ambito di modelli organizzativi adatti alla realtà del Sistema Sanitario Regionale della Campania, nell'ambito delle attività di promozione della salute previsto dal programma B.5, è implementata la promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) per soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale. Tale forma di attività fisica, rivolta ai soggetti con fattori di rischio o affetti da MCNT (in particolare, diabete, sovrappeso/obesità, cardiopatie) in fase stabilizzata, nonché ai soggetti anziani (anche per la prevenzione delle cadute, evento che spesso ha esiti gravi o infausti), prevede la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate individuando obiettivi da perseguire, metodologie da adottare e target da privilegiare.

Obiettivi e Indicatori

a. Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50"

- Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia
- Numero di counselling sull'adozione di corretti stili di vita promossi nei soggetti a rischio medio
- Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso

b. Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero di strutture, individuazione da parte delle AASSLL, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

Promozione dell'accesso della popolazione immigrata agli screening oncologici

La particolare rappresentatività della popolazione immigrata in Regione Campania richiede specifici interventi in materia di prevenzione delle malattie croniche in questa popolazione.

Obiettivo della Regione Campania è la promozione dell'accesso della popolazione immigrata e delle categorie vulnerabili agli screening oncologici con il miglioramento dell'offerta dei programmi organizzati di screening attraverso interventi culturalmente competenti e innovativi ed azioni dirette di sensibilizzazione e di informazione, rivolte agli immigrati e alle altre categorie vulnerabili, utilizzando sia le ICT che gli strumenti tradizionali di comunicazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Mappatura degli immigrati (per cittadinanza) presenti nei rispettivi bacini di utenza delle AASSLL Campane con l'utilizzo dei GIS, delle mappe e dei report per la conoscenza delle caratteristiche socio-demografiche (per cittadinanza) dei bacini di utenza dei servizi sanitari, per migliorare l'incontro tra "offerta" sanitaria e "domanda" da parte dei gruppi vulnerabili
- Realizzazione di due mappe tematiche (statica e dinamica)
- Realizzazione di n. 2 report regionali immigrati

b. Fornire agli operatori dei servizi, ai mediatori interculturali, agli operatori della scuola, ai medici di medicina generale ecc., strumenti e competenze necessarie per informare e sensibilizzare immigrati e altre categorie vulnerabili, in maniera culturalmente competente, sugli screening oncologici
- Realizzazione n. 10 Percorsi di formazione/azione destinati agli operatori dei servizi screening, MMG, istituzioni scolastiche, farmacisti, leaders di comunità mediatori interculturali
- Realizzazione minimo n.150 persone che superano i test di apprendimento/n. totale persone sottoposte a test

c. Sensibilizzare e informare la popolazione immigrata e le categorie vulnerabili riguardo agli screening oncologici
- Almeno il 20% di persone target che scaricano la App/n. di persone target in Regione
- Almeno il 20% di persone target che visualizzano lo spot video/n. di persone target risultanti dalle mappe tematiche prodotte dalla Regione

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

3.1.2 Prevenzione patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di prevenzione primaria che, nello specifico, sono principalmente rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

Oltre a tali attività di prevenzione primaria il campo dove maggiormente, e più immediatamente, è possibile acquisire risultatiti tangibili è il campo della prevenzione secondaria: anticipazione diagnostica di patologie oncologiche in fase preclinica; tale azione si traduce, in molti casi, in guarigione clinica ed in altri in un significativo aumento della sopravvivenza netta per malattia. Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione.

La sopravvivenza oncologica e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologia oncologica, sono significativamente influenzati da due elementi prioritari: anticipazione diagnostica e qualità del successivo percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Relativamente ai tre tumori per i quali sono stati validati gli screening organizzati di popolazione, la Regione Campania presenta un significativo differenziale (negativo) della sopravvivenza oncologica rispetto al POOL Italiano dei Registri Tumori (dati AIRTUM): mammella -3,5, cervice uterina -2,5, colon retto -5,5 punti percentuali di sopravvivenza netta a cinque anni dalla diagnosi; inoltre, in riferimento al tumore del colon retto, non si evidenzia in Campania il trend temporale in diminuzione del tasso di incidenza annuo, trend che è influenzato da un efficiente screening organizzato di popolazione e che è presente in altre macroaree geografiche dell'Italia.

Obiettivo della presente linea di attività è strutturare sull'intero territorio regionale un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori oggetto di screening organizzati di popolazione, mirato a: anticipare la diagnosi del tumore della mammella e migliorare la sopravvivenza oncologica e qualità di vita alle pazienti affette da tale neoplasia; ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina e del colon retto attraverso la rilevazione e rimozione delle rispettive lesioni precancerose, spostare le diagnosi iniziali di tali tumori agli stadi iniziali della malattia, migliorare la sopravvivenza e qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie.

In merito alla sopravvivenza va rilevato che attualmente la Regione Campania, rispetto alle altre regioni italiane, presenta una sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi significativamente più bassa, rispetto alla media nazionale, proprio per i tumori screening detected. Nel caso del tumore del colon retto e della cervice uterina lo screening non solo ha dimostrato una potente azione di anticipazione diagnostica e aumento della sopravvivenza, ma anche una significativa azione di prevenzione primaria: con la rimozione precoce di lesioni precancerose se ne impedisce la progressione verso la cancerizzazione, ottenendo l'importante risultato della riduzione della incidenza dei tumori del colon – retto e della cervice uterina.

Relativamente allo screening della cervice uterina la Regione Campania ne ha avviato il passaggio dal Pap test al test HPV per la popolazione in età 30/64 anni.

In coerenza con quanto stabilito nel "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021" la Regione, entro 90 giorni dalla sua approvazione, definisce un Programma Regionale degli screening oncologici, comprensivo sia della ricognizione che del potenziamento dei singoli centri che effettuano tali screening. Per pervenire a tale programma è già in corso di adozione un apposito decreto commissariale con il quale, da un lato, si avvia la ricognizione della struttura di offerta per screening oncologici da parte delle

fonte: http://burc.regione.campania.it

AASSLL, le quali dovranno far pervenire alla Regione la mappatura dell'esistente entro 30 giorni dalla data di adozione del DCA, e, dall'altro, si delineano le seguenti linee di indirizzo sulla base delle quali verrà poi definito il programma regionale soprarichiamato:

- Costituire, entro 30 giorni dall'adozione del documento di Programmazione Regionale, un gruppo di Coordinamento regionale degli screening;
- Provvedere, attraverso l'analisi delle criticità attualmente presenti, alla standardizzazione dei processi ed all'unificazione delle procedure di accesso attraverso:
- La definizione puntuale dei carichi di lavoro attesi, inerenti le singole procedure dei programmi di screening, relativamente al I e II livello, per ciascuna ASL;
- La definizione degli standard relativi alle figure professionali da dedicare alle specifiche attività, con relativo monte ore da impegnare in rapporto ai carichi di lavoro attesi;
- Le modalità di accesso allo screening, le procedure di invito e di chiamata, le azioni di recall e quant'altro necessario per raggiungere elevati livelli di adesione;
- Il monitoraggio dell'aderenza delle attività di screening a quanto previsto nei corrispettivi PDTA di patologia oncologica;
- Strutturare sull'intero territorio regionale, un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori screening detected, mirato a migliorare la sopravvivenza oncologica per i tumori della mammella, migliorare la sopravvivenza e ridurre l'incidenza relativamente ai tumori della cervice uterina e del colon retto;
- Attribuire la responsabilità - non delegabile - di governance e di risultato al Direttore Sanitario Aziendale, il Direttore Sanitario risponde direttamente al Direttore Generale per la corretta allocazione delle risorse umane, strumentali e logistiche come da programmazione regionale ed entrambi rispondono del raggiungimento dell'obiettivo aziendale e regionale. Il mancato soddisfacimento dell'obiettivo regionale sarà sanzionato, ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 del Patto per la salute 2010-2014;
- Coinvolgere i MMG nel percorso di sensibilizzazione e di chiamata attiva della popolazione target, con adesione obbligatoria alle campagne di screening promosse dalla Regione, utilizzando procedure concordate attraverso accordi definiti nel Comitato Regionale ex art. 24 e nelle forme e modalità previste nel redigendo AIR;
- Dare impulso allo screening HPV secondo quanto previsto dal DCA n. 39 del 03.05.2019 "Approvazione Linee di indirizzo per lo Screening del cervico-carcinoma con TEST HPV DNA";
- Implementare i processi informatici, a supporto della rete screening, attraverso la realizzazione della Piattaforma unica, a livello regionale, per la gestione dello screening oncologico, nell'ambito del Sistema Informativo Sanità Campania - SINFONIA. L'intervento già deliberato con la delibera n. 123 del 2 aprile 2019 prevede il potenziamento della capacità di Regione Campania in termini di governance e di efficacia nell'erogazione delle campagne di screening oncologico, utilizzando la leva tecnologica con la realizzazione di una piattaforma regionale dedicata. Tale piattaforma digitale consente sia la gestione dei programmi di screening, grazie ad un sistema standardizzato, sia il monitoraggio a livello locale e regionale delle attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle AASSLL;
- Condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale all'adesione alle campagne di screening e profilare le persone "non aderenti" al fine di predisporre azioni mirate per migliorare la loro adesione ai test, anche mediante i principi dell'Health Equity Audit.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivi e Indicatori

a. Analisi dei processi dell'attuale organizzazione regionale degli screening organizzati di popolazione

- Relazione su criticità e punti di forza delle attuali procedure

b. Rimodulazione procedure operative

- Screening del colon retto - raggiungimento di una estensione dell'85% (1.513.842 persone da raggiungere) e di una adesione al 60% (908.305 persone da screenare)
- Screening della mammella fascia di età 50/69 anni - raggiungimento di una estensione dell'85% (671.666 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (403.000 donne da screenare)
- Screening della mammella fascia di età 45/49 (target 228.000 donne)
- Raggiungimento per fascia di età 45/49 anni, indicata nel DCA n. 38/2016, di una estensione dell'85% (194.000 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (116.771 donne da screenare)
- Screening della cervice uterine - raggiungimento di una estensione dell'85% (157.361 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (94.416 donne da screenare)
- Relazione su carichi di lavoro e definizione figure professionali dedicate
- Documento regionale di rimodulazione procedure operative nella gestione degli screening organizzati di popolazione

c. Programmazione di corsi di formazione annuali per i tre screening da condurre in collaborazione con le Università Regionali e l'Osservatorio Nazionale Screening; particolare attenzione sarà dedicata alla formazione degli operatori dello screening del cervicocarcinoma in considerazione del passaggio dello screening dal Pap Test all'HPV test, su tutto il territorio regionale

- Documento di formalizzazione corsi di formazione

d. Anticipazione diagnostica e miglioramento della sopravvivenza oncologica dei tre tumori oggetto di screening organizzato di popolazione

- Aumento significativo su base regionale delle percentuali di stadiazione iniziali delle neoplasie oggetto di screening
- Raggiungimento per i tre screening di una estensione reale dell'85% e di una adesione del 60%
- Formalizzazione da parte delle singole AASSLL regionali di PDTA interaziendali e dei relativi GOM relativamente ai tumori oggetto di screening

e. Implementazione sull'intero territorio regionale dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni

- Decreto regionale relativo alla implementazione dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni

f. Identificazione delle famiglie a rischio genetico, come previsto dal PDTA dei tumori eredo familiari, in modo universale per i pazienti affetti da K ovaio e colon, e secondo categorie di rischio per la mammella. Si istituirà un registro delle mutazioni incidenti sul territorio regionale. I centri di genomica regionali saranno messi in rete per soddisfare i bisogni di prevenzione eredo-familiare per colon mammella e ovaio

- Numero di famiglie a rischio identificate rispetto all'atteso regionale

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Giugno 2020 (Applicazione a regime Dicembre 2021)
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2021
e. Entro Dicembre 2020
f. Entro Giugno 2020 (identificazione e potenziamento dei centri di genomica);
Nel biennio 2020-2021 (copertura globale della valutazione del rischio per colon-retto, mammella e ovaio)

3.1.3 Prevenzione malattie infettive e diffusive

Nonostante il cambiamento e il miglioramento dell'epidemiologia delle malattie infettive verificatosi negli ultimi decenni, seppur con sfumature diverse, queste hanno ancora oggi un peso importante sullo stato di salute della popolazione generale.

La sorveglianza sanitaria nei confronti delle malattie infettive e diffusive assume una notevole importanza strategica nell'ambito del sistema sanitario regionale: una buona sorveglianza consente sia di conoscere l'andamento epidemiologico delle malattie, sia di programmare e valutare l'efficacia dei servizi addetti alla prevenzione e al controllo del contagio.

La sorveglianza ed il controllo devono garantire l'immediata raccolta sistematica dei dati, la loro aggregazione ed analisi e il ritorno e la diffusione delle informazioni che consentono azioni di prevenzione e di contenimento delle stesse.

L'instaurarsi di una buona comunicazione, anche in relazione a eventi acuti di cui si sospetti la natura infettiva, tra Sanità (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione), Scuola, Famiglia e ambienti ricreativi, può migliorare la tempestività della sorveglianza sanitaria permettendo interventi preventivi, post esposizione, coordinati ed efficaci.

Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la loro prevenzione primaria, è rappresentato dalla vaccinazione.

Il presente programma include azioni orientate al miglioramento del sistema di sorveglianza, segnalazione, di accertamento diagnostico e di notifica delle malattie infettive.

A tal fine è necessario creare percorsi integrati con le AASSLL, specie con i consultori materno infantili, i centri vaccinali, identificando anche i farmacisti territoriali quali facilitatori nella somministrazione delle vaccinazione e nella formazione ed informazione anche in merito alla vaccinovigilanza.

La vaccinovigilanza è l'insieme delle attività di farmacovigilanza rivolte alla raccolta, valutazione ed analisi degli eventi avversi che seguono l'immunizzazione (Adverse Event Following Immunization - AEFI) e rappresenta un valido strumento volto a rendere sicuro l'uso dei vaccini, verificando costantemente efficacia e tollerabilità.

Obiettivi e Indicatori

a. Predisposizione di eventi informativi e incremento di campagne divulgative alla popolazione in tema di screening e vaccini

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero eventi formativi (almeno 2 eventi formativi/anno) e numero campagne divulgative (almeno 1 campagna divulgativa/anno)

b. Promozione attività di ricerca in termini di vaccinovigilanza

- Tipologia e numero di attività

c. Azioni finalizzate a migliorare le segnalazioni e la notifica delle malattie infettive al fine di controllarne e ridurne la diffusione, coinvolgendo i vari settori dell'Area Sanitaria (Direzioni Aziendali, Direzioni dei Distretti, Direzioni P.O. ed A.O.), i MMG/PLS e i laboratori. Adeguata comunicazione tra i diversi attori e sistematico monitoraggio delle attività.

- Numero incontri formativi rivolti al personale sull'inserimento della segnalazione delle malattie infettive nel PREMAL
- Realizzazione di un Sistema di alert precoce per l'identificazione certa dell'agente patogeno

d. Completa informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale per le vaccinazioni obbligatorie e l'adesione a quella nazionale.

- Numero di aziende che hanno completato l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali e l'adeguamento dei software

e. L'interoperabilità con il sistema informatizzato delle notifiche delle malattie infettive (PREMAL) e con l'anagrafe vaccinale regionale (GEVA) sia per una migliore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie infettive a livello regionale sia per la valutazione dell'efficacia degli interventi

- Realizzazione di un sistema di scambi informazioni tra PREMAL e GEVA

f. Diffondere le procedure al fine di contenere le malattie infettive attraverso la pubblicazione sui siti web regionali/aziendali di materiale informativo appositamente predisposto

- Numero materiale informativo per contenere le malattie infettive caricati su siti web regionali
- Numero materiale informativo per contenere le malattie infettive caricati su siti web aziendali

g. Messa a punto di una FAD gratuita sulle Linee di Indirizzo regionali sull'uso di antibiotici rivolta agli operatori delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere e Universitarie

- Numero linee di Indirizzo regionali e della FAD da parte di tutte le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere

Scadenza

a. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2019 (Realizzazione di almeno un incontro annuale per azienda formativo ed informativo rivolto al personale sanitario coinvolto)
Entro Dicembre 2020 (Realizzazione del sistema di alert)
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2019
f. Entro Dicembre 2019 (Pubblicazione sul sito web regionale di materiale informativo per contenere le malattie infettive)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Entro Dicembre 2020 (Pubblicazione sul sito web aziendale di materiale informativo per contenere le malattie infettive)

g. Entro Dicembre 2020

3.2 La gestione e la valorizzazione delle risorse umane

3.2.1 I percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi

La formazione continua nelle organizzazione in sanità ha visto negli anni una sempre maggiore attenzione alla sostenibilità dei servizi erogati rispetto ai costi crescenti legati all'invecchiamento della popolazione, della sempre più ampia offerta di soluzioni diagnostiche/terapeutiche innovative e costose (che ne pregiudicano l'equità), all'analisi dei bisogni, alla progettazione, alla realizzazione e valutazione formativa che la Regione Campania ha promosso attraverso la gestione della formazione nelle Aziende sanitarie e Ospedaliere. Tuttavia è necessario adeguare l'offerta formativa, la sua equità e porre una particolare attenzione allo sviluppo di modalità innovative di apprendimento (e-learning, formazione sul campo) al fine di rendere la formazione sempre più vicina ai differenti e molteplici destinatari, nonché ai bisogni del cittadino/paziente consentendo agli operatori tutti di rispondere prontamente alle richieste dei medesimi anche alla luce dei nuovi LEA.

I percorsi formativi già attuati dalla Regione Campania hanno visto nel corso dell'anno 2018 l'emanazione del nuovo programma didattico del Corso di Formazione di Medicina Generale.

Il suddetto corso di formazione è teso a formare i futuri Medici di Medicina Generale, figure professionali indispensabili nel nuovo percorso che la Regione si accinge ad intraprendere con al centro il paziente ed un'assistenza territoriale che consenta una risposta immediata e qualitativamente più appropriata. Sono stati previsti percorsi formativi innovativi che consentono al medico nella programmazione formativa di essere operativo rispetto agli indirizzi regionali tesi alla prevenzione ed alla promozione della salute.

Obiettivi ed indicatori

a. È necessario individuare, attraverso l'analisi dei fabbisogni formativi e delle esigenze regionali, linee strategiche per rafforzare e sviluppare una programmazione che sia in grado di rispondere alle politiche regionali di evoluzione degli standard ospedalieri e sviluppo degli standard relativi all'assistenza territoriale. Con l'ausilio della Commissione Regionale ECM e dell'Osservatorio Regionale ECM saranno definiti e sviluppati, anche attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche dedicate, modelli e strumenti a supporto della progettazione e valutazione formativa

- Numero linee di indirizzo regionali orientate all'integrazione dei bisogni formativi
- Strumenti volti a supportare l'attività di progettazione e valutazione dei fabbisogni formativi per migliorare la qualità dell'assistenza territoriale da parte delle Aziende Sanitarie

b. I processi formativi regionali saranno orientati a garantire delle connessioni tra il sistema aziendale di governo della formazione e lo sviluppo professionale all'interno delle strutture aziendali, in linea con la programmazione sanitaria regionale del triennio 2019 – 2021

- Numero processi formativi sviluppati per il miglioramento dell'assistenza territoriale

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Analisi fabbisogni formativi per il miglioramento dell'assistenza territoriale);
Entro Dicembre 2020 (Piattaforma regionale di e-learning finalizzata alla connessione tra il sistema aziendale di governo della formazione e la programmazione sanitaria regionale)

a. Entro Dicembre 2021

3.2.2 I fabbisogni di personale

A seguito delle osservazioni dei Ministeri competenti fatte pervenire con il verbale del Tavolo di verifica del 25 luglio 2019, la Regione ha trasmesso da ultimo la nota n. 204 del 31.10.2019 con la quale ha provveduto a ritrasmettere le tabelle del personale in servizio al 31.12.2017 corrette dei refusi segnalati nel suddetto verbale.

Nel verbale del tavolo di verifica del 18 luglio 2018, Tavolo e Comitato rammentano che la corretta valutazione dei piani di fabbisogno di personale presuppone il completamento dell'attività programmatoria della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, ai sensi del D.M. n. 70/2015.

Nelle more delle valutazioni ministeriali, al fine di adempiere a quanto richiesto dal D.M. del 8.5.2018 in materia, la Regione, con nota prot. 513158 del 3.8.2018, aveva invitato le Aziende sanitarie a procedere all'adozione, in via provvisoria, del piano triennale di fabbisogno del personale e di trasmettere lo stesso all'Amministrazione regionale al fine di effettuare la valutazione dello stesso.

La Regione aveva quindi proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro deputato alla valutazione istruttoria dei Piani Triennali dei fabbisogni di personale. Tale valutazione si è conclusa con l'emanazione dei DCA di approvazione dei PTFP 2018-2020 di ciascuna azienda nel rispetto dei parametri stabiliti dal DCA n. 67/2016, del tetto di spesa, del D.M. n. 70/2015 e del D.L. n. 161/2014, già trasmessi su piattaforma SIVEAS.

Nell'anno 2019, come stabilito dai DCA di approvazione dei PTFP 2018-2020 le aziende stanno procedendo alla predisposizione delle attività istruttorie per i PTFP 2019-2021 che saranno rimodulati in base al personale in servizio al 31.12.2018 assicurando, nell'ottica della programmazione regionale, l'implementazione della prevenzione, promozione della salute e assistenza sul territorio anche alla luce dei nuovi LEA. E' infatti noto che a seguito del blocco del turn over, negli ultimi dieci anni si è registrato un notevole depauperamento delle risorse umane e consequenziale riduzione dell'offerta sanitaria che ha contribuito alla congestione delle attività ospedaliere. Inoltre a seguito dell'intervento normativo in materia previdenziale si sta procedendo alla valutazione dell'impatto che lo stesso avrà nell'ambito del personale del SSR (quota 100 e opzione donna).

Pertanto la strategia regionale sarà orientata alla rimodulazione del fabbisogno di personale per tutti i Livelli di Assistenza al fine di rendere operative le AFT e UCCP consentendo un'adeguata risposta preventiva e assistenziale più vicina alle esigenze del cittadino/paziente che consentirà contestualmente un miglioramento dell'assistenza ospedaliera.

La rimodulazione del fabbisogno terrà conto dei risultati ottenuti attraverso le azioni già avviate di ricollocazione di personale specialistico in linea con le indicazioni dei tavoli ministeriali.

Obiettivi e Indicatori

a. Valutazione e approvazione regionale dei PTFP Aziendali 2019-2021

- Numero dei PTFP Aziendali approvati dalla Regione (17 PFTP approvati per il triennio 2019-2021)

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Rideterminazione del fabbisogno regionale sia ospedaliero che distrettuale che della prevenzione, con particolare attenzione alla determinazione di standard più attinenti al miglioramento dell'attività di prevenzione e promozione della salute e assistenza erogata dai Distretti e l'attivazione delle AFT e UCCP per l'integrazione dei servizi

- Definizione di uno standard regionale per la declinazione del fabbisogno di personale

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019

3.2.3 Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

La Regione Campania ha adottato con DCA n. 63/2010 le linee di indirizzo per la determinazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale per definire procedure omogenee tra le aziende sanitarie al fine di razionalizzare e contenere la spesa del personale con particolare riferimento al blocco del turn-over ed in ossequio al principio che l'ammontare complessivo dei fondi correttamente determinato non possa essere superiore rispetto a quello dell'anno 2010.

Al fine di verificare l'esatta applicazione del DCA n. 63/2010 è stato costituito un apposito Organismo Regionale, di seguito Commissione Fondi (costituito con DCA n. 72/2010, pubblicato sul BURC n. 81/2010 e integrato con DCA n. 14/2011 e 101/2012).

Le attività della Commissione Fondi sono confluite nella "Commissione regionale per il monitoraggio della spesa del personale del SSR", di seguito Commissione Personale, istituito con Decreto Commissariale n. 11/2017, pubblicato sul BURC n. 20 del 06.02.2017.

A seguito dell'emanazione del CCNL Area Comparto 2016/2018 e dell'emanazione del D.Lgs. n. 75/2017, sono state predisposte le Linee Guida per la determinazione dei fondi contrattuali anno 2018, nonché le linee di indirizzo e la corretta applicazione di alcuni istituti contrattuali aventi rilevanza sui costi del personale, giusto DCA n. 98/2018.

Già dall'anno 2016 la Struttura Commissariale ribadisce alle Aziende Sanitarie che in base a quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 165/2001, l'erogazione di risorse in misura superiore all'importo deliberato sui fondi della contrattazione integrativa costituisce danno erariale.

Pur rilevando quanto disposto dall'art. 40, comma 3 quinquies, del Decreto Legislativo n. 165/2001 ultimo periodo, in cui si dispone che: "In caso di accertato superamento di vincoli finanziari da parte (…) del Ministero dell'economia e delle finanze è fatto altresì obbligo di recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva", si evidenzia come molte Aziende non abbiano potuto provvedere al recupero rappresentando le situazioni di criticità nell'erogazione delle attività dirette ad assicurare i livelli minimi di assistenza, scaturenti dalla progressiva riduzione del personale in servizio e che hanno comportato il ricorso a forme di lavoro surrettizie, quali l'erogazione di ore di straordinario, sempre rapportato alla necessità di assicurare i LEA.

Tuttavia qualora si siano rilevati sforamenti tra il valore deliberato dei fondi contrattuali ed il costo sostenuto, la Commissione Fondi ha predisposto ed inviato alle Aziende Sanitarie interessate, per il tramite della struttura regionale, specifica richiesta di chiarimenti in merito alle misure idonee adottate oppure da adottare affinché l'Azienda proceda a ricondurre la spesa all'interno dei fondi deliberati.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Da ultimo, le Aziende Sanitarie sono state compulsate a disporre tutte le misure ritenute necessarie, con particolare riferimento a quelle previste con il Decreto Commissariale n. 98/2018, affinché per l'anno 2019 non vengano erogate risorse superiori agli importi deliberati dei fondi della contrattazione integrativa.

Si rileva, altresì, che a seguito delle azioni messe in campo dall'amministrazione regionale e nonostante il blocco del turn over si è registrata una graduale e progressiva riduzione dello sforamento tra deliberato ed erogato che ha visto il passaggio da uno sforamento pari a 62.664 €/000 del 2012 ad uno sforamento pari a 32.551 €/000 del 2015, fino ad uno sforamento negli anni 2016 e 2017 pari rispettivamente a ca. 14.928 €/000 e 14.705 €/000.

La Direzione Generale Tutela della Salute, con l'ausilio della Commissione spesa del personale continua ad effettuare una puntuale attività di monitoraggio diretta a verificare il ridimensionamento del fenomeno dello sforamento tra fondi deliberati rispetto ai costi sostenuti, richiedendo il recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva anche per il triennio 2019-2021, invitando le Aziende Sanitarie a portare a recupero, fatta salva la garanzia dei LEA, l'avanzo relativo al fondo fasce e al fondo specificità medica già in sede di costituzione del bilancio provvisorio. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno procedere, inoltre, con riferimento ai fondi della premialità alla eventuale relativa decurtazione finalizzata al recupero contemperando la necessità di continuare a riconoscere, sebbene in misura inferiore, la qualità delle prestazioni rese e la produttività.

Laddove si verifichino scostamenti rilevanti o situazioni anomale la Direzione Generale Tutela della salute dovrà attivare l'Ufficio Ispettivo Regionale con la previsione di visite in loco da parte di personale regionale supportato dall'Advisor, al fine di effettuare verifiche approfondite e prevedere azioni correttive.

Attraverso l'attività di monitoraggio effettuata dalla Commissione spesa del personale ed il progressivo reclutamento posto in essere in esecuzione dei Piani triennali del Fabbisogno del Personale, si prevde un'ulteriore progressiva riduzione dello sforamento tra fondi deliberati e costi sostenuti, fino al completo azzeramento dello stesso entro il 2021.

Obiettivo e Indicatori

a. Monitoraggio del valore dei fondi della contrattazione integrativa da parte della Commissione Personale

- Report andamento del valore dei fondi della contrattazione integrativa

b. Verifica della corretta determinazione dei fondi contrattuali aziendali per gli anni 2019, 2020 e 2021 da parte della Commissione Personale

- Delibere di adeguamento dei fondi contrattuali alle risultanze della verifica regionale

c. Monitoraggio trimestrale da parte della Commissione Personale per tutte le Aziende Sanitarie che presentano scostamenti significativi e verifica del rispetto degli obiettivi indicati nelle relazioni predisposte al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta

- Scostamento economico tra erogato di competenza e deliberato

d. Progressiva riduzione dello sforamento tra fondo deliberato e costi sostenuti

- Delta costo sostenuto-fondo deliberato

e. Monitoraggio istituti contrattuali da parte della Commissione Personale aventi riflessi sui fondi contrattuali

- Monitoraggio istituti contrattuali aventi riflessi sui fondi contrattuali

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Annuale
b. Annuale
c. Trimestrale
d. Entro Dicembre 2021 (Completo azzeramento dello sforamento)
e. Annuale

3.2.4 Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento sia delle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro che delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze).

Con riferimento alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro, ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie è richiesta un'attività di monitoraggio volta a:

- Verificare che l'attività lavorativa erogata in regime di prestazioni aggiuntive sia espletata al di fuori dell'orario di servizio;
- Implementare nel sistema informativo un processo di rilevazione automatico delle presenze mediante codici di identificazione del ruolo, profilo e unità operative/dipartimentali del personale;
- Procedere ad una progressiva riduzione di tale voce di costo contestuale all'implementazione delle procedure di reclutamento di nuovo personale.

In particolare è disposto il seguente abbattimento per le prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Attraverso il processo di reclutamento, la Regione ha, inoltre, come obiettivo una progressiva riduzione delle altre voci di costo che concorrono ad aggravare la spesa di personale e ad incrementare il costo sul bilancio in termini di fattore lavoro, come lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative e consulenze.

In particolare è disposto il seguente abbattimento del costo delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze):

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Obiettivo e Indicatori

a. Riduzione della spesa delle Aziende Sanitarie per prestazioni aggiuntive
- Percentuale di riduzione della spesa per prestazioni aggiuntive rispetto a quella dell'anno precedente

b. Riduzione da parte delle Aziende Sanitarie dei costi delle forme di lavoro alternative

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Percentuale di riduzione della spesa delle forme di lavoro alternative rispetto a quella dell'anno precedente

Scadenza

a. Entro Dicembre 2019 (Riduzione del 10% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2020 (Riduzione del 30% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2021 (Riduzione del 50% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)

b. Entro Dicembre 2019 (Riduzione del 10% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2020 (Riduzione del 30% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2021 (Riduzione del 50% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)

fonte: http://burc.regione.campania.it

3.2.5 Contenimento costi Specialisti ambulatoriali

In materia di specialisti ambulatoriali la Regione Campania, ha intrapreso una più rigorosa azione di ricognizione degli specialisti in servizio, attraverso la predisposizione di un Data Base prontamente trasmesso a tutte le Aziende Sanitarie per acquisire il dettaglio del numero di specialisti allocati, il rispettivo monte ore settimanali assegnato, presso una o più Aziende, l'ente pagatore, la sussistenza di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato.

La Commissione regionale per il monitoraggio della spesa del personale del SSR, a seguito della raccolta dei suddetti dati, ha quindi focalizzato la sua attenzione sulla collocazione degli specialisti ambulatoriali nelle Aziende, al fine di programmare un'eventuale ricollocazione in altre sedi del personale specialista ambulatoriale impropriamente utilizzato.

In materia è stato adottato il DCA n. 55/2019 con il quale è stato istituito il flusso del personale convenzionato. Tale flusso permetterà di effettuare un monitoraggio periodico sulle unità di personale in servizio e sulla loro effettiva allocazione al fine di avviare, una volta rilevate le criticità, tutte le azioni necessarie previste dall'ACN vigente anche attraverso tavoli di concertazione con le organizzazioni sindacali di categoria, per una progressiva riduzione del costo di tale tipologia di personale.

La Regione sta inoltre procedendo all'elaborazione di un DCA che, a valenza triennale, operi una riduzione della spesa degli specialisti ambulatoriali, tenendo conto dei PTFP e del loro relativo trend assunzionale, tanto al fine di coniugare gli equilibri economico-finanziari con l'esigenza di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Obiettivo e Indicatori

a. Istituzione Flusso personale convenzionato

- DCA di istituzione

b. Monitoraggio costo e allocazione personale specialista ambulatoriale

- Tabelle correttamente prodotte e caricate su piattaforma regionale dalle Aziende Sanitarie

Scadenza

a. Entro Luglio 2019 (Emanato DCA 55/2019)
b. Entro Marzo 2020 (Caricamento Flusso del personale convenzionato relativo all'anno 2019)

3.3 Gli investimenti in sanità

3.3.1 Strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia

In materia di investimenti sanitari in infrastrutture e tecnologie, si evidenzia che in data 23.08.2019 è stato sottoscritto l'accordo di programma III fase – II stralcio ex art. 20 della L. 67/88, per l'importo complessivo di 1.083.450 €/000, mentre è in istruttoria, da parte del Ministero della Salute, la proposta di utilizzo dei fondi ripartiti dal D.M. 6 dicembre 2017 per la riqualificazione ed ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia.

Si tratta di programmazioni che vanno ad aggiungersi ai seguenti finanziamenti per investimenti, recentemente accordati alla Regione Campania:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- art. 20 della Legge n. 67/88 III Fase – I stralcio;
- FSC 2014/2020;
- Fondi ripartiti con Decreto del Ministero della Salute 28.12.2012 per il superamento degli ex ospedali psichiatrici giudiziari;
- Fondi di cui alla Delibera C.I.P.E. n. 16 dell'8 marzo 2013 per l'adeguamento alla normativa antincendio;
- Risorse del POR FESR Campania 2014/2020.

Consegue che tra i programmi già approvati ed i programmi in via di definizione, nei prossimi anni si potranno utilizzare complessivamente ca. 1.500.000 €/000, da convogliare per il rinnovo e l'ammodernamento dell'offerta sanitaria pubblica della Regione Campania, nonché per adeguamenti normativi e il rinnovo e/o potenziamento del parco tecnologico.

L'assenza di piani di investimento sanitari, tenuto conto del lunghissimo periodo trascorso dall'ultimo Accordo di programma, concernente la seconda fase dell'art. 20, sottoscritto il 28 dicembre del 2000, ha portato al degrado graduale di tante strutture ospedaliere e sanitarie della Campania, nonché all'obsolescenza delle dotazioni tecnologiche. Ciò ha provocato alcune delle criticità che hanno contraddistinto la sanità campana negli ultimi anni, oltre ad una forte mobilità sanitaria passiva e a lunghe liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali.

I nuovi programmi di investimento riguardano, nello specifico, i seguenti ambiti:

Offerta ospedaliera

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera, è prevista:

- La realizzazione di 5 ospedali in sostituzione di 6 ospedali realizzati tra gli anni 50 e 70 (AOU Ruggi di Salerno, P.O. San Paolo di Napoli dell'ASL Napoli 1, P.O. di Giugliano dell'ASL Napoli 2, P.O. di Sessa Aurunca dell'ASL Caserta, P.O. della Penisola Sorrentina dell'ASL Napoli 3, quest'ultimo in sostituzione del P.O. di Vico Equense e del P.O. di Sorrento);
- L'ampliamento di 8 ospedali (P.O. Incurabili dell'ASL Napoli 1 Centro; P.O. Pozzuoli e P.O. Ischia dell'ASL Napoli 2 Nord; P.O. Nola, Gragnano, Boscotrecase dell'ASL Napoli 3 Sud; P.O. Marcianise dell'ASL Caserta; P.O. Pagani dell'ASL Salerno);
- La ristrutturazione di circa 30 ospedali.

Sono previsti, inoltre, interventi di efficientamento energetico per 6 aziende ospedaliere (AO Cardarelli, AOU Federico II, AOU Ruggi, AO San Pio, AO Dei Colli, AO Santobono-Pausilipon) con risorse del POR FESR Campania 2014/2010 e con i contributi resi disponibili dal decreto interministeriale 16.02.2016, più noto come Conto Termico 2.0.

Offerta territoriale

Tra le nuove strutture territoriali programmate, si evidenziano:

- La realizzazione del SPS di Quarto e di una UCCP a Frattamaggiore (ASL Napoli 2 Nord);
- La realizzazione del D.S. di Atripalda e del D.S. di Baiano (ASL Avellino);
- La costruzione del dipartimento di prevenzione, della nuova sede centrale amministrativa dell'ASL Benevento, la costruzione della sede del D.S. e di un poliambulatorio nel Comune di Montesarchio (ASL Benevento);

- La realizzazione della “Cittadella della Salute” di Aversa per numerose attività territoriali e per il recupero e il reinserimento di soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze (ASL Caserta);
- La costruzione di una RSA a Roccadaspide e il completamento di un’altra a Pagani nell’ASL di Salerno;
- La realizzazione delle nuove sedi dei Distretti di Eboli, Vallo della Lucania, Mercato San Severino e Capaccio (ASL Salerno);
- La riconversione e l’adeguamento del Presidio S.S. Annunziata con la realizzazione di un nuovo modello di integrazione ospedale territorio nell’area pediatrica, anche attraverso una UCCP Pediatrica;
- La riconversione dell’Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità;
- Il completamento dell’Hospice di Cerreto Sannita.

Sono anche programmati interventi strutturali di potenziamento dei servizi territoriali dei dipartimenti di salute mentale (DSM) a supporto della rete di servizi per il superamento degli OPG, con le risorse di cui al Decreto Ministero della Salute 28.12.2012 avente ad oggetto “Riparto del finanziamento di cui all’art. 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22.12.2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17.02.2012, per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, programmate con il con DCA n. 47 del 15.05.2013, come modificato dal DCA n. 104 del 30.09.2014 (Programma approvato con il D.M. 9 ottobre 2013 e dal D.M. del 14 novembre 2017).

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi programmati.

Interventi programmati								
TIPOLOGIA	**Distretti Sanitari**	**UCCP**	**RSA**	**Hospice**	**Ospedali di comunità**	**SPS**	**Ambulatori polispecialistici**	**TOTALE**
Nuova costruzione	7	1	1	-	-	1	1	11
Ristrutturazione	-	-	-	-	-	-	1	1
Ampliamento	-	-	-	-	-	-	-	-
Completamento	-	-	1	1	-	-	-	2
Riconversione	-	1	-	-	1	1	-	3
Totale	**7**	**2**	**2**	**1**	**1**	**2**	**2**	**17**

Tabella 8: Interventi programmati

Aggiornamento e potenziamento del parco tecnologico

Per garantire l’efficacia del processo di riorganizzazione sanitaria regionale non si può prescindere dalla valutazione della qualità delle dotazioni tecnologiche attualmente in dote alle Aziende, specie quelle territoriali. La garanzia di dotazioni tecnologiche moderne ed efficienti, coniugata all’ammodernamento dei sistemi informativi che consentano in tempo reale la trasmissione dei dati sanitari necessari, anche a supporto di una corretta diagnostica, specie per quei presidi dislocati in zone disagiate o con attività in deroga, consentirà di elevare la parità di accesso ai servizi sanitari, al momento fortemente disattesa.

Contestualmente alla realizzazione degli interventi, la Regione procederà all’adeguamento del fabbisogno in linea con le disposizioni relative all’HTA (Health Technology Assesment), al fine di adeguare il parco tecnologico alle nuove tecnologie anche per la riduzione del rischio clinico.

Si evidenzia, a tal proposito, la recente costituzione del Nucleo regionale di HTA in sostituzione della precedente Commissione, con nuove professionalità ed ulteriori funzioni, anche per supportare la nuova fase degli investimenti in tecnologia.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per gli interventi che prevedono l'acquisto di attrezzature, e, principalmente, nei casi di nuova implementazione, le Aziende sanitarie proponenti hanno attestato la sostenibilità organizzativa, anche in termini di risorse professionali e strumentali, degli investimenti, nonché la loro coerenza con la programmazione sanitaria aziendale.

Nei vari programma di investimento, una quota di ca. 330.000 €/000 è destinata all'ammodernamento tecnologico. Per quanto riguarda le grandi attrezzature, monitorate attraverso l'apposito flusso NSIS, si evidenzia che l'acquisto è finalizzato alla sostituzione di macchine vetuste, tranne nei casi in cui non vi sia una specifica autorizzazione regionale alla nuova implementazione.

Si evidenzia che i piani di fornitura delle tecnologie biomediche sono coerenti con la programmazione sanitaria regionale, che ne garantiscono la piena rispondenza all'Accordo di Programma. Si specifica, inoltre, che le tecnologie che saranno acquistate saranno installate nei presidi sanitari aziendali e dagli stessi presidi, direttamente, usufruite.

Si segnalano, tra gli altri, l'acquisto di tecnologie per ca. 300.000 €/000, tra cui circa 15 TAC, 15 acceleratori lineari, 6 RM, 5 mammografi, 3 sistemi di chirurgia endoscopica, 4 ecotomografi, 3 PET/TC, ecc.

I succitati programmi di investimento consentiranno di conseguire i seguenti risultati:

- Rispetto delle normative da parte di tutte le strutture sanitarie (standard delle strutture sanitarie, antincendio, antisismica), con una conseguente maggiore sicurezza sia dei pazienti che degli operatori sanitari;
- Riduzione del gap esistente nell'offerta ospedaliera, con la creazione di gran parte dei posti letto mancanti;
- Maggiore efficienza di gestione degli ospedali, attraverso la costruzione di nuovi ospedali progettati secondo i più avanzati orientamenti dell'edilizia sanitaria, che prevedono lo sviluppo orizzontale della struttura, con riduzione dei costi di gestione ed un innalzamento della qualità dell'assistenza;
- Aggiornamento del parco tecnologico e potenziamento dei punti di offerta, con conseguente riduzione delle liste di attesa, maggiore attrattività delle strutture regionali, riduzione della mobilità sanitaria passiva;
- Efficientamento energetico delle strutture, attraverso interventi finalizzati per il risparmio energetico;
- Attivazione di strutture territoriali;
- Riduzione di accessi ospedalieri inappropriati e miglioramento della qualità dell'assistenza, più contigua al paziente, attraverso la realizzazione di strutture territoriali e la ristrutturazione di quelle esistenti.

La realizzazione di alcuni investimenti e principalmente dei nuovi ospedali si dispiega su un orizzonte temporale che va oltre la durata triennale dei programmi operativi.

Obiettivi e Indicatori

a. Aggiornamento del parco tecnologico

- Quota attrezzature acquistate su totale programmato

b. Rispetto delle normative da parte di tutte le strutture sanitarie (standard delle strutture sanitarie, antincendio, antisismica)

- Verifiche vulnerabilità eseguite su totale ospedali da sottoporre a verifica

c. Costruzione di nuovi ospedali progettati secondo i più avanzati orientamenti dell'edilizia sanitaria

- N. progettazioni per lavori affidate su totale interventi programmati

fonte: http://burc.regione.campania.it

d. Efficientamento energetico delle strutture, attraverso interventi finalizzati per il risparmio energetico

- Spesa per interventi di efficientamento energetico su totale programmato

e. Attivazione di strutture territoriali

- Realizzazione di strutture territoriali / totale strutture programmate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020 (Acquisto e collaudo di almeno il 50%)
Entro Dicembre 2021 (Acquisto e collaudo di almeno l'80%)
b. Entro Dicembre 2019 (Verifiche su almeno il 10% degli ospedali)
Entro Dicembre 2020 (Verifiche su almeno il 70% degli ospedali)
Entro Dicembre 2021 (Verifiche sul 100% degli ospedali)
c. Entro Dicembre 2019 (Progettazioni affidate su almeno il 10% degli interventi)
Entro Dicembre 2020 (Progettazioni affidate su almeno il 60% degli interventi)
Entro Dicembre 2021 (Progettazioni affidate sul 100% degli interventi)
d. Entro Dicembre 2019 (Almeno il 10% della spesa)
Entro Dicembre 2020 (Almeno il 70% della spesa)
Entro Dicembre 2021 (100% della spesa)
e. Entro Dicembre 2019 (almeno il 10% degli affidamenti di progettazione)
Entro Dicembre 2020 (80% degli affidamenti progettazione)
Entro Dicembre 2021 (100% degli affidamenti progettazione)
Entro Dicembre 2020 (almeno il 10% di strutture realizzate)
Entro Dicembre 2021 (almeno il 50% di strutture realizzate)

3.3.2 La valutazione di nuovi strumenti finanziari oltre il FSR

Come evidenziato nel precedente paragrafo, la Regione Campania, al fine di garantire il soddisfacimento del fabbisogno degli investimenti sanitari, effettua la propria programmazione utilizzando, in modo complementare, le varie fonti di finanziamento disponibili.

La principale fonte di finanziamento degli investimenti sanitari è rappresentata dalle risorse ex art. 20 della L. n. 67/88. Su tale aspetto, come già rappresentato, si rappresenta che in data 23.08.2019 è stato sottoscritto l'accordo di programma III fase – II stralcio ex art. 20 della L. n. 67/88, per l'importo complessivo di 1.083.450 €/000.

Esaurita la terza fase degli investimenti, la Regione si riserva di programmare le risorse attribuite dall'art. 1, comma 555, della L. n. 145 del 30.12.2018 (Legge di bilancio 2019), ammontanti, per la Campania a 378.951 €/000. L'attuazione dei due Accordi di programma della terza fase coinvolgerà, verosimilmente, tutte le aziende sanitarie e le strutture sanitarie centrali in un'intensa ed impegnativa attività di attuazione.

Nel precedente paragrafo, si è evidenziato il ricorso ai fondi europei di cui al POR FESR Campania 2014/2020 e ai contributi di cui al Conto termico 2.0, gestiti dal Gestore dei Servizi Energetici S.p.A. (GSE) - MEF / MISE.

Si rappresenta, a tal proposito, che nell'ambito della programmazione POR FESR Campania 2014/2020 è stato previsto l'Obiettivo Specifico 4.1 - Azione 4.1.1- "Promozione dell'eco-efficienza e riduzione di consumi di energia primaria negli edifici e strutture pubbliche: interventi di ristrutturazione di singoli edifici o complessi

fonte: http://burc.regione.campania.it

di edifici, installazione di sistemi intelligenti di telecontrollo, regolazione, gestione, monitoraggio e ottimizzazione dei consumi energetici (smart buildings) e delle emissioni inquinanti anche attraverso l'utilizzo di mix tecnologici". Con delibera regionale sono stati programmati 23.671 €/000 destinandoli ad interventi di efficientamento energetico per la riduzione dei consumi energetici delle aziende ospedaliere.
Successivamente, in vista di ulteriori fonti di finanziamento degli investimenti in sanità, ci si è soffermati sulle opportunità offerte dal decreto interministeriale 16.02.2016, più noto come Conto Termico 2.0, che promuove la realizzazione di interventi di efficienza energetica, rilevando che gli incentivi erogati da tale fonte siano cumulabili con le risorse del POR FESR Campania 2014/2020. Pertanto, si è chiesto alle Aziende sanitarie Beneficiarie dei finanziamento POR FESR di valutare la possibilità di potenziare gli interventi programmati, avvalendosi anche dei contributi resi disponibili dal Conto Termico 2.0, al fine di massimizzarne gli effetti, in termini di riduzione dell'impatto ambientale e di risparmio energetico. Le Aziende hanno, pertanto, presentato nuovi progetti di fattibilità utilizzando in modo sinergico le citate fonti di finanziamento, aggiungendo quote di cofinanziamento aziendale.

Ne consegue che l'ammontare complessivo degli investimenti programmati per l'efficientamento energetico ammonta ad 26.678 €/000, di cui: € 23.100 €/000 a valere sul POR FESR Campania 2014/2020 (rispetto ad 23.671 €/000 programmati); € 2.627 €/000 finanziati con il Conto Termico 2.0 e risorse aziendali per € 950 €/000 per un complessivo di € 26.678 €/000, come dettagliato nella seguente tabella.

Beneficiario	Titolo	Costo totale del progetto	Quota ammessa a finanziamento POR FESR 2014/2020	Quota Conto Termico	Quota Beneficiario
AO Cardarelli	Interventi su padiglione D di raffrescamento da fonte rinnovabile (solar cooling) e di riduzione dei consumi elettrici con lampade ad alta efficienza (LED)	2.631.000	2.460.500	170.500	-
AO Dei Colli	Intervento di ecoefficienza e riduzione dei consumi di energia primaria, attraverso l'adeguamento dell'involucro edilizio ed il potenziamento del sistema impiantistico nel P.O. C.T.O.	6.717.783	6.000.000	652.530	65.253
AOU Federico II	Realizzazione di cappotto termico in poliuretano espanso	4.000.000	3.200.000	800.000	-
AOU S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	Cogenerazione - Trigenerazione nel P.O. Ruggi e Cogenerazione - Impianto Fotovoltaico - Cappotto termico – Lampade a Led (relamping) nel P.O. Da Procida	9.840.000	9.440.000	400.000	-
AO San Pio	Lavori di risanamento per risparmio energetico delle Strutture Ospedaliere	3.489.589	2.000.000	604.820	884.769
TOTALI		**26.678.372**	**23.100.500**	**2.627.850**	**950.022**

Tabella 9: Importo Investimenti programmati

Nella successiva tabella, vengono riportati i cronoprogrammi dei succitati interventi.

CRONOPROGRAMMI INTERVENTI	Approvazione del progetto esecutivo	Aggiudicazione lavori	Fine lavori	Collaudo
AO Cardarelli	gen-20	giu-20	set-21	feb-22
AO Dei Colli	feb-20	ott-20	mag-22	lug-22
AOU Federico II	lug-18	nov-20	mar-22	mag-22
AOU S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	mag-20	set-20	mag-21	lug-21
AO San Pio	giu-18	giu-20	set-21	ott-21

***Tabella 10: Cronoprogramma Interventi programmat*i**

Per quanto riguarda, invece, strumenti che prevedano il coinvolgimento di partner privati nella realizzazione del progetto (PPP), la tipologia degli investimenti in corso di programmazione non prevede la realizzazione di

fonte: http://burc.regione.campania.it

opere "calde", intese come quelle opere potenzialmente capaci di creare flussi di cassa, ossia entrate corrisposte dagli utenti/clienti/cittadini che utilizzano l'opera dietro un pagamento e che, pertanto, garantiscono un'autonoma sostenibilità all'investimento del partner privato. Gli investimenti in sanità non presentano, almeno in questo momento, interesse per gli investitori privati, né tale interesse risulta incentivato dalla Regione, in mancanza di positive esperienze.

Si valuterà, eventualmente, il ricorso alle opportunità di finanziamento per le tecnologie di efficientamento energetico offerte dalle società di servizi energetici ESCo (Energy Service Company) e/o ad ipotesi di project financing, in grado di consentire la realizzazione di interventi da parte delle aziende sanitarie, con positive ricadute sull'ambiente e sui costi aziendali.

Si evidenzia, infine, che gli investimenti da realizzare con le succitate risorse (POR FESR/Conto Termico 2.0), sono, esclusivamente, finalizzati a migliorare l'efficienza energetica, per lavori definiti e completi dal punto di vista tecnico-costruttivo. Essi non si sovrappongono né sono complementari agli interventi previsti nella III fase dell'art. 20 della L. n. 67/88 (I e II stralcio).

3.4 La politica del farmaco e dei dispositivi medici

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quel che concerne la governance farmaceutica intende intraprendere le seguenti azioni:

- Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata;
- Monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche;
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti;
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari;
- Attuazione della Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata;
- Farmacia dei servizi;
- Dispositivi Medici.

3.4.1 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

I dati OSMED 2018, in merito alla spesa lorda procapite pesata erogata in regime convenzionato mostrano che la Regione Campania ha una spesa procapite lorda ben superiore rispetto alla media nazionale. Pertanto, tutte le azioni che la Regione Campania intende mettere in atto sono volte a ricondurre la spesa procapite lorda convenzionata entro la media nazionale.

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica campana è stata implementata una piattaforma di analisi dei dati (così come previsto dalla Delibera n. 10/2017 e dalla Delibera n. 276/2017) in grado di fornire risultati aggregati su tre distinti livelli: ASL, Distretto Sanitario di Base e Medico Prescrittore.

Tale reportistica sviluppata, nel prossimo triennio comprenderà: dati di spesa e consumo; indicatori di benchmarking riferiti a ciascuno dei tre livelli di analisi (ASL, DSB, MMG) con possibilità di effettuare ulteriori approfondimenti ove necessario; indicatori relativi ai farmaci equivalenti; indicatori relativi al consumo di antibiotici (J01) così come previsto dal Decreto n. 138/2018.

Periodicamente, tale reportistica verrà inviata ai responsabili delle AASSLL competenti che dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni in base alle specifiche richieste.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Attraverso tale sistema la Regione Campania potrà valutare ciclicamente gli esiti delle politiche sanitarie attuate in modo da poter assegnare a ciascuna AASSLL specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata della Regione Campania entro i tetti programmati.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna AASSLL

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori che ciascuna ASL dovrà monitorare relativamente: alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa; alla percentuale di farmaci equivalenti da implementare; alla fuga in convenzionata

b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che monitori la spesa ed il consumo della farmaceutica convenzionata

- Numero di report prodotti relativi la spesa ed il consumo dei farmaci con particolare riferimento a dati di spesa e di consumo relativi la spesa farmaceutica convenzionata stratificati per ASL, DSB e MMG

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro Giugno 2019

3.4.2 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie

La cronicità oggigiorno rappresenta una delle sfide prioritarie per i Servizi Sanitari Regionali. Alla luce del nuovo Piano Nazionale della cronicità risulta fondamentale che la governance farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati, abbia come mission quella di garantire al paziente un percorso di cura appropriato implementando l'aderenza alle terapie farmacologiche. Pertanto, la Regione Campania, nel prossimo triennio 2019-2021, intende mettere in atto tutte le strategie volte al monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche al fine di migliorare la stessa ed ottimizzare la spesa farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati.

A tal fine, così come previsto dalla Delibera n. 276/2017 si chiederà alle strutture preposte quali il CIRFF di creare un sistema di monitoraggio che vada a valutare l'aderenza alle terapie farmacologiche per le principali patologie croniche in modo da intervenire tempestivamente sulle eventuali inappropriatezze prescrittive riscontrate.

In particolare, saranno oggetto di valutazione l'aderenza alle terapie nelle seguenti patologie croniche: Diabete, Osteoporosi, Asma e BPCO (con possibilità di integrarne ulteriori).

Inoltre, al fine di coinvolgere quanto più possibile il paziente nei percorsi di cura sarà fornita una piattaforma informatica volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione di nuovi obiettivi da assegnare per singola AASSLL inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori relativi alle % di aderenza alle terapie croniche delle patologie in oggetto

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Realizzazione di Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp./CIRFF che valuti l'aderenza alle terapie farmacologiche

- Numero di report prodotti

c. Realizzazione di una piattaforma volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie

- Divulgazione dell'applicazione informativa regionale MiCuro

Scadenze

a. Entro Marzo 2020

b. Entro Marzo 2020

c. Entro Giugno 2019

3.4.3 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

L'incremento dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica all'interno del tetto di spesa programmato (7,96%), oltre che quella a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale è posta per legge in capo allo stesso. Pertanto, scopo della Regione sarà quello di potenziare le azioni di monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata della Regione rispetto al periodo dell'anno precedente, verso l'andamento nazionale e all'interno della Regione per singola AASSLL. Attraverso i dati mensili rilevabili dal sistema TS-Sogei, con il supporto del CIRFF verranno effettuate analisi dettagliate per singola classe di farmaco. Le analisi troveranno il proprio razionale anche dalla variabilità dei consumi per classi di farmaci specifici e ad alto impatto prescrittivo.

Verranno intraprese anche azioni correlate ad una corretta informazione relativamente ai farmaci equivalenti al fine di incrementare consapevolmente l'utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

Obiettivi e Indicatori

a. Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini

- Campagne formative/informative realizzate di concerto con il settore comunicazione supportate dai dati rilevati dal Centro Regionale di Farmacovigilanza relativamente alle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci equivalenti e non

b. Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna AASSLL

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori che ciascuna ASL dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno)

Scadenze

a. Campagne formative/informative a cadenza almeno annuale

b. Entro Marzo 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

3.4.4 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

I farmaci biosimilari, oggigiorno, rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, la Regione Campania per il triennio 2019-2021 ha l'obiettivo di potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

L'incentivo all'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naive, dove il medico deve indicare attraverso la piattaforma informatica regionale prescrittiva le motivazioni al non utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso nell'anagrafe delle gare messe in essere dalla centrale di committenza So.Re.Sa. SpA, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (switch terapeutico) secondo quanto indicato nel secondo position paper redatto dall'AIFA.

In particolare, la Regione, attraverso il sistema informatico prescrittivo regionale (piani terapeutici informatizzati), consentirà alle Direzioni Generali delle AASS di valutare l'andamento prescrittivo per singolo Centro Prescrittore, per singolo Medico afferente allo stesso, per singolo farmaco e per specifica indicazione terapeutica.

Le valutazioni prescrittive che verranno richieste alle Direzioni Generali delle AASS dovranno tenere conto dell'andamento prescrittivo dei farmaci biosimilari rispetto ai corrispondenti farmaci biologici originator per singola indicazione terapeutica.

Inoltre, verrà valutato per singola indicazione terapeutica anche l'andamento prescrittivo del biosimilare verso altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica.

Inoltre, le direzioni generali relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi % di utilizzo di biosimilari indicati dalla Regione in seno alle verifiche trimestrali che effettuano presso la Direzione Generale Salute.

Obiettivi e Indicatori

a. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica

- Numero di report prodotti secondo quanto elaborato nel 2018 con il Pharma Campania Report

b. Definizione di nuovi obiettivi volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari. Il disposto indicherà le % di utilizzo dei farmaci biosimilari che le AASS. dovranno raggiungere. Le % saranno diverse per singolo farmaco e varieranno in maniera % per anno, in quanto terranno conto sia degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente che della patologia

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori

c. Realizzazione di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari volti all'utilizzo del farmaco a minor costo

- Predisposizione di criteri di gara differenziati concordati con la centrale di committenza So.Re.Sa. SpA che consentano un contenimento della spesa

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019–2020-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Entro Marzo 2020
c. Entro Dicembre 2019 e revisioni periodiche

3.4.5 Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

Con il DCA n. 97/2016 è stato definito l'elenco unico dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto e la tariffa massima di remunerazione in tutta la Regione Campania.

Ciò nonostante per quel che concerne la logistica distributiva dei farmaci dispensati in DPC, ad oggi, ogni ASL utilizza un proprio magazzino per lo stoccaggio e la distribuzione e diverse forme retributive. Al fine di ottimizzare l'intero processo, si prevede la centralizzazione della logistica del farmaco, con abbattimento delle scorte e dei relativi scaduti con un notevole minor impiego di capitale per la Regione Campania oltre che di risorse umane per singola AASSLL.

La centralizzazione permetterà di ridurre ulteriormente la fuga in convenzionata dei farmaci A-PHT in quanto si centralizzeranno gli acquisti per l'intera Regione, ottimizzando i tempi necessari correlati alle procedure di gara. La centralizzazione permetterà di minimizzare i tempi di acquisizione dei farmaci A-PHT quando introdotti per la prima volta sul mercato (nuove classi di farmaci A-PHT). La stesa procedura permetterà di ottimizzare anche i tempi di acquisizione dei farmaci quando si esauriscono i contratti degli stessi già in essere a causa di variazione dei consumi dovuti per delle variazioni prescrittive, rotture di stock da parte delle Aziende Farmaceutiche ecc.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione ed attuazione del modello di logistica regionale centralizzata dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto
  - Predisposizione di un Decreto Regionale

b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che valuti l'utilizzo dei farmaci in DPC
  - Numero di report prodotti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2019

3.4.6 Farmacia dei Servizi

La rivalutazione della assistenza sul territorio, capace di fornire al cittadino un'assistenza immediata, evitando quando non necessari i costi dei ricoveri ospedalieri, ha portato a favorire iniziative di grande rilievo pratico per la tutela della salute del cittadino per ogni fascia di età. Pertanto, la Regione Campania, per il triennio 2019-2021, intende promuovere il ruolo della Farmacia Territoriale quale centro socio-sanitario polifunzionale di servizi. In particolare, saranno promossi:

- **Servizi di informazione sui farmaci e di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale**: le farmacie del territorio opportunamente formate, mediante specifici corsi ECM, ed in seguito attrezzate potranno rappresentare delle vere e proprie "postazioni di servizio" per effettuare informazione

fonte: http://burc.regione.campania.it

sul corretto utilizzo del farmaco nonché campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale;

- **Assistenza Farmaceutica Domiciliare Integrata (ADFI) in particolari tipologie di pazienti:** lo scopo è quello di fornire un servizio di consegna domiciliare di farmaci, dispositivi medici e servizi sanitari in generale, al fine di ridurre le esigenze di carattere sanitario di quei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio in maniera continuativa (pazienti anziani ultrasettantenni, disabili, malati cronici) e non autonomi ad accedere alla farmacia e allo studio del MMG, previa libera scelta da parte del paziente della farmacia che effettua il servizio. In tal modo si consentirà al paziente una maggiore aderenza alle terapie e si eviteranno i possibili danni o traumi allo stesso in cui potenzialmente può incorrere se costretto a dover uscire dalla propria abitazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Promozione di servizi di informazione sui farmaci e di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale

- Numero di farmacie che attivano il servizio
- Numero di campagne di prevenzione attuate
- Numero di pazienti che hanno effettuato lo screening

b. Promuovere l'Assistenza Farmaceutica Domiciliare Integrata (ADFI) in particolari tipologie di pazienti

- Numero di farmacie che attivano il servizio

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2020

3.4.7 Dispositivi medici

La crescita esponenziale del numero e della varietà delle tecnologie mediche disponibili sul mercato costituisce una grande opportunità sia per gli operatori del SSR che per il benessere e la qualità di vita dei pazienti. La Regione Campania, per il triennio 2019-2021, in materia di dispositivi medici predisporrà l'implementazione di un'anagrafica regionale unica e la creazione di un sistema di monitoraggio dell'uso dei device che consenta di definire gli ambiti di uso appropriato e i risultati ottenuti nel contesto di reale applicazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Creazione del nuovo sistema di monitoraggio dell'introduzione e dell'uso dei device

- Attuazione del nuovo sistema monitoraggio

b. Predisposizione di una Anagrafica Unica Regionale dei Dispositivi Medici

- Implementazione anagrafica regionale dei dispositivi medici

c. Condivisione linee guida, indicazioni d'uso e protocolli

- Numero linee guida, indicazioni d'uso e protocolli (almeno due all'anno)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2020

3.4.8 Il nuovo modello di logistica regionale

Il progetto di logistica del farmaco è stato preso in carico ed è stato individuato il modello operativo (1 Hub centrale + 6 magazzini territoriali); sono state individuate le specifiche tecniche delle attività da svolgere nell'ambito del progetto, quali: magazzino unico e nodi di primo livello, sistema di trasporto e sistema informativo.

Per quanto riguarda invece il sistema di automazione, è in corso la definizione del dimensionamento. A tale scopo sono stati ultimati i sopralluoghi tecnici nelle principali farmacie ospedaliere con la duplice finalità di rilevare il possibile utilizzo come nodi di primo livello e di rilevare il livello di automazione già presente. Il risultato finale restituisce un quadro di forte disomogeneità dei sistemi di automazione presenti nelle differenti realtà aziendali, che impone valutazioni in merito alle attività preliminari da porre in essere a carico di quelle aziende ad oggi non dotate di alcun sistema. L'approfondimento in corso suggerisce l'esperimento di soluzioni pilota da scalare su base regionale sulla scorta degli esiti.

Con riferimento al cronoprogramma dell'investimento ed alla copertura finanziaria, è stata condotta una analisi finalizzata a verificare l'assoggettabilità a contributo degli investimenti programmati nell'ambito della programmazione unitaria (Fondi POR FESR). Dai primi riscontri degli uffici regionali preposti si registrano difficoltà di accesso ai fondi della programmazione. In ragione di ciò è in corso di valutazione una variante progettuale che tenga conto della difficoltà a stanziare l'investimento iniziale, contemplando l'utilizzo di contratti di concessione ai sensi degli artt. 180 e s.s. del Codice degli Appalti. E' inoltre in corso un aggiornamento dello studio di fattibilità generale al fine di valutare l'utilità di avviare un progetto pilota in uno dei magazzini visitati e risultati idonei, al fine di stimare sul campo eventuali problematiche operative dalla progettazione al collaudo, minimizzando nel contempo l'investimento iniziale. Una volta validato e standardizzato il format dell'intervento si procederà ad estenderlo su vasta scala.

Su entrambe le ipotesi è in corso una valutazione degli uffici regionali competenti.

3.5 La gestione delle liste di attesa

La Regione Campania, nel corso di questi ultimi anni, ha emanato numerose disposizioni per garantire l'adozione delle classi di priorità previste dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa.

A rafforzare l'azione di governo dei tempi di attesa, in data 8 agosto 2017 la Regione Campania ha approvato il DCA n. 34 "Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste d'attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018" che ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sentinella, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Il DCA n. 34/2017 ha previsto azioni, obiettivi e tempi di attuazione degli stessi.

Con successivo DCA n. 47/2017 è stato istituito, tra gli altri, un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale mediante il quale è costantemente monitorata l'attuazione delle Linee Guida sulle liste di

fonte: http://burc.regione.campania.it

attesa di cui al DCA n. 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori) nonché incontri continui di briefing con i referenti aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

In relazione agli obiettivi previsti dal DCA n. 34/2017 in tutte le Aziende Sanitarie è stato nominato un referente unico per le liste di attesa e si è proceduto ad informatizzare le agende aziendali, a strutturarle in modo da tenere separati i primi accessi dagli accessi successivi e l'attività istituzionale da quella libera professionale, nonché ad organizzale secondo le classi di priorità.

Le Aziende per garantire il rispetto dei tempi d'attesa, hanno proceduto all'implementazione dell'offering ambulatoriale, in base alle classi di priorità, grazie ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale, regolamentazione dell'attività in overbooking, apertura supplementare di sedute ambulatoriali nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia), attività di recall e proceduto alla sospensione temporanea dell'attività libera professionale tesa ad una riduzione del 70% del disallineamento dei tempi di attesa tra attività istituzionale e attività intramoenia.

A tal fine con DCA n. 56/2019 è stato modificato, anche alla luce del PNGLA 2019-2021, il DCA n. 95 del 05.11.2018, già a integrazione e modifica del DCA n. 60/2018. Con tale decreto la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria e, con successivo DD n. 24/2019, ha costituito l'Organismo Paritetico ALPI.

A supporto delle attività di governo dei tempi d'attesa, la Regione ha implementato l'adozione di una Piattaforma regionale per il monitoraggio delle Liste di Attesa in grado di monitorare in tempo reale e/o in intervalli di tempo codificati, la prima disponibilità e la performance delle prestazioni per ciascuna Azienda.

La Piattaforma liste di attesa consente l'estrazione dei dati del monitoraggio ex ante previsto dal Questionario LEA nonché l'analisi delle performance anche in funzione degli obiettivi previsti dal monitoraggio ex post. Oltre il cruscotto "Monitoraggio ex ante", essa comprende i seguenti cruscotti:

- Performance prenotati;
- Performance erogati;
- Performance ricoveri;
- Prima disponibilità;
- Monitoraggio Volumi Istituzionali/ALPI;

ed include una sezione "Trasparenza" che presenta un cruscotto "Liste di attesa performance" da dove si evince la percentuale di garanzia dei tempi di attesa e un cruscotto "Liste di attesa prime disponibilità" che consente al cittadino di accedere in tempo reale alla prima disponibilità per ogni prestazione di ciascuna Azienda Sanitaria.

Con DD n. 93/2019, è stata recepita l'Intesa del 21 febbraio 2019 sul PNGLA 2019-2021 e promosso, quale strumento di governo clinico, il modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con DCA n. 52/2019 la Regione ha provveduto all'adozione del PRGLA 2019-2021 in linea con il PNGLA 2019-2021.

Il Piano regionale mira, tra l'altro, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte di MMG, PLS e specialisti, prevedendo modelli di

fonte: http://burc.regione.campania.it

gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei PDTA coerentemente con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione delle Cure Primarie. Inoltre, il Piano Regionale prevede la revisione degli ambiti territoriali e la realizzazione dei Percorsi di Tutela a Garanzia del cittadino in collaborazione sia con altre strutture Pubbliche che con le strutture accreditate presenti sul territorio.

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Liste di Attesa, la Struttura regionale nell'analizzare gli aspetti organizzativi, gestionali e tecnologici dei CUP delle Aziende Sanitarie Campane ha evidenziato la necessità di dotare la Regione Campania di un sistema CUP regionale che sia assolutamente compliant con il modello di riferimento nazionale e che consenta una visione completa e unificata della rete di offerta dei servizi sanitari, così come previsto dalle Linee guida nazionali, predisposte dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e su cui è stata acquisita, il 29 aprile 2010, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP – Linee guida nazionali". Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010).

Primo obiettivo è consentire ai cittadini di prenotare le prestazioni sanitarie presso una qualunque struttura sanitaria pubblica appartenente al SSR o alle strutture private accreditate (che entrano a far parte del circuito del CUP), inserite nel contesto territoriale di appartenenza del cittadino. Il primo livello cercherà di contemperare sia la celerità di erogazione della prestazione che il rispetto del vincolo territoriale. Nel caso non siano disponibili strutture sanitarie (sia pubbliche che del privato accreditato), che possano erogare le prestazioni in tempi compatibili con quelli previsti dalla legge, saranno prospettate al cittadino una serie di possibili alternative, che terranno conto sia del contesto territoriale che del rispetto delle liste di attesa, attingendo dall'elenco delle strutture comunque prossime geograficamente rispetto alla residenza del cittadino.

A breve verrà attivato il CUP regionale che sostituirà gradualmente entro il 2020 tutti i CUP aziendali.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione Organismo Paritetico Regionale
- Numero di riunioni

b. Recepimento dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021
- Adozione del Decreto Dirigenziale

c. Adozione del PRGLA 2019-2021 con DCA
- Emanazione DCA

d. Adozione Piattaforma Regionale Liste di Attesa
- Numero di utenze attivate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019

fonte: http://burc.regione.campania.it

4. Programma 4: Strumenti per la qualità del SSR

4.1 Il setting assistenziale specialistico-ambulatoriale

La Regione Campania, al fine garantire ai cittadini un sistema di offerta di prestazioni specialistiche adeguato ai bisogni nonché facilmente e tempestivamente accessibile, intende intraprendere nel triennio 2019-2021 le azioni volte al perseguimento degli obiettivi ritenuti strategici:

- Organizzazione più efficiente del sistema di offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica da attuarsi nell'ambito del più ampio progetto di sviluppo delle cure primarie basato sulla programmazione/attivazione delle AFT e delle UCCP. Infatti nelle UCCP l'assistenza ambulatoriale specialistica è assicurata all'interno di una organizzazione che, per la presenza di diverse figure professionali, garantisce la gestione integrata del paziente e la continuità dell'assistenza in rapporto alle necessità. Una efficiente organizzazione delle UCCP nell'ambito delle cure primarie costituisce inoltre un indispensabile filtro per gli accessi impropri alla rete ospedaliera e la governance nelle riacutizzazioni delle cronicità;
- Rimodulazione, laddove necessario, dell'offerta di prestazioni specialistiche in strutture pubbliche e private accreditate e relativa distribuzione delle risorse che tenga conto dell'analisi del fabbisogno regionale. Il documento di programmazione regionale per la rilevazione del fabbisogno, in adozione, ha tenuto conto della mutata situazione demografica ed epidemiologica, dell'introduzione di nuove potenzialità terapeutiche e diagnostiche che richiedono una riconfigurazione globale dell'offerta sanitaria, nonché dei nuovi criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica che richiedono la necessaria rivalutazione della disponibilità e della allocazione delle risorse. Laddove presenti sono stati utilizzati i valori standard di erogazione di prestazioni, derivanti da studi nazionali e ministeriali. La rimodulazione dell'offerta in rapporto al fabbisogno consente di perseguire l'obiettivo del pieno e tempestivo soddisfacimento della domanda espressa dai cittadini. Consente infatti di scongiurare la sospensione della erogazione di prestazioni specialistiche da parte delle strutture private accreditate in caso di superamento del numero massimo di prestazioni programmate in rapporto ai limiti di spesa fissati annualmente;
- Rilevazione corretta e completa, attraverso il flusso informativo Tessera Sanitaria delle prestazioni rese negli ambulatori territoriali ed ospedalieri pubblici al fine di consentire un attento monitoraggio del livello quantitativo e qualitativo dell'offerta di assistenza specialistica erogata. La corretta implementazione dei flussi informativi consente di perseguire due obiettivi strategici: valutare l'effettiva presa in carico dei pazienti nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici e valutare il fabbisogno e l'offerta al fine di procedere ad eventuali interventi di riorganizzazione;
- Organizzazione del sistema dei controlli al fine di fornire linee di indirizzo comuni a tutte le Strutture del Servizio Sanitario Regionale per il controllo delle prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate dai produttori pubblici e privati, definendo un sistema omogeneo e condiviso a livello regionale a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa.

Obiettivi e Indicatori

a. Adozione del documento che definisce la metodologia per la definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale e che programma l'offerta

- Adozione DCA di programmazione

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Implementazione delle UCCP

- N. UCCP programmate/Numero UCCP attivate

c. Allineamento, per le strutture private accreditate che erogano prestazioni di assistenza specialistica, tra i volumi di prestazioni erogate e i volumi di prestazioni programmate finalizzato alla riduzione dei casi di mancata erogazione delle prestazioni per sforamento del budget

- Adozione del documento di programmazione delle prestazioni

d. Miglioramento qualitativo dell'alimentazione dei flussi del Sistema Tessera Sanitaria con riduzione dello scostamento tra il valore dei ticket delle prestazioni ambulatoriali riscosso presso le strutture pubbliche trascritti nel modello CE ed il valore dei ticket registrati sul Sistema Tessera Sanitaria

- Valore ticket modello CE / valore ticket flusso art. 50

e. Incremento 20% rispetto all'anno 2017, del numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica registrati sul Sistema Tessera Sanitaria

- Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche registrate sul Sistema Tessera Sanitaria

f. Implementazione delle linee operative sulle attività di controllo

- Predisposizione e adozione delle linee di indirizzo sul sistema dei controlli
- Numero incontri con i referenti aziendali e NOC
- Numero dei report sui controlli

Scadenze

a. Entro Settembre 2019 (con revisione biennale) – DCA in adozione
b. Entro dicembre 2019 (35%);
Entro Dicembre 2020 (70%);
Entro Dicembre 2021 (Completa attivazione)
c. Annuale - Entro il 31 Dicembre 2019-2020-2021
d. Da febbraio 2020 per il triennio di vigenza del piano
e. Da settembre 2019 per il triennio di vigenza del piano
f. Per l'anno 2020 e anno 2021

4.2 La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti chiarisce che: "La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica ed un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici".

L'erogazione di prestazioni sanitarie in modo sicuro ed efficace richiede interventi multidimensionali ed articolate relazioni che coinvolgono, in primo luogo, i pazienti e i professionisti, ma che si estendono ai diversi livelli del sistema. Tra le diverse questioni di politica sanitaria che devono essere affrontate, quelle riguardanti la qualità e la sicurezza delle cure con le correlate strategie di integrazione e collaborazione, occupano una posizione prioritaria nei sistemi sanitari dei vari Paesi.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'intera struttura sanitaria e, poiché dipende dalle interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Nell'ambito delle azioni da mettere in atto per garantire la sicurezza dei pazienti rientra anche la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

La necessità di promuovere nel Sistema Sanitario Regionale l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico di carattere sistemico a garanzia della sicurezza dei pazienti è contemplata in numerosi atti nazionali intervenuti a disciplinare la specifica materia.

La Regione Campania in ottemperanza alle direttive nazionali ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di risk management, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori attuando il programma Regionale di Gestione del Rischio declinato nei Programmi Operativi precedenti.

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- Le Aziende sanitarie ed ospedaliere campane si sono dotate di una struttura interna per la gestione del Rischio clinico con individuazione di referenti e/o Coordinatori aziendali per la Gestione del Rischio Clinico (GRC), che costituiscono una rete regionale;
- Tra gli obiettivi fissati per la valutazione dei Direttori Generali sono stati previsti, nelle rispettive delibere di nomina, specifici obiettivi per il rischio clinico;
- Sono stati resi operativi strumenti e metodologie manageriali per una strategia di governo del rischio clinico. In particolare, sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";

fonte: http://burc.regione.campania.it

- E' stato attivato il flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);
- Sono stati realizzati diversi percorsi regionali ed aziendali di formazione, qualificazione, accompagnamento e tutoraggio, rivolti agli operatori sanitari, opportunamente differenziati in base a specifiche esigenze, profili professionali e posizioni organizzative;
- E' stato definito un programma informativo/formativo regionale rivolto alle Aziende sanitarie ed ospedaliere campane con l'obiettivo di implementare localmente le raccomandazioni ministeriali, in particolare, quelle relative alla prevenzione dei rischi in chirurgia;
- Nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni legate all'assistenza sanitaria è stato pubblicato un piano regionale che ha visto la realizzazione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, l'adesione ad uno studio di prevalenza europeo, la istituzione di un Sistema Regionale di sorveglianza delle Antibiotico Resistenze;
- Realizzazione report di monitoraggio della diffusione del "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist";
- Monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- Approvazione di un Decreto Commissariale relativo alla centralizzazione dei farmaci antiblastici ed alla adozione della Scheda unica o Foglio unico di terapia;
- Pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze;
- Istituzione, con Decreto Commissariale di un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella;
- Piano Regionale per la prevenzione delle cadute di pazienti ospedalizzati;
- Sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";
- Delibera di Giunta n. 767 del 28.12.2016 "Linee di Indirizzo e Coordinamento per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania sull'uso appropriato degli Antibiotici e sul controllo delle infezioni da organismi multi-resistenti, per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018"; essa ha inoltre predisposto l'integrazione, ai sensi della DGRC n. 767/2016, della "Commissione tecnica di sorveglianza sul rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria e sull'antibiotico resistenza", istituita con DD n. 49 del 30.08.2012.

Il Programma regionale per la gestione del rischio clinico, che viene definito per le annualità 2019-2021 si pone l'obiettivo di consolidare il modello regionale di gestione del rischio e di implementare azioni per la sicurezza dei pazienti e buone pratiche, in applicazione delle Raccomandazioni elaborate dal Ministero della Salute e delle linee di indirizzo regionale. Inoltre, tenuto conto delle novità normative introdotte in materia dalla citata Legge n. 24/2017 si pone l'obiettivo di istituire il "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente".

Obiettivi e Indicatori

a. Istituire il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Decreto Commissariale di istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente

b. Fornire alle aziende indicazioni univoche per la stesura del piano annuale risk management (parm) e per gli adempimenti previsti dalla Legge n. 24/2017 relativamente alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

- Numero documenti di indirizzo emessi per le Aziende sanitarie

c. Monitorare l'Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nelle aziende

- Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni in ogni azienda

d. Integrare il piano regionale cadute con la definizione ed emissione di linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute in ambito pediatrico

- Decreto Regionale emissione linee di indirizzo

e. Monitorare il piano regionale cadute attraverso gli indicatori forniti nel documento di indirizzo alle aziende

- Report annuale di attività

f. Monitorare la reale attuazione dei Piani di miglioramento comunicati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella

- Report annuale di attività

g. Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali: Completa implementazione del numero di raccomandazioni ministeriali presso ogni Azienda Sanitaria

- Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie delle 17 Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, da parte del 100% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione

h. Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale

- Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche

i. Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici: Recepimento e attuazione, da parte delle Aziende Sanitarie, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana

- Numero di Aziende Sanitarie che hanno recepito e attuato le linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2019
e. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
f. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

g. Entro Dicembre 2019 (Conseguimento dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali da parte delle Aziende Sanitarie)

h. Entro Dicembre 2019 (Indicatore da raggiungere al 100%)

i. Entro Dicembre 2019 (Recepimento e attuazione, da parte di tutte le Aziende Sanitarie, delle linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici)

4.3 La comunicazione sanitaria

La Regione Campania ritiene fondamentale per l'area sanitaria strutturare processi di comunicazione specifici. La Comunicazione Sanitaria rivolta al cittadino permette di informare, accrescere le competenze, divulgare informazioni sanitarie appropriate ai fini di attivare processi di empowerment dello stesso conoscenza e prevenzione, promozione della salute e conoscenza della diversificazione dell'offerta sanitaria, modalità di accesso e facilitazioni di percorso sono gli obiettivi di una buona comunicazione sanitaria.

L'obiettivo reale è quello di determinare, attraverso un buon livello di empowerment, la riduzione di patologie e la fidelizzazione al sistema sanitario Pubblico con conseguente soddisfazione dell'utente e anche appropriata allocazione della spesa sanitaria.

La Regione Campania programma di commissionare e produrre campagne di comunicazione specifiche su temi di grande impatto sociosanitario tali da poter indurre cambiamenti positivi nell'approccio degli individui alla salute o prevenire cambiamenti negativi rispetto al peggioramento dello stato di salute della popolazione residente nella Regione.

La sanità campana riconosce la necessità di dover essere sempre più presente sul territorio, essere riconosciuta come Istituzione vicina al cittadino ed attenta ai suoi bisogni di salute: pertanto la comunicazione includerà le Associazioni dei pazienti, i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali, gli Ordini professionali (Medici, Veterinari, Farmacisti, Biologi, Professioni Sanitarie) e tutti gli attori che a contatto con la gente ne accolgono le richieste e le problematiche inerenti la salute.

Ogni iniziativa che riguardi la Comunicazione sarà condivisa con le Aziende Sanitarie nel rispetto e nella considerazione della diversità territoriale. Lo scopo è dare la stessa opportunità a tutti coloro che vivono nella Regione Campania.

Obiettivi e Indicatori

a. Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete. L'uso di immagini e slogan facilmente identificabili faciliteranno la creazione di community e imprimendosi nell'immaginario collettivo aiuteranno il sistema sanitario regionale alla fidelizzazione del cittadino/paziente: egli stesso naturalmente, per contro, riceverà la possibilità reale di riscoprire una sanità che programma, agisce, funziona, nell'interesse di quanti vi si rivolgono

- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria Regionale con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Formare e coinvolgere i cittadini più giovani. La prevenzione e l'orientamento a stili di vita corretti devono necessariamente iniziare in giovane età, per questo il processo di empowerment deve iniziare con la scolarizzazione, fino a far divenire i giovani maestri e motore di cambiamento del mondo adulto

- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria Regionale con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione

Per la realizzazione di quanto programmato, si ritiene indispensabile l'acquisizione di nuovi linguaggi e di nuove modalità di comunicazione che utilizzino i canali più vicini al mondo dei giovani, ad esempio l'utilizzo di testimonial che possano essere influenzer o blogger capaci di raggiungere con messaggi positivi un più vasto pubblico giovane.
Saranno utilizzati i diversi canali della comunicazione, prodotti editoriali, cartellonistica, campagne media mediante i giornali, la radio, la televisione; differenziando di volta in volta il messaggio in base all'argomento, alla finalità ed al target.
L'uso dei social network ha apportato un profondo cambiamento nella prospettiva dell'organizzazione, passando da una comunicazione top-down a una comunicazione orizzontale, dando la possibilità ai cittadini di parlare sui profili social delle AASSLL.
Il web sociale sta perciò emergendo sempre più come grande repository di informazioni sulla salute e come spazio di dialogo, condivisione e partecipazione dei cittadini/pazienti: in virtù di ciò è necessario che la comunicazione istituzionale si aggiorni, si adegui e si "impossessi" di questi nuovi canali per utilizzarli al meglio per veicolare informazioni e messaggi corretti

c. Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici sono da programmare con previsione periodica affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani"

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

d. La Relazione Medico/paziente va sostenuta e alimentata: scontato sembra l'approccio al paziente ed ai familiari che lo seguono, in realtà le regole della Comunicazione ci insegnano che particolare è e deve essere la relazione tra chi vive nella malattia un momento di particolare fragilità e chi questa fragilità accoglie; un linguaggio ed una modalità comunicativa altrettanto professionalmente attenta e precisa vanno rivolti ai familiari che accompagnano l'ammalato nel percorso di cura. Particolare considerazione all'acquisizione del consenso informato va curata con percorsi di formazione agli operatori sanitari. Il rispetto della privacy va perseguito con altrettanta attenzione e cura

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

e. "Umanizzazione delle cure" è una definizione spesso non totalmente accolta nella pratica, la Sanità campana desidera recuperare realmente l'aspetto "umano" della cura, accostandosi, oltre che con le competenze mediche e l'aggiornamento delle proprie strutture sanitarie, anche con una rinnovata capacità di accoglienza

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Predispone a inizio anno un Piano della Comunicazione Sanitaria a valenza Regionale su tematiche prescelte che saranno riprese dalle singole Aziende Sanitarie a seconda della specificità della mission aziendale e della popolazione di riferimento.

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Annuale – Entro Dicembre 2020-2021
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
e. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

4.4 La rete dei Laboratori di "Microbiologia e Virologia"

In Campo nazionale la materia del riordino delle strutture eroganti prestazioni di laboratorio è stata affrontata dalle "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale", emanate dall'AGENAS nel marzo 2009, e dai "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", recepiti in sede di Conferenza Stato-Regioni il 23.03.2011.

Anche il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 interviene sulla programmazione della rete dei Laboratori di analisi applicando Standard minimi e massimi del numero di strutture per singola disciplina, ma definendo criteri a sé stanti per i Laboratori di Microbiologia e Virologia: il provvedimento nazionale, infatti, mentre per i Laboratori di analisi non specialistici prevede un parametro di 1 struttura ogni 0,15 – 0,3 milioni di abitanti, per i Laboratori di Microbiologia e Virologia prevede invece 1 struttura ogni 0,6 – 1,2 milioni di abitanti.

Sulla base di tali standard, il DCA n. 103/2018 ha identificato di fatto 39 strutture pubbliche (37 Laboratori di analisi + 2 Patologie Cliniche) rispettando sostanzialmente il parametro nazionale di una struttura/0,15 ml abitanti, mentre ha identificato per ora solo 4 Strutture Complesse di Microbiologia e Virologia, applicando un parametro di una struttura ogni 1,5 ml abitanti, di fatto più restrittivo rispetto agli indirizzi dello stesso D.M. n. 70/2015.

Infatti quest'ultimo provvedimento, tenendo conto anche della necessità di trovare compatibilità con l'obiettivo generale di contenimento del numero complessivo di U.O.C. regionali, ha già identificato 4 Strutture Complesse di Microbiologia e Virologia, le quali tuttavia non sono le sole strutture chiamate oggi a soddisfare la domanda di prestazioni specialistiche in Campania. Di fatto, anche la maggior parte delle altre Strutture pubbliche non specialistiche di laboratorio, sia ospedaliere che territoriali, devono erogare anche prestazioni della Branca di Microbiologia e Virologia, per effetto della domanda sempre più ampia ed articolata.

In effetti, occorre considerare che l'attività diagnostica di Microbiologia e Virologia si colloca oggi in un contesto clinico-assistenziale di crescente complessità, contribuendo in generale al raggiungimento di diversi LEA.

Basti citare, solo a titolo esemplificativo:

- La progressiva diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, alla quale fa seguito l'accresciuta severità clinica dei processi infettivi in ambito ospedaliero;
- La necessità di rendere attuabili le Linee di indirizzo su alcuni screening, come quello sul cervico-carcinoma con HPV DNA;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- La necessità di migliorare le attività di prevenzione verso tutte le malattie infettive, ed in particolare di quelle che richiedono particolari misure preventive nella collettività, quali la tubercolosi o l'AIDS;
- L'emergente necessità di garantire il follow up delle nuove terapie anti HCV, ed in generale di assicurare la diagnostica virologica a supporto delle reti epatologiche;
- Le esigenze diagnostiche legate allo screening microbiologico e virologico per l'accesso dei pazienti alla Rete Trapianti;
- Alcuni aspetti delicati e complessi della diagnosi prenatale (es. approfondimenti del complesso TORCH), anche in funzione degli accertamenti collegati alla IVG;
- La necessità di assicurare adeguate attività diagnostiche nel caso di focolai epidemici, come ad esempio nei i casi di meningite, nonché nelle pandemie influenzali.

Una domanda così diffusa e complessa è oggi ripartita tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale, tenendo presente che i due ambiti possono sovrapporsi nella fase della continuità delle cure. A tale riguardo, nel dare corso ad un intervento di riordino della rete diagnostica di "Microbiologia e Virologia", occorre affrontare diverse criticità, alcune peculiari dell'ambito Ospedaliero, altre della Medicina territoriale.

In ambito ospedaliero:

- Va considerato che, a fronte delle accresciute necessità clinico-diagnostiche interne alla rete ospedaliera, non è ragionevole che su 9 grandi Aziende Ospedaliere ed Universitarie soltanto 4 debbano assicurare ai propri pazienti indagini di Microbiologia di profilo tecnico scientifico adeguato alle complesse esigenze clinico-assistenziali;
- Allo stesso modo, appare irrealistico che nessuno dei Presidi Ospedalieri sia in grado di garantire una sia pur minima diagnostica microbiologica autonoma, ormai indispensabile nel campo della gestione delle sepsi e nella gestione delle infezioni/colonizzazioni da batteri multi resistenti.

In ambito territoriale:

- Occorre considerare le attuali difficoltà nel dare adeguate risposte all'accresciuta domanda territoriale, anche per il relativo disinteresse da parte della rete privata verso molte di queste attività diagnostiche le quali, potendo risultare poco lucrative, restano spesso di esclusivo appannaggio pubblico;
- Queste ultime difficoltà sono accresciute dal fatto che la domanda proviene da un Territorio regionale molto vasto e complesso: basta citare, ad esempio, la grande dispersione territoriale che caratterizza la provincia di Salerno, con distanze tra le strutture che in certi casi superano i 100 km, oppure le grandi criticità urbanistiche e demografiche della Città Metropolitana di Napoli, con oltre 3 milioni di abitanti e la più alta densità di popolazione d'Europa.

Inoltre, il DCA n. 103/2018, se non adeguatamente integrato e dettagliato, rischia di restare scollegato da precedenti provvedimenti regionali istitutivi di alcune Reti regionali diagnostiche, già faticosamente strutturate, quali ad esempio:

- La Rete per la diagnosi delle infezioni da Micobatteri (TBC), di cui alla DGRC n. 1577/2010, che ha attribuito competenze e funzioni diagnostiche di II livello ad alcuni laboratori distribuiti su tutto il territorio regionale: tale rete già fatica a sopravvivere, per difficoltà sorte soprattutto nelle aree regionali periferiche, e rischia di essere ulteriormente compromessa da una disattenta interpretazione del DCA n. 103/2018;
- La Rete Regionale di Sorveglianza sull'antibiotico resistenza SIREAR, di cui alla DGRC n. 767/2016, per certi versi tra le più efficienti d'Italia, ma allo stesso tempo anche tra le più frammentate e dispersive. Nell'arco dei 10 anni impiegati a costruirla si è tentato di utilizzarla come possibile volano di

fonte: http://burc.regione.campania.it

deframmentazione e riorganizzazione della Rete Microbiologica campana, ma senza poter incidere più di tanto, in attesa di un provvedimento della forza istituzionale pari a quella del DCA n. 103/2018;

- La rete per lo screening del cervico-carcinoma con la determinazione del HPV DNA, di cui al il DCA n. 39 del 03.05.2019;
- La rete per l'offerta gratuita dei test per le infezioni da HIV, di cui alla DGRC n. 147/2016.

Pertanto, in Campania il panorama delle Strutture pubbliche regionali attualmente eroganti prestazioni diagnostiche nella Branca di Microbiologia e Virologia rende necessari ulteriori interventi di riordino, oltre quelli già avviati ai sensi del Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, con il DCA n. 103 del 28.12.2018 recante il Piano regionale di Programmazione della rete ospedaliera, in quanto la sottorete delle Strutture non specialistiche realmente operante risente oggi di una eccessiva frammentazione, di una forte disomogeneità organizzativa, talvolta di un background scientifico inadeguato, risultando spesso anche poco efficiente dal punto di vista gestionale.

Occorre pertanto integrare l'intervento organizzativo avviato con il DCA n. 103/2018, con un ulteriore provvedimento ad hoc, con il quale si realizzi un complessivo riordino delle attività diagnostica di "Microbiologia e Virologia", ridefinendo in termini di efficientamento ed integrazione l'assetto organizzativo della rete. Possibile pensare, ad esempio, ad una riorganizzazione dipartimentale, che si avvalga i un Hub regionale con funzioni di centrale informativa e di centrale acquisti, oltre che di coordinamento e programmazione delle attività in funzione della domanda.

Pertanto, con Decreto della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n. 136 del 29.05.2019, è stata costituita "Commissione Tecnica regionale per la riorganizzazione della Rete regionale dei Laboratori di Microbiologia e Virologia", che per ciascun ambito di intervento avrà il compito di proporre alla Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del SSR le analisi ed i Documenti tecnici necessari ad attuare i provvedimenti di riorganizzazione della rete.

Obiettivi e Indicatori

a. Assicurare la funzionalità delle Reti regionali diagnostiche già costituite o previste: la rete per la diagnosi di tubercolosi (DGRC n. 1577/2009), la rete di Sorveglianza sull'antibiotico resistenza SIREAR (DGRC n. 767/2016), la rete per l'offerta dei test per le infezioni da HIV (DGRC n. 147/2016), la rete per lo screening del cervicocarcinoma con HPV DNA, (DCA n. 39 del 03.05.2019), ecc.

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

b. Supportare altre reti assistenziali operative sia in ambito ospedaliero che territoriale (es. Rete regionale dei trapianti, Reti epatologiche, ecc.)

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

c. Garantire adeguate risposte all'accresciuta domanda territoriale, soprattutto a supporto di: attività consultoriali, screening, campagne vaccinali, prevenzione collettiva

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

d. Dare copertura ad un Territorio regionale che in alcune Aree Metropolitane è caratterizzato da alte densità abitative e forti criticità urbanistiche, in altre aree presenta forti dispersioni demografiche

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Garantire nel campo dell'infection control e della gestione delle sepsi una diagnostica microbiologica di base in tutti i Presidi Ospedalieri, e una diagnostica specialistica in alcuni Laboratori di Riferimento ospedalieri

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

f. Migliorare il livello complessivo di efficienza economico gestionale e di appropriatezza diagnostica della rete attualmente operativa

- Approvazione del Bando e del Regolamento per la gara regionale

Scadenze

a, b, c, d, e

- Entro tre mesi: vengono definiti i fabbisogni di prestazioni specialistiche per tutto il territorio regionale attraverso una ricognizione svolta presso le aziende del SSR
- Entro tre mesi: vengono definite le prestazioni diagnostiche microbiologiche di base da garantire in ciascun Presidio Ospedaliero e quelle a più elevato livello specialistico da affidare ai Laboratori di riferimento ospedalieri; inoltre vengono individuate le prestazioni diagnostiche più aderenti ai fabbisogni del setting della medicina territoriale, da affidare anche ai Laboratori territoriali
- Entro sei mesi: vengono definiti i requisiti minimi tecnologici e organizzativi, gli standard di qualità, i rapporti quantitativi con il territorio e le capacità operative dei laboratori della rete
- Entro nove mesi: vengono individuati i Laboratori specialistici e definite le interazioni tra le strutture eroganti le prestazioni e le strutture richiedenti, attraverso un modello integrato il più possibile aderente alle Linee di indirizzo AGENAS, con particolare attenzione all'integrazione informatica ed al sistema di trasporto dei campioni
- Entro 12 mesi: viene emanato il provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

f.

- Entro nove mesi: viene approvato il Capitolato di gara regionale
- Entro 12 mesi: vengono approvati il Bando ed il Regolamento per l'espletamento delle gare da parte della Centrale di Committenza regionale e delle Aziende

4.5 La rete della genetica medica

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato - Regioni (CSR) il 26 novembre 2009 riguardante "Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica" si stabilisce di promuovere ed adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a linee guida scientificamente validate che prevedano un'adeguata consulenza genetica pre e post test ed una comprensiva ed esaustiva informazione ai pazienti e ai familiari e di avviare una programmazione delle attività di genetica che definisca la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche delle strutture accreditate ed il loro adeguato assetto organizzativo, al fine di concentrare la casistica presso strutture e operatori che garantiscano un adeguato volume di attività associato ad un costante aggiornamento delle conoscenze e delle tecnologie.

Con la delibera n. 556 del 22 luglio 2010, la Regione Campania ha recepito gli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato - Regioni per l'attuazione delle linee guida per le attività di Genetica medica.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Genetica Medica è una branca della Medicina ad alta specializzazione con aspetti peculiari ed esclusivi e nessuna delle sue attività specifiche può essere effettuata da strutture di altra specializzazione. E' una disciplina trasversale a tutte le altre branche mediche, in quanto le malattie ad etiologia genetica coinvolgono tutti gli organi ed apparati.
Come tutte le branche mediche, si avvale di laboratori altamente specializzati, oggi ancora più complessi sia dal punto di vista tecnologico che interpretativo ed è altamente complessa in quanto si occupa non solo della diagnosi e della terapia (quando possibile) di un singolo paziente ma estende le sue competenze ai suoi familiari.
In accordo con quanto stabilito dalle Linee Guida nazionali per le attività di Genetica Medica, le strutture di Genetica Medica offrono alle persone e alle loro famiglie la consulenza genetica ed i test genetici finalizzati ad individuare o escludere alterazioni associate a patologie genetiche.
Questi elementi rendono ragione della necessità di organizzare le attività di genetica in maniera strutturata e definire ruoli e responsabilità in percorsi multidisciplinari condivisi.
Pertanto la Regione Campania, con DCA n. 58 del 05.07.2018, ha istituito la Rete di Genetica Medica Clinica e di Laboratorio. Tale Rete Regionale è costituita dalle U.O. di Genetica Medica e dalle U.O. Laboratori di Genetica Medica, in relazione tra loro secondo il modello organizzativo di Coordinamento non gerarchico con struttura capofila.
Un Tavolo Tecnico Regionale permanente di Governance ha il compito di coordinare le attività di audit clinico delle strutture e monitorare i servizi erogati con l'obiettivo di rendere ottimali ed uniformi, all'interno del territorio regionale, i percorsi assistenziali per le persone con malattie genetiche, di garantire sostegno alle loro famiglie, di favorire lo sviluppo della ricerca e della diffusione delle conoscenze e di predisporre una carta regionale dei servizi disponibili.

Le linee di programma sono:

- Definizione delle reti funzionali con i relativi percorsi e dell'offering dei test genetici in relazione alle competenze e del expertise delle varie strutture regionali;
- Monitoraggio dei servizi erogati per la valutazione della qualità dei percorsi e dell'impatto sulla riduzione delle liste di attesa;
- Elaborazione di una carta regionale delle strutture, delle reti funzionale e prestazioni disponibili su carta e su web, dandone massima diffusione alle strutture del Servizio Sanitario Regionale, alle rappresentanze degli operatori sanitari e soprattutto alle Associazioni di pazienti;
- Definizione delle strategie migliori per la prevenzione dei rischi genetici nella popolazione;
- Attività volte a garantire l'uniformità dei processi e dei percorsi.

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziamento con risorse umane delle strutture cliniche e di laboratorio pubbliche presenti in Regione

- Numero di avvisi di concorso pubblicati dalle aziende

b. Controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa attraverso i flussi regionali

- Inserimento dei pacchetti di prestazione realizzati per i vari test genetici sulla piattaforma Sinfonia
- % di richieste appropriate

c. Omogenizzazione dell'attività prescrittiva di test genetici con definizione di pacchetti di prestazioni

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero di pacchetti di prestazioni sviluppati

d. Costituzione gruppi di lavoro per la realizzazione delle reti funzionali (prenatale, oncologia, ematoncologia)

- N. di riunioni effettuate dai 3 gruppi di lavoro per la realizzazione delle reti funzionali

e. Elaborazione di PDTA per ciascuna delle attività specialistiche (prenatale, oncologia, ematoncologia)

- Numero di PDTA specialistici adottati

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

5. Programma 5: I rapporti con i fornitori del SSR

5.1 Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie

Il Servizio Sanitario Nazionale, sin dalla propria istituzione, è organizzato in modo da favorire l'integrazione tra soggetti erogatori pubblici, privati e privati senza scopo di lucro. La normativa prevede una articolata relazione tra soggetti erogatori privati e SSN che individua i propri elementi costitutivi nelle autorizzazioni, nell'accreditamento istituzionale e negli accordi contrattuali.

Le autorizzazioni costituiscono il requisito di base per l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie o sociosanitarie e sottendono la presenza di standard minimi di sicurezza e qualità delle prestazioni.

L'accreditamento istituzionale costituisce il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale ed è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, alle strutture private lucrative e non lucrative e ai professionisti che ne facciano richiesta, in presenza di requisiti di qualificazione, della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Gli accordi contrattuali consentono alle strutture, preventivamente autorizzate ed oggetto di accreditamento istituzionale, l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La stipula di tali accordi attribuisce ai soggetti potenziali erogatori per conto del Servizio Sanitario Nazionale la qualifica di concessionari del pubblico servizio sanitario.

5.1.1 I Fabbisogni delle prestazioni sanitarie

Il sistema di accreditamento regionale campano è di tipo istituzionale e fortemente agganciato alla programmazione del fabbisogno sanitario e alle risorse pubbliche rese disponibili in sede di programmazione; uno dei requisiti di accoglimento della domanda di accreditamento è infatti la funzionalità alla programmazione svolta.

Tale collegamento è altresì confermato dal fatto che gli accordi che conseguono all'accreditamento sono stipulati dalle AASSLL per integrare i livelli di assistenza che esse garantiscono e devono osservare criteri relativi al grado di fabbisogno da soddisfare, alla qualità delle prestazioni da fornire e ai vincoli di carattere economico.

Infine, gli accordi sono stabiliti in osservanza delle tariffe definite in sede regionale, che condizionano anche le quantità di prestazioni da rendere a carico del Servizio Sanitario.

Si profila così un sistema di accreditamento dell'offerta privata che è integrativa e strumentale a quella pubblica.

Tratto caratterizzante del sistema regionale Campano, quindi, è il rapporto tra regolazione e programmazione dell'offerta, che, in questo contesto, si traduce nella correlazione tra programmazione e individuazione del fabbisogno sociale e sociosanitario e rilascio dell'accreditamento. Ne deriva che l'accreditamento, in quanto strumento selettore e regolatore dell'offerta, è riferito pienamente e prevalentemente ad un modello organizzativo ed è connesso al fabbisogno nonché alla disponibilità di bilancio.

In Regione Campania si sta concludendo la stagione della ridefinizione del Piano Ospedaliero, del Piano Territoriale e delle Reti Assistenziali Tempo Dipendente. In conseguenza di tale complessa riforma normativa

fonte: http://burc.regione.campania.it

e al fine di garantire, in ossequio alle disposizioni normative nazionali, una corretta governance del sistema di accreditamento istituzionale, strettamente connesso alle diverse fasi di programmazione della rete di assistenza, si considera opportuno individuare un unico percorso che consenta di rideterminare e rivalutare l'effettivo fabbisogno assistenziale regionale di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in relazione alla programmazione territoriale e regionale, alla luce del nuovo assetto territoriale determinato dai citati Piani assistenziali.

Obiettivi e indicatori

a. Aggiornare, a seguito della conclusione della nuova programmazione sanitaria e in relazione ai bacini territoriali delle Aziende Sanitarie, l'attuale fabbisogno autorizzatorio e di accreditamento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie relativamente alle attività ospedaliere ed extra-ospedaliere

- Predisposizione documento tecnico di analisi e definizione del fabbisogno sanitario autorizzativo e di accreditamento funzionale alle procedure connesse al sistema di accreditamento istituzionale

b. Emanare i provvedimenti periodici di programmazione delle attività connesse alla assegnazione dei budget alle strutture private per i diversi setting assistenziali e relativa attività di sottoscrizione dei contratti da parte delle AASSLL

- Completamento dei provvedimenti aventi ad oggetto tutti i setting assistenziali

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro la fine dell'anno precedente la Programmazione

5.1.2 Autorizzazioni ed accreditamenti

Il sistema delle autorizzazioni e degli accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie ha lo scopo di garantire ai cittadini prestazioni sicure e di qualità. Esso rappresenta oltre che un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori di prestazioni per conto del SSN anche uno strumento di miglioramento continuo della qualità.
Il processo è stato avviato in Campania con l'approvazione dei Regolamenti regionali 3/2006 e 1/2007 con i quali sono stati definiti i requisiti ulteriori generali e specifici e le procedure per il rilascio del provvedimento di accreditamento.
Per quanto attiene il rilascio degli accreditamenti istituzionali alle strutture private che hanno inoltrato richiesta ai sensi delle disposizioni di cui ai Regolamenti regionali 3/2016 e 1/2017 la Regione ha completato il percorso di accreditamento delle strutture di ricovero e delle strutture sanitarie ambulatoriali con la sola eccezione di 1 struttura di ricovero e di 7 strutture ambulatoriali per le quali si è in attesa della risoluzione del contenzioso in atto tra le strutture private e le aziende sanitarie competenti per territorio. Per tali tipologie di strutture la Regione pone come obiettivo per la conclusione del processo in atto entro il 31.12.2020.
La normativa nazionale in materia ha subito in seguito notevoli modifiche, principalmente finalizzate ad uniformare il sistema su tutto il territorio nazionale, attraverso l'adozione di modalità operative e requisiti di qualità omogenei. Sono intervenute, quindi, l'Intesa Stato Regioni del 2012 e l'Intesa Stato Regioni del 2015 che hanno introdotto nuovi requisiti generali di accreditamento ed hanno definito le modalità di funzionamento degli "Organismi Tecnicamente Accreditanti"
I nuovi requisiti rispondono alla necessità di verificare, in particolare, la presenza - nelle strutture sanitarie - di processi di controllo sulla qualità e sicurezza dell'organizzazione e dei servizi erogati, adottando un sistema in grado di fornire un livello di prestazioni qualitativamente più elevato e orientato al soddisfacimento dei

fonte: http://burc.regione.campania.it

bisogni dei cittadini. Pertanto il nuovo sistema di accreditamento si focalizza in particolare sui seguenti elementi: centralità del cittadino/ paziente, leadership, responsabilità e commitment, cultura del miglioramento, evidenza dei risultati delle prestazioni, utilizzo degli outcome per valutare quantità e qualità delle cure, propensione alle buone pratiche, trasparenza del sistema.
L'Organismo Tecnicamente Accreditante, in quanto organismo "terzo", garantisce il rispetto del principio di imparzialità e trasparenza e assicura che le procedure di verifica predeterminate siano omogenee e superino la variabilità organizzativa delle Regioni.
La Regione Campania, al fine di adeguare il proprio assetto normativo a quanto sancito dalle Intese Stato Regioni del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015, ha istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante e, con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 5 febbraio 2019, ne ha regolamentato le modalità di funzionamento definendo in particolare:

- la missione e la funzione
- l'organizzazione interna
- le modalità di valutazione delle proprie attività anche al fine del loro miglioramento
- le modalità di scelta formazione addestramento aggiornamento e gestione dei valutatori

Nel rispetto delle scadenze previste nel crono programma sotto riportato, con DCA 51 del 4 luglio 2019, il percorso di adeguamento del sistema regionale alla normativa nazionale è proseguito attraverso la revisione ed aggiornamento dei requisiti ulteriori generali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. I requisiti già in uso, approvati con i citati Regolamenti 3/2006 e 1/2007, sono stati integrati con tutti quelli di cui alle Intese Stato/Regioni citate. E' stato pertanto approvato un documento unico integrato accompagnato dalle check list quali strumenti tecnici per la rilevazione - attestazione del possesso dei requisiti da parte dei team di valutatori.
Si procederà quindi ad una revisione dei requisiti ulteriori specifici delle diverse tipologie di strutture, già adottati con i Regolamenti del 2006 e del 2007, al fine di aggiornarli e integrarli, laddove necessario, in ragione di intervenuti provvedimenti normativi o in considerazione di eventuali innovazioni tecnologiche e strumentali.
La revisione del sistema di accreditamento regionale, che sta interessando sia i requisiti che il modello organizzativo e le procedure di accreditamento, rende necessaria la programmazione e la realizzazione di un corso con il quale formare nuovi valutatori e aggiornare i dirigenti già formati al fine di integrarli nel nuovo Organismo Tecnicamente Accreditante.
Per le strutture sanitarie private già accreditate o in attesa di risoluzione del contenzioso, i nuovi requisirti e le nuove procedure di accreditamento saranno applicati in fase di rinnovo dell'accreditamento.
Per l' accreditamento delle strutture private sociosanitarie, per quello delle strutture private sociosanitarie oggetto di riqualificazione dell'offerta assistenziale (quali le strutture residenziali e semiresidenziali dell'area adulti e anziani non autosufficienti e dell'area della disabilità e riabilitazione) e per l'accreditamento delle strutture private sociosanitarie che rispondono al riconoscimento di nuovi bisogni assistenziali (hospice ,ospedali di comunità) oggetto dei necessari aggiornamenti normativi che attengono ai requisiti, alle procedure, ai criteri di arruolamento ecc., il piano territoriale descrive analiticamente i percorsi attivati e le fasi da realizzare. In coerenza con quanto programmato nel piano territoriale 2019 – 2021 l'accreditamento di tali strutture sarà completato entro il 2021.
Inoltre in considerazione delle riconversioni in corso per alcune strutture private la Regione provvederà al rilascio dell'accreditamento istituzionale al termine del processo di riconversione e comunque entro il 2021.
Per quanto attiene l'accreditamento delle strutture pubbliche, sensi del comma 2 dell'art.4 del Regolamento Consiliare n.1 del 22 giugno 2007, è previsto per le strutture pubbliche che rientrano nei programmi degli interventi di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della L. 67/88 – Completamento della III fase, la conclusione del procedimento di accreditamento entro un anno dall'ultimazione di detti programmi. Pertanto viene fissata la scadenza del 31.12.2021 per le strutture pubbliche i cui lavori, finanziati dalla terza fase dell'art. 20 della legge

fonte: http://burc.regione.campania.it

67/88, e approvati con DCA 100 del 20.12.2019 terminano entro l'orizzonte temporale del citato Piano di investimenti.

Obiettivi e indicatori

a. Armonizzazione dei requisiti generali regionali di accreditamento con quanto richiesto dalla normativa nazionale

- Redazione documento tecnico che adegua le procedure e i requisiti generali di accreditamento alla normativa nazionale

b. Revisione e Integrazione dei requisiti regionali specifici di accreditamento delle diverse tipologie di strutture

- Redazione di un documento tecnico che aggiorna e integra i requisiti specifici di accreditamento

c. Formazione dei valutatori sulle nuove procedure e requisiti per l'accreditamento

- Realizzazione di un corso volto a formare i valutatori sulle nuove procedure e requisiti

d. Completamento delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie private (Case di Cura e strutture ambulatoriali)

- N. strutture accreditate / Numero di strutture da accreditare

e. *C*ompletamento delle procedure di accreditamento delle strutture sociosanitarie private e delle strutture private oggetto di riconversione

- N. strutture accreditate / N. strutture da accreditare

f*.* Accreditamento delle strutture pubbliche i cui lavori, finanziati dalla terza fase dell'art. 20 della legge 67/88, terminano entro l'orizzonte temporale del presente Piano triennale

- N. strutture pubbliche accreditate / N. Numero strutture pubbliche

Scadenze

a. Entro luglio 2019
b. Entro aprile 2020
c. Entro ottobre 2020
d. Entro dicembre 2020
e. Entro dicembre 2021
f. Entro dicembre 2021

5.2 Tempestività dei pagamenti

La Regione Campania, intende proseguire, nel triennio 2019-2021, le azioni volte al completamento della Centrale Unica di Pagamento ed alla riduzione dei tempi di pagamento.

Attualmente la Centrale Unica di Pagamento è attiva per tutti i tipi di pagamenti sulle Aziende Sanitarie. Alla progressiva entrata a regime del (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile Sistema Informativo Amministrativo Contabile in ambiente SAP in tutte le aziende sanitarie si affiancherà l'entrata a regime dei servizi centralizzati di pagamento (CUP So.Re.Sa.) come da DCA 68/2019.

Nonostante per i debiti correnti delle aziende sanitarie si registrino ad oggi tempi di pagamento entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitoria pregressa inficia le performances dell'ITP. La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione: i) entrata

fonte: http://burc.regione.campania.it

a regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), che consentirà di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni; ii) azzeramento della debitoria pregressa.

In merito alla residua posizione debitoria pregressa per alcune aziende, So.Re.Sa. ha realizzato e messo a disposizione delle Aziende Sanitarie e dei loro creditori una apposita piattaforma informatica, sulla quale far affluire con criteri standard le richieste di pagamento dei debiti pregressi, in modo da effettuare il monitoraggio dei fabbisogni finanziari straordinari di alcune Aziende in funzione dell'attività di riconoscimento / rifiuto del debito da parte delle AA.SS. Si confida che il supporto fornito dalla piattaforma possa consentire una più agevole chiusura delle partite debitorie non oggetto di contenzioso e/o di contestazioni.

Obiettivi e indicatori

a. Adozione del SIAC e successiva adesione alla Centrale dei Pagamenti da parte delle AASSLL che non hanno ancora aderito

- Numero aziende aderenti alla Centrale dei Pagamenti

b. Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico

- Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2019) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2020, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP)

c. Stabilizzazione dell'ITP dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa

- Rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente da parte di ogni azienda per l'anno 2021 anche sul debito pregresso

Scadenze

a. Entro Luglio 2020 per l'adozione del SIAC
Entro Dicembre 2020 per l'adesione alla CUP di tutte le Aziende
b. Entro Giugno 2020 e per la durata del periodo di vigenza del Piano triennale 2019 - 2021
c. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

6. Programma 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR

Con il programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008, la Regione Campania ha previsto specifiche attività, finalizzate al ridisegno dei processi e delle procedure amministrativo contabili, alla definizione ed implementazione delle procedure di contabilità analitica a livello di singola azienda e gestione sanitaria accentrata ed alla realizzazione di una metodologia ed un modello regionale di controllo di gestione. Un'ulteriore azione intrapresa è stata l'avvio dell'estensione dell'attivazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (di seguito SIAC) in tutti gli Enti e nella Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) che doterà il SSR di uno strumento tecnologico unico in grado di rilevare, gestire e, quindi, monitorare e controllare tutte le operazioni realizzate nelle strutture operanti a livello aziendale, offrendo la possibilità di indagare e analizzare il dato in tempo reale, sia nella prospettiva sintetica delle grandezze macro-aziendali e di sistema, sia nella prospettiva analitica delle grandezze micro-aziendali e di singola transazione.

L'adeguamento di tutte le procedure amministrativo contabili, come definito del DCA 63/2018, da applicare nel rispetto delle aree aziendali definite dal PAC (Parte Generale, Area Immobilizzazioni, Area Rimanenze, Area Crediti e Ricavi, Aree Disponibilità Liquide, Area Patrimonio Netto e Area Debiti e Costi), avrà il principale obiettivo di miglioramento dei processi aziendali delle Aziende Sanitarie, incidendo in maniera efficace sulla corretta definizione di ruoli e responsabilità. Tale attività inoltre rappresenta uno dei primi fondamentali passi nel percorso di certificabilità dei bilanci consentendo inoltre di monitorare nel corso del tempo lo stato di avanzamento di ogni singola Azienda.

Un altro importante obiettivo da raggiungere, previsto dal programma ex art. 79, su cui la Regione Campania ha investito fortemente, è rappresentato dallo sviluppo di un sistema di controllo interno contabile volto a garantire ad ogni Azienda Sanitaria del SSR la possibilità di valutare l'efficienza dei processi aziendali e l'attendibilità del sistema di informazioni economiche-finanziarie. Relativamente le procedure di contabilità analitica, l'implementazione di apposite linee guida a disposizione di tutte le Aziende Sanitarie, saranno necessarie per definire le modalità di alimentazione della contabilità analitica declinando anche le modalità di riconciliazione per ciascuno dei sottosistemi alimentanti, come ad esempio il processo di riconciliazione della stessa con la contabilità generale.

Relativamente lo sviluppo del SIAC, con riferimento alla GSA, sono state avviate attività volte al perfezionamento degli elementi operativi da implementare nell'ambito del SIAC, sviluppando gli elementi necessari all'adeguamento dei sistemi informativi, con l'obiettivo di creare un modello di integrazione e raccordo tra i documenti di programmazione aziendali (budget, rendiconto finanziario preventivo, ect) ed i documenti di programmazione sanitaria regionali (Programma Operativo, Bilancio preventivo Consolidato Sanità, Bilancio di previsione) e di implementare un modello di raccordo tra gli strumenti contabili presenti, come ad esempio il piano dei conti, e gli schemi di bilancio di cui ai Titoli I e III e Titolo II del D.Lgs 118/2011.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione dell'impianto contabile necessario all'accompagnamento della Certificabilità dei Bilanci

- Monitoraggio dell'applicazione delle procedure amministrativo contabili adottate

b. Sviluppo ed avviamento operativo del sistema di controllo interno contabile

- Percentuale di implementazione del sistema di Internal Audit

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro Marzo 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7. Programma 7: Modello di governance Sistema Informativo Sanitario

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quanto concerne la governance dei sistemi informativi, intende intraprendere le azioni volte al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e Realizzazione di un sistema di monitoraggio dei flussi sanitari a supporto della Direzione Generale Tutela della salute;
- Realizzazione del Sistema Anagrafi Centrali Sanitarie;
- Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino;
- Realizzazione interventi di Digitalizzazione in ambito sanitario.

7.1 Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale

Negli ultimi anni, la Regione Campania ha intrapreso una serie di progettualità per migliorare non solo la propria posizione in tema di adempimenti informativi ma, soprattutto, per sfruttare, dal punto di vista gestionale e manageriale, tutte le potenzialità e i benefici che un sistema informativo integrato e strutturato può generare. Con il progetto SINFONIA, in particolare, sta realizzando una piattaforma unica per raccogliere e sistematizzare tutti i flussi informativi del sistema sanitario regionale. È proprio in questo contesto che la presente progettualità si inserisce. Gli obiettivi che si perseguono, infatti, sono:

- Incrementare il potenziale in termini di capacità di analisi delle soluzioni di governo e gestione centralizzata dei flussi;
- Realizzare un set dinamico ed integrato di analisi (a partire dall'attività ospedaliera per poi estendersi agli ambiti dell'assistenza extra ospedaliera) fruibili attraverso dashboard evoluti basati sulla convergenza nella soluzione regionale del patrimonio informativo dei flussi che possa rappresentare, a tendere, la piattaforma di data analytics.

Attraverso l'uso delle tecnologie di data analytics applicate ai flussi informativi sanitari, infatti, è possibile prevedere l'impatto delle principali patologie sul Sistema Sanitario e mettere in atto strategie utili a gestire, in maniera ottimale, l'offerta di servizi sanitari, l'andamento dei costi sanitari ed assistenziali, nonché l'aumento di complessità nella gestione del paziente/assistito causata da una serie di fattori quali il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, l'aumento dell'aspettativa di vita e l'invecchiamento demografico.

L'analisi dei fenomeni, effettuata attraverso l'osservazione dei dati e supportata da adeguati modelli di analisi e dalle tecnologie applicate ai dati, consente, in ultima istanza, di specializzare gli strumenti a disposizione degli operatori sanitari per indirizzarli in modo ottimale nelle scelte terapeutiche che quotidianamente questi sono chiamati a compiere. Un enorme impulso che si articola quindi, in maniera sistematica e diffusa, su tutti i punti di decisione e di azione delle strutture sanitarie. Aumenta la capacità operativa del sistema di dare, con approccio sistemico, risposte sempre più calzanti alla casistica specifica del singolo paziente/assistito.

Obiettivi e Indicatori

a. Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e unificazione Banche dati nel sistema di accoglienza SINFONIA

- Qualità e tempestività di alimentazione dei flussi

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Creazione di un sistema di monitoraggio a supporto della Direzione Generale della Tutela della Salute per la verifica e per la programmazione sanitaria e realizzazione sistemi di cruscotti e data analytics del SSR campano

- Sistema di reportistica standard e cruscotto di monitoraggio

Scadenze

a. Annuale - Dicembre 2019-2020-2021
b. Dicembre 2019 (Con reportistica annuale)

7.2 Realizzazione del sistema Anagrafi Centrali Sanitarie e Creazione del Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA)

La realizzazione del sistema di anagrafi centrali sanitarie, rivolto ai cittadini e agli operatori del Servizio Sanitario della regione Campania, prevederà la creazione delle seguenti anagrafi:

- **Anagrafe Unica Regionale Assistiti (AUREA)**: contenente tutte le informazioni di carattere anagrafico-sanitario dei cittadini in modo da renderli i veri attori del processo assistenziale;
- **Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie (AUREAS):** contenente l'anagrafica di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Campania in modo da assolvere agli adempimenti della legge 326/2003 – articolo 50 e di catalogare in modo strutturato, tutte le strutture sanitarie regionali, i servizi disponibili, nonché tutte le informazioni utili per i cittadini e per gli operatori della sanità.
- **Anagrafe Unica Regionale degli Operatori Sanitari (AUREOS):** contenente tutte le informazioni relative agli operatori sanitari che interagiscono nel sistema e che appartengono al Servizio Sanitario Regionale, sia in ambito pubblico, che privato.

Inoltre, al fine di consentire la cooperazione di tutte le figure del comparto e di rispondere ai reali bisogni del cittadino, verrà realizzato il Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA). La piattaforma mette in comunicazione tutto il network di operatori facenti capo alle aziende sanitarie pubbliche, alle strutture accreditate, agli uffici della sanità campana e ad altri organismi regionali, permettendo loro di operare come fornitori e fruitori di informazioni.

Particolare attenzione sarà rivolta alla gestione della mobilità sanitaria interregionale attiva e passiva, che consente alla sanità campana la valorizzazione delle prestazioni da addebitare alle altre Regioni e il controllo di quelle da erogare ad assistiti extraregionali, gestendo anche contestazioni e controdeduzioni.

Obiettivi e Indicatori

a. Avvio dell'Anagrafe Unica Regionale Assistiti (AUREA)

- Avvio nel 100% delle AASSL

b. Attivazione dei servizi di scelta e revoca dei MMG e PLS

- Numero servizi attivi di scelta e revoca dei MMG/PLS

Scadenze

a. Entro Gennaio 2020
b. Entro Giugno 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.3 Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino

L'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino sarà specificamente rivolta a:

- Definire le strategie di coinvolgimento degli operatori (MMG, PLS, Farmacie) nel percorso di attivazione del fascicolo;
- Creare le condizioni affinché il FSE possa essere alimentato in modo completo, corretto e continuativo dalle strutture che producono i documenti, gestendo in modo coordinato il percorso di adeguamento tecnico ed organizzativo delle strutture stesse;
- Coordinare le attività di promozione e formazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari.

Inoltre, al fine di rendere il cittadino il reale attore dell'intero percorso assistenziale, verrà attivata una specifica sezione all'interno del portale istituzionale della Regione Campania, interamente dedicato alla Sanità.

Tale portale rappresenterà il canale di comunicazione istituzionale per i pazienti, gli addetti ai lavori ed i media. Esso consentirà, sia ai cittadini che agli operatori sanitari, di accedere ai dati in esso archiviati, secondo policy di accesso e protezione delle informazioni che saranno definite a livello regionale, anche sulla base delle regole stabilite a livello nazionale per l'accesso ai servizi sanitari approvate dal Garante della Privacy.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione strategie di coinvolgimento (MMG, PLS e Farmacie) nel percorso di attivazione Fascicolo Elettronico
- Numero consensi acquisiti

b. ICT Assessment ASL LIS, RIS, CIS, stato di informatizzazione, presenza CDA2
- Numero strutture attivabili

c. Integrazione software Aziende Sanitarie ADT per CDA2, interoperabilità con INI
- Numero strutture interoperabili

d. Invio referti di laboratorio in CDA2
- Numero referti inviati

e. Attivazione Portale del Cittadino
- Numero servizi attivi

f. Piano di comunicazione
- Numero utenti

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Giugno 2020
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Ottobre 2020
e. Entro Marzo 2020
f. Entro Marzo 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.4 Analisi, Progettazione e implementazione del CUP regionale

Tra le condizioni abilitanti dei percorsi volti al potenziamento dei LEA vi è anche la tecnologia, fattore indispensabile per una ottimale organizzazione dei processi erogativi delle prestazioni e per una più efficace fruizione da parte degli assistiti dei servizi offerti. Da tale consapevolezza ne è derivata la necessità di formulare un Programma Regionale di investimenti in Sanità Digitale che è stato concepito, per la prima volta, come un corpo organico di una pluralità di iniziative che nel loro insieme consentiranno di recuperare il gap tecnologico rispetto ai target richiesti dal Piano nazionale di sanità digitale e rispetto al livello di digitalizzazione dei SSR più evoluti.

Il contesto in cui si sviluppano le iniziative configura, di per sé, uno scenario molto articolato, rappresentato da una pluralità di entità giuridiche e organizzative coinvolte (la Regione, la So.Re.Sa., gli enti del SSR, la GSA), da una pluralità di ambiti nei quali si sviluppano le dinamiche evolutive del SSR (ambito economico, ambito degli adempimenti connessi ai Livelli Essenziali di Assistenza, ambito degli interventi di edilizia sanitaria, ambito di azione dei Programmi Operativi e dei piani sanitari settoriali), da una pluralità di vincoli connessi al regime dei Piani di rientro sanitari, alle esigenze di coordinamento a livello di SSN e agli obblighi informativi nei confronti dei ministeri vigilanti.

Per tutti questi motivi, l'obiettivo di tale linea di intervento è anche quella di coadiuvare lo sviluppo di una funzione centrale, presso la Direzione Generale Tutela della Salute e presso la So.Re.Sa. in grado di coordinare le iniziative di sviluppo tecnologico e digitalizzazione, mantenendo sempre evidenza e consapevolezza delle ricadute a livello di sistema e delle interazioni con tutte le altre iniziative che sostanziano le politiche regionali in ambito di salute.

In tale ambito la Regione Campania ha manifestato l'esigenza di avviare un programma di evoluzione del proprio sistema CUP che, mettendo al centro del progetto il cittadino, permetta di conseguire un miglioramento in termini di efficienza ed efficacia dei risultati (riduzione dei tempi di attesa, miglior rapporto domanda-offerta, customer satisfaction) ed economicità della gestione.

La razionalizzazione del servizio CUP, in un approccio di unificazione di soluzione e di processi su scala regionale, ha delle importanti ricadute in termini di consolidamento delle risorse, abilitando la razionalizzazione dell'approccio organizzativo e rimuovendo i possibili ostacoli (di integrazioni multiple tra sistemi eterogenei ex-post), per consentire, in tempi rapidi, di dare ai cittadini campani nuovi servizi e canali, omogenei su tutto il territorio regionale, per la prenotazione delle prestazioni.

Le direttrici fondamentali per la realizzazione del nuovo modello di CUP Regionale sono dunque da ricondursi a:

- Il consolidamento e la razionalizzazione a livello centrale dei processi e delle soluzioni tecnologiche;
- La maggiore vicinanza al cittadino, sia in termini di prossimità di nuovi canali (coinvolgimento di MMG e Farmacie, canali innovativi convergenti sul portale del cittadino di SINFONIA e su AIDA) sia in termini di omogeneità dell'esperienza di ingaggio per tutto il territorio;
- La capacità di integrare nativamente gli altri asset principali del nuovo ecosistema di servizi digitali del SSR (su tutti il SIAC e l'anagrafe regionale);
- L'abilitazione nativa di un livello superiore di controllo e monitoraggio di tutti i parametri legati ai processi CUP (a livello aziendale ma anche a livello Regionale; su tutto si pensi al monitoraggio delle liste d'attesa);
- La capacità di integrare strutturalmente il privato accreditato.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivi e Indicatori

a. Avvio dell'analisi funzionale e modellazione
- Numero soluzioni individuate

b. Avvio della reingegnerizzazione dei processi in ambito CUP
- Numero processi abilitati e/o implementati ex novo

c. Avvio dell'implementazione della componente CUP Centrale
- Numero componenti applicative realizzate

d. Avvio della gestione elettronica dei consensi al trattamento dei dati personali
- Numero consensi

e. Avvio del roll-out servizi CUP centralizzato presso le Aziende
- Numero record recuperati

f. Avvio del supporto e affiancamento operativo presso le Aziende
- Numero Aziende

g. Avvio del cruscotto di monitoraggio
- Numero processi monitorati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Aprile 2021
f. Entro Giugno 2021
g. Entro Dicembre 2020

7.5 Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale

Partendo da un caposaldo ben strutturato, cioè dalla disponibilità di una soluzione di Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) a supporto del governo delle attività di vaccinazione (soluzione basata sulla tecnologia della piattaforma GEVA), la Regione Campania intende valorizzare il sistema esistente, estendendone le funzionalità, le integrazioni, i servizi per poter dar seguito all'attuazione del PNPV 2017-2019 (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale).

L'obiettivo è offrire la disponibilità ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e ai servizi regionali competenti, di soluzioni e servizi volti al fine di garantire una gestione uniforme su tutto il territorio regionale della programmazione, pianificazione, accettazione, e consuntivazione delle attività di vaccinazione, nonché di rispondere alle finalità previste con la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la produzione di elaborati statistici e flussi informativi regionali e ministeriali, e l'alimentazione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini (AVN).

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per il raggiungimento di tale obiettivo, l'AVR dovrà essere dotata di una serie di funzionalità sottoelencate saranno, in tempi successivi con start come da scadenza corrispondente, rivolte agli operatori (sanitari e amministrativi) e ai cittadini, dovrà essere integrata con le componenti del sistema informativo regionale e quelle delle AASSLL, necessarie per garantire un'erogazione delle prestazioni omogenea sul territorio e coerente con le informazioni condivise, e dovrà mettere a disposizione tutti i dati necessari per il monitoraggio e la valutazione delle attività vaccinali circa la copertura della popolazione in rapporto al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV).

Obiettivi e Indicatori

a. Estrazione dati
- Numero record

b. Migrazione DB a Sistema SINFONIA – Porting nuova anagrafe
- Numero funzionalità

c. Open e Big Data – Integrazione portale regionale
- Numero data set

d. Calendario vaccinale dinamico e Prenotazioni
- Numero servizi attivati

e. Integrazione applicativi MMG e PLS
- Numero cartelle integrate

f. Cruscotto vaccinazioni, Statistiche aggregate MMG e PLS
- Numero funzionalità

g. Libretto vaccinale e bilanci di salute ed evoluzione dei primi 1000 giorni di vita
- Numero libretti attivi

h. Malattie infettive e sorveglianza regionale
- Numero segnalazioni

i. Gestione differenziata dei lotti: disattivazione/riattivazione del farmaco
- Numero attivazioni/disattivazioni

j. Gestione fabbisogno dei magazzini vaccinali
- Numero report

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Settembre 2020
e. Entro Settembre 2020
f. Entro Settembre 2020
g. Entro Dicembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

h. Entro Dicembre 2020
i. Entro Dicembre 2020
j. Entro Dicembre 2020

7.6 Piattaforma di gestione dello screening oncologico

I programmi di screening oncologico rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e devono essere garantiti alla totalità della popolazione target. Conseguentemente, la Regione Campania ha previsto di adottare, all'interno del Piano regionale di prevenzione e in recepimento delle direttive del Piano nazionale, delle azioni volte ad aumentare l'estensione reale dei programmi di screening, rispetto alla popolazione target e ha attivato delle azioni specifiche a riguardo, volte anche alla misurazione del livello di efficacia raggiunto. Tra le azioni attivate, si ricorda la campagna di informazione sul programma di prevenzione "Mi voglio bene", che prevede l'offerta di assistenza diagnostica tempestiva, specializzata e gratuita per tre tipi di screening che consentono la prevenzione del tumore alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto.

Gli screening oncologici costituiscono un percorso complesso, che coinvolge un elevato numero di professionalità e strutture che devono integrarsi per raggiungere gli obiettivi di salute proposti, ovvero la diminuzione della mortalità specifica e/o l'incidenza delle lesioni neoplastiche. Nell'ambito di tali percorsi organizzati, il soggetto destinatario è contattato dalla ASL di pertinenza e invitato a effettuare il test di screening e, in caso di test sospetto o positivo, il soggetto viene inserito in un percorso atto all'approfondimento diagnostico fino all'eventuale trattamento assistenziale/terapeutico (anche chirurgico) nelle strutture di riferimento. L'intero percorso deve essere monitorato e valutato attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito, sia a livello di singola ASL sia a livello regionale e quindi nazionale.

In riferimento allo screening oncologico, rientrano, quindi, tra gli obiettivi della Regione:

- Migliorare la capacità di copertura e coinvolgimento della popolazione target, integrando in un flusso unico i canali di ingaggio;
- Standardizzare ed omogeneizzare le modalità e i processi di erogazione delle prestazioni previste nei programmi di screening e gli strumenti informatici a supporto, garantendone la massima automazione ed efficienza;
- Monitorare le attività delle AASSLL ed effettuare dei controlli su tempi e performance dei programmi;
- Garantire la cooperazione di tutti gli attori che operano nell'erogazione dei programmi in un processo strutturato e organico che garantisca l'efficacia degli scambi informativi tra questi e gli altri soggetti coinvolti;
- Strutturare i necessari canali di integrazione a livello regionale e/o nazionale ingaggiando in modo strutturato le risorse legate alla ROC (Rete Oncologica Campana) o l'ONS (Osservatorio Nazionale Screening).

In tale contesto la Regione Campania è impegnata nell'analisi e nella progettazione di una nuova piattaforma software di gestione dei programmi di screening oncologico con l'obiettivo di:

- Dotare la Regione e le AASSLL di un sistema di governo delle informazioni unico e centralizzato in grado di accedere in modo federato alle informazioni logicamente e fisicamente distribuite;
- Permettere alle singole AASSLL di utilizzare un sistema standard per gestire i processi relativi ai programmi di screening, dall'individuazione e contatto della popolazione target (sfruttando le potenzialità

fonte: http://burc.regione.campania.it

di contatto omni-canale offerto dalle nuove tecnologie digitali), all'esecuzione dei test e alla registrazione degli esisti clinici/delle refertazioni, fino agli eventuali follow-up sanitari se necessari;

- Permettere alla Regione di monitorare centralmente le attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle AASSLL, effettuando dei controlli statistici su tempi e performance dei processi e delle valutazioni di lungo periodo sull'efficacia sanitaria delle azioni intraprese, nonché di adempiere alla reportistica informativa richiesta a livello nazionale o dagli altri soggetti preposti.
- Abilitare l'integrazione delle altre soluzioni dell'ecosistema di servizi digitali della sanità regionale per realizzare nuovi servizi legati per gestire ed erogare i programmi di screening (ad esempio l'integrazione con il nuovo modello di CUP regionale, con l'anagrafe regionale degli assistiti, con l'Hub regionale per la gestione e fruizione dei dati clinico/sanitari).

In sintonia con la Programmazione degli interventi di sanità digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania, la piattaforma software realizzata consentirà, in sintesi, di digitalizzare l'intera area degli screening oncologici, riconoscendo una centralità specifica al paziente e integrandosi con le altre piattaforme del SSR e/o previste dal Sistema Informativo Sanità Campania (SINFONIA).

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment dei processi di screening oncologico

- Numero procedure

b. Definizione del modello standard dei processi di screening oncologici e advisory strategico-funzionale verticale

- Numero fasi attività

c. Progettazione tecnica di dettaglio

- Numero interfacce

d. Implementazione della piattaforma software e integrazione

- Numero applicazioni

e. Supporto specialistico e supporto agli utenti

- Numero ticket

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Settembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.7 Sistema Informativo delle dipendenze e monitoraggio dell'assistenza riabilitativa

La Regione Campania, in tema di dipendenze, è organizzata in 7 AASSLL e 42 Serd (servizi per le Dipendenze).

Il monitoraggio sulle Dipendenze, realizzato dalla Regione Campania nell'ambito del SID (Sistema Informativo Dipendenze), avviene attraverso il sistema informativo HTH.

In seguito a diversi interventi di natura tecnologica e consulenziale, il sistema di monitoraggio dei dati sulle dipendenze è stato in grado di innalzare notevolmente la qualità del processo di alimentazione delle informazioni contenute all'interno del sistema HTH, con una inevitabile ricaduta in termini di efficacia sul debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

Ciò nonostante, permangono alcuni ambiti di miglioramento su cui intervenire e operare che rendono necessaria una riprogettazione del framework tecnologico-organizzativo attuale.

In particolare:

- Presenza di un sistema informativo non sempre rispondente alle specifiche esigenze che emergono dalle prassi operative adottate e di un'interfaccia poco user friendly rispetto alle aspettative degli utenti;
- Permanenza presso i Serd di modalità e strumenti sviluppati internamente per il monitoraggio delle attività e dei servizi erogati. Tali modalità sono spesso utilizzate in maniera parallela o sostitutiva ad HTH, contribuendo alla frammentazione informativa e ad una scarsa propensione al pieno utilizzo del sistema;
- Esistenza presso i Serd di Cartelle Cliniche Cartacee (diverse per ciascuna ASL), regolarmente utilizzate dagli operatori, con dati e informazioni non allineati con la struttura dati del sistema informativo.

Tali criticità obbligano spesso a sforzi consistenti da parte della Regione nel recuperare i dati e garantire così un buon livello qualitativo dei dati relativi alle dipendenze ai fini dell'invio al Ministero della Salute per il SIND.

La Regione Campania, nell'ambito degli interventi di sanità digitale del progetto SINFONIA sta mettendo in campo su tale attività:

- Re-ingegnerizzazione del sistema in uso per renderlo maggiormente rispondente alle esigenze del sistema regionale e dei relativi attori (Ente Regione, ASL e Serd);
- Affiancamento al processo di innovazione attraverso l'attivazione di azioni di accompagnamento;
- Supporto e formazione sia ai dipendenti regionali che agli operatori dei Serd.

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment organizzativo e affiancamento

- Numero processi da reingegnerizzare

b. Analisi e progettazione funzionale delle soluzioni da reingegnerizzare

- Numero funzionalità

c. Supporto strategico e funzionale

- Numero disallineamenti

d. Progettazione tecnica di dettaglio della soluzione

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero soluzioni

e. Implementazione soluzione target

- Numero componenti

f. Migrazione verso la soluzione reingegnerizzata

- Numero record

g. Messa in campo soluzione reingegnerizzata

- Numero utenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Settembre 2020
f. Entro Dicembre 2020
g. Entro Dicembre 2021

7.8 Cruscotti per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e del Pronto Soccorso

La gestione delle liste di attesa e il relativo monitoraggio è stato più volte oggetto di regolamentazione a livello nazionale, come nella legge 23 dicembre 1994, nella legge 23 dicembre 2005, nel piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012 e in successivi aggiornamenti e nelle altre fonti emanate a livello di governo centrale e linee guida e indicazioni ministeriali. La Regione Campania a riguardo ha istituito, con il Decreto n. 34 del 8/8/2017, il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa), al quale spetta il compito di individuare le modalità più idonee per effettuare il monitoraggio periodico degli indicatori di performance relativi alle liste di attesa. Il rispetto dei tempi massimi previsti per le liste di attesa risulta, inoltre, strettamente correlato con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'efficacia nel governo delle liste di attesa richiede che le AASSLL siano in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita, in modo da abilitare un modello di programmazione sanitaria integrato nell'ambito della singola ASL e su scala regionale. Conseguentemente, nel citato Decreto n.34 del 8/8/2017, viene sottolineato che "risulta necessario utilizzare strumenti di misurazione che consentano la rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d'attesa e l'agevole comparazione tra diversi erogatori e tra differenti realtà territoriali".

Le AASSLL della Campania e la Regione hanno già cominciato nel tempo a dotarsi di strumenti per il monitoraggio delle liste di attesa. Rientra tra questi AsapBI, cruscotto applicativo inizialmente sviluppato per monitorare le performance e le liste di attesa, secondo le linee guida regionali, di un'Azienda Ospedaliera e successivamente esteso al monitoraggio delle liste di attesa a livello regionale.

In tale contesto si andrà a potenziare l'attuale soluzione regionale per il monitoraggio delle liste di attesa e si procederà con le attività di evoluzione e adeguamento in coerenza con l'evoluzione complessiva del modello di digitalizzazione della sanità campana con l'obiettivo di:

- Garantire la valorizzazione delle soluzioni già nelle disponibilità di Regione Campania;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Indirizzare le evoluzioni di tale soluzione in considerazione ed in coerenza con l'evoluzione del modello CUP Regionale prevista nel medesimo livello progettuale e la necessità di includere nel monitoraggio delle liste d'attese i dati relativi al privato convenzionato;
- Completare i cruscotti di monitoraggio delle liste di attesa ed estenderli in termini di capacità di analisi, monitoraggio e reportistica e di servizi sanitari presidiati, includendo ad esempio i dati relativi al pronto soccorso;
- Dare pieno adeguamento alle linee guida nazionali e regionali e garantire la coerenza dei flussi informativi in ambito, anche nell'ottica complessiva degli interventi di digitalizzazione del SSR.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione del modello di monitoraggio e advisory strategico funzionale
- Numero modelli individuati

b. Progettazione tecnica di dettaglio
- Numero processi da monitorare

c. Implementazione del sistema e integrazione
- Numero componenti

d. Gestione applicativa
- Numero report

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Settembre 2020

7.9 Cartella Clinica Elettronica - Hub per la fruizione dei dati clinico/sanitari nell'ecosistema SSR Campania e Catalogo CCE

La Regione ritiene indispensabile agevolare il processo di diffusione delle soluzioni di Cartella Clinica Elettronica sul territorio (attualmente la diffusione di CCE nelle strutture sanitarie è caratterizzata da una situazione "a macchia di leopardo"), al fine di ottimizzare i processi di convergenza e gestione di tutti i dati clinici dei pazienti e di abilitare, oltre alle dinamiche di alimentazione del FSE, la disponibilità per la fruizione, in servizi innovativi, dei dati clinico-sanitari.

In tale direzione si colloca la duplica azione di Regione Campania:

- La definizione e implementazione di un catalogo di CCE regionali;
- La parallela realizzazione di un Hub per la fruizione standardizzata dei dati clinico-sanitari nel SSR.

Le due azioni costituiscono i cardini del progetto regionale, che attraverso una strategia complessiva e partecipata di sviluppo dell'ecosistema dei servizi digitali del SSR, è volto a garantire:

- La coerenza della diffusione delle CCE;
- La rispondenza e funzionalità dell'adozione della CCE da parte delle aziende.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La progettazione e l'implementazione del catalogo regionale realizza, di fatto, la definizione del modello di conformità e qualificazione delle soluzioni di CCE affinchè siano, al di là dell'autonomia delle Aziende che le adottano, pienamente integrate in un paradigma regionale in cui partecipare in modo coerente alla costruzione di servizi innovativi per la fruizione di dati clinico sanitari.

L'Hub di integrazione delle CCE (e più in generale dei dati clinico sanitari) è l'oggetto che tecnologicamente realizza il tessuto connettivo standard per la disponibilità - in termini di servizi innovativi di fruizione – dei dati clinico sanitari.

Il modello così perseguito si caratterizza per la funzionalità e complementarietà al FSE e per l'essere incentrato, ancora una volta assecondando il fil rouge dell'intera iniziativa di digitalizzazione regionale, su principi di consolidamento e standardizzazione che creano valore di sistema, contrapponendosi alla frammentazione e alla diseconomicità di iniziative autonome, non rispondenti ad una logica coerente.

Il modello così perseguito ha il valore, inoltre, di considerare i dati (in questo caso quelli originati dalla CCE in particolare) dal punto di vista del loro potenziale nella costruzione di servizi innovativi per il cittadino e per gli operatori.

La costruzione dell'Hub è, infine, l'elemento abilitante per la valorizzazione tempestiva, sempre in termini di fruibilità per cittadino e operatori, del patrimonio dematerializzato delle Cartelle Cliniche Cartacee.

In quest'ottica l'Hub costituisce un asset chiave per la realizzazione di servizi innovativi e di prossimità a cittadini e operatori del SSR nel valorizzare la messa a sistema dei diversi interventi progettuali previsti per la digitalizzazione della sanità campana, implementando la necessaria cerniera tra l'ambito operativo clinico/sanitario e le sue ricadute in termini di flussi informativi rilevanti nei procedimenti amministrativi.

L'Hub costituisce dunque un formidabile acceleratore rispetto alla capacità dell'intero ecosistema di servizi digitali della sanità di produrre benefici per cittadini e operatori, valorizzando il potenziale di componenti principali quali l'FSE e incrementando ulteriormente le possibilità di governo (controllo e indirizzo) a livello regionale. La disponibilità di informazione clinico/sanitaria strutturata e standardizzata attraverso l'Hub consente inoltre di ottenere servizi di analytics orientati al controllo ed al supporto decisionale.

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment soluzioni CCE

- Livelli di copertura

b. Definizione di un catalogo CCE

- Indicatore: numero soluzioni individuate

c. Piattaforma Hub di convergenza delle Cartelle Cliniche e dei Dati clinico/sanitari
Implementazione piattaforma di interoperabilità "Piattaforma Hub HIE – Health Information Exchange

- Numero componenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.9.1 Cartella Clinica Elettronica – Dashboard di supporto decisionale, moduli complementari e supporto alla diffusione

A valle della realizzazione del modello regionale per la CCE di cui all'intervento 7.9, basato sulla definizione del catalogo e sulla realizzazione parallela dell'Hub per la fruizione dei dati clinico-sanitari, potranno esser offerti, in rispondenza a quanto previsto nel piano dei fabbisogni, servizi volti a:

- Realizzare funzionalità e servizi evoluti di analytics orientati al controllo e al supporto decisionale;
- Sviluppare ulteriori moduli funzionali per le CCE disponibili a catalogo;
- Realizzare una implementazione aziendale pilota di CCE a catalogo;
- Supportare (in termini tecnici e organizzativi) l'adozione da parte delle Aziende delle soluzioni di CCE a catalogo.

Obiettivi e Indicatori

a. Servizi di Data Analytics basati su dati sanitari
- Numero componenti

b. Sviluppo moduli complementari CCE
- Numero moduli sviluppati

c. Implementazione delle soluzioni di CCE presso due strutture pilota
- Numero soluzioni implementate

d. Affiancamento operativo e change management nell'adozione della CCE
- Numero aziende

e. Re-engineering organizzativo informativo e di processo
- Numero processi

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Dicembre 2021
e. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

8. Programma 8: L'informazione e l'Audit come strumento di programmazione e indirizzo

La realizzazione di un sistema di monitoraggio dei flussi informativi, così come descritto precedentemente, ha come mission quella di: analizzare la spesa ed il consumo dei determinanti sanitari al fine di monitorare ed ottimizzare l'appropriatezza degli interventi in sanità (Health Tecnology Assessment); elaborare specifici indicatori a supporto della Direzione Generale per la definizione e verifica dei programmi sanitari nonché per recuperare l'appropriatezza; valutare l'impatto delle politiche sanitarie nella reale pratica clinica.

In tal modo sarà possibile fornire alla Governance Regionale un'informazione precisa e puntuale in modo da rendere il governo clinico, oltre a quello finanziario, il reale decisore. Al fine di trasferire le evidenze che emergono nella reale pratica clinica a tutti gli operatori sanitari, in modo da promuovere la qualità e migliorare gli esiti dell'assistenza, saranno messi in atto processi di audit clinico.

In particolare, saranno realizzati:

- Audit di processo, volti a valutare l'appropriatezza degli interventi clinico-assistenziali nella reale pratica clinica relativi alle patologie croniche (diabete, cardiovascolare, etc.) in cui sarà prevista la partecipazione delle associazioni di pazienti in modo da coinvolgerli attivamente nei processi assistenziali e decisionali;
- Audit di esito volti a misurare l'effetto che le attività di assistenza hanno avuto sulla salute dei pazienti.

Obiettivi e indicatori

a. Promuovere la qualità e migliorare gli esiti dell'assistenza attraverso una continua formazione/informazione a tutti gli operatori sanitari

- Numero di audit di processo attuati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

9. Programma 9: Governance per il Sistema Sanitario della Regione Campania

9.1 Assetto organizzativo del SSR

Quale presupposto del ragionamento sulla rivisitazione dell'assetto organizzativo del SSR della Regione Campania c'è l'idea che l'uscita dal Commissariamento, richiesta con la presentazione dei Programmi Operativi relativi al triennio 2019-2021, ed anche la futura uscita dal Piano di Rientro (PdR) non saranno definitive se la struttura regionale non diventerà autosufficiente nel realizzare e monitorare le azioni programmate e che, quindi, sia necessaria la progettazione di un'adeguata governance regionale a prescindere dai meccanismi straordinari di vigilanza e supporto previsti dalla fase commissariale e dal PdR.

Il dibattito sulla governance adeguata ad esercitare questa autonomia è centrale nella attuale fase del Servizio Sanitario Regionale (SSR) campano e non può prescindere dalla considerazione degli orientamenti di fondo (driver) per lo sviluppo della sanità campana.

9.1.1 I driver fondamentali per lo sviluppo della sanità campana

Secondo il citato piano triennale, i driver fondamentali su cui sviluppare la sanità campana sono:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano Esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione di reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Centralità del cittadino;
- Riduzione della mobilità passiva.

9.1.2 La Governance regionale

Questa sezione nonché il piano nel suo complesso e l'agire concreto di numerosi attori del sistema sanitario negli ultimi anni sembrano assumere che il punto centrale del futuro modello di governance regionale sia la creazione di un efficace sistema informativo a livello regionale che permetta al decisore regionale di:

- Conoscere praticamente in tempo reale quanti più dettagli possibili dell'attività amministrativa e sanitaria delle aziende;
- Aggregare questi dati, confrontarli e analizzarli per trarne conoscenza;
- Utilizzare questa conoscenza per attività di audit, programmazione sanitaria e indirizzo strategico.

Questa strada è largamente condivisibile. D'altronde sarebbe in ogni caso impensabile per la Direzione Generale regionale riprendere pienamente le sue funzioni senza disporre di dati affidabili e aggiornati per monitorare e programmare. Senza avere qui a disposizione lo spazio per elogiare a sufficienza gli aspetti positivi di questa impostazione e l'immenso e prezioso lavoro che le persone che lo portano avanti stanno

fonte: http://burc.regione.campania.it

svolgendo, di seguito si elencano le principali problematiche, ad oggi prevedibili, che sono state considerate e gestite nell'ambito della progettazione del nuovo assetto organizzativo:

- La complessità di far davvero funzionare procedure informatiche in modo tale che simultaneamente le considerino affidabili tutte le aziende per la loro attività quotidiana e la "holding regionale" per le esigenze di audit e programmazione, è alta.
- La disponibilità ed affidabilità dei dati è la premessa perché questa impostazione funzioni ma quello che conta davvero è saperli utilizzare efficacemente per effettuare valutazioni e prendere decisioni.
- Il sistema può essere costruito focalizzando l'attenzione di chi lo progetta e lo utilizza sull'uso dei dati come strumento operativo che facilita il coordinamento e il miglioramento continuo. Un approccio che punta al coinvolgimento delle aziende ha più probabilità di produrre decisioni migliori e concretamente attuate rispetto ad un approccio che pone l'accento sull'utilizzo dei dati a livello regionale come strumento di controllo.

9.1.3 Fotografia degli assetti istituzionali e modello proposto per la Regione Campania

A partire dal triennio 2008-2010, nel SSN si assiste a una progressiva evoluzione e trasformazione verso un sistema di holding regionali: le reti di aziende in competizione che erano state disegnate dal D.lgs. 502/92 sono progressivamente diventate, in ogni Regione, sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale.

Indagare gli assetti istituzionali e organizzativi con cui si stanno strutturando le capogruppo regionali in altre Regioni può essere utile per identificare elementi di interesse e confronto per delineare strategicamente la struttura più coerente per la Regione Campania. Non bisogna, quindi, assumere che siano necessariamente modelli efficaci e/o adattabili alle esigenze campane. Il ridisegno istituzionale dei SSR è stato spesso argomentato con la necessità di:

- Generare economie di scala e controllare le dinamiche della spesa;
- Garantire "logiche di sistema" con una programmazione unitaria;
- Affrontare la ridondanza, sovrapposizione, duplicazione di strutture di erogazione di servizi e cura (laboratorio unico, aggregazione di aree per intensità di cura);
- Riorientare i servizi verso filiere integrate di offerta (ad esempio, case della salute, ospedali di comunità, long term care, ambulatori di cure primarie, etc.).

In funzione della distribuzione dei poteri e dei profili di responsabilità tra il livello centrale e il livello locale si possono identificare le tipologie di "capogruppo" indicare nella tabella che segue.

fonte: http://burc.regione.campania.it

	POTERI E FUNZIONI DELLA CAPOGRUPPO	POTERI E FUNZIONI DELLE AZIENDE CONTROLLATE	PROFILI DI RESPONSABILITÀ DELLE AZIENDE CONTROLLATE
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali

Tabella 7 – Distribuzione poteri e profili di responsabilità

Diverse tipologie di capogruppo regionali hanno deciso di centralizzare servizi e aree strategiche, quali:

- Servizi di acquisto (Centrale Acquisti Lazio, EGAS Friuli Venezia Giulia, ESTAR Toscana);
- Pianificazione: obiettivi di sistema ed allocazione delle risorse (DEP Lazio Oss. Epid., ESTAV Toscana, AliSA Liguria, Lombardia);
- Strategie di sviluppo delle reti e delle principali macrostrutture a livello di ogni singola Azienda cui compete la traduzione operativa e la responsabilità gestionale;
- Gestione completa delle funzioni direzionali, lasciando alle Aziende solo le funzioni erogative di aderenza alle procedure predeterminate.

Rispetto alle classificazione proposte, lo studio condotto ha permesso di rilevare il posizionamento di alcune regioni italiane e di proporre, alla luce delle caratteristiche specifiche del contesto locale, un'ipotesi di posizionamento per il modello della Regione Campania.

	POTERI E FUNZIONI DELLA CAPOGRUPPO	POTERI E FUNZIONI DELLE AZIENDE CONTROLLATE	PROFILI DI RESPONSABILITÀ DELLE AZIENDE CONTROLLATE	fvg	liguria	lombardia	e. romagna	toscana	veneto	campania
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale							
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale			X	X			X
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale							
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali	X	X			X	X	

** Ipotesi di posizionamento del modello organizzativo del SSR campano*

Tabella 8: Posizionamento Regionii

La scelta del modello adottabile per la Regione Campania si poggia su alcune constatazioni di base:

- Rafforzamento dell'azione di governance regionale, parallela a quella aziendale, nel dominio della Direzione Generale Salute;
- Superamento della situazione critica dell'Assessorato, svuotato di personale da anni di blocco del turnover, con la copertura, attraverso le procedure in corso di finalizzazione, di molte posizioni chiave scoperte;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Blocco del turnover all'interno delle aziende che iniziano ad assumere nuove persone con conoscenze e competenze che hanno bisogno di tempo e investimenti per formarsi;
- Crescita dimensionale della So.Re.Sa che, grazie alla forma giuridica e alle competenze del management, ha iniziato a gestire un numero crescente di funzioni accentrate;
- Regione di grandi dimensioni con realtà aziendali molto diverse (es: Ospedale Cardarelli vs ASL di Benevento), un territorio complesso ed una storia recente che ha ridotto le opportunità di sviluppare competenze di governo strategico a livello aziendale e regionale.
- Rafforzamento dei sistemi operativi di coordinamento tra le parti del SSR, al massimo discutendo l'ulteriore accentramento di alcune limitate funzioni aziendali "no-core", piuttosto che ridiscutere la struttura organizzativa del sistema disegnando nuovi organismi o stravolgendo l'allocazione delle competenze tra quelli esistenti;
- Potenziamento dell'autonomia e delle competenze del middle management delle Aziende e della capogruppo.

La stessa rappresentazione può essere maggiormente articolata se si fa riferimento alle tre principali funzioni che devono essere considerate ai fini della conduzione di un sistema sanitario regionale: funzione sanitaria, funzione amministrativa e funzione logistica.

	Poteri e funzioni della capogruppo	Poteri e funzioni delle aziende controllate	Profili di responsabilità delle aziende controllate	fvg	liguria	lombardia	e. romagna	toscana	veneto	campania*
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale							
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale			FxS FxL	FxS FxA FxL	FxS		FxS FxL
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale	FxS	FxS	FxA			FxS	
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali	FxA FxL	FxA FxL			FxA FxL	FxA FxL	FxA

FxS – Funzione Sanitaria
FxA – Funzione Amministrativa
FxL – Funzione Logistica

** Ipotesi di posizionamento delle funzioni esercitate*

Tabella 9: Distribuzione dei compiti

fonte: http://burc.regione.campania.it

La distribuzione dei compiti all'interno della capogruppo tra la Direzione Generale dell'Assessorato e So.Re.Sa.

Una volta operate le scelte sul ruolo della capogruppo è necessario dedicarsi all'assetto della capogruppo al cui interno oggi in Campania è possibile identificare due soggetti principali: la Direzione Generale dell'Assessorato e So.Re.Sa.. Come già discusso, So.Re.Sa. rispetto all'Assessorato è caratterizzata da maggiore flessibilità amministrativa e dal gestire una parte importante dei dati che servono alla programmazione. D'altra parte, l'Assessorato è il soggetto in ultima analisi giuridicamente legittimato alle attività di pianificazione e programmazione sanitaria e la minore flessibilità di un Assessorato rispetto ad una Spa è motivata anche dalla rilevanza pubblica delle decisioni che pone in essere.

La revisione dell'assetto istituzionale interno al livello centrale del SSR può ispirarsi a differenti modelli istituzionali. Tra questi, quello che maggiormente consente di valorizzare le peculiarità del contesto campano è il Modello ispirato al rafforzamento tecnico-specialistico di So.Re.Sa e al ruolo di supporto di questa alla funzione di Internal Audit

Tale modello, sulla base dell'analisi degli assetti istituzionali di altre esperienze (in particolare, Emilia-Romagna) prevede non solo un significativo rafforzamento del ruolo di So.Re.Sa. delle attività tecnico-amministrative di tipo specialistico, ma soprattutto un crescente ruolo nel supporto alla DG Salute nelle attività di controllo di gestione ed economico-finanziario, mantenendo una netta separazione con le attività di pianificazione strategica e programmazione sanitaria in capo alla Direzione Generale Sanità, alla quale fornisce costantemente i dati per la valutazione.

La Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale mantiene le attività di:

- Coordinamento, pianificazione e organizzazione del sistema sanitario regionale;
- Cura del governo economico finanziario del SSR;
- Attuazione e alla regolamentazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- Organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali;
- Coordinamento, programmazione e pianificazione degli interventi socio-sanitari nel campo delle dipendenze patologiche, della salute mentale, della riabilitazione e della non autosufficienza;
- Istruttoria relativa ai programmi di ricerca sanitaria;
- Altre attività previste dall'attuale disegno organizzativo (attività farmaceutiche e inerenti alla farmaco-vigilanza; adempimenti connessi ai sistemi informativi in materia sanitaria, alla prevenzione e all'igiene sanitaria, all'igiene dei luoghi di lavoro e alla prevenzione sanitaria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, alla sicurezza alimentare e all'assistenza veterinaria; programmazione e pianificazione degli interventi relativi all'assistenza consultoriale, alla tutela materno-infantile, alla medicina penitenziaria, alla medicina scolastica, alle malattie sociali e alla medicina dello sport.
- Attività di "Internal audit" di tipo contabile: monitoraggio del Servizio sanitario regionale, nelle sue componenti aziendali e coordinamento delle attività di Internal audit delle singole aziende.

Le attribuzioni tipiche di So.Re.Sa. in materia di centralizzazione degli acquisti e di accertamento del debito, sono ampliate attraverso nuove funzioni strategiche assegnate alla società, quali:

- Creazione Banca Dati Unificata;
- Centrale Unica di Pagamento;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Supporto alla Regione nelle procedure di Accreditamento Istituzionale delle Strutture del SSR;
- Supporto al controllo di gestione e pianificazione aziendale delle Strutture del SSR;
- Supporto alla DG Salute nelle attività di pianificazione e programmazione sanitaria, attraverso la produzione e l'analisi dei dati;
- Attività di "Internal audit" di tipo operativo: monitoraggio del Servizio sanitario regionale, nelle sue componenti aziendali e monitoraggio delle funzioni di controllo operativo delle singole aziende.

9.1.4 Governance delle Aziende sanitarie

Le Aziende Sanitarie campane sono 17, divise tra 7 AASSLL, 2 AOU, 1 AORN/AOU, 1 IRCCS, e 6 AORN (di cui una pediatrica). Esse nascono dalla fusione di Aziende più piccole, con aggregazione di presidi ospedalieri a vocazioni differenziate. Alcuni di essi hanno mantenuto il ruolo di P.S. nella rete ospedaliera. Delle 7 AASSLL solo una è esclusivamente territoriale (avendo solo presidi ospedalieri accreditati) e diventa per questo, in Regione Campania un laboratorio sperimentale per i LEA territoriali. Tutte le Aziende sono costantemente monitorate dagli Uffici regionali nei percorsi esecutivi.

Obiettivo e Indicatori

a. LA GOVERNANCE DI "SISTEMA": Data la diversità di mission, si ritiene che le Aziende Sanitarie campane si giovino anche di una governance comune "di Sistema". Un processo di governance aziendale in rete regionale non è ancora declinato in maniera formale ma resta necessario per rendere coerente la programmazione e la strategia regionale e poter mettere in relazione le Aziende con i contesti locali. Va perciò rafforzata l'azione di governance regionale corrente, parallela a quella aziendale, nel dominio della Direzione Generale Salute.

Azioni comuni da rafforzare per una buona governance di Sistema e rispondere al livello di complessità delle Aziende, sono rappresentate dalla possibilità per la Regione e insieme per le Aziende di:

- Predisporre e condividere percorsi amministrativo-contabili
- Accedere con diversi livelli di ingressi a piattaforme informatizzate regionali per la verifica della propria collocazione nell'ambito delle performance di sistema
- Predisporre e adottare percorsi clinico-assistenziali regionali (PDTA) e adattarli alla singola Azienda per una necessaria continuità assistenziale e riconciliazione terapeutica
- Predisporre l'adeguamento in coerenza temporale alle innovazioni amministrative e gestionali
- Individuare e condividere le best pratice per migliorare la qualità del sistema sanitario
- Individuare le criticità interaziendali e superarle con metodologia di concertazione e di indirizzo
- Monitorare l'andamento degli indicatori di performance, dei LEA, del PNE ed adottare indicazioni e azioni correttive ove necessario
- Monitorare gli indicatori economico-finanziari per il rispetto dei parametri programmati
- Condividere, mediante le infrastrutture di servizio, processi di approvvigionamento, trasporti, diagnostica centralizzata, preparazione farmaci, analisi e reportistica
- Promuovere e governare i processi di valutazione HTA
- Promuovere e sostenere la formazione manageriale diffusa, specie rivolta al middle management
- Monitorare il fenomeno della mobilità passiva e programmare strategie di intervento

Predisposizione di un documento regionale che renda ordinaria e sistematica questa azione di governance Regione/Aziende

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Accesso al cruscotto regionale

b. LE RELAZIONI INTERISTITUZIONALI: La Regione ritiene che i processi di governance propri delle Aziende siano già ampiamente nel dominio delle Direzioni strategiche, a cui restano affidate nella ordinaria quotidianità e per i necessari adattamenti correlati al bisogno organizzativo e gestionale aziendale.
Anche le relazioni con i Comuni sono ampiamente disciplinate dalle normative vigenti, sia attraverso il Collegio dei Sindaci sia dalla normativa 328/2000 relativa all'integrazione socio-sanitaria.

Le AASSLL normalmente si interfacciano con gli Enti e le Agenzie del territorio e tutti gli stakeholders per amplificare messaggi di prevenzione, diffondere buone pratiche in tema di salute, svolgere azioni di protezione di comunità ed interventi di sanità pubblica. In questa dimensione la Regione Campania auspica che tutte le proprie articolazioni e tutte le Direzioni che abbiano ad essere interfaccia con le Aziende Sanitarie offrano la massima collaborazione istituzionale per azioni condivise, finalizzate a migliorare la salute e l'empowerment del cittadino.

- Numero di protocolli di Intesa su tematiche di salute sottoscritti con Enti e Agenzia del territorio di riferimento

c. LE RELAZIONI INTERAZIENDALI: Fenomeni di condivisione di processi omologhi o complementari sono già attivi tra varie Aziende, ove per complementarietà di funzioni, ove per completamento di percorsi assistenziali, ove per la condivisione di risorse rispetto a processi comuni. Le sinergie organizzative risultano efficaci quando è condiviso un obiettivo o quando entrambe le Aziende trovano comunque un giovamento, anche diverso, ma preordinato.

La Regione intende promuovere e sviluppare percorsi di integrazioni interaziendali che conducano ad un miglioramento dei percorsi assistenziali, ad una economia di scala, all'appostamento appropriato di risorse. In tal senso valuterà con attenzione prioritaria forme di intesa programmatoria rispetto all'accesso a fondi dedicati.

- Protocolli di intesa e collaborazioni operative tra aziende per ottimizzazione delle risorse e/o miglioramento dei servizi

d. LE RELAZIONI TRA AZIENDE OMOLOGHE EXTRAREGIONE – i network sovraregionali: La complessità sanitaria e sociale rappresentata dalla assistenza specialistica e oncologica non può più trovare risposte coerenti e complete nelle singole organizzazioni, ma deve trovare nuove scale dimensionali entro cui organizzare la risposta erogativa. Pare perciò opportuno promuovere la creazione di Network sovraregionali per Aree Vaste di tipo funzionale, che rendano più velocemente percorribili gli sviluppi della ricerca, della assistenza, e delle sperimentazioni gestionali.
A tal fine, così come previste nella 288 regolatoria degli IRCCS, il Pascale di Napoli con il consenso della Regione Campania ha promosso la costituzione della rete "AMORe" - Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete - per mettere insieme le competenze di ricerca, professionali ed organizzative dei tre IRCCS oncologici del Sud Italia e, precisamente, l 'Istituto Pascale di Napoli, Giovanni Paolo II di Bari e il CROB di Rionero in Vulture. A questa unione ha chiesto di affiancarsi anche la Regione Calabria, con la partecipazione della Azienda Ospedaliera di Cosenza. L'obiettivo è la creazione di un Network sovraregionale: una sorta di Area Vasta Oncologica entro cui dispiegare innovative partecipazioni gestionali, sui temi di:

- Ricerca: le direzioni scientifiche hanno già condiviso la piattaforma informatica del catalogo prodotta e già sperimentata presso l'Istituto Pascale di Napoli, e questo consente ai ricercatori di poter dialogare

fonte: http://burc.regione.campania.it

tra loro con modalità fortemente innovativa, di valutare e condividere esiti di sperimentazioni, nonchè di esprimere pareri condivisi sulle nuove opportunità, e poter contare su bacini di potenziali pazienti con casistiche sempre più ampie e articolate

- Clinica: ci si propone la condivisione su scala allargata dei PDTA, e la loro certificazione, percorso questo già completato nel Pascale e IRCCS di Bari, per quanto concerne il PDTA per il carcinoma prostatico, e nel Pascale per il Ca del testicolo
- Infrastrutture: è prevista la adesione alla piattaforma informatica costruita in sede dal Pascale di Napoli e già in uso
- Consulenza/confronto: possibilità che i professionisti possano, su particolari patologie, effettuare tra di loro second opinion fino a poterne prevedere l'impiego sulla base di accordi trilaterali all'interno dei vari istituti
- Organizzazione: E' stata già avanzata ai Presidenti delle Regioni interessati ed al Ministero la richiesta per il comitato etico unico, dedicato ai tre IRCCS facenti parte dell'alleanza

- Condivisione di tutti i PDTA oggetto di decretazione regionale, nonché la rispettiva certificazione
- Accesso alla piattaforma
- Avvio consulenze in second opinion

Scadenza

a. Entro Settembre 2019 con revisione annuale (Predisposizione di un documento regionale che renda ordinaria e sistematica questa azione di governance Regione/Aziende); a partire da Dicembre 2019 (Accesso al cruscotto regionale)
b. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2020 (Condivisione di tutti i PDTA oggetto di decretazione regionale, nonché la rispettiva certificazione); A partire dal 2020 (Accesso alla piattaforma); A partire da Luglio 2019 (Avvio consulenze in second opinion)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Tendenziali 2019-2021

I Conti Economici tendenziali

Nel seguito, si riporta il dettaglio e le ipotesi di calcolo per la costruzione dei tendenziali 2019-2021.

Per la costruzione dei tendenziali 2019, per alcune voci di costo, è stato previsto un incremento rispetto al Consuntivo 2018 dell'1,2%, pari al Tasso di Inflazione Programmata (di seguito TIP), riportato in data 29 Ottobre 2019 sul sito del Dipartimento del Tesoro[1]. Mentre per la costruzione dei tendenziali 2020-2021, per alcune voci di costo, è stato previsto un incremento dell'0,8%, pari al TIP, rispetto al costo tendenziale dell'anno precedente.

Per le voci di costo relative al Personale dipendente e convenzionato, alla farmaceutica convenzionata, alle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, alla mobilità extra regionale e internazionale, ai prodotti farmaceutici, agli specialisti ambulatoriali, agli altri servizi sanitari e non sanitari, ai beni non sanitari, agli ammortamenti, al pay-back, agli accantonamenti per il personale convenzionato, al fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria e finanziaria, vengono forniti chiarimenti sui criteri utilizzati nel seguito del documento.

Per le voci di ricavo relative al F.S.R. indistinto e vincolato, alla mobilità extra regionale e internazionale e alle entrate, vengono forniti chiarimenti sui criteri utilizzati nel seguito del documento.

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinto

Per l'importo del FSR 2019 è stato riportato il valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88/2019 e n.90/2019. Per l'anno 2020-2021 tale quota è stata incrementata della stima di crescita del fondo sanitario nazionale (pari rispettivamente a ca. 2.000.000 €/000 per il 2020 e ca. 1.500.000 €/000 per il 2021), desumibile dalla Legge 145/18, moltiplicata per la quota di accesso per la Regione Campania desunta dall'Intesa n. 89/2019, pari a 9,32 %. Tale quota di accesso non tiene conto dell'incidenza percentuale, a favore della Regione Campania, relativa alla quota dello 0,25% dell'indistinto che negli ultimi anni è stata ripartita tra le regioni ai fini di riequilibrio, sostenendo in particolare le regioni Liguria e Campania, in quanto regioni che si distanziano maggiormente dall'indice di vecchia medio nazionale.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Per quanto riguarda i contributi a destinazione vincolata, per gli anni 2019 e 2021 è stato riportato il valore indicato dal Ministero della Salute, nell'ambito della comunicazione del giorno 08.11.2019.

Per il 2020, rispetto alle quote previste per il 2019 e 2021, sono stati aggiunti ulteriori 4.481 €/000 relativi al finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni

[1] Fonte: http://www.dt.tesoro.it/it/attivita_istituzionali/analisi_programmazione_economico_finanziaria/inflaz_programmata/

fonte: http://burc.regione.campania.it

assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislative dei 3 ottobre 2009 n. 153, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, come risultante dall'intesa della conferenza Stato-Regioni n. 33 del 2019.

Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro

Per il 2019-2020-2021 tale voce è pari a ca. 5.677 €/000 come da comunicazione del Ministero della Salute del giorno 8.11.2019.

Saldo mobilità extraregionale e internazionale in compensazione

Per il triennio 2019-2020-2021 le relative voci di ricavo e di costi sono state mantenute stabili in via prudenziale. A tal proposito è stato preso come riferimento per la mobilità extra-regionale il valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88 del 06.06.2019.

Il saldo della mobilità internazionale per l'anno 2019 è pari al valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88 del 06.06.2019. Mentre per il biennio 2020-2021 è stata riportata una stima prudenziale del saldo pari a ca. -8.250 €/000, basato sugli addebiti riferiti agli anni 2013/2017.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati anni precedenti

Per la voce relativa all'utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato, il tendenziale degli anni 2019-2020-2021 è stato previsto pari a quanto iscritto nel CE al Consuntivo 2018 che ammonta a ca. 61.102 €/000.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il tendenziale degli anni 2019 e 2020 è stato previsto pari a quanto iscritto nel CE al Consuntivo 2018, mentre nel 2021 è stato previsto l'ulteriore utilizzo delle quote relative al gioco d'azzardo patologico ex legge 208/2015, riferite alle annualità 2016-2019, pari a ca. 18.150 €/000 a copertura dei costi operativi che saranno sostenuti nell'anno.

Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il tendenziale per gli anni 2019-2020-2021 è pari al valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, a cui è stata aggiunta la quota relativa al gioco d'azzardo patologico ex legge 208/2015, pari a ca. 4.655 €/000 e la quota relativa all'intesa CSR n. 151/2019 finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, pari a ca. 4.211 €/000. L'importo relativo al gioco patologico è stato accantonato nella voce "accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", per gli anni 2019-2020. La quota relativa all'intesa alla CSR n. 151/2019 è stata accantonata nella voce "accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", per gli anni 2019-2021.

Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro

Il tendenziale per il solo 2019 è pari a quanto riportato nel Consuntivo 2018 comprensiva la quota relativa al 2019 del Progetto ex Articolo 79. Tale importo è riportato anche per il solo 2019 tra le consulenze non sanitarie da privato. Per il 2020 il tendenziale è pari a quanto iscritto in sede di Consuntivo 2018 a cui è stata aggiunta

fonte: http://burc.regione.campania.it

una quota di ca. 3.751 €/000 relativa all'estensione per il 2020 del Progetto ex Articolo 79. Per il 2021 la voce è pari a quanto riportato nel Consuntivo 2018.

Altre entrate

Rispetto al Consuntivo 2018 per il tendenziale degli anni 2019-2020-2021, tali voci, compreso il saldo dell'intramoenia, sono state mantenute prudenzialmente stabili, al netto di fenomeni che si ritiene specifici dell'anno 2018 (riferibili alle voci "Altri proventi diversi" e "Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici" per un totale di 11.855 €/000).

Pay-back

La quota relativa al Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, per il tendenziale 2019-2020-2021, è stato posto pari a zero; mentre per l'ulteriore pay-back è stato riportato per il triennio 2019-2020-2021 il valore iscritto a CE in sede di Consuntivo 2018. Si precisa che, a titolo prudenziale, si è ritenuto opportuno non considerare nell'ambito di tale valorizzazione la quota relativa al fondo Pay-back farmaceutici anni 2013-2017 che ammonta a ca. 170 €/mln (come da nota del 20/09/2019 inviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze).

COSTI

Beni e Servizi

Per quanto riguarda la stima dell'andamento dei costi per beni e servizi, la stessa è stata effettuata come di seguito riportato:

- Il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto dei costi per i farmaci anti Epatite C, è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato di un tasso di crescita annuo pari al CAGR rilevato negli anni 2015-2016-2017 (3%). Il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici anti Epatite C invece è stato mantenuto costante nel triennio e pari al valore rilevato al Consuntivo.
- Il costo tendenziale 2020-2021 per l'acquisto degli altri beni sanitari, esclusi i prodotti farmaceutici e i dispositivi, è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018 (16,2%). Mentre per il 2019 il costo tendenziale è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per l'anno 2019.
- Il costo tendenziale per l'acquisto dei dispositivi è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per gli anni 2019-2021. Ciò tenuto conto anche degli andamenti dei conti economici trimestrali del 2019 (II e III Trimestre 2019).
- Il costo tendenziale per l'acquisto di beni non sanitari, è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per gli anni 2019-2021.
- Il costo tendenziale per l'acquisto dei costi per servizi appaltati, utenze e consulenze (ad eccezione dell'indennità al personale universitario e degli specialisti ambulatoriali) è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del

fonte: http://burc.regione.campania.it

TIP per gli anni 2019-2021. Per il costo tendenziale del 2019 delle sole consulenze non sanitarie si è tenuto conto della quota relativa al progetto ex Art 79 pari a ca. 12.650 €/000.

- Il costo tendenziale degli specialisti ambulatoriali (sumai) è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno.
- Il costo tendenziale 2020-2021 degli altri servizi sanitari è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 3,5%, pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018. Il costo tendenziale 2019 è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno, tenuto conto dell'andamento dei dati del III Trimestre 2019.
- Il costo tendenziale 2020-2021 dei rimanenti servizi non sanitari è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 1,6%, pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018. Il costo tendenziale 2019 è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno, tenuto conto dell'andamento dei dati del III Trimestre 2019. Si precisa che nell'ambito di tale valutazione si è tenuto conto della quota della convenzione So.Re.Sa., relativa all'anno 2019, pari a ca. 4.252 €/000.

Costo del Personale dipendente

Nei tendenziali del triennio 2019-2020-2021, il costo del personale dipendente è stato definito sulla base di quanto iscritto a CE nel Consuntivo 2018, al netto dello sforamento dei fondi contrattuali rilevati nel medesimo anno, stimando che le AA.SS. assumano il 100% del personale cessato dell'anno precedente.

Medicina di base

Il costo tendenziale 2019-2020-2021 della medicina di base è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

Farmaceutica convenzionata

Il costo tendenziale 2019-2020-2021 della farmaceutica convenzionata è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

Prestazioni sanitarie da privato

Per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica il costo tendenziale è stato costruito tenendo in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review, quindi procedendo all'abbattimento del 2% del valore rilevato al Consuntivo 2011. L'importo così determinato è stato mantenuto costante per il triennio 2019-2020-2021.

Per l'assistenza riabilitativa il valore tendenziale 2019-2020-2021 è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP del relativo anno.

Per l'assistenza psichiatrica e socio-sanitaria, il valore tendenziale 2019-2020-2021 è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018, tale valore è stato mantenuto costante nel triennio di riferimento.

Per l'assistenza integrativa e protesica il valore tendenziale 2019-2020-2021 è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP del relativo anno.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Accantonamenti a fondi rischi

Il valore tendenziale degli accantonamenti a fondo rischi per il 2019-2020-2021 è stato stimato partendo dal dato iscritto nel CE al Consuntivo 2018, al netto degli accantonamenti operati in Gestione Sanitaria Accentrata per situazioni specifiche relative all'anno 2018.

Altri accantonamenti

Il valore tendenziale degli altri accantonamenti per il 2019-2020-2021 è pari al dato iscritto nel CE al Consuntivo 2018, al netto degli accantonamenti operati in Gestione Sanitaria Accentrata, pari a ca. 14.000 €/000.

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati

Per l'anno 2019 gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, sono pari al valore rilevato al Consuntivo 2018. Per il 2020 la voce è pari al 70% del valore degli obiettivi di piano risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 89 del 06.06.2019, a tale importo sono stati aggiunti ulteriori 4.481 €/000 relativi al finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislative dei 3 ottobre 2009 n. 153, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, come risultante dall'intesa della conferenza Stato-Regioni n. 33 del 2019. Per il 2021 la voce è pari al 30% del valore degli obiettivi di piano risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 89 del 06.06.2019.

Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il costo tendenziale 2019 è pari al valore rilevato al Consuntivo 2018 incrementato delle quote relativa al gioco d'azzardo patologico 2016-2019 (ex legge 208/2015) pari a ca. 13.495 €/000 con riferimento agli anni 2016-2018 e a ca. 4.655 €/000 con riferimento all'anno 2019. A tale importo sono stati aggiunti ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019 (riferita alla riduzione dei tempi di attesa). Per il 2020 il costo tendenziale è pari al Consuntivo 2018 incrementato della quota relativa al gioco d'azzardo patologico 2020 (ex legge 208/2015) pari a ca. 4.655 €/000 e a ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019. Per il 2021 il valore è relativo a quanto iscritto nel Consuntivo 2018, a tale importo è stata aggiunta una quota pari a ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019.

Accantonamenti per rinnovi personale

Per il 2019 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale e dei relativi accantonamenti, rilevati in sede di Consuntivo 2018, moltiplicato per 1,3 % che costituisce la quota da applicare per il 2019. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018. Per il 2020 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale rilevato in sede di Consuntivo 2018 e degli accantonamenti tendenziali 2019, moltiplicato per 1,65 %. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018. Per il 2021 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale rilevato in sede di Consuntivo 2018 e degli accantonamenti tendenziali 2020, moltiplicato per 1,9 %. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per il comparto gli accantonamenti per il personale dipendente comparto sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,3%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, al valore di costo e relativo accantonamento rilevato nel 2018. Per l'anno 2020 gli accantonamenti per il personale dipendente comparto sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,65%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, alla somma del costo e dei relativi accantonamenti tendenziali, riferiti al 2019. Per l'anno 2021 gli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,95%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, alla somma del costo e dei relativi accantonamenti tendenziali, riferiti al 2020.

Per il 2019 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,3% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e del relativo accantonamento 2018.

Per il 2020 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,65% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e dell'accantonamento tendenziale 2019.

Per il 2021 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,9% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e dell'accantonamento tendenziale 2020.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Gli oneri e i proventi straordinari sono pari a quanto iscritto nel CE Consuntivo 2018, fatta eccezione per le insussistenze attive e passive stimate prudenzialmente pari a zero; delle altri sopravvenienze passive alle quali, solo per il 2019, è stata aggiunta una quota pari a 1.845 €/000, relativa agli stanziamenti degli STP, come da indicazioni del Ministero della Salute nell'ambito della comunicazione del giorno 08.11.2019 e delle altre sopravvenienze attive v/terzi. Queste ultime sono state incrementate con riferimento al solo costo tendenziale 2019 delle quote relative al GAP 2016-2018 pari a ca. 13.495 €/000 e al Pay-back 2017 pari a ca. 13.951 €/000.Tale quota non risulta rilevata sul Consuntivo 2017 e si riferisce alla quota accertata e riscossa nel 2017, ma non impegnata alla data di chiusura del Consolidato 2017 Sanità (novembre 2018), che su indicazioni ministeriali non era stata rilevata come ricavo dell'esercizio 2017. Tuttavia in sede di chiusura di rendiconto finanziario 2017 della Regione, avvenuta successivamente al tavolo di verifica Ministeriale di novembre 2018, a seguito di interpretazione dei principi di contabilità finanziaria da parte della Corte dei Conti, la predetta quota è stata oggetto di impegno tecnico a "sfondamento" e pertanto sul rendiconto finanziario 2017 risulta accertata, riscossa ed impegnata.

I proventi e gli oneri finanziari sono stati stimati pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Le imposte, ad eccezione dell'IRAP, sono state stimate in crescita di un tasso annuo del 1,2%, mentre l'IRAP relativa al personale dipendente è pari al valore rilevato a Consuntivo 2018 a cui è stata aggiunta una quota pari all'8,5% degli accantonamenti del personale registrati in sede di Consuntivo 2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sintesi delle manovre di sviluppo e riqualificazione

Di seguito si riporta una tabella di sintesi in cui si evidenziano gli impatti economici delle singole manovre riportate all'interno del documento, e i risultati tendenziali e programmatici previsti per il prossimo triennio.

Si precisa che nella tabella di seguito i maggiori costi e/o i minori ricavi sono indicati con segno negativo mentre i maggiori ricavi e/o minori costi sono indicati con segno positivo, in modo da riflettere l'effetto del risultato economico.

Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione			
€/000	**2019**	**2020**	**2021**
Risultato economico tendenziale	**-6.334**	**151.926**	**275.465**
I servizi socio-sanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali	-6.220	-59.177	-132.579
Fabbisogno del personale	-24.187	-208.704	-482.074
Riduzione del personale flessibile	15.515	44.216	72.392
Gli investimenti in Sanità - capitalizzazioni	15.924	37.155	53.079
Gli investimenti in Sanità - ammortamenti	-15.924	-37.155	-53.079
Rettifica contributi - Investimenti articolo 20	-	-	8.000
La politica del farmaco	7.000	33.000	45.000
Accant./ Utilizzo Fondi potenziamento LEA	35.000	49.000	85.541
Utilizzo Fondi Vincolati - Anni precedenti (obiettivi di piano)	28.000	36.789	172.310
Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie	-46.711	-44.104	-41.476
Totale impatto manovre	**8.397**	**-148.980**	**-272.886**
Risultato economico programmatico	**2.062**	**2.946**	**2.579**

Tabella 10: Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione

Si precisa che, a titolo prudenziale, si è ritenuto opportuno non considerare nell'ambito di tale valorizzazione sia la quota relativa al fondo Pay-back farmaceutici anni 2013-2017 che ammonta a ca. 170.000 €/000 (come da nota del 20/09/2019 inviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze), sia lo smobilizzo della quota relativa al fondo rischi di ca. 22.000 €/000, iscritta in sede di Consuntivo 2018 su indicazioni del Ministero, riferita agli incassi del 2018 di rimborso del pay-back ospedaliero 2016.

fonte: http://burc.regione.campania.it

I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Ricognizione delle tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Ai fini della valorizzazione dell'impatto economico previsto per il triennio 2019-2021, a seguito dell'attivazione del piano territoriale, si è provveduto ad una ricognizione delle tariffe, disciplinate e in fase di definizione.

Di seguito il dettaglio delle tariffe e i relativi riferimenti normativi:

Riabilitazione	Tariffa	Quota a carico Utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Ambulatoriale	42,04 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Domiciliare	45,78 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Alto	183,53 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Medio	150,27 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Base	141,65 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Alto livello	90,00 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Medio livello	74,81 €	0%	DCA 153/2014	Conferma

Tabella 11: Tariffe Riabilitazione

Sociosanitario disabili non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - RD3	131,64 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	131,64 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - RD3	107,21 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	107,21 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2)				In fase di definizione
Centro Diurno	77,57 €	30%	DCA110/2014	Conferma

Tabella 12: Tariffe Disabilità

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sociosanitario Adulti/Anziani non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - R3	121,26 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	121,26 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - R3	105,83 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	105,83 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale modulo Demenze	119,64 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno Anziani	64,93 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno per Demenze	70,65 €	50%	DCA110/2014	Conferma
R2 estensiva	151,00 €	0%	DCA 74/2019	Conferma
Ospedale di comunità				In fase di definizione
Residenziale spettro autistico				In fase di definizione
R2D	173,00 €	0%	DCA 97/2018	Conferma
R2D con abbattimento dopo 60 gg	147,00 €	0%	DCA 97/2019	Conferma
R1 - SUAP	192,12 €	0%	DCA 79/2017	Conferma

Tabella 13: Tariffe Adulti non autosufficienti

Salute Mentale	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	196,14 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP2_Residenziale intensiva	176,67 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP3_Residenziale estensiva	161,06 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
Centro Diurno Psichiatrico	112,74 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SIRMIV intensiva	182,00 €	0%	DCA 45/2015	Conferma
SIRMIV estensiva	165,00 €	0%	DCA 45/2016	Conferma
SISEM	70,00 €	0%	DCA 45/2017	Conferma
Comunità Alloggio (compartecipato)	88,67 €	60%	DGRC 666/2011	Conferma

Tabella 14: Tariffe attività Salute Mentale

Hospice-Cure palliative	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Hospice	252,15 €	0%	DCA 128/2012	Conferma

Tabella 15: Tariffa Hospice (cure palliative)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Dipendenze patologiche	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Terapeutico riabilitativa	67,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	13,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Residenziale Pedagogica riabilitativa	54,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Pedagogica giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	10,80 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza residenziale	80,75 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD residenziale	105,12 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi residenziale	111,89 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi residenziale	123,42 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Madre bambino residenziale	115,67 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico riabilitativa	41,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	8,20 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA riabilitativa	32,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	6,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza semiresidenziale	42,65 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD semiresidenziale	68,54 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi semiresidenziale	73,79 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	84,97 €	0%	DCA 94/2012	Conferma

Tabella 16: Tariffe Dipendenze Patologiche

Cure Domiciliari Integrate	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Cure domiciliari I livello	Basso	1.586,31 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	1.732,27 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	2.159,12 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari II livello	Basso	2.439,09 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.979,74 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.488,06 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari III livello	Basso	2.893,60 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.977,56 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.061,69 €	DCA 1/2013	Conferma

Tabella 17: Tariffe Cure Domiciliari Integrate

Cure Palliative Specialistiche (DCA 1/2013)	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio delle Tariffe
Cure Domiciliari Palliative	Basso	2.737,77 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	3.191,49 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.613,47 €	DCA 1/2013	Conferma
Le tariffe delle cure domiciliari palliative di base sono ricomprese nelle tariffe dei livelli assistenziali < 0,50				

Tabella 18: Tariffe Cure Palliative Specialistiche

fonte: http://burc.regione.campania.it

Valutazione dell'impatto economico

Nel presente paragrafo è stato elaborato l'impatto economico che lo sviluppo dell'assistenza territoriale avrà nell'arco del triennio 2019-2021, attraverso la valorizzazione a tariffa della nuova ed incrementale assistenza erogata. Le variabili produttive considerate al fine della valorizzazione sono:

- Posti letto
- Giornate erogate
- Prestazioni erogate

Nel Piano Territoriale, approvato con DCA n. 83/19, il fabbisogno per l'assistenza territoriale della Regione Campania è stato definito in termini di nuovi Posti letto e relative giornate/prestazioni erogabili, per i seguenti setting assistenziali:

- Adulti non autosufficienti;
- Disabilità;
- Salute Mentale;
- Dipendenze Patologiche;
- Hospice – cure palliative;
- Riabilitazione estensiva residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, cosiddetta ex art. 26;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Per ogni setting sono state quantificate e valorizzate le diverse **intensità di cura** e **carico assistenziale**, laddove previste dalla normativa regionale, e le relative **Tariffe**, adottate o in corso di adozione, per la parte a carico del SSR.

Per il calcolo del differenziale tra il fabbisogno dei setting assistenziali relativo al Piano Territoriale e l'attuale offerta sono stati analizzati; i dati, estratti in data 09.09.2019, delle seguenti fonti:

- Attraverso i Flussi NSIS (STS e RIA) è stata possibile l'analisi sulla base della produzione effettiva (in termini di giornate) per l'assistenza sociosanitaria e riabilitativa;
- Attraverso il Flusso SIAD sono state estratte le prestazioni relative all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per l'anno 2018 sono state rilevate, quindi, le giornate erogate (tracciate attraverso i flussi informativi di cui sopra) mentre per il triennio successivo sono state stimate le giornate erogabili su una base di 365 giorni per i posti letto residenziali e su 300 giorni per i posti letto semiresidenziali, considerando in entrambi i casi un **Tasso di occupazione** dei posti letto al 75%.

Si stima di soddisfare, per i setting già disciplinati nel triennio 2019-2021 il 35% del valore economico emerso dall'analisi e di raggiungere il 100% negli anni successivi al 2021. Per i tre setting per i quali si disciplineranno, entro i 12 mesi, requisiti e le tariffe si prevede di attivarli nel corso del 2021.

La stima della ripartizione nel tempo delle nuove attivazioni è stata fatta considerando:

- L'effettiva capacità di Regione e AASSLL di sostenere il carico amministrativo legato ai procedimenti di autorizzazione e accreditamento dei nuovi setting;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- La sostenibilità economico-finanziaria del piano del comparto sanità tenendo conto sia dei Fondi all'uopo accantonati (cd. Fondo per Potenziamento LEA) sia del graduale riequilibrio delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio;
- Compatibilità economico-finanziaria relativa alla compartecipazione sociale a carico degli utenti e/o Comuni.

Nelle tabelle che seguono, si rappresenta, per singolo setting assistenziale, una sintesi della programmazione delle nuove attivazioni nel triennio 2019-2021, con il relativo impatto economico-finanziario di competenza:

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Fabbisogno Posti Letto (A)	Fabbisogno Giornate erogabili (A1)	Offerta Attuale Posti Letto (B)	Offerta Attuale Giornate Erogate (B1)	Valore Economico 2018	Posti Letto da attivare (E) = (A) - (B)	Giornate da attivare (F) = (A1) - (B1)
Totale							
Adulti non autosufficienti	**10.754**	**2.828.517**	**1.937**	**357.145**	**19.585.647**	**8.817**	**2.471.372**
Residenziale	8.388	2.296.192	1.757	343.618	19.117.573	6.631	1.952.574
R3	**4.947**	**1.354.204**	**1.667**	**337.429**	**19.117.573**	**3.280**	**1.016.775**
Residenziale Alto carico - R3	-	*268.806*	-	*66.979*	*4.060.918*	-	*201.827*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*11.604*	-	*2.891*	*350.618*	-	*8.713*
Residenziale Medio carico - R3	-	*865.906*	-	*215.759*	*11.416.893*	-	*650.147*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*14.324*	-	*3.569*	*377.709*	-	*10.755*
Residenziale modulo Demenze	-	*191.802*	-	*47.792*	*2.858.890*	-	*144.010*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	*1.763*	-	*439*	*52.545*	-	*1.323*
R2 Estensiva	**2.151**	**588.784**	**-**	**-**	**-**	**2.151**	**588.784**
R2 estensiva al netto di ODC	*1.651*	*451.909*	**-**	**-**	-	*1.651*	*451.909*
Ospedale di Comunità (*)	*500*	*136.875*	**-**	**-**	-	*500*	*136.875*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	**108**	**29.439**	**-**	**-**	-	**108**	**29.439**
R2D	**538**	**147.196**	**-**	**-**	**-**	**538**	**147.196**
R1	**295**	**80.756**	**-**	**-**	**-**	**295**	**80.756**
SUAP	**350**	**95.813**	**90**	**6.189**	**-**	**260**	**89.624**
Semiresidenziale	2.366	532.325	180	13.527	468.074	2.186	518.798
Centro Diurno Anziani	**2.043**	**459.736**	**150**	**3.415**	**110.874**	**1.893**	**456.320**
Centro Diurno per Demenze	**323**	**72.590**	**30**	**10.112**	**357.200**	**293**	**62.478**
Disabilità	**5.128**	**1.403.691**	**2.001**	**427.520**	**48.826.014**	**3.127**	**976.171**
Residenziale	2.214	606.139	1.172	306.443	26.622.673	1.042	299.696
RD3	**1.923**	**526.384**	**1.172**	**306.443**	**26.622.673**	**751**	**219.941**
Residenziale Alto carico - RD3	-	*278.832*	-	*162.327*	*15.434.309*	-	*116.505*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*356*	-	*207*	*28.161*	-	*149*
Residenziale Medio carico - RD3	-	*246.346*	-	*143.414*	*11.105.475*	-	*102.932*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*850*	-	*495*	*54.728*	-	*355*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	**291**	**79.755**	**-**	**-**	-	**291**	**79.755**
Semiresidenziale	2.913	797.551	829	121.077	22.203.341	2.084	676.474
Centro Diurno	**2.913**	**797.551**	**829**	**121.077**	**22.203.341**	**2.084**	**676.474**
Salute Mentale	**3.550**	**921.990**	**3.247**	**839.385**	**96.043.868**	**303**	**82.605**
Residenziale	2.528	692.040	2.232	611.010	70.296.871	296	81.030
SIR	**1.309**	**358.339**	**1.263**	**345.746**	**59.225.900**	**46**	**12.593**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	*44.792*	-	*43.218*	*8.476.834*	-	*1.574*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	*134.377*	-	*129.655*	*22.906.121*	-	*4.722*
SRP3_Residenziale estensiva	-	*179.169*	-	*172.873*	*27.842.946*	-	*6.296*
Comunità Alloggio (compartecipato)	**1.175**	**321.656**	**925**	**253.219**	**8.981.163**	**250**	**68.438**
Semiresidenziale	1.022	229.950	1.015	228.375	25.746.998	7	1.575
Centro Diurno Psichiatrico	**1.022**	**229.950**	**1.015**	**228.375**	**25.746.998**	**7**	**1.575**
Hospice	**291**	**79.661**	**154**	**42.158**	**10.630.014**	**137**	**37.504**
Hospice	291	79.661	154	42.158	10.630.014	137	37.504
Dipendenze Patologiche	**1.355**	**344.509**	**575**	**151.264**	**9.129.551**	**780**	**193.245**
Residenziale	813	222.559	449	122.914	8.064.401	364	99.645
Residenziale Terapeutico	*284*	*77.745*	*401*	*109.774*	*7.354.841*	- *117*	- *32.029*
Residenziale Pedagogica	*106*	*29.018*	*48*	*13.140*	*709.560*	*58*	*15.878*
Accoglienza residenziale	*195*	*53.381*	-	-	-	*195*	*53.381*
Minore TD residenziale	*24*	*6.570*	-	-	-	*24*	*6.570*
Doppia diagnosi residenziale	*163*	*44.621*	-	-	-	*163*	*44.621*
Minore doppia diagnosi residenziale	*32*	*8.760*	-	-	-	*32*	*8.760*
Madre bambino residenziale	*9*	*2.464*	-	-	-	*9*	*2.464*
Semiresidenziale	542	121.950	126	28.350	1.065.150	416	93.600
Semiresidenziale Terapeutico	*191*	*42.975*	*78*	*17.550*	*719.550*	*113*	*25.425*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	*71*	*15.975*	*48*	*10.800*	*345.600*	*23*	*5.175*
Accoglienza semiresidenziale	*131*	*29.475*	-	-	-	*131*	*29.475*
Minore TD semiresidenziale	*17*	*3.825*	-	-	-	*17*	*3.825*
Doppia diagnosi semiresidenziale	*109*	*24.525*	-	-	-	*109*	*24.525*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	*23*	*5.175*	-	-	-	*23*	*5.175*
Riabilitazione	**2.331**	**643.188**	**3.540**	**722.599**	**269.818.685**	**462**	**129.349**
Residenziale estensiva	1.282	350.923	820	221.574	34.248.576	462	129.349
Residenziale Alto	-	*148.922*	-	*94.030*	*16.497.414*	-	*54.892*
Residenziale Medio	-	*92.263*	-	*58.255*	*8.368.553*	-	*34.008*
Residenziale Base	-	*109.738*	-	*69.289*	*9.382.610*	-	*40.449*
Semiresidenziale estensiva	1.049	287.119	2.720	495.878	16.396.108	- 1.671	- 208.759
Semiresidenziale - Alto livello	-	*75.606*	-	*130.579*	*4.930.598*	-	- *54.972*
Semiresidenziale - Medio livello	-	*211.512*	-	*365.299*	*11.465.510*	-	- *153.787*
Assistenza Domiciliare	**-**	**-**	**-**	**-**	**120.631.882**	**-**	**-**
CIA 1	-	-	-	-	15.658.500	-	-
CIA 2	-	-	-	-	61.988.916	-	-
CIA 3	-	-	-	-	10.144.751	-	-
CIA 4	-	-	-	-	32.839.715	-	-

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 19: Posti letto e giornate da attivare sulla base del fabbisogno e dell'offerta attuale

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Posti Letto 2019	Posti Letto 2020	Posti Letto 2021	Giornate 2019	Giornate 2020	Giornate 2021	Valore Economico Cumulato al 2019 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2020 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2021 (€/000)
Totale	-	**1.927**	**2.659**	-	**546.626**	**753.442**	**6.219.681**	**59.177.651**	**132.577.088**
Adulti non autosufficienti	-	**1.231**	**1.703**	-	**345.759**	**477.643**	-	**30.159.754**	**72.035.903**
Residenziale	-	904	1.265	-	267.939	373.883	-	27.606.533	66.078.385
R3	-	**492**	**656**	-	**152.516**	**203.355**	-	**8.641.047**	**20.162.443**
Residenziale Alto carico - R3	-	-	-	-	*30.274*	*40.365*	-	*1.835.515*	*4.282.867*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.307*	*1.743*	-	*158.478*	*369.781*
Residenziale Medio carico - R3	-	-	-	-	*97.522*	*130.029*	-	*5.160.378*	*12.040.882*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.613*	*2.151*	-	*170.723*	*398.353*
Residenziale modulo Demenze	-	-	-	-	*21.602*	*28.802*	-	*1.292.204*	*3.015.143*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	-	-	-	*199*	*265*	-	*23.750*	*55.416*
R2 Estensiva	-	**248**	**380**	-	**67.786**	**104.069**	-	10.235.744	25.252.153
R2 estensiva al netto di ODC	-	*248*	*330*	-	*67.786*	*90.382*	-	*10.235.744*	*23.883.403*
Ospedale di Comunità (*)	-	-	*50*	-	-	*13.688*	-	-	*1.368.750*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	-	-	**11**	-	-	**2.944**	-	-	294.392
R2D	-	**81**	**108**	-	**22.079**	**29.439**	-	**3.819.738**	**8.912.721**
R1	-	**44**	**59**	-	**12.113**	**16.151**	-	**2.327.234**	**5.430.212**
SUAP	-	**39**	**52**	-	**13.444**	**17.925**	-	**2.582.770**	**6.026.463**
Semiresidenziale	-	328	437	-	77.820	103.760	-	2.553.222	5.957.518
Centro Diurno Anziani	-	**284**	**379**	-	**68.448**	**91.264**	-	**2.222.166**	**5.185.055**
Centro Diurno per Demenze	-	**44**	**59**	-	**9.372**	**12.496**	-	**331.055**	**772.463**
Disabilità	-	**425**	**596**	-	**134.462**	**187.259**	-	**8.287.500**	**22.288.440**
Residenziale	-	113	179	-	32.991	51.964	-	2.777.717	9.432.279
RD3	-	**113**	**150**	-	**32.991**	**43.988**	-	**2.777.717**	**7.956.809**
Residenziale Alto carico - RD3	-	-	-	-	*17.476*	*23.301*	-	*1.610.362*	*3.757.511*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*22*	*30*	-	*2.938*	*6.856*
Residenziale Medio carico - RD3	-	-	-	-	*15.440*	*20.586*	-	*1.158.706*	*2.703.648*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*53*	*71*	-	*5.710*	*13.324*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	-	-	**29**	-	-	**7.976**	-	-	1.475.470
Semiresidenziale	-	313	417	-	101.471	135.295	-	5.509.783	12.856.160
Centro Diurno	-	**313**	**417**	-	**101.471**	**135.295**	-	**5.509.783**	**12.856.160**
Salute Mentale	-	**45**	**61**	-	**12.391**	**16.521**	-	**714.298**	**1.666.695**
Residenziale	-	44	59	-	12.155	16.206	-	687.663	1.604.547
SIR	-	**7**	**9**	-	**1.889**	**2.519**	-	**323.562**	**754.978**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	-	-	-	*236*	*315*	-	*46.310*	*108.058*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	-	-	-	*708*	*944*	-	*125.140*	*291.994*
SRP3_Residenziale estensiva	-	-	-	-	*944*	*1.259*	-	*152.111*	*354.926*
Comunità Alloggio (compartecipato)	-	**38**	**50**	-	**10.266**	**13.688**	-	**364.101**	**849.569**
Semiresidenziale	-	1	1	-	236	315	-	26.635	62.148
Centro Diurno Psichiatrico	-	**1**	**1**	-	**236**	**315**	-	**26.635**	**62.148**
Hospice	-	**21**	**27**	**0**	**5626**	**7501**	-	**1.418.486**	**3.309.800**
Hospice	-	21	27	-	5.626	7.501	-	1.418.486	3.309.800
Dipendenze Patologiche	-	**135**	**179**	-	**28.987**	**38.649**	-	**2.257.225**	**5.266.858**
Residenziale	-	72	96	-	14.947	19.929	-	1.510.717	3.525.006
Residenziale Terapeutico	-	-	-	-	- *4.804*	- *6.406*	-	- *321.889*	- *751.074*
Residenziale Pedagogica	-	*9*	*12*	-	*2.382*	*3.176*	-	*128.608*	*300.085*
Accoglienza residenziale	-	*29*	*39*	-	*8.007*	*10.676*	-	*646.580*	*1.508.688*
Minore TD residenziale	-	*4*	*5*	-	*986*	*1.314*	-	*103.596*	*241.723*
Doppia diagnosi residenziale	-	*24*	*33*	-	*6.693*	*8.924*	-	*748.901*	*1.747.435*
Minore doppia diagnosi residenziale	-	*5*	*6*	-	*1.314*	*1.752*	-	*162.174*	*378.406*
Madre bambino residenziale	-	*1*	*2*	-	*370*	*493*	-	*42.747*	*99.744*
Semiresidenziale	-	62	83	-	14.040	18.720	-	746.508	1.741.852
Semiresidenziale Terapeutico	-	*17*	*23*	-	*3.814*	*5.085*	-	*156.364*	*364.849*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*24.840*	*57.960*
Accoglienza semiresidenziale	-	*20*	*26*	-	*4.421*	*5.895*	-	*188.566*	*439.988*
Minore TD semiresidenziale	-	*3*	*3*	-	*574*	*765*	-	*39.325*	*91.758*
Doppia diagnosi semiresidenziale	-	*16*	*22*	-	*3.679*	*4.905*	-	*271.455*	*633.395*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*65.958*	*153.902*
Riabilitazione	-	**69**	**92**	-	**19.402**	**25.870**	-	**669.290**	**1.561.676**
Residenziale estensiva	-	69	92	-	19.402	25.870	-	3.137.139	7.319.990
Residenziale Alto	-	-	-	-	*8.234*	*10.978*	-	*1.511.148*	*3.526.012*
Residenziale Medio	-	-	-	-	*5.101*	*6.802*	-	*766.552*	*1.788.621*
Residenziale Base	-	-	-	-	*6.067*	*8.090*	-	*859.439*	*2.005.357*
Semiresidenziale estensiva	- 50	- 347	- 700	-	- 31.314	- 41.752	-	- 2.467.849	- 5.758.314
Semiresidenziale - Alto livello	-	-	-	-	- *8.246*	- *10.994*	-	- *742.126*	- *1.731.626*
Semiresidenziale - Medio livello	-	-	-	-	- *23.068*	- *30.757*	-	- *1.725.723*	- *4.026.687*
Assistenza Domiciliare	-	-	-	**0**	**0**	**0**	**6.219.681**	**15.671.099**	**26.447.716**
CIA 1	-	-	-	-	-	-	2.428.865	6.683.212	10.408.048
CIA 2	-	-	-	-	-	-	2.137.651	4.613.764	7.208.635
CIA 3	-	-	-	-	-	-	1.131.496	1.997.983	4.600.423
CIA 4	-	-	-	-	-	-	521.669	2.376.140	4.230.610

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 20: Valorizzazione dell'impatto economico nel triennio 2019-2021

A sostegno dello sviluppo del sistema socio-sanitario secondo le linee descritte nel Piano Territoriale, la Regione garantirà la erogazione delle prestazioni tramite sia strutture pubbliche che soggetti privati accreditati.

In particolare, in riferimento alle risorse umane necessarie a garantire l'assistenza territoriale pubblica programmata, il fabbisogno sarà totalmente soddisfatto attraverso l'attuazione del Piani triennali del Fabbisogno di personale, come già previsti nel presente piano.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Nel medio-lungo periodo le risorse economico-finanziarie necessarie al completo sviluppo ed al mantenimento sostenibile dell'assistenza territoriale campana, dovranno essere recuperate attraverso un graduale "spostamento" delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio.

Nel breve periodo, si attingerà a fonti di finanziamento dedicate, quale quota parte del fondo per il potenziamento dei LEA, e dai processi di riconversione dei PL delle strutture private socio-sanitarie, così come programmati. Con riguardo alla prima fonte di finanziamento si fa riferimento, segnatamente, al **Fondo per il potenziamento dei LEA:** considerando le risorse presenti nello stato patrimoniale 2018, al netto delle risorse da destinare a specifiche ulteriori attività di potenziamento LEA, risultano disponibili ca. 170 €/mln.

In attesa delle nuove ripartizioni in termini di attività/attivazioni tra erogatori pubblici e privati, così come esplicitato nel piano territoriale, i predetti importi sono stati riportati nelle manovre e nei CE programmatici per un valore pari al 50% dell'importo totale nel conto BA1510 "Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione", conto utilizzato al solo fine di dare una specifica evidenza a tale previsione di spesa.

Il restante 50% è stato iscritto, invece, secondo lo schema riportato di seguito nei conti:

- BA0680 – "Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa (da privato intraregionale)";
- BA1140 – "Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria (da privato intraregionale)";
- BA0940 – "Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale (da privato intraregionale)".

Si precisa che le percentuali di ripartizione su indicate sono da intendersi quali ipotesi accademiche, in quanto le stesse saranno suscettibili di modifica a seguito dell'approvazione da parte della Regione dei piani attuati aziendale della rete territoriale. A seguito dell'attuazione dei predetti piani sarà perfezionata la quota di ripartizione tra pubblico e privato della nuova assistenza territoriale.

Inoltre si rappresenta che la stima della manovra relativa alle attività/attivazioni da parte degli erogatori pubblici (basata sul calcolo delle prestazioni a tariffa) è oltremodo prudenziale, atteso che la componente di costo inerente le risorse umane è già inclusa nella manovra "Fabbisogno del personale".

Assistenza territoriale: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2019	**2020**	**2021**
Area della disabilità e riabilitazione	*-*	*670*	1.562
Altro	*6.220*	*57.794*	*129.349*
Area strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali	*-*	*714*	1.667
Totale	6.220	59.178	132.577

Tabella 21: Valorizzazione manovre e CE programmatici

fonte: http://burc.regione.campania.it

Fabbisogno del personale

Attraverso l'applicazione della metodologia di determinazione delle dotazioni organiche di personale, emanata con DCA n. 67/2016, le aziende sanitarie della Regione hanno provveduto ad emanare i propri Piani Triennali di Fabbisogno di Personale per il triennio 2018/2020 parametrati rispetto al personale in servizio al 31.12.2017, nello specifico risultano autorizzate, oltre il personale cessato:

- n. 2.511 unità per l'anno 2018;
- n. 3.532 unità per l'anno 2019;
- n. 1.708 unità per l'anno 2020.

In considerazione dei piani delle singole aziende approvati con DCA, nonché delle reali tempistiche di immissione in servizio osservate al 30.09.2019, si è proceduto a valorizzare il fabbisogno di personale necessario al raggiungimento dello standard definito in base al suddetto DCA n. 67/2016, al netto del personale che cesserà negli anni di riferimento.

La suddetta valorizzazione è stata effettuata secondo la programmazione di seguito riportata:

- nell'anno 2018 sono stati immesse in servizio 2.511 unità di personale, così come autorizzate con i suddetti DCA, già ricomprese quindi nei valori tendenziali del costo del personale;
- per l'anno 2019, alla luce delle assunzioni effettivamente effettuate al 30.09.2019, si è proceduto a programmare l'immissione in servizio di 544 unità di personale, a fronte delle 3.532 unità di personale autorizzate con i suddetti DCA;
- per l'anno 2020, la programmazione prevede l'immissione in servizio di 4.696 unità di personale, pari alla somma delle unità autorizzate con i suddetti DCA per l'annualità in oggetto (1.708 unità) e le unità che residuano sulle autorizzazioni 2019 (2.988 unità);
- infine, nell'anno 2021, la programmazione prevede l'immissione in servizio di 3.169 unità di personale, pari alle unità necessarie al raggiungimento della dotazione standard regionale così come derivante dal DCA n. 67/2016.

Di seguito si riporta il dettaglio dei profili da assumere nel triennio 2019-2021.

PROFILI	FABBISOGNO 2019	FABBISOGNO 2020	FABBISOGNO 2021
RUOLO SANITARIO	**448**	**3.166**	**2.626**
Dirigenti Medici	294	1.060	869
Dirigenti Sanitari	17	170	92
Personale del comparto area sanitaria	137	1.936	1.665
RUOLO TECNICO	**56**	**930**	**240**
Dirigenti	1	22	6
Personale del comparto area tecnica	55	908	234
RUOLO PROFESSIONALE	**5**	**49**	**31**
Dirigenti	4	44	31
Personale del comparto area professionale	1	5	
RUOLO AMMINISTRATIVO	**35**	**551**	**272**
Dirigenti	7	101	41
Personale del comparto area amministrativo	28	450	231
TOTALE	**544**	**4.696**	**3.169**

Tabella 22: Dettaglio fabbisogni per profili

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il costo medio annuo è stato calcolato considerando i costi del personale a tempo indeterminato riportati a Consuntivo 2018, rispetto al personale in servizio al 31.12.2018.

Costo medio da CE	
Qualifica	**Ciosto medio annuo**
Dirigenti medici	104.006
Dirigenti non medici	90.125
Comparto	43.951

Tabella 23: Costo medio

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale entri in servizio a partire dal secondo semestre degli anni 2019-2021, per cui è stato considerato il 50% della manovra annuale prevista, tale ipotesi scaturisce dalla necessità di legare le procedure di reclutamento a quelle di riorganizzazione sia della nuova Rete ospedaliera (DCA n. 103/2018) sia della nuova rete territoriale (DCA 83/2019).

Si determinano quindi i valori riportati nella seguente tabella:

Stima impatto manovra			
	2019	**2020**	**2021**
Valorizzazione 2019	21.446	42.893	42.893
Valorizzazione 2020		142.811	285.623
Valorizzazione 2021			99.659
Valorizzazione	**21.446**	**185.704**	**428.174**

Tabella 24: Stima impatto manovra – fabbisogno

L'impatto economico stimato è pari a:

- maggiori costi per 21.446 €/000 nel 2019;
- maggiori costi per 185.704 €/000 nel 2020;
- maggiori costi per 428.174 €/000 nel 2021.

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che sulla base dell'aliquota di riferimento (8,5% del costo) calcolata rispetto al valore della manovra a cui è stata aggiunta la relativa quota di accantonamento per il mancato rinnovo del contratto 2016/2018, comporta maggiori oneri:

- ca. 1.886 €/000 nel 2019;
- ca. 16.334 €/000 nel 2020;
- ca. 37.661 €/000 nel 2021.

fonte: http://burc.regione.campania.it

IRAP			
	Manovra 2019	Manovra 2020	Manovra 2021
IRAP (8,5% della manovra)	1.886	16.334	37.661
Totale	**1.886**	**16.334**	**37.661**

Tabella 25: Stima impatto manovra IRAP

ınfine, la presente manovra comporterà costi aggiuntivi anche in relazione agli accantonamenti per rinnovi contrattuali, che applicando le percentuali di rinnovo desumibili dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017 per il triennio 2016/2018 (3,48%) e le percentuali desumibili dalla legge di bilancio 2019 per il triennio 2019-2021 (1,3% per il 2019, 1,65% per il 2020, 1,9% per il 2021) risultano, come di seguito dettagliate:

- ca. 856 €/000 nel 2019;
- ca. 6.666 €/000 nel 2020;
- ca. 16.237 €/000 nel 2021.

Si evidenzia che a seguito dell'attuazione della manovra esposta, i costi del personale risulteranno all'interno del tetto di spesa fissato, in base a quanto disposto dall'art. 11 comma 1 D.L. n. 35/2019, nel costo dell'anno 2004 ridotto del 1,4%.

Ai fini del suddetto comma 1, la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. La predetta spesa è considerata al netto degli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Utilizzo fondi vincolati anni precedenti

La Regione ha provveduto ad effettuare un'analisi volta al monitoraggio degli "utilizzi fondi vincolati anni precedenti" che si prevede saranno contabilizzati dalle Aziende nelle annualità 2019-2021.

Come già esposto in precedenza gli utilizzi relativi ai conti tendenziali 2019, 2020 e 2021 sono stati mantenuti costanti, pari al valore rilevato in sede di Consuntivo 2018 (pari a ca. 61.102 €/000).

Tale previsione tendenziale si basa sull'ipotesi di pieno utilizzo della quota incassata dei fondi vincolati (obiettivi di piano e piano della prevenzione) relativi alle annualità fino al 2018 (compreso) principalmente per la sola parte incassata dalla Regione, al 10 Ottobre 2019. Le manovre del triennio 2019-2021 riguardano utilizzi relativi ai fondi vincolati ad anni precedenti per un importo complessivo pari a ca. 420.406 €/000, di cui utilizzi maggiori di ca. 237.100 €/000 rispetto a quanto previsto dai conti tendenziali 2019,2020 e 2021.

Alle nuove attività sanitarie implementate tramite il maggior utilizzo dei fondi vincolati, relativi ad anni precedenti, corrisponde un incremento dei costi operativi. Tali costi non crescono in modo proporzionale ai ricavi in quanto le Aziende sono impegnate in un utilizzo più efficiente di tutte le risorse a disposizione. Si sottolinea infatti che la realizzazione di un progetto non comporta necessariamente un aumento direttamente proporzionale dei relativi costi, in quanto la maggior parte delle attività ad esso correlate rientrano nelle attività "ordinarie" di erogazione LEA.

Anni	Manovra €/000	Tendenziale €/000	Delta
Utilizzi 2019	89.102	61.102	28.000
Utilizzi 2020	97.890	61.102	36.789
Utilizzi 2021	233.412	61.102	172.310
Totale	**420.406**	**183.306**	**237.100**

Tabella 26: Dettaglio manovra

Di seguito si rappresenta il dettaglio degli utilizzi:

- **Utilizzi 2019**: ca. 89.102 €/000 di cui 56.305 €/000 quale residuo fondo delle quote incassate dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano triennio 2014-2016, e ca. 32.797 €/000 quale ca. il 35% della quota incassata sugli obiettivi di piano FSN 2017;
- **Utilizzi 2020**: ca. 97.890 €/000 imputabili principalmente a ca. 36.789 €/000 quale 45% delle quote incassate dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano sull'annualità FSN 2018 e ca. 61.102 €/000 quale 65% della quota residua incassata dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano annualità FSN 2017
- **Utilizzi 2021**: ca. 233.412 €/000 imputabili principalmente a ca. 46.049 €/000 quale quota residua dei saldi degli obiettivi di piano dell'annualità 2014 che si prevede di incassare anche in considerazione del documento programmatico triennale 14-16 (DCA n.134 del 2016) e della trasmissione e rendicontazione dei progetti ai Ministeri competenti, ca. 45.963 €/000 quale 55% della quota residua incassata sugli obiettivi di piano annualità FSN 2018, ca. 82.000 €/000 corrispondente a ca. il 100% della quota residua degli obiettivi di piano annualità FSN 2019 e ca. 59.400 €/000 corrispondente al 70% della quota relativa agli obiettivi di piano annualità FSN 2020.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative

Ai fini del calcolo del risparmio potenziale derivante dall'abbattimento delle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro e delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), è stata ipotizzata una riduzione percentuale della spesa per singola AA.SS., rispetto a quella rilevata a Consuntivo 2018, alla luce della normativa europea sugli orari di lavoro ed alle procedure di reclutamento poste in essere dalla Regione in esecuzione dei Piani del Fabbisogno Triennali del Personale 2018/2020.

In particolare, per quanto riguarda le *prestazioni aggiuntive* erogate fuori dall'orario di lavoro il valore rilevato a Consuntivo 2018 è pari a 38.523 €/000 così suddiviso:

CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	CE CONS 2018
BA1380	***B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato***	**A**
BA1390	*B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000*	
201	*ASL AV*	1.550
202	*ASL BN*	163
203	*ASL CE*	-
204	*ASL NA1*	6.835
205	*ASL NA2*	1.833
206	*ASL NA3*	240
207	*ASL SA*	14.539
901	*AO CARDARELLI*	1.031
902	*AO SANTOBONO*	1.656
903	*AO DEI COLLI*	787
904	*AO RUGGI*	4.840
905	*AO MOSCATI*	2.090
906	*AO RUMMO*	717
907	*AO SAN SEBASTIANO*	754
908	*AOU SUN*	577
909	*AOU FEDERICO II*	873
910	*IRCCS PASCALE*	39
Totale		**38.523**

Tabella 27: Prestazioni aggiuntive Consuntivo 2018

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive nella misura:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il risparmio stimato per il triennio 2019-2021 è stato calcolato considerando i dati riportati dalle singole Aziende nel CE Consuntivo della voce nella voce “B.2.A.15.3.A) - Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000”.

Applicando le suddette percentuali di abbattimento delle prestazioni aggiuntive si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2019 a ca. 3.899 €/000;
- per il 2020 a ca. 11.789 €/000;
- per il 2021 a ca. 19.806 €/000.

Si precisa che a seguito di ricognizione, le Aziende della Regione hanno rappresentato, che ad oggi la mancata progressiva riduzione della voce di costo in oggetto, è dovuta principalmente sia ai tempi di conclusione delle procedure di reclutamento di personale nonché alla contestuale cessazione di personale dipendente a seguito dei collocamenti in quiescenza, nell’ultimo triennio il cui trend permane anche nel primo semestre 2019. Dall’analisi dei dati pervenuti è emerso che le aziende fanno ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall’orario di lavoro prevalentemente per le seguenti discipline:

- Anestesia e rianimazione;
- Medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza;
- Radiologia.

Si segnala che le avviate procedure concorsuali, sia a tempo indeterminato che determinato, registrano un numero insufficiente di domande di partecipazione rispetto al numero dei posti messi a concorso che non riescono a soddisfare le reali esigenze delle aziende e comportano di fatto, al fine di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza, l’utilizzo dell’istituto contrattuale di che trattasi.

A seguito dell’attuazione dei processi di reclutamento finalizzati alla copertura del fabbisogno di personale regionale, la Regione Campania ha come obiettivo una graduale riduzione anche dei costi legati al ricorso a *forme di lavoro alternative* (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), il cui valore rilevato Consuntivo 2018 è pari a 102.280 €/000 così suddiviso:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Manovra 2019		
CODICE	**VOCE MODELLO CE (€/000)**	**CONSUNTIVO 2018**
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.641
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	18.697
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.025
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.520
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.441
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.118
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.660
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.178
Totale		**102.280**

Tabella 28: Forme di lavoro alternative Consuntivo 2018

E' disposto quindi a livello regionale un progressivo abbattimento dei costi destinati alle forme di lavoro alternative nella misura:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Si rileva che la percentuale di riduzione prevista per l'anno 2019 risulta in linea con la proiezione dei costi registrati al III trimestre 2019, in quanto nell'ambito delle procedute di reclutamento le Aziende hanno privilegiato nei limiti consentiti la riduzione di tale forma di lavoro.

Manovra 2019				
CODICE	**VOCE MODELLO CE (€/000)**	**TENDENZIALE 2019**	**MANOVRA 2019**	**PROGRAMMATICO 2019**
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.805	1.381	12.424
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	18.922	1.892	17.030
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.481	3.848	34.633
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.598	660	5.938
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	28.276	2.828	25.448
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.131	113	1.018
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.740	674	6.066
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.204	220	1.984
Totale		**116.157**	**11.616**	**104.541**

fonte: http://burc.regione.campania.it

Manovra 2020				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2020	MANOVRA 2020	PROGRAMMATICO 2020
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.915	4.175	9.740
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	19.073	5.722	13.351
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.789	11.637	27.152
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.651	1.995	4.656
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.751	4.725	11.026
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.140	342	798
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.794	2.038	4.756
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.222	667	1.555
Totale		**104.335**	**31.301**	**73.034**

Manovra 2021				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2021	MANOVRA 2021	PROGRAMMATICO 2021
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	14.026	7.013	7.013
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	19.226	9.613	9.613
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	39.099	19.550	19.549
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.704	3.352	3.352
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.877	7.939	7.938
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.149	575	574
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.848	3.424	3.424
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.240	1.120	1.120
Totale		**105.169**	**52.586**	**52.583**

Tabella 29 : Stima impatto manovra costi forme di lavoro alternative

Applicando le suddette percentuali di abbattimento ai costi legati al ricorso a forme di lavoro alternative si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2019 ammonterà a ca. 11.616 €/000;
- per il 2020 ammonterà a ca. 31.301 €/000;
- per il 2021 ammonterà a ca. 52.586 €/000.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Gli investimenti in Sanità

Di seguito si riporta l'impatto economico derivante dall'attuazione degli interventi previsti in materia di investimenti in Sanità.

A tal proposito sono stati analizzati gli investimenti programmati nell'ambito del DCA 100/18 "Documento programmatico accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari art 20 Legge 67/88" che ammontano a ca. 1.029.300 €/000, derivanti:

- dal residuo della Delibera Cipe n. 52/1998 per 417.800 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 65/2002 per 43.700 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 98/2008 per 255.200 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 97/2008 per 312.700 €/000.

Tali importi non comprendono la quota di cofinanziamento regionale pari a 54.173 €/mln, come di seguito dettagliato:

Quadro finanziario: Risorse disponibili [€/1000]				
Tipologia investimento	**Quota Stato**	**Quota Regione**	**Totale**	**Coefficiente ammortamento D.Lgs. 118/11**
	A	**B**	**C=A+B**	
Edilizia	914.296	48.121	962.417	3%
Attrezzature	114.982	6.052	121.034	20%
Totale	**1.029.278**	**54.173**	**1.083.450**	

Tabella 30: Quadro Finanziario

A tali tipologie di investimento sono stati applicati i coefficienti di ammortamento previsti dall'allegato 3 del D.Lgs.118/11, pari rispettivamente, al 20% per gli investimenti relativi alle attrezzature e al 3% per gli investimenti relativi all'edilizia.

La tabella di seguito riporta la valorizzazione economica della manovra che prevede per l'anno:

- 2019 l'attivazione del 30% degli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca.15.924 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11;
- 2020 l'attivazione del 70% degli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca. 37.155 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11;
- 2021 l'attivazione di tutti gli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca. 53.079 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sintesi manovra investimenti in Sanità [€/1000]			
	2019	**2020**	**2021**
A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	**15.924**	**37.155**	**53.079**
B.12.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	8.662	20.210	28.872
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7.262	16.945	24.207
Impatto a CE	-	-	-

Tabella 31: Sintesi manovra

Si precisa che per il 2021 tali investimenti trovano riscontro anche nella minore rettifica dei contributi FS per investimenti (stimata in ca. 8.000 €/000), dal momento che le Aziende ricorrono in misura inferiore al finanziamento corrente per la realizzazione degli investimenti.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La politica del farmaco e dei dispositivi medici

Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

L'utilizzo dei farmaci biosimilari rappresenta un obiettivo primario per la Regione Campania al fine di recuperare risorse. Attraverso l'utilizzo di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari e mediante una reportistica da inviare alle Direzioni Generali delle AA.SS. dalla quale si evince l'andamento prescrittivo dei Medici e la spesa sostenuta. La Regione mira a conseguire, nel triennio 2019-2021, risparmi potenziali di seguito dettagliato.

In sintesi sulla base della spesa sostenuta per alcune classi di biosimilari nell'anno 2018 considerando l'introduzione sul mercato di nuovi farmaci biosimilari ad alto impatto economico e di consumo si sono effettuate delle stime di risparmio.

Per il 2019 il risparmio è stimato in ca 11.708 €/000 così ripartiti:
- EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 62% al 70% di consumo). Risparmio: 2.533 €/000
- ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilaredal 20% al 35% di consumo). Risparmio: 3.686 €/000
- INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 42% al 70% di consumo). Risparmio 2.906 €/000
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 25% al 35% di consumo). Risparmio 2.583 €/000

Per il 2020 il risparmio è stimato in ca 37.820 €/000 così ripartiti:
- EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo).Risparmio 6.312 €/000
- ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo). Risparmio 3.686 €/000
- INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 70% al 90% di consumo). Risparmio 1.405 €/000
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo).Risparmio 2.583 €/000
- ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 25 % di consumo rispetto al biologico originator). Risparmio 8.574 €/000
- TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 50% di consumo rispetto al biologico originator). Risparmio 15.260 €/000

Per il 2021 il risparmio è stimato in ca 12.553 €/000 così ripartiti:
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo). Risparmio 1.284 €/000
- ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 25% al 50% di consumo). Risparmio 8.574 €/000

fonte: http://burc.regione.campania.it

- TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 50% al 70% di consumo). Risparmio 2.695 €/000

Analisi biosimilari - Risparmio simato [€/000]				
Dettaglio	2019	2020	2021	Totale
EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)	2.533	6.312		**8.845**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 62% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)	3.686	3.686		**7.371**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 20% al 35% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo)				
INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)	2.906	1.405		**4.311**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 42% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)	2.583	2.583	1.284	**6.449**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 25% al 35% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)		8.574	8.574	**17.148**
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 25% di consumo rispetto al biologico originator)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 25% al 50% di consumo)				
TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)		15.260	2.695	**17.956**
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 50% di consumo rispetto al biologico originator)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 50% al 70% di consumo)				
Totale	**11.707**	**37.819**	**12.553**	**62.080**
Totale cumulato	**11.707**	**49.527**	**62.080**	

Tabella 32: Tabella di dettaglio

Ulteriori potenziali risparmi si effettueranno grazie all'utilizzo di altri biosimilari quali il pegfilgastrim i fattori di crescita leucocitari (questi ultimi già vedono un utilizzo % vicino al 90 in Regione Campania) EBPM.

Tenuto conto del risparmio atteso nel triennio 2019-2021, si è ritenuto comunque prudenziale considerare nell'ambito dei conti economici programmatici i seguenti risparmi:

- per il 2019 pari a ca. 6.000 €/000;
- per il 2020 pari a ca. 30.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2019);
- per il 2021 pari a ca. 40.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2020).

Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

L'attuazione del modello di logistica regionale centralizzata dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto rappresenta un obiettivo primario per la, Regione Campania al fine di recuperare risorse. Attraverso la riduzione della fuga dei farmaci A-PHT in regime di convenzionata la Regione mira a conseguire, nel triennio 2019-2021, risparmi potenziali per circa 5 €/000. La centralizzazione degli approvvigionamenti permette di

fonte: http://burc.regione.campania.it

ottimizzare le risorse economiche tanto per quanto concerne la residuale fuga dei farmaci in regime convenzionato tanto per quanto concerne la gestione delle giacenza e degli scaduti.

Il risparmio pari a ca. 5.000 €/000 è stato calcolato sull'ulteriore efficientamento del sistema, che permetterebbe di evitare la fuga in convenzione dei farmaci A-PHT, tale dato è stato elaborato dal CIRFF attraverso il report Pharma Campania Report anno 2018 al quale si aggiungerebbe il risparmio progressivo annuale correlato alle procedure centralizzate di acquisto e stoccaggio descritte nel presente Piano effettuate mediante una analisi dell'andamento degli acquisti, della gestione delle giacenze, degli indici di rotazione dei farmaci e dei consumi delle sette AA.SS.LLL. effettuata dal Gruppo di esperti Regionale DPC.

In sintesi nell'ambito dei conti economici programmatici si è ritenuto prudenziale considerare esclusivamente il risparmio di 5.000 €/000 così suddiviso:

- per il 2019 pari a ca. 1.000 €/000;
- per il 2020 pari a ca. 3.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2019);
- per il 2021 pari a ca. 5.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2020).

fonte: http://burc.regione.campania.it

Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie

In materia la Regione ha emanato:

- il DCA n.41 del 29/05/2018 avente ad oggetto "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macro-area della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78";
- il DCA n.43 del 31/05/2018 avente ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza termale e presa d'atto dei consuntivi della spesa termale 2015-2017";
- il DCA n.48 del 21/06/2018 avente ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera".;
- il DCA n.53 del 29/06/2018 avente ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice e SUAP" successivamente integrato con DCA n.96 del 16/11/2018;
- il DCA n.84 del 31/10/2018 avente ad oggetto: "Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2018 e altre disposizioni relative all'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private".

Con riferimenti ai tetti dell'assistenza ospedaliera e specialistica si conferma il rispetto dei vincoli previsti dal decreto legge n. 95/2012, come illustrato nel Quadro Spending Review del DCA n. 48/2018 e nelle successive note di chiarimento invitate dalla Struttura Commissariale.

Per l'assistenza ospedaliera il budget previsto è pari a ca. 861.168 €/000 all'anno, relativo alle Case di Cura private accreditate, agli Ospedali Classificati e all'IRCCS Maugeri, e agli ulteriori 54.000 €/000 annui, così come previsto dal DCA n.48/2018. Di conseguenza si rilevano maggiori costi per:

- ca. 54.687 €/000 per il 2019;
- ca. 54.687 €/000 per il 2020;
- ca. 54.687 €/000 per il 2021.

Per l'assistenza specialistica ambulatoriale, la dialisi e le prestazioni di FKT il budget previsto è pari a ca. 538,3 €/mln all'anno, comprensivo della quota riconosciuta agli Ospedali Classificati per le prestazioni fornite (stimata pari a ca. 8,2 €/mln, pari al Consuntivo 2018), come previsto dal DCA n.84/2019. Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 6.552 €/000 per il 2019;
- ca. 6.552 €/000 per il 2020;
- ca. 6.552 €/000 per il 2021.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 il budget previsto è pari a ca. 302,4 €/mln all'anno. Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 5.768 €/000 per il 2019;
- ca. 8.234 €/000 per il 2020;
- ca. 10.720 €/000 per il 2021.

Per l'assistenza termale il budget previsto è pari a ca. 22 €/mln all'anno. Di conseguenza i maggiori costi stimati sono pari a:

- ca. 4.344 €/000 per il 2019;
- ca. 4.203 €/000 per il 2020;
- ca. 4.061 €/000 per il 2021.

Tipo Assistenza	Tetti 2019	Tetti 2020	Totale 2021
Ass. ospedaliera	861.168	861.168	861.168
Ass. Riabilitativa	302.430	302.430	302.430
Ass. Specialistica	538.392	538.392	538.392
Ass. Termale	22.000	22.000	22.000

Tabella 33: Tetti di spesa anno 2019-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

Valorizzazione economica dei Programmi Operativi

Consolidato SSR Campania										
ID	CONTO ECONOMICO	Tendenziale 2019	Tendenziale 2020	Tendenziale 2021	Manovra 2019	Manovra 2020	Manovra 2021	Programmatico 2019	Programmatico 2020	Programmatico 2021
	€/000	C	D	E	F	G	H	I=C+F	L=D+G	M=E+H
A.1.1	Contributi F.S.R. Indistinto	10.296.899	10.483.299	10.623.099	0	0	0	10.296.899	10.483.299	10.623.099
A.1.2	Contributi F.S.R. Vincolato	263.277	267.758	263.277	0	0	0	263.277	267.758	263.277
A1	Contributi F.S.R.	10.560.176	10.751.057	10.886.376	0	0	0	10.560.176	10.751.057	10.886.376
A.2.A	Saldo Mobilità Infra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.2.B	Saldo Mobilità Extra	- 319.012	- 319.021	- 319.030	0	0	0	- 319.012	- 319.021	- 319.030
A.2.5	Saldo Infragruppo Regionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.2.6	Saldo Mobilità Internazionale	- 25.986	- 8.250	- 8.250	0	0	0	- 25.986	- 8.250	- 8.250
A2	Saldo Mobilità	- 344.999	- 327.271	- 327.280	0	0	0	- 344.999	- 327.271	- 327.280
A.3.1	Utilizzo Fondi Per Quote Inutilizzate Contribut	70.794	70.794	88.944	63.000	85.789	257.851	133.794	156.583	346.795
A.3.2	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	70.464	61.565	57.814	0	0	0	70.464	61.565	57.814
A.3.3	Ticket	54.685	54.685	54.685	0	0	0	54.685	54.685	54.685
A.3.4	Altre Entrate Proprie	132.935	132.935	132.935	0	0	0	132.935	132.935	132.935
A3	Entrate Proprie	328.878	319.979	334.378	63.000	85.789	257.851	391.878	405.768	592.229
A4	Saldo Intramoenia	7.387	7.387	7.387	0	0	0	7.387	7.387	7.387
A5	Rettifica Contributi Per Destinazione Ad Investi	- 89.725	- 89.725	- 89.725	0	0	8.000	- 89.725	- 89.725	- 81.725
A	**Totale Ricavi Netti**	**10.461.718**	**10.661.427**	**10.811.136**	**63.000**	**85.789**	**265.851**	**10.524.718**	**10.747.216**	**11.076.987**
B.1.A	Personale Dipendente	2.524.084	2.524.084	2.524.084	21.445	185.704	428.175	2.545.529	2.709.788	2.952.259
B.1.B	Personale Non Dipendente	151.655	152.177	152.703	- 6.527	- 19.739	- 33.162	145.128	132.438	119.541
B1	Personale	2.675.739	2.676.261	2.676.787	14.918	165.965	395.013	2.690.657	2.842.226	3.071.800
B2	Prodotti Farmaceutici e Emoderivati	1.237.230	1.274.382	1.312.777	- 6.000	- 30.000	- 40.000	1.231.230	1.244.382	1.272.777
B.3.1	Altri Beni Sanitari	524.126	537.649	552.793	0	0	0	524.126	537.649	552.793
B.3.2	Beni Non Sanitari	22.305	22.482	22.662	0	0	0	22.305	22.482	22.662
B.3.3	Servizi	1.186.337	1.192.770	1.204.641	- 5.878	5.112	27.059	1.180.459	1.197.882	1.231.700
B3	Altri Beni E Servizi	1.732.768	1.752.901	1.780.096	- 5.878	5.112	27.059	1.726.890	1.758.013	1.807.155
B.4.1	Ammortamenti E Sterilizzazioni	12.553	12.553	12.553	0	0	0	12.553	12.553	12.553
B.4.2	Costi Sostenuti In Economia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.4.3	Rettifica Contributi F.S.R. Per Destinazione A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.4.4	Rettifica Contributi Pubblici Per Destinazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	12.553	12.553	12.553	0	0	0	12.553	12.553	12.553
B.5.1	Accantonamenti Rischi	337.610	337.610	337.610	0	0	0	337.610	337.610	337.610
B.5.2	Accantonamenti Sumai (+Tfr)	9.148	9.148	9.148	0	0	0	9.148	9.148	9.148
B.5.3	Altri Accantonamenti	19.630	19.630	19.630	0	0	0	19.630	19.630	19.630
B.5.4	Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali	117.467	130.350	139.453	856	6.666	16.238	118.324	137.016	155.691
B.5.5	Accantonamenti per quote inutilizzate di conti	179.361	117.391	61.160	0	0	0	179.361	117.391	61.160
B5	Accantonamenti	663.215	614.129	566.999	856	6.666	16.238	664.071	620.795	583.237
B6	Variazione Rimanenze	- 26.977	- 26.977	- 26.977	0	0	0	- 26.977	- 26.977	- 26.977
B	**Totale Costi Interni**	**6.294.528**	**6.303.249**	**6.322.235**	**3.896**	**147.743**	**398.310**	**6.298.424**	**6.450.991**	**6.720.545**
C1	Medicina Di Base	651.808	651.808	651.808	0	0	0	651.808	651.808	651.808
C2	Farmaceutica Convenzionata	810.140	810.140	810.140	- 1.000	- 3.000	- 5.000	809.140	807.140	805.140
C.3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	806.481	806.481	806.481	54.687	54.687	54.687	861.168	861.168	861.168
C.3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	776.180	778.030	779.895	- 6.552	- 6.552	- 6.552	769.628	771.478	773.343
C.3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra O	308.198	310.664	313.150	- 5.768	- 7.900	- 9.939	302.430	302.765	303.211
C.3.4	Altre Prestazioni Da Privato	501.549	503.888	506.246	7.454	33.456	69.570	509.003	537.344	575.816
C3	Prestazioni Da Privato	2.392.408	2.399.063	2.405.772	49.821	73.692	107.766	2.442.229	2.472.755	2.513.538
C	**Totale Costi Esterni**	**3.854.357**	**3.861.012**	**3.867.721**	**48.821**	**70.692**	**102.766**	**3.903.178**	**3.931.704**	**3.970.487**
D	**Totale Costi Operativi**	**10.148.885**	**10.164.261**	**10.189.956**	**52.717**	**218.434**	**501.076**	**10.201.602**	**10.382.695**	**10.691.032**
E	**Margine Operativo**	**312.833**	**497.167**	**621.180**	**10.283**	**- 132.645**	**- 235.225**	**323.116**	**364.521**	**385.955**
F1	Svalutazione Crediti, Rivalutazioni e Svalutazio	10.018	10.099	10.180	0	0	0	10.018	10.099	10.180
F2	Saldo Gestione Finanziaria	42.338	42.338	42.338	0	0	0	42.338	42.338	42.338
F.3.1	Irap	206.439	206.641	206.844	1.886	16.334	37.661	208.325	222.975	244.505
F.3.2	Ires	2.710	2.732	2.754	0	0	0	2.710	2.732	2.754
F.3.3	Altri Oneri Fiscali	20.795	20.962	21.130	0	0	0	20.795	20.962	21.130
F3	Oneri Fiscali	229.944	230.335	230.728	1.886	16.334	37.661	231.830	246.669	268.389
F.4.1.a	Componenti Straordinarie Attive	47.306	19.860	19.860	- 0	- 0	- 0	47.306	19.860	19.860
F.4.1.b	Componenti Straordinarie Passive	84.174	82.329	82.329	0	0	0	84.174	82.329	82.329
F4	Saldo Gestione Straordinaria	36.868	62.469	62.469	0	0	0	36.868	62.469	62.469
F	**Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie**	**319.167**	**345.240**	**345.714**	**1.886**	**16.335**	**37.661**	**321.054**	**361.575**	**383.376**
	Totale Costi	**10.468.052**	**10.509.501**	**10.535.671**	**54.604**	**234.769**	**538.737**	**10.522.655**	**10.744.270**	**11.074.408**
G	**Risultato Economico**	**- 6.334**	**151.926**	**275.465**	**8.396**	**- 148.980**	**- 272.886**	**2.062**	**2.946**	**2.579**
H	**Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
I	**Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA**	**- 6.334**	**151.926**	**275.465**	**8.396**	**- 148.980**	**- 272.886**	**2.062**	**2.946**	**2.579**

Tabella 34: Programmatico 2019-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 83 DEL 31/10/2019

OGGETTO: Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021.
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, acta vi: "completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio").

VISTA Ia legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)"* e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente *pro tempore* della Regione Campania quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale sub Commissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 che:

- assegna "al commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza,appropriatezza,sicurezza e qualità, nei termini indicati dai tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente";
- individua nell'ambito del mandato sopra specificato alcune azioni o interventi come "acta" ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto vi): "completamento e attuazione del piano di riorganizzazione territoriale, in coerenza con i tavoli tecnici di monitoraggio";

VISTA la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *"nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad Acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 1230 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni di emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia " misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro";*

CONSIDERATO

- che la Regione Campania con DCA n.103 del 28.12.2018 ha approvato il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015;

- che occorre adottare un piano organico di programmazione dell'assistenza territoriale definendo in un documento complessivo l' offerta di assistenza territoriale attuale e programmata per tutte le tipologie di assistenza in coerenza con il DPCM del 12.01.2017 "definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza";

VISTO il documento "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021", allegato al presente provvedimento, che definisce l'offerta e il modello organizzativo funzionale dell'assistenza territoriale, e, in particolare, individua e descrive**:**

- il ruolo del distretto e dei dipartimenti strutturali (prevenzione, salute mentale, dipendenze);
- la riprogettazione delle cure primarie e del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale;
- la configurazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio;
- i percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio;
- gli strumenti di governante delle attività territoriali;

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

- il potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali a supporto della rete territoriale; nonché della telemedicina a domicilio;
- la definizione dei fabbisogni dell'offerta pubblica e privata accreditata, delle tariffe, nonché degli interventi di edilizia sanitaria programmati;
- il ruolo delle reti assistenziali in particolare di quelle connesse alle malattie croniche;
- il crono programma delle azioni di riorganizzazione, della pianificazione attuativa aziendale, e del relativo monitoraggio;
- la valutazione dell'impatto economico;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa della Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR.

DECRETA

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato

1. di **APPROVARE** il documento "*Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021*", allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

2. di **NOTIFICARE** il presente provvedimento a tutte le Aziende Sanitarie;

3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento, attraverso la procedura SIVEAS, al tavolo di Verifica per la valutazione di competenza, con riserva di recepimento di eventuali indicazioni o prescrizioni formulate dai Ministeri vigilanti;

4. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, all'Assessore regionale al Bilancio e al finanziamento del servizio sanitario regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione DE LUCA

REGIONE CAMPANIA

Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sommario

Premessa **1**
1 Situazione socio-demografica ed epidemiologica della Regione Campania **4**
a. Le dinamiche demografiche in Regione Campania 4
b. Il territorio 11
c. La strategia regionale per le aree interne 12
d. La popolazione 13
e. Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione 20
2 Il ruolo del Distretto **34**
a. Il contesto generale di riferimento 34
b. Lo stato attuale e le criticità dell'organizzazione distrettuale. 35
c. Le funzioni del Distretto 36
d. I Distretti Sanitari della Campania 38
3 Il ruolo dei Dipartimenti Strutturali **41**
a. Dipartimento di Prevenzione 41
b. Dipartimento di Salute Mentale 43
c. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche 48
4 La governance delle attività territoriali **51**
a. Il Tavolo Tecnico Permanente per le Funzioni Territoriali 51
b. Le Aree di Coordinamento 52
c. Il Distretto 53
d. I Dipartimenti strutturali 53
e. Le Unità Operative 54
5 Le cure primarie **54**
a. Ricognizione dello stato attuale dell'assistenza primaria 54
b. Definizione del modello di cure primarie 58
c. Strumenti di integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale 64
d. Azioni di organizzazione delle UCCP e AFT 65
e. Ospedale di Comunità 67
f. Poliambulatori 69
6 Le attività Consultoriali e l'Area Materno-infantile **70**
a. I Consultori Familiari 70
b. L'Attuale offerta dei Consultori 73
c. Percorso Nascita 78
d. La fase prenatale 78

e. La tutela della nascita 79
f. I Primi 1000 giorni di vita e la presa in carico 81
g. L'età della transizione della presa in carico 81
7 L'Area dell'assistenza sociosanitaria 83
a. Assistenza sociosanitaria alla disabilità 83
b. Assistenza sociosanitaria agli adulti e anziani non autosufficienti 89
c. Assistenza sociosanitaria a Malati Terminali e Cure Palliative 93
d. Assistenza sociosanitaria per le Cure Domiciliari 97
e. L'Assistenza per i Disturbi del Neurosviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva 100
8 Il Piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e distrettuale 102
a. Definizione del modello di monitoraggio della rete territoriale 102
b. Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato di prestazioni specialistiche 103
c. Ricognizione dell'offerta regionale di assistenza extraospedaliera pubblica e privata accreditata (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale) 116
d. Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale) 132
e. Aggiornamento manuali autorizzazioni e accreditamento 144
9 Percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio. Esperienze realizzate e linee di sviluppo. 145
10 Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio 151
11 Edilizia sanitaria territoriale in coerenza con la programmazione 153
12 Il sistema informativo sanitario a supporto della rete di assistenza territoriale 157
13 Valutazione dell'impatto economico 171
a. Ricognizione delle tariffe per tutte le tipologie di assistenza 171
b. Valutazione dell'impatto economico 174

Premessa

Quando si affronta il tema della riorganizzazione dei sistemi sanitari, la raffigurazione della dinamica demografica, l'evoluzione delle componenti naturali (nascite e morti) o sociali (immigrazioni ed emigrazioni) che modificano la consistenza e la struttura della popolazione, la disponibilità di risorse economiche, nonché l'attuale situazione dell'offerta dei servizi sanitari pubblici e privati accreditati, sia in termini quantitativi che qualitativi, rappresentano elementi di valutazione di estrema importanza.
Questo è, appunto, l'incipit del nuovo Piano Territoriale, che affronta da subito l'aspetto più considerevole della dinamica demografica, o ancor di più la causa attuale del fenomeno sanitario più rilevante, ovvero l'invecchiamento della popolazione.
Inoltre, non va dimenticato che all'incremento della popolazione anziana, aumenta il peso delle risorse da investire nella salute, sia da parte pubblica, che da parte delle famiglie.
Si è partiti, quindi, dall'attuale eterogeneità del modello regionale Campano e dalla necessità di avviare una nuova fase di sviluppo dei servizi territoriali, così come indicato dal Piano Nazionale della Cronicità, che sottolinea l'esigenza di individuare *"un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza"*.
La presa in carico di questa tipologia di pazienti richiede la progettazione di modelli a rete, che tengano conto della molteplicità di variabili in gioco non solo di tipo clinico e professionale, ma anche di natura organizzativa e di sistema.
La semplice sommatoria dei singoli interventi tradizionali sinora offerti, infatti, offre risposte inefficaci per i pazienti e inefficienti per il sistema salute, soprattutto a livello territoriale.
Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario il Piano, dopo aver descritto con chiarezza l'attuale modello organizzativo-funzionale delle strutture territoriali, le diverse attività sanitarie erogate, i molteplici attori coinvolti, nonché lo stato delle reti assistenziali ed in particolare della rete integrata ospedale-territorio, individua le linee di sviluppo per il raggiungimento degli obiettivi generali di salute prefissati.
Per ogni settore preso in rassegna dopo la rappresentazione dello stato attuale si è provveduto a configurare il nuovo modello organizzativo-funzionale tendenziale, precisando con chiarezza le diverse articolazioni funzioni da attivare, nonché i tempi di realizzazione e le modalità di verifica e monitoraggio.
In particolare, sono presi in rassegna:

- il ruolo del Distretto e segnatamente ***la riprogrammazione della centralità del Distretto Sanitario*** e il conseguente riallineamento degli attuali Dipartimenti Strutturali (Prevenzione e Salute Mentale, delle Dipendenze), quale momento fondamentale per ridefinire la governance locale e l'assetto organizzativo degli ambiti distrettuali, nonché della individuazione delle

fonte: http://burc.regione.campania.it

diverse linee assistenziali da prevedere in ogni singolo distretto ovvero in un ambito ancora più esteso, quali le aree interdistrettuali;

- la presa in carico unitaria del paziente**;**
- ***la riprogettazione delle cure primarie***, finalizzata a garantire un riassetto, ***del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale***. Tale spinta innovativa, che deve prevedere una revisione delle interdipendenze verticali e orizzontali all'interno dei nuovi modelli di assistenza territoriale, attualmente si è indirizzata verso forme aggregative dei Medici di Medicina Generale (MMG), attraverso la costruzione di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, fondamentali per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- ***la attivazione di diverse configurazioni di strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio***, per tener conto della molteplicità di variabili cliniche, professionali, organizzative e di sistema in funzione della quota crescente di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani;
- ***la messa in atto***, da parte dei Dipartimenti Strutturali e delle Aree di Coordinamento, degli strumenti operativi previsti dal governo clinico, quali i ***Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)*** per singole problematiche assistenziali e ***i percorsi di cura personalizzati***. Mentre i PDTA rappresentano gli elementi più caratterizzanti della maggior parte dei nuovi modelli integrati di interventi sanitari e socio-sanitari (in quanto assumono anche una forte valenza di tipo organizzativo), i profili di cura sempre più personalizzati di presa in carico, quali i Piani Assistenziali Individuali, garantiscono soprattutto i pazienti in condizioni di più elevata complessità sanitaria e socio-assistenziale. Tali strumenti svolgono una funzione unitaria di sintesi e di connessione dell'ampia rete di strutture e soggetti disegnati intorno al paziente. Parimenti questa rete mira a rendere il paziente parte attiva e consapevole – insieme ai suoi familiari – delle scelte terapeutiche e dell'organizzazione dello stesso percorso a lui dedicato;
- la promozione del governo clinico e del miglioramento della qualità assistenziale, attraverso la promozione di strumenti di valutazione strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali e capaci di favorire misurazioni in itinere, considerando integralmente le dimensioni della qualità delle cure (efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità), al fine di indirizzare il sistema verso una logica degli esiti e di attenzione alla qualità della vita;
- una ***più intensa alleanza pubblico-privato*** per la riprogettazione congiunta dell'innovazione nell'assistenza territoriale;
- ***il potenziamento degli attuali sistemi informativi e digitali, nonché della telemedicina a domicilio***, come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio, essenziali anche per potenziare gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei processi e degli *outcomes* e dell'importante ruolo a supporto dei processi decisionali;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- la definizione di chiari percorsi e procedure per la valutazione e il monitoraggio della pianificazione attuativa aziendale;
- ***la definizione*** dei fabbisogni dell'offerta pubblica e privata accreditata, delle tariffe, nonché degli interventi di edilizia sanitaria programmati;
- il ruolo delle **reti assistenziali** in particolare di quelle connesse alle **malattie croniche** e all'integrazione territorio-ospedale e i diversi strumenti di governo clinico utilizzati, in un'ottica di forte intersettorialità.

A concludere, si è affrontata la valutazione dell'impatto economico, necessario per affrontare la sostenibilità delle nuove scelte di sistema.

Resta inteso che l'efficacia del nuovo Piano dipende dall'attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilità, Regione, Aziende Sanitarie e Comuni per quanto di competenza, tutti chiamati a trasformare gli obiettivi in progetti specifici e ad attuarli.

Investire nella qualificazione delle risorse umane, adottare soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci, adeguare le attività sanitarie in termini di esiti clinici agli standard quantitativi e qualitativi prefissati dal livello centrale, garantendo in tal modo i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio regionale, rappresentano le effettive direttrici su cui si svilupperà l'intero agire nel periodo temporale di riferimento.

Il presente Piano, pertanto, mette in atto azioni fortemente innovative, finalizzate ad affrontare le nuove sfide che attendono l'assistenza territoriale nei prossimi anni, indispensabili per rispondere più efficacemente alle caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute e per fondare nuovi profili di sostenibilità economica e di controllo dei costi del sistema sanitario.

È dunque naturale che il nuovo Piano Territoriale si ponga in una ottica del tutto nuova e coerente con tutti i cambiamenti cui stiamo assistendo, sul versante demografico, epidemiologico, legislativo, economico e culturale, e quindi, sul versante sanitario, trasformandosi, pertanto, rispetto al precedente Piano, da atto programmatico per le Aziende Sanitarie in Progetto di Salute condiviso e attuato in modo sinergico e interattivo.

fonte: http://burc.regione.campania.it

1 Situazione socio-demografica ed epidemiologica della Regione Campania

a. Le dinamiche demografiche in Regione Campania

Di seguito, si riportano alcuni indicatori demografici selezionati nel "Rapporto OsservaSalute 2018" dai quali si rileva, da un lato, come anche in Regione Campania il ricambio generazionale non sia più garantito e, dall'altro, come a livello regionale la speranza di vita alla nascita e il tasso di mortalità siano ancora sensibilmente lontani dal valore nazionale.

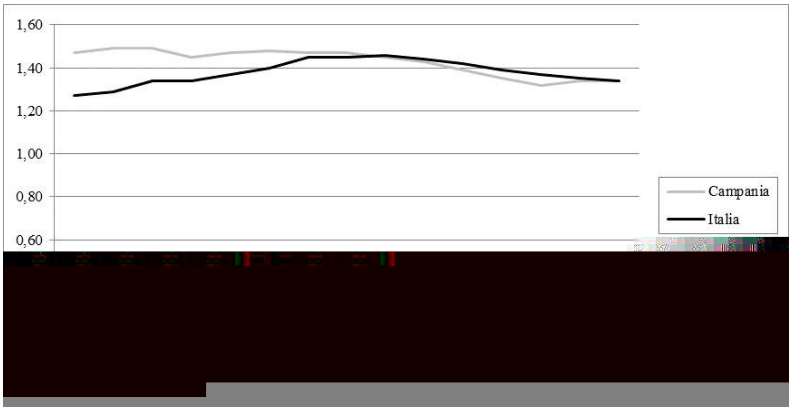
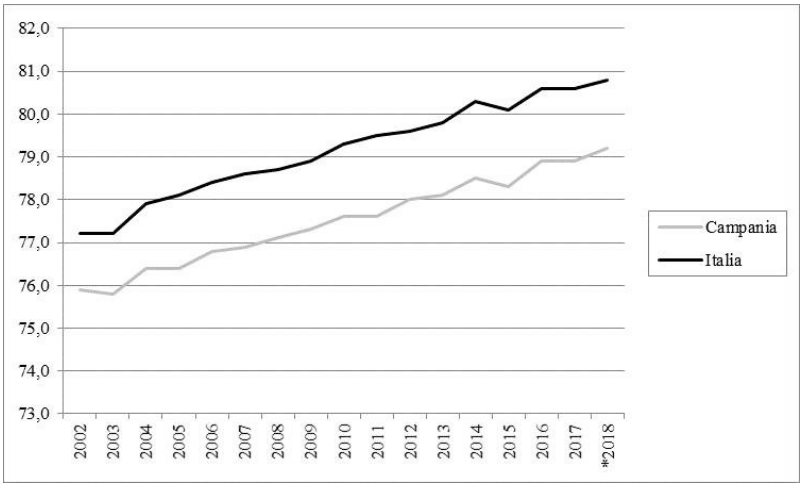


Figura 1 – Tasso di fecondità totale (numero di figli per donna) di cittadine italiane e di cittadine straniere residenti - Anni 2002-2016

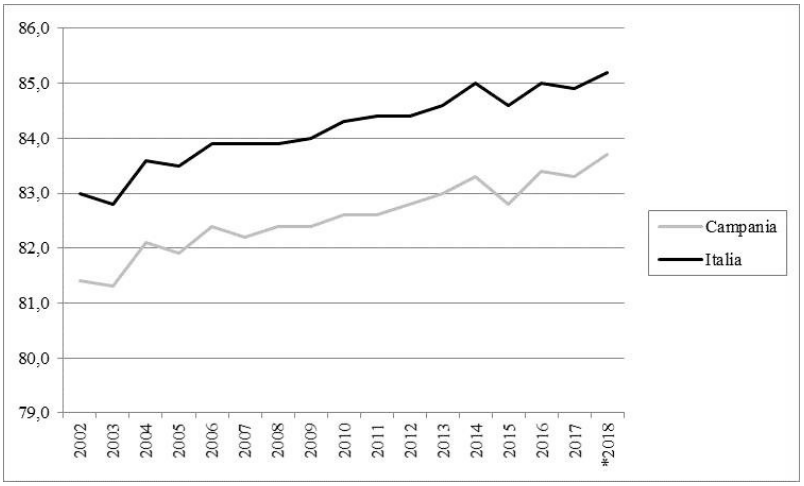
Il tasso di fecondità totale, nel 2016, è pari a 1,34 figli per donna (sovrapponibile al valore nazionale) risultando inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Nell'arco temporale 2002-2016, si osserva che la ripresa dei livelli di fecondità, in atto a livello nazionale fino al 2010, mostra in Campania un andamento caratterizzato da dati maggiori rispetto ai dati Italia fino al 2009 e da dati minori dal 2010 al 2014. Dal 2011, i valori diminuiscono sia a livello nazionale che nella regione in esame, mentre si assiste ad un lieve aumento ed una seguente stabilità dal 2014. Considerando l'intero periodo, in Campania il tasso di fecondità è diminuito dell'8,8%, in controtendenza rispetto all'andamento nazionale (+5,5%).

fonte: http://burc.regione.campania.it



*Dato provvisorio

Figura 2 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita. Maschi - Anni 2002-2018



*Dato provvisorio

Figura 3 – Speranza di vita (valori in anni) alla nascita. Femmine – Anni 2002-2018

In Regione Campania, la speranza di vita alla nascita, nel 2018, è pari a 79,2 anni per gli uomini e a 83,7 anni per le donne (valore nazionale: uomini 80,8 anni e donne 85,2 anni), valori minori tra le regioni italiane per entrambi i generi. Evidente è il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur risultando ancora consistente (+4,5 anni) a favore delle donne. Nel periodo 2002-2018, si osserva, per il genere maschile, un trend in aumento (+3,3 anni), con andamento simile a quello nazionale, ma con valori nettamente inferiori. Anche per il genere femminile si osserva un trend in aumento (+2,3 anni) ed i valori sono tutti inferiori rispetto ai valori Italia. A livello nazionale, inoltre, l'incremento nel periodo temporale considerato è stato pari a +3,6 anni per gli uomini e +2,2 anni per le donne. È da segnalare l'andamento altalenante degli ultimi quattro anni per entrambi i generi (più marcato per il genere femminile) a livello sia nazionale che regionale.

La mortalità

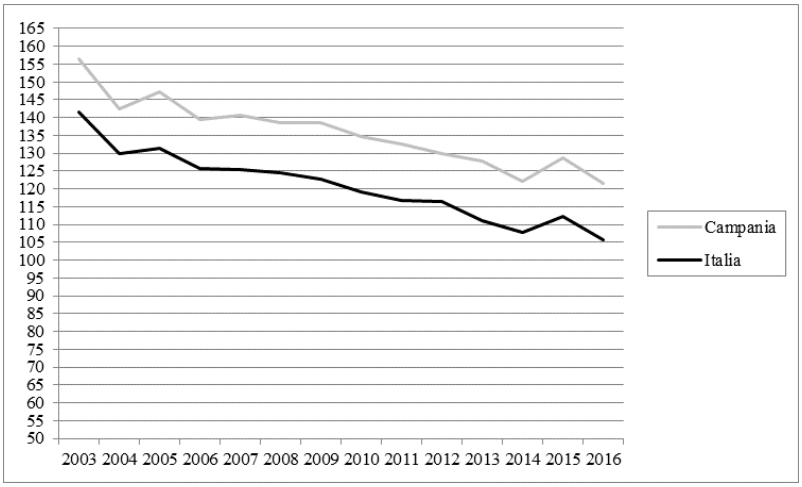


Figura 4 – Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità. Maschi – Anni 2003-2016

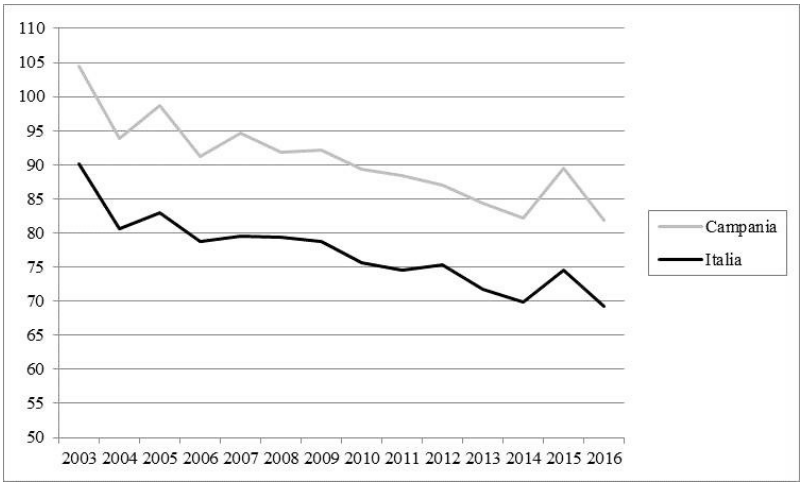


Figura 5 – Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità. Femmine – Anni 2003-2016

I dati di mortalità, nel 2016, risultano pari a 121,6 per 10.000 per gli uomini e a 81,8 per 10.000 per le donne (valore nazionale: uomini 105,8 per 10.000 e donne 69,2 per 10.000), valori più elevati tra tutte le regioni. Il decremento registrato nell'ultimo anno disponibile ritorna a seguire l'andamento di diminuzione che si era evidenziato (dal 2005 per gli uomini, dal 2007 per le donne) e che era stato interrotto dal valore in aumento registrato nel 2015. Inoltre, rispetto ai valori nazionali, i dati registrati per entrambi i generi nella regione in esame sono tutti maggiori.

fonte: http://burc.regione.campania.it

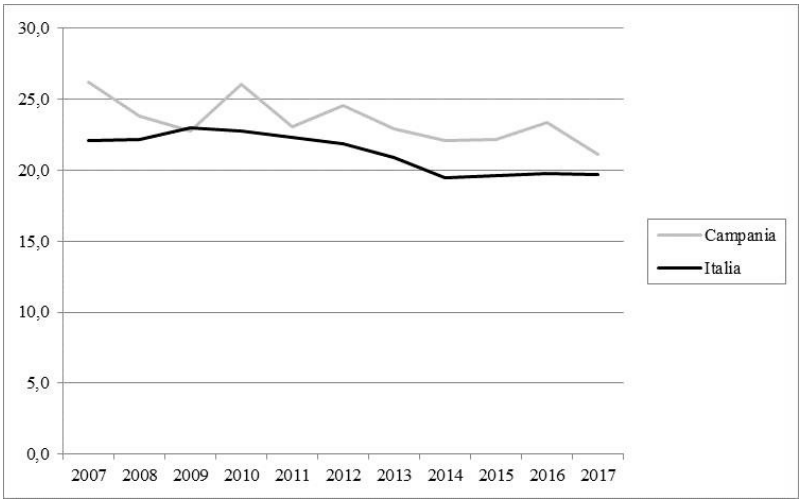


Figura 6 – Prevalenza (valori per 100) per abitudine al fumo di tabacco nella popolazione di 14 anni ed oltre. Anni 2007 -2017

Gli stili di vita

Con riferimento all'abitudine al fumo di tabacco, si evidenzia che, nel 2017, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni di età ed oltre è pari a 21,1% (valore nazionale 19,7%). Considerando il periodo 2007-2017, si registra una diminuzione (-19,5% *vs* valore nazionale -10,9%) con un andamento altalenante, mentre dal 2012 segue l'andamento nazionale, con un valore che decresce in modo simile, a parte il picco dell'anno 2016.

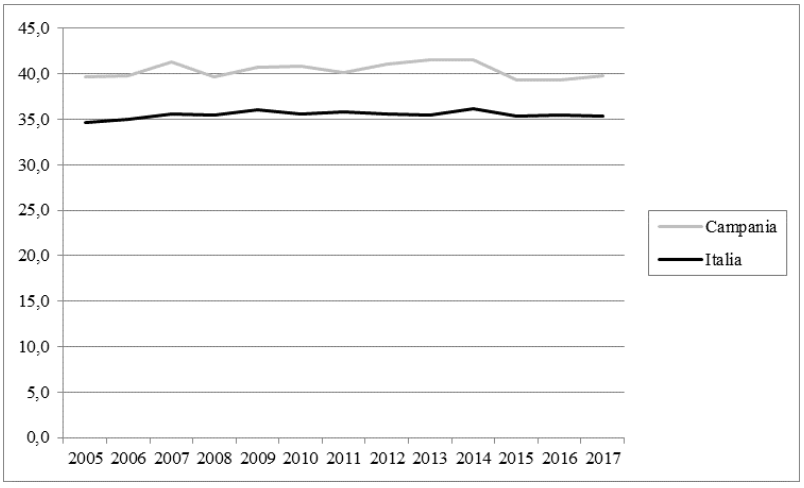


Figura 7 – Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso – Anni 2005 - 2017

Con riferimento al fenomeno del sovrappeso, si evidenzia che la prevalenza di persone di 18 anni di età ed oltre è pari, nel 2017, a 39,8% (valore nazionale 35,4%), valore in leggero aumento rispetto all'anno precedente (+1,3%). Nell'arco temporale 2005-2017, i dati della Campania risultano tutti maggiori rispetto

ai valori Italia con andamento simile a quello nazionale. Considerando l'intero periodo temporale nella regione in esame si è registrato un lieve aumento pari a +0,3% (andamento nazionale +2,0%).

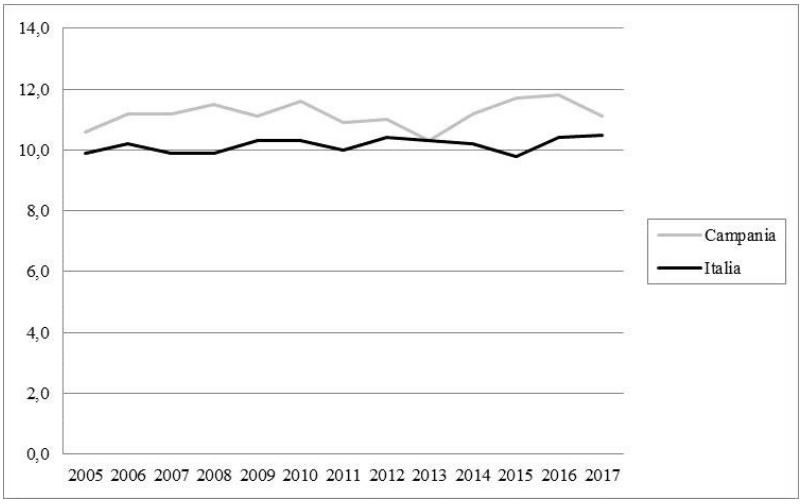


Figura 8 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese - Anni 2005 - 2017

Con riferimento al fenomeno dell'obesità, si evidenzia che la prevalenza di persone di 18 anni di età ed oltre è pari, nel 2017, a 11,1% (valore nazionale 10,5%). I dati della Campania presentano un andamento oscillante (*range* 10,3-11,8%) con valori superiori ai dati nazionali, ad eccezione del valore relativo all'anno 2013 che risulta uguale al dato Italia. I dati nazionali presentano, invece, un andamento alquanto lineare (*range* 9,8-10,5%). Da evidenziare è l'andamento in controtendenza dei dati relativi al periodo 2013-2015 tra Italia e Campania (-4,9% *vs* +13,6%), con valori in riavvicinamento negli ultimi anni. Considerando l'intero periodo temporale in Campania si è registrato un incremento pari a +4,7%, minore rispetto all'andamento nazionale (+6,1%).

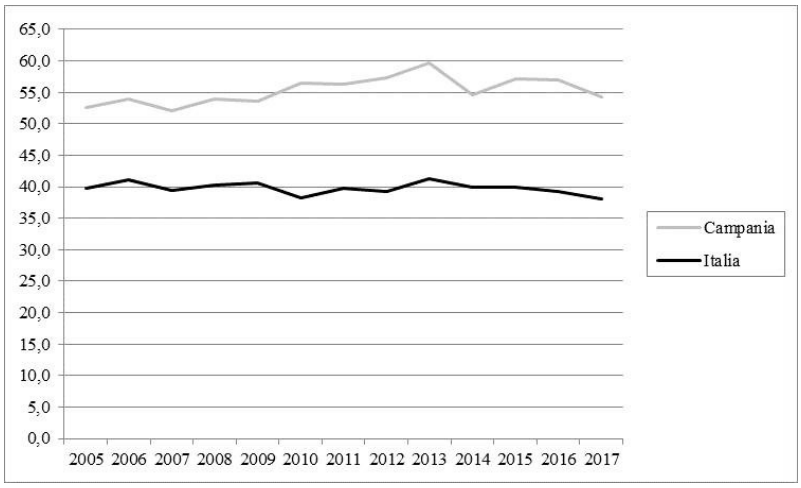


Figura 9 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport - Anni 2005 - 2017

In Campania, nel 2017, la prevalenza di coloro che dichiarano di non praticare sport è pari a 54,2% (valore nazionale 38,1%). Nel complesso, considerando l'arco temporale 2005-2017, i dati mostrano un

andamento oscillante (differenza tra il valore massimo e il valore minimo di oltre 7 punti percentuali) con valori tutti nettamente superiori rispetto ai dati nazionali. A livello nazionale, si osserva un andamento più lineare con variazioni più contenute (circa 3 punti percentuali). Considerando l'intero periodo temporale in Campania si è registrato un aumento pari a +3,2% (valore nazionale - 4,3%).

La prevenzione

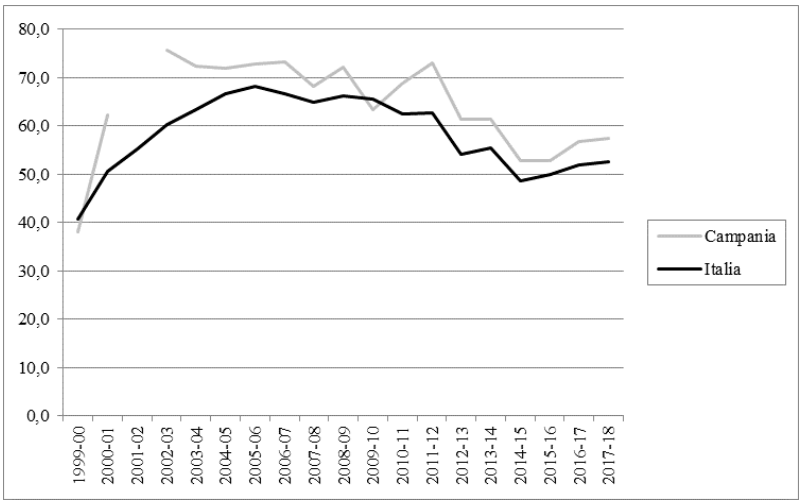


Figura 10- Tasso (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre

In materia di prevenzione si rileva che la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di 65 anni di età ed oltre è pari, nella stagione 2017-2018, a 57,4% (valore nazionale 52,7%). Nel periodo stagionale 1999-2000/2017-2018, i dati di copertura della Campania risultano nella maggioranza dei casi maggiori rispetto ai dati Italia (non sono disponibili i dati della stagione 2001- 2002). Il valore massimo in Campania si è registrato nella stagione 2002-2003 (stagione 2005-2006 a livello nazionale). Considerando l'intero arco temporale, nella regione in esame si registra un importante aumento pari a +50,7% (valore nazionale +29,5%).

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Salute Psichica

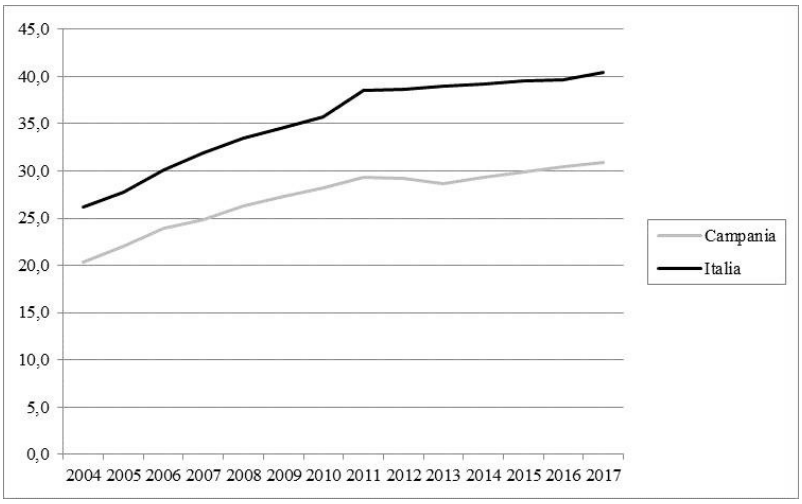


Figura 11 - Consumo (valori in Defined Daily Dose/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2004-2017

Il consumo di farmaci antidepressivi, nel 2017, è pari a 30,9 DDD/1.000 *ab die* (valore nazionale 40,4 DDD/1.000 *ab die*), valore più basso tra le regioni italiane. Nel periodo 2004-2017 si osserva un *trend* in aumento (+51,5%), con andamento simile a quello italiano (+54,3%). I dati della Campania, comunque, risultano tutti inferiori rispetto ai dati Italia.

L'assetto economico-finanziario

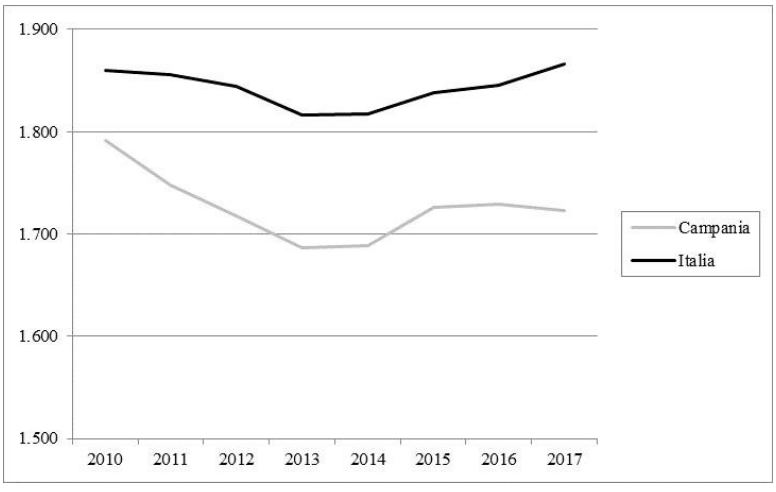


Figura 12 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite - Anni 2010-2017

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il valore dell'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite, nel 2017, è pari a 1.723 € (valore nazionale 1.866 €), valore minimo tra tutte le regioni. In Campania, considerando l'arco temporale 2010-2017, si osserva un *trend* caratterizzato da valori in diminuzione fino al 2013. Dal 2014 si registrano valori in aumento; al contrario, si evidenzia una lieve diminuzione nell'ultimo anno preso in considerazione (-0,3%). Analogo andamento si riscontra anche a livello nazionale con la differenza dell'aumento dell'ultimo anno (+1,1%). Considerando l'intero periodo temporale nella regione in esame si è registrata una diminuzione pari a -3,8% (valore nazionale +0,3%).

b. Il territorio

Il territorio della Regione Campania si suddivide in cinque province, Napoli, Avellino, Benevento, Caserta, e Salerno; si estende su un suolo di 13.670,95 kmq e confina a nord-ovest con il Lazio, a nord con il Molise e a est con la Puglia e la Basilicata. La Campania è la dodicesima regione italiana per superficie, il suo territorio rappresenta il 4,51% dell'intero territorio nazionale ed è per il 50,8% collinare, per il 34,6% montuoso e per il restante 14,6% pianeggiante.

Il territorio campano si sviluppa a ovest lungo il litorale della costa tirrenica e a est lungo l'Appennino Campano. La zona costiera comprende quattro golfi separati tra loro da grandi promontori (golfo di Gaeta, golfo di Napoli, golfo di Salerno e golfo di Policastro); nel golfo di Napoli sono presenti le isole di Capri, Ischia, e Procida; la zona montuosa comprende l'altopiano del Matese, i monti del Sannio, quelli dell'Irpinia, i Picentini, i Lattari e l'altopiano del Cilento. Le coste e le isole campane hanno una spiccata vocazione turistica per cui, nei mesi più temperati dell'anno, la popolazione effettiva aumenta considerevolmente; in particolare l'isola di Ischia, che già normalmente ha una popolazione residente di 64.126 ab., rappresenta la terza isola più popolosa d'Italia, dopo la Sicilia e la Sardegna. La vocazione turistica ha naturalmente un impatto anche sulla organizzazione sanitaria, determinando la necessità di una allocazione di risorse oversize rispetto alla popolazione residente, non sempre flessibili nella loro strutturazione.

Al considerevole sviluppo delle coste si affianca la presenza di numerosi piccoli porti turistici e da diporto e di due grandi porti che rivestono un ruolo importante per il sistema industriale, commerciale e turistico. Questi ultimi si affacciano sulle città di Napoli e di Salerno e rappresentano importanti scali internazionali per la movimentazione delle merci, per il traffico petrolifero e quello crocieristico. Entrambi sono dotati di importanti stazioni marittime di cui quella di Napoli, con i suoi 12 kmq di superficie e i dieci approdi per navi di medio e grande tonnellaggio, è la più vasta dell'intero globo, mentre, quella di Salerno, di recente realizzazione, rappresenta un prestigioso monumento di architettura moderna progettato dall'architetto e designer iracheno Zaha Hadid. Due aeroporti (Napoli e Salerno) garantiscono i collegamenti aerei. Numerose sono le installazioni di carattere militare, anche di tipo internazionale (Nato) con relativo personale, spesso accompagnato dalle famiglie.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il fenomeno della immigrazione vede la Campania tra le regioni a più elevato coinvolgimento, sia nella fase di accoglienza (i porti di Napoli e Salerno sono porti di scalo per gli immigrati provenienti da Lampedusa) che nella fase stanziale, sia essa regolare o irregolare, prevalentemente concentrati nelle ASL di Caserta e nella Macro-area Napoli. In entrambi i casi la Sanità Campana provvede con propri mezzi all'accoglienza (personale del SSR insieme ad Associazioni di Volontariato accolgono gli immigrati nei porti per le visite preliminari, ne curano l'aspetto sanitario durante le fasi intermedie fino alla collocazione nelle sedi definitive di assistenza) ed all'assistenza sanitaria ordinaria. Molti sono i cittadini in attesa di riconoscimento dello stato di rifugiati collocati in strutture alberghiere che vengono assistiti da personale sanitario territoriale. Con la codifica Straniero Temporaneamente Presente il SSR identifica le prestazioni correlate ma questa quota di popolazione non è computata nel calcolo della popolazione residente.
La Campania è tra le regioni italiane a più alta biodiversità e tra le più interessanti dal punto di vista naturalistico e paesaggistico. Il 50,4% dei comuni della Campania è incluso nel sistema delle aree protette, per complessivi 367.548 ettari che rappresentano circa il 27% del territorio regionale.
Il territorio campano, a partire dagli anni 70-80, si è contraddistinto per il processo di urbanizzazione incontrollata che ne ha caratterizzato alcune aree, sviluppatesi in assenza di infrastrutture e servizi adeguati, con un parallelo processo di involuzione industriale ed economica che ha contribuito ulteriormente al saldo migratorio negativo.

c. La strategia regionale per le aree interne

Parte del territorio campano è contraddistinta dalla presenza di piccoli Comuni, lontani dai servizi essenziali – quali scuola, sanità e mobilità – e la marginalizzazione di tali aree è stata fotografata con la Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) che, per iniziativa della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si è assunta l'impegno dello sviluppo di questi territori d'intesa con le Regioni e in cooperazione con Associazione Nazionale Comuni Italiani e Unione Province d'Italia.
La SNAI parte dall'assunto che basso grado di accessibilità ai beni di base per la popolazione residente riduce il benessere della popolazione locale residente e limita il campo di scelta e di opportunità degli individui, anche di nuovi potenziali residenti, di cui si minano i diritti di cittadinanza, attraverso la rarefazione di servizi essenziali tra i quali il diritto alla salute.
L'andamento dell'offerta dei servizi di base in queste aree ha senza dubbio subito una riduzione della qualità/quantità. Ciò è dovuto:

- alle conseguenze di un adeguamento a una popolazione decrescente o stazionaria;
- agli effetti di una razionalizzazione condotta in base al criterio dell'efficienza.

Pertanto il miglioramento dei servizi essenziali è precondizione necessaria, anche se non sufficiente, alle prospettive di sviluppo e, conseguentemente, di ripresa demografica di tali territori.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sono “interne” quelle aree caratterizzate da: una significativa distanza dai principali centri di offerta di servizi essenziali; una disponibilità elevata d’importanti risorse ambientali (risorse idriche, sistemi agricoli, foreste, paesaggi naturali e umani) e risorse culturali (beni archeologici, insediamenti storici, abbazie, piccoli musei, centri di mestiere); un territorio complesso, esito delle dinamiche dei vari e diversi sistemi naturali e dei peculiari e secolari processi di antropizzazione e spopolamento che li hanno caratterizzati.
La Campania ha selezionato con DGR. 600/2014, 4 aree interne: Alta Irpinia, Cilento, Vallo di Diano, Tammaro Titerno. Le 4 aree interne individuate comprendono 93 comuni su 286 classificabili “Aree interne”.
Tutti i livelli di governo, dei diversi fondi europei disponibili e dell’intervento ordinario di comuni (in forma associata), Regioni e Stato centrale, convergono su una Strategia d’area condivisa e alla definizione di un Accordo di Programma Quadro, che individua tutti gli interventi che realizzano la strategia, gli attori e i rispettivi ruoli.
Si tratta di un tema rilevante e trasversale alle diverse questioni che riguardano le aree interne del Paese. Infatti, il mancato o insufficiente servizio in territori dove la popolazione over 65 è molto elevata e la natalità molto bassa si configura spesso come possibile causa dello spopolamento.
Farmacia dei servizi, ospedale di comunità, forme associative delle cure primarie, strutture intermedie, Cure domiciliari integrate, presidi distrettuali polispecialistici, ostetrica e infermiere di comunità, telemedicina e teleassistenza, servizi diurni sociosanitari: sono tutti servizi che possono aumentare la prossimità dei servizi sanitari alle popolazioni delle aree interne, e incrementare la corretta risposta ai bisogni assistenziali, contrastando lo spopolamento e auspicabilmente favorendo il ripopolamento.
L’assenza di un adeguato servizio di TPL potrebbe essere sostituito da servizi come il trasporto a chiamata al fine di alleviare i disagi generali legati a problematiche quali l’accessibilità e la viabilità delle aree interne.
La programmazione sanitaria territoriale della Regione Campania assume il tema delle aree interne come uno dei *driver* essenziali e, oltre a proseguire nella collaborazione istituzionale per lo sviluppo e attuazione delle strategie di area del programma nazionale, ne estende per quanto possibile lo spirito e le finalità nelle scelte di politica sanitaria regionale in generale, nelle scelte di localizzazione e organizzazione dei servizi sanitari territoriali.

d. La popolazione

La Campania e la Lombardia sono le due regioni italiane più densamente popolate con oltre 400 abitanti per kmq. Quando si divide il territorio nazionale in classi di superficie, considerando la più piccola di esse (con meno di 1.000 ettari), la Campania, con la Sicilia, sono le regioni con più alta densità abitativa; in particolare, in Campania si ha un picco di 1.500 abitanti per kmq.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La popolazione totale residente è pari a 5.801.692 abitanti (dato Istat al 01/01/2018), ripartita in 550 comuni con una densità media di 424 abitanti per kmq (media italiana: 200 ab/ kmq), valori che portano la Campania ad essere la terza regione d'Italia per numero di abitanti e la prima per densità abitativa.

Provincia	Popolazione residente	Superficie km²	Densità abitanti/km²	Numero Comuni
Avellino	421.523	2.806,07	149	118
Benevento	279.127	2.080,44	133	78
Caserta	923.445	2.651,35	348	104
Napoli	3.101.002	1.178,93	2.617	92
Salerno	1.101.763	4.954,16	222	158
Totale	**5.826.860**	**13.670,95**	**424**	**550**

Tabella 1 - Popolazione residente al 01/01/2018

Dall'analisi della Tabella 1, si evince che la provincia più popolosa della Regione è quella di Napoli con 3.084.890 abitanti (2.651,35 ab/kmq), pari al 53,17% del totale, seguita dalle province di Salerno, Caserta, Avellino e Benevento.

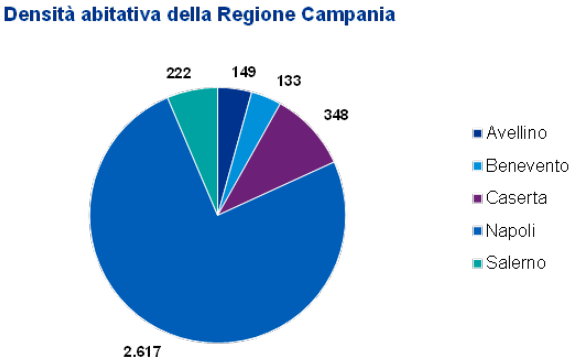


Figura 13 – Densità abitativa della Regione Campania al 01/01/2018

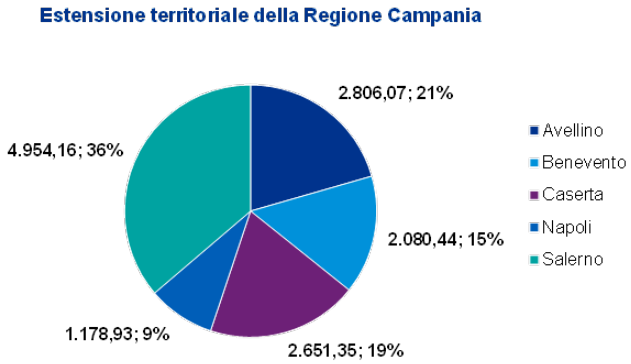


Figura 14– Estensione territoriale della Regione Campania al 01/01/2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

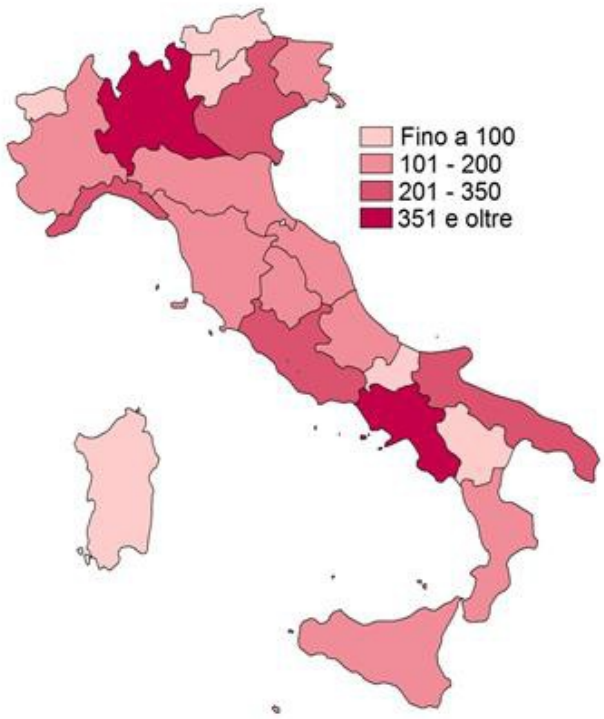
Si evidenzia, altresì, che all'interno delle diverse province la popolazione residente varia considerevolmente anche in relazione allo sviluppo delle attività presenti sul territorio, per cui risultano particolarmente popolose le zone dell'area metropolitana di Napoli, le aree contermini, e alcune zone del casertano.

Da un'elaborazione dei dati ISTAT presentata sul sito *http:www.tuttitalia.it,* emerge che tra i primi 50 Comuni italiani per densità demografica sono compresi 29 comuni Campani appartenenti alle province di Napoli (inclusa la città partenopea), di Caserta e di Salerno. Nella tabella e grafico che seguono, sono riportati i primi dieci comuni italiani ordinati per densità di popolazione.

Comune	Popolazione residenti	Superficie km²	Densità abitanti/km²	Altitudine m s.l.m.
Casavatore	18.659	1,53	12.222	80
Portici	54.045	4,6	11.736	29
San Giorgio a Cremano	44.688	4,11	10.885	56
Melito di Napoli	37.903	3,81	9.943	89
Napoli	959.188	119,02	8.059	17
Frattaminore	16.021	2,05	7.813	36
Bresso	26.300	3,38	7.776	142
Milano	1.378.689	181,67	7.589	122
Arzano	34.065	4,71	7.238	74
Cardito	22.489	3,21	7.010	33

Tabella 2 - Classifica primi 10 comuni italiani ordinati per densità di popolazione al 01/01/2018

Ad eccezione di Bresso e Milano, gli altri 8 comuni insistono tutti nella città e nella provincia di Napoli.



fonte: http://burc.regione.campania.it

Figura 15– Densità della popolazione per Regione (Istat anno 2013)

Nell'ambito della Regione Campania, è dunque la provincia di Napoli quella più popolosa; in essa risiede, infatti, oltre la metà della popolazione campana.

	Popolazione 0-14 a.		Popolazione 15-64 a.		Popolazione > 65 a.		Popolazione
Provincia	Numero	%	Numero	%	Numero	%	totale
Avellino	51281	12%	275166	66%	91859	22%	418.306
Benevento	33790	12%	180428	65%	62800	23%	277.018
Caserta	138256	15%	623081	68%	161628	18%	922.965
Napoli	470352	15%	2065594	67%	548944	18%	3.084.890
Salerno	146923	13%	725715	66%	225875	21%	1.098.513
Totale	**840.602**	**14%**	**3.869.984**	**66%**	**1.091.106**	**20%**	**5.801.692**

Tabella 3 - Popolazione residente ripartita per provincia e per fasce d'età al 01/01/2018

La Regione si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0-14 anni pari al 14% (*vs* un valore medio nazionale del 13%), tra i 15-64 anni pari al 66% (vs un valore medio nazionale del 64%) e oltre i 65 anni pari al 20% (vs un valore medio nazionale del 23%).

Per quel che riguarda la distribuzione demografica, la provincia di Benevento presenta in percentuale il maggior numero di anziani con un valore pari al 23% (superiore al valore medio nazionale pari al 21%), mentre le province di Napoli e di Caserta mostrano, in percentuale, sul totale regionale, il minor numero di cittadini ultrasessantacinquenni residenti.

Dalla lettura analitica dei dati demografici per fasce d'età e degli indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani e indice di dipendenza strutturale) ripartiti per ASL e per singolo comune è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard nazionali, regionali e del mezzogiorno. Tali disomogeneità si registrano sia tra le diverse province della regione che tra i comuni appartenenti alla stessa provincia risultando che il beneventano e l'avellinese comprendono realtà che si caratterizzano per valori degli indici strutturali di gran lunga superiori a quelli sotto riportati. Tali differenze offrono utili spunti di riflessione per una corretta programmazione sociale e sanitaria.

Provincia	indice di vecchiaia (%)	indice di dipendenza degli anziani (%)	indice di dipendenza strutturale (%)
Avellino	179,1	33,4	52,0
Benevento	185,9	34,8	53,5
Caserta	116,9	25,9	48,1
Napoli	116,7	26,6	49,3
Salerno	153,7	31,1	51,4
Regione Campania	**129,8**	**28,2**	**49,9**
Mezzogiorno	158,0	32,4	53,0
Italia	173,1	35,7	56,3

Tabella 4 - Indicatori di struttura della popolazione al 01/01/2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

I suddetti indicatori di struttura della popolazione risultano così determinati:

- indice di vecchiaia: dato dal rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni e il numero di giovani fino a quattordici anni; rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione.
- indice di dipendenza anziani: dato dal rapporto percentuale tra gli anziani in età non attiva (65 anni e oltre) e quelli in età attiva (14-64 anni);
- indice di dipendenza strutturale: dato dal rapporto percentuale tra gli individui in età non attiva (0-14 anni + over 65 anni) e gli individui in età attiva (14-64 anni); indica quante persone in età non attiva si rilevano ogni 100 di età attiva e fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Valori superiori al 50 % indicano una condizione di squilibrio generazionale.

Risulta inoltre importante prendere in esame l'espressione di alcuni indici demografici e sanitari che possono essere utili per capire i bisogni della popolazione, ad esempio l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14), pari a 129,8 rispetto al valore medio di 158 del mezzogiorno e del 173 dell'Italia.
La distribuzione di tale indice è difforme all'interno della regione con valori molto bassi nelle province di Napoli e Caserta (rispettivamente 116,7 e 116,9) e più alti nelle restanti province (Benevento 185,9, Avellino 179,1 e Salerno 153,7).

fonte: http://burc.regione.campania.it

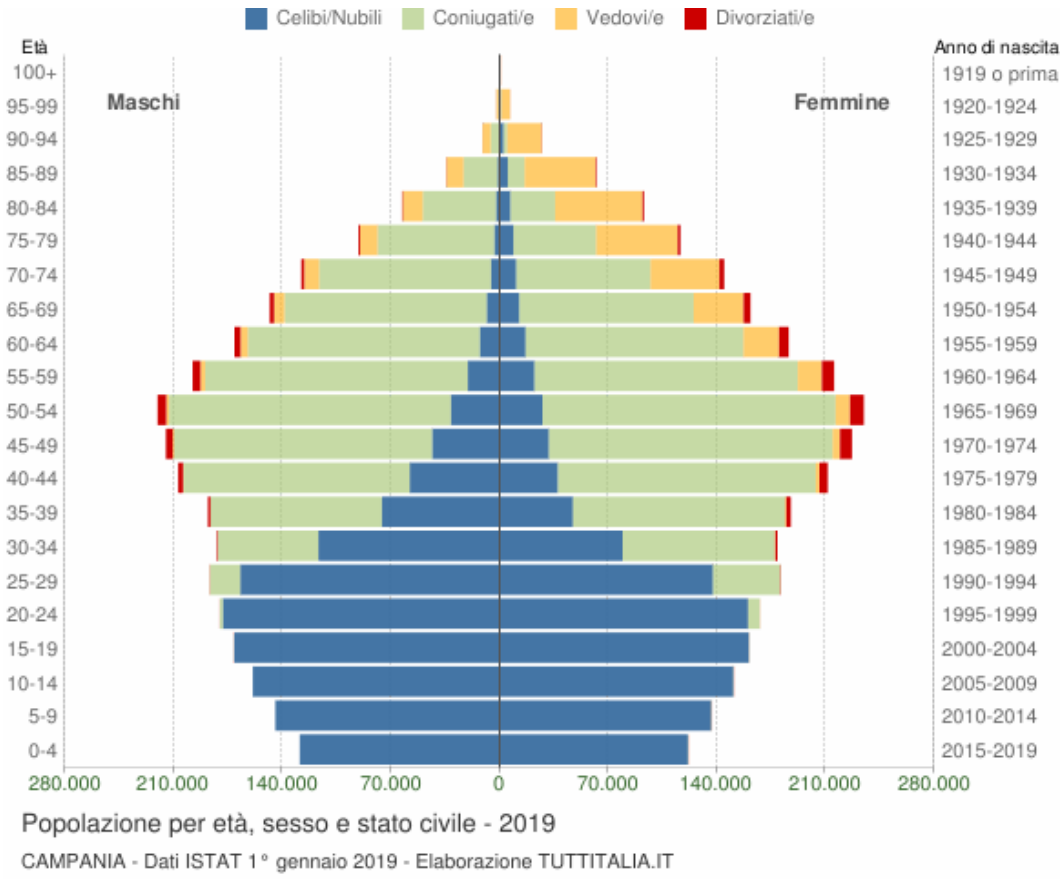


Figura 16 – Popolazione per età, sesso e stato civile - 2019

La tendenza alla modifica della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono di riorganizzare l'assistenza sanitaria, secondo i mutati bisogni assistenziali. Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana anche in Campania ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli-patologie e della non autosufficienza; a tale cambiamento del quadro nosologico generale si è affiancato il continuo progresso in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento ed il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario.

L'insieme di questi fenomeni ha determinato da un lato una crescita inarrestabile del consumo di risorse economiche in sanità, senza un corrispettivo incremento del livello di salute dei cittadini campani, dall'altro la sempre più inderogabile necessità di assicurare livelli di appropriatezza, declinati in contesti di cure e *setting* assistenziali adeguati, finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, capace anche di aver riguardo al contenimento della spesa.

Si fa sempre più forte la necessità di riequilibrare l'offerta sul fronte territoriale senza perdere di vista l'indispensabile rapporto di integrazione che deve continuare a realizzarsi con l'assistenza ospedaliera. Fa da contraltare a questo riequilibrio verso l'ospedale, la forte progressione in integrazione, nell'ambito sanitario, della quota sociale: le relazioni con l'Ente Locale devono diventare strutturali, quotidiane, tese a

fonte: http://burc.regione.campania.it

superare la frattura assistenziale nelle tematiche complesse, in cui non può essere francamente individuato il limite tra il bisogno sanitario e quello socio-assistenziale. Tuttavia la necessità di provvedere ad una quota di compartecipazione anche per la componente sociale, di fatto ha ridotto la domanda assistenziale specie in ambito residenziale.

Di fatto la potenzialità contributiva dei cittadini campani è gravata da indicatori socio-economici che esprimono il livello di disagio occupazionale, di esclusione sociale e povertà e della percezione dalla sicurezza sociale.

Area Tematica	Descrizione indicatore	% Campania	% Mezzogiorno	% Italia
Mercato del lavoro	Tasso di occupazione[1]	41,6	44,5	58,5
	Tasso di disoccupazione giovanile[2]	53,6	48,4	32,2
	Tasso di disoccupazione (pop.15 anni e oltre)[3]	20,4	18,4	10,6
Inclusione sociale	Indice di povertà[4]	29,5	25,9	15,0
Sicurezza e legalità	Tasso di criminalità organizzata e di tipo mafioso[5]	2,9	2,1	1,5
	Tasso di omicidi[6]	0,9	0,9	0,6

1) % persone occupate in età 15-64 anni sulla popolazione nella corrispondente classe d'età. 2) % persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni su forze-lavoro nella corrispondente classe d'età.; 3) % persone in cerca di occupazione in età 15 anni o oltre sulle forze lavoro nella corrispondente classe d'età; 4) % persone che vivono al di sotto della soglia di povertà; 5) reati associativi (per 100.000 ab. per l'anno 2016); 6) omicidi volontari consumati per 100.000 abitanti (anno 2017)

Tabella 5 - Indicatori socioeconomici della Reg. Campania - Dati Istat

Come tutte le regioni Italiane, quindi, la Campania si prepara ad affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, e l'esigenza di coniugare servizi adeguati con la loro sostenibilità. L'invecchiamento pone nuove sfide, come ad esempio la necessità di potenziare la gestione delle malattie croniche e della multimorbidità, ma offre anche molte opportunità nell'ambito della "Silver Economy". Da qui la necessità di imparare ad "invecchiare bene", la promozione della salute anche con l'Attività Fisica Adattata (AFA) e l'enfasi sugli approcci innovativi per la prevenzione, la diagnosi precoce e servizi age-friendly da usare dentro e fuori i sistemi sociali e sanitari.

	Uomini		Donne	
Provincia	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni
Avellino	79,9	18,5	84,5	22,0
Benevento	79,4	18,4	84,2	21,6
Caserta	78,5	17,4	83,2	20,8
Napoli	78,6	17,6	82,8	20,4
Salerno	79,5	18,5	84,0	21,5
Regione Campania	**79,2**	**18,1**	**83,7**	**21,3**
Mezzogiorno	80,1	18,9	84,5	22,0
Italia	80,8	19,3	85,2	22,4

Tabella 6 - Speranza di vita alla nascita al 01/01/2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione

Nell'ambito della determinazione dei fabbisogni sanitari per l'area della specialistica ambulatoriale, la Regione Campania ha predisposto un proprio studio tecnico, (validato dal MdS), utilizzando tra gli strumenti di lavoro anche il lavoro prodotto dal CIRFF ("Centro Interdipartimentale di Ricerca Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione" dell'Università di Napoli Federico II) "Utilizzo dei farmaci traccianti Regione Campania" relativo all'anno 2018.

In questo documento riportiamo i maggiori indicatori epidemiologici regionali ad impatto prevalentemente territoriale, costituenti la maggior parte della domanda sanitaria nell'area delle cronicità. Ulteriori lavori regionali tesi a stratificare con maggior dettaglio la popolazione, mediante incrocio di flussi di dati di varia estrazione, sono in corso. L'esito di tali lavori non potrà che migliorare la valutazione dei fabbisogni e l'allocazione delle risorse nel prossimo futuro.

Nel lavoro condotto dal CIRFF, gli utilizzatori di farmaci traccianti patologia sono stati selezionati integrando dati di diversi sistemi informativi sanitari e ricercando soggetti che avessero ricevuto almeno due prescrizioni e/o quattro confezioni all'anno relative alle categorie terapeutiche oggetto di analisi. L'indicatore di consumo ha permesso di selezionare sia le singole cronicità che le multi-patologie. I risultati ottenuti consentono di delineare un quadro generale dei farmaci traccianti patologia e dei relativi utilizzatori, evidenziando anche eventuali differenze tra le Aziende Sanitarie Locali.

L'analisi mostra come, nel 2018, la prevalenza d'uso di farmaci e il trattamento di patologie croniche sia cosi differenziata: Patologie Cardiovascolari: 24,1%; Patologie Diabetica: 5,4%; Patologie Respiratorie: 5,9%; Patologie Oncologiche: 0,6%; Patologia Terapia del dolore: 0,6%; Patologie Neuropsichiatriche: 6,0%; Patologia Renale: 0,04%; Patologie Reumatologiche: 10,6%; Patologia Muscoloscheletrica: 1,5%; Patologie Oftalmiche: 1,5%; Patologia Gastroenterica: 0,51%; Patologia Dermatologica: 0,33%; Patologia Epatica: 0,11%.

Il dato di prevalenza d'uso sopraindicato è tendenzialmente in linea con i dati di prevalenza di patologie croniche stimate dall'ISTAT nell'annuario statistico. La multi-patologia è rappresentata nell'oltre 36% dei pazienti campani.

	N. pazienti	Prevalenza d'uso %
Con 1 condizione patologica	1.168.497	20,1
Con 2 condizioni patologiche	591.681	10,2
Con 3 condizioni patologiche	346.923	6
Totale	***2.107.101***	***36,2***

Tabella 7 - Numero di pazienti con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Cardiovascolare

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area cardiovascolare***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

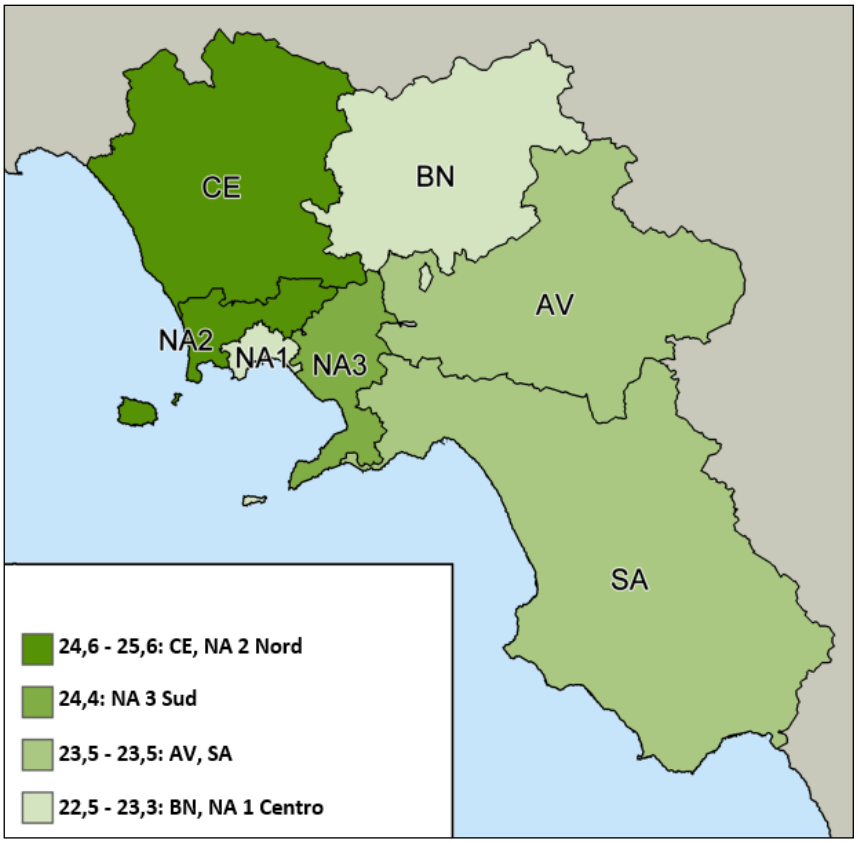


Figura 17 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie cardiovascolari in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	111.408	51.806 (46,5)	38.477 (34,5)	15.561 (14)	5.564 (5)
Benevento	71.916	30.839 (42,9)	25.004 (34,8)	11.464 (15,9)	4.609 (6,4)
Caserta	217.302	91.111 (41,9)	75.404 (34,7)	35.664 (16,4)	15.154 (7)
Napoli 1	237.764	96.531 (40,6)	83.586 (35,2)	40.083 (16,9)	17.568 (7,4)
Napoli 2	234.210	93.889 (40,1)	81.929 (35)	40.539 (17,3)	17.856 (7,6)
Napoli 3	252.419	102.836 (40,7)	87.727 (34,8)	42.850 (17)	19.006 (7,5)
Salerno	278.531	121.818 (43,7)	97.344 (34,9)	42.930 (15,4)	16.440 (5,9)
Campania	**1.403.550**	**588.830 (42)**	**489.471 (34,9)**	**229.091 (16,3)**	**96.197 (6,9)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 8 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie cardiovascolari con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Reumatologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area reumatologica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

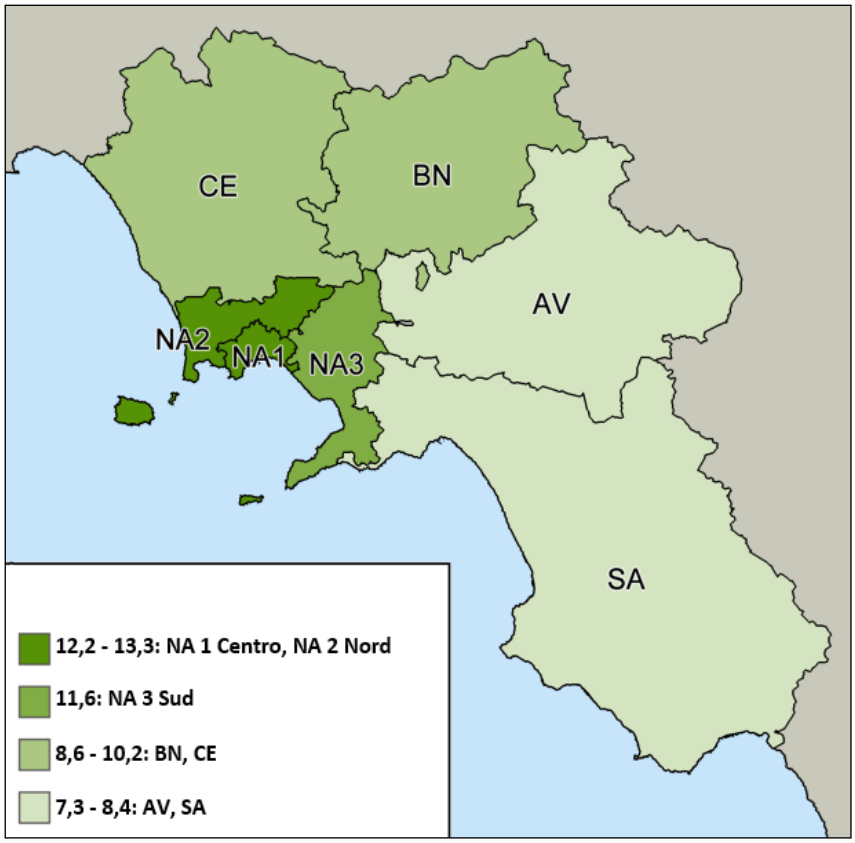


Figura 18 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie reumatologiche in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	34.374	8.113 (23,6)	13.316 (38,7)	8.729 (25,4)	4.216 (12,3)
Benevento	26.856	7.054 (26,3)	9.684 (36,1)	6.597 (24,6)	3.521 (13,1)
Caserta	91.023	24.595 (27)	31.883 (35)	22.373 (24,6)	12.172 (13,4)
Napoli 1	122.581	37.508 (30,6)	42.960 (35)	27.333 (22,3)	14.780 (12,1)
Napoli 2	127.185	39.782 (31,3)	44.079 (34,7)	28.298 (22,2)	15.026 (11,8)
Napoli 3	120.472	33.671 (27,9)	42.181 (35)	28.811 (23,9)	15.809 (13,1)
Salerno	97.664	26.161 (26,8)	35.240 (36,1)	23.922 (24,5)	12.341 (12,6)
Campania	**620.155**	**176.884 (28,5)**	**219.343 (35,4)**	**146.063 (23,6)**	**77.873 (12,6)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 9 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie reumatologiche con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Neurologica e psichiatrica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Neurologica e psichiatrica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

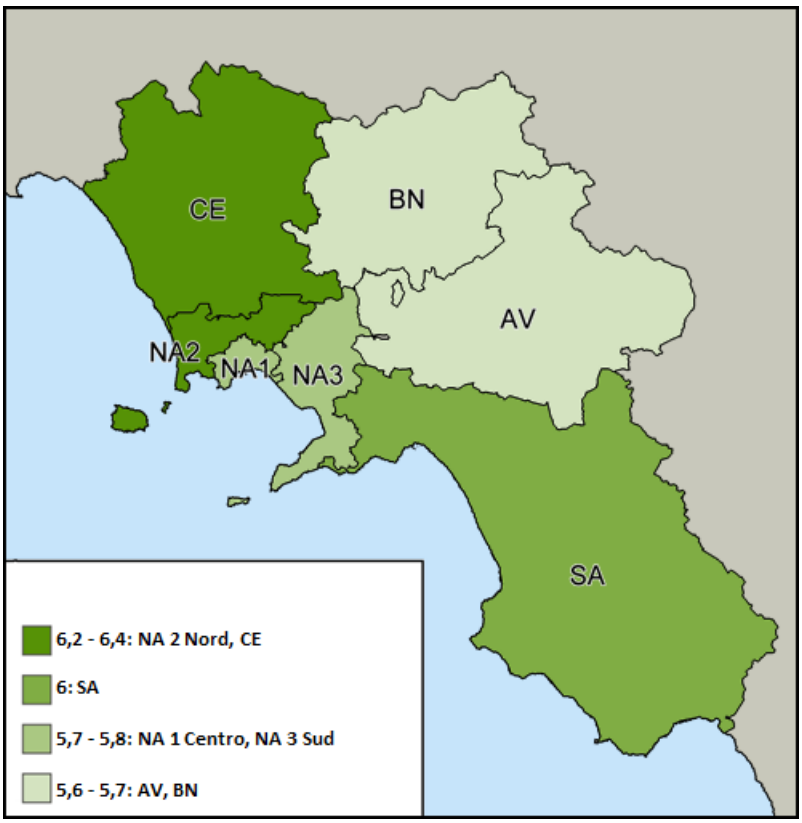


Figura 19- Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia neurologica e psichiatrica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	26.202	7.563 (28,9)	8.800 (33,6)	6.304 (24,1)	3.535 (13,5)
Benevento	17.878	4.590 (25,7)	5.876 (32,9)	4.574 (25,6)	2.838 (15,9)
Caserta	57.482	16.140 (28,1)	18.074 (31,4)	13.758 (23,9)	9.511 (16,5)
Napoli 1	57.905	14.926 (25,8)	18.435 (31,8)	14.177 (24,5)	10.367 (17,9)
Napoli 2	57.887	15.743 (27,2)	17.385 (30)	14.284 (24,7)	10.475 (18,1)
Napoli 3	60.324	16.301 (27)	18.358 (30,4)	14.709 (24,4)	10.956 (18,2)
Salerno	70.692	20.465 (28,9)	22.949 (32,5)	17.110 (24,2)	10.168 (14,4)
Campania	**348.370**	**95.728 (27,5)**	**109.876 (31,5)**	**84.916 (24,4)**	**57.852 (16,6)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 10 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia neurologica e psichiatrica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Respiratoria

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Respiratoria***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

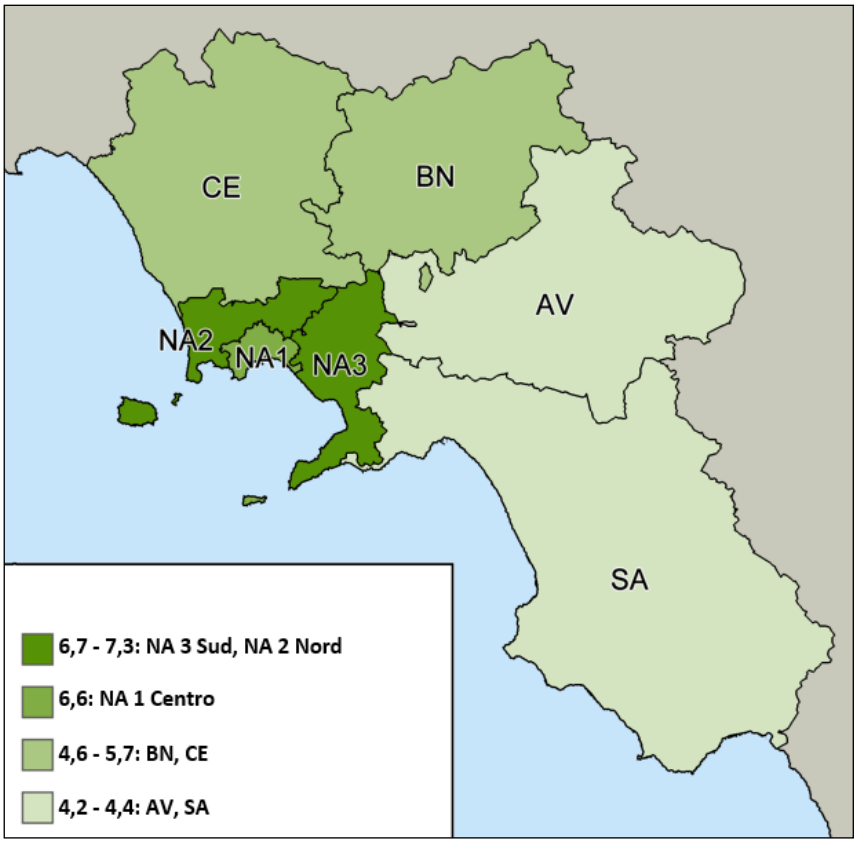


Figura 20 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie respiratorie in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	18.179	8.230 (45,3)	4.334 (23,8)	3.372 (18,5)	2.243 (12,3)
Benevento	13.957	4.966 (35,6)	3.732 (26,7)	3.116 (22,3)	2.143 (15,4)
Caserta	52.159	25.935 (49,7)	10.670 (20,5)	8.824 (16,9)	6.730 (12,9)
Napoli 1	65.401	30.606 (46,8)	14.526 (22,2)	11.641 (17,8)	8.628 (13,2)
Napoli 2	74.137	40.176 (54,2)	14.014 (18,9)	11.305 (15,2)	8.642 (11,7)
Napoli 3	71.047	35.491 (50)	14.747 (20,8)	11.692 (16,5)	9.117 (12,8)
Salerno	50.011	22.573 (45,1)	11.830 (23,7)	9.121 (18,2)	6.487 (13)
Campania	**344.891**	**167.977 (48,7)**	**73.853 (21,4)**	**59.071 (17,1)**	**43.990 (12,8)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 11 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie respiratorie con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Diabetica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Diabetica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

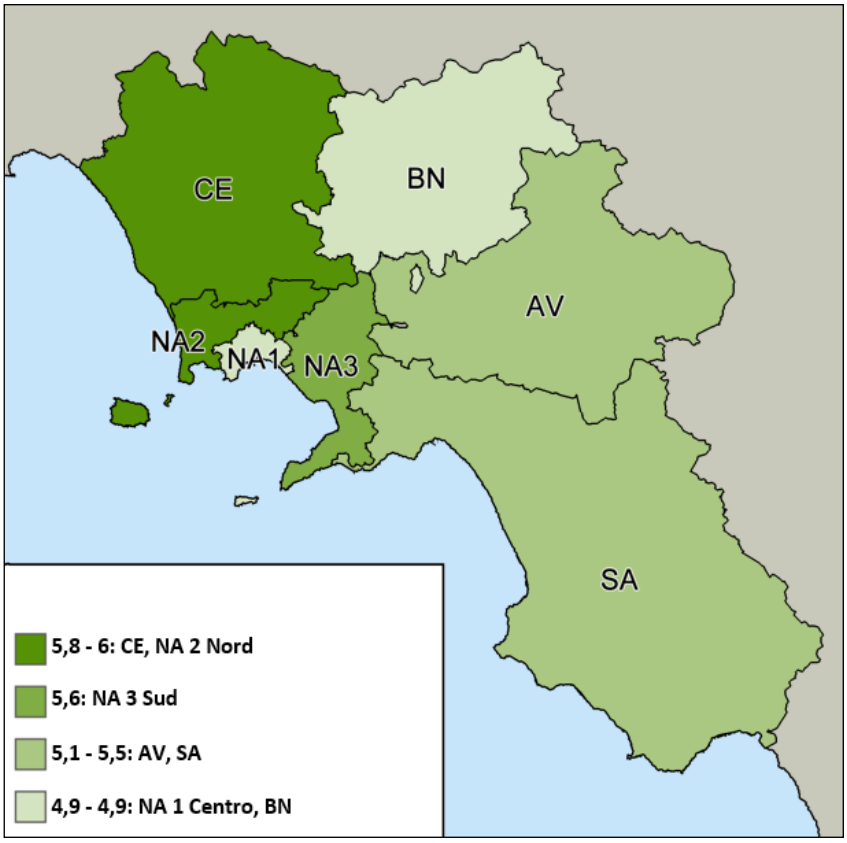


Figura 21 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia diabetica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	24.085	1.846 (7,7)	8.502 (35,3)	8.021 (33,3)	5.716 (23,7)
Benevento	15.762	1.136 (7,2)	4.877 (30,9)	5.331 (33,8)	4.418 (28)
Caserta	50.958	3.420 (6,7)	15.094 (29,6)	17.211 (33,8)	15.222 (29,9)
Napoli 1	49.895	2.966 (5,9)	14.033 (28,1)	16.696 (33,6)	16.200 (32,5)
Napoli 2	53.519	3.150 (5,9)	14.116 (26,4)	18.480 (34,5)	17.777 (33,2)
Napoli 3	57.660	3.525 (6,1)	15.701 (27,2)	19.388 (33,6)	19.046 (33)
Salerno	65.102	4.182 (6,4)	21.545 (33,1)	22.142 (34)	17.233 (26,5)
Campania	**316.970**	**20.225 (6,4)**	**93.864 (29,6)**	**107.279 (33,8)**	**95.616 (30,2)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 12 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia diabetica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Area Muscoloscheletrica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Muscoloscheletrica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:



Figura 22 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia muscoloscheletrica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	6.681	900 (13,5)	2.195 (32,9)	2.116 (31,7)	1.470 (22)
Benevento	5.267	669 (12,7)	1.675 (31,8)	1.654 (31,4)	1.269 (24,1)
Caserta	14.787	1.787 (12,1	4.332 (29,3)	4.561 (30,8)	4.107 (27,8)
Napoli 1	12.947	1.663 (12,8)	3.830 (29,6)	3.910 (30,2)	3.544 (27,4)
Napoli 2	12.651	1.452 (11,5)	3.602 (28,5)	3.849 (30,4)	3.748 (29,6)
Napoli 3	15.984	1.823 (11,4)	4.527 (28,3)	5.133 (32,1)	4.501 (28,2)
Salerno	20.467	2.726 (13,3)	6.692 (32,7)	6.328 (30,9)	4.721 (23,1)
Campania	**88.784**	**11.020 (12,4)**	**26.853 (30,2)**	**27.551 (31)**	**23.360 (26,3)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 13- Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia muscoloscheletrica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Oftalmica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Oftalmica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:



Figura 23 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia oftalmica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	5.183	1.013 (19,5)	1.777 (34,3)	1.495 (28,8)	898 (17,3)
Benevento	3.359	597 (17,8)	1.075 (32)	984 (29,3)	703 (20,9)
Caserta	11.743	2.038 (17,4)	3.600 (30,7)	3.467 (29,5)	2.638 (22,5)
Napoli 1	17.374	2.693 (15,5)	5.638 (32,5)	5.172 (29,8)	3.871 (22,3)
Napoli 2	13.683	2.001 (14,6)	4.104 (30)	4.038 (29,5)	3.540 (25,9)
Napoli 3	15.900	2.549 (16)	4.951 (31,1)	4.635 (29,2)	3.765 (23,7)
Salerno	19.269	3.385 (17,6)	6.164 (32)	5.803 (30,1)	3.917 (20,3)
Campania	**86.511**	**14.276 (16,5)**	**27.309 (31,6)**	**25.594 (29,6)**	**19.332 (22,3)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 14- Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia oftalmica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Oncologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Oncologica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

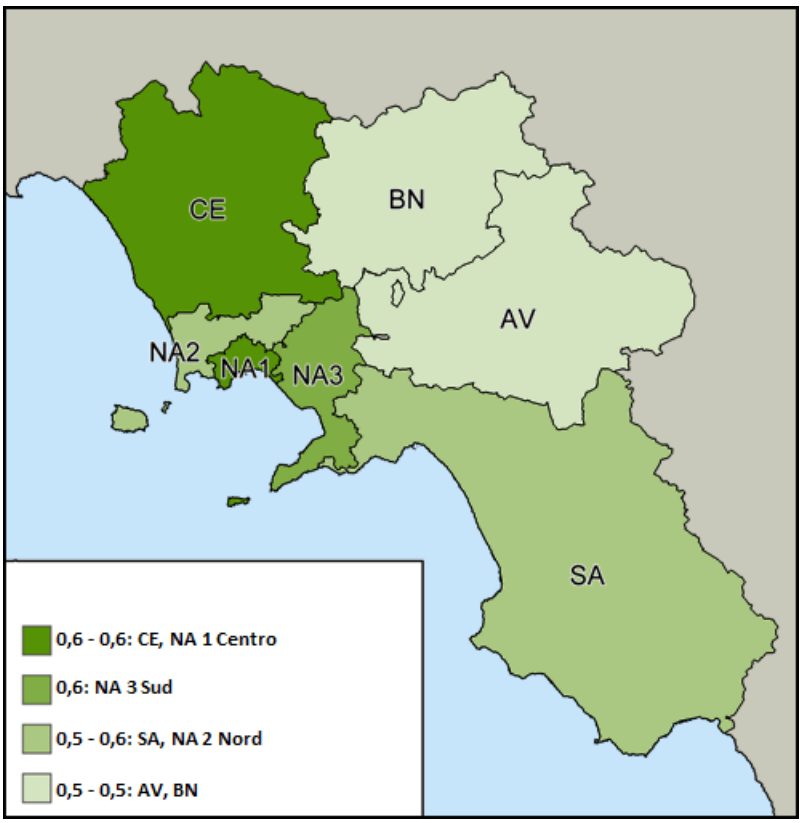


Figura 24 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia oncologica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	2.290	537 (23,4)	730 (31,9)	604 (26,4)	419 (18,3)
Benevento	1.555	306 (19,7)	504 (32,4)	407 (26,2)	338 (21,7)
Caserta	5.360	1.231 (23)	1.682 (31,4)	1.328 (24,8)	1.119 (20,9)
Napoli 1	6.245	1.344 (21,5)	1.873 (30)	1.560 (25)	1.468 (23,5)
Napoli 2	5.331	1.113 (20,9)	1.626 (30,5)	1.315 (24,7)	1.277 (24)
Napoli 3	6.032	1.340 (22,2)	1.787 (29,6)	1.500 (24,9)	1.405 (23,3)
Salerno	5.838	1.356 (23,2)	1.873 (32,1)	1.472 (25,2)	1.137 (19,5)
Campania	**32.651**	**7.227 (22,1)**	**10.075 (30,9)**	**8.186 (25,1)**	**7.163 (21,9)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 15 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia oncologica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Terapia del dolore

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Terapia del dolore***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

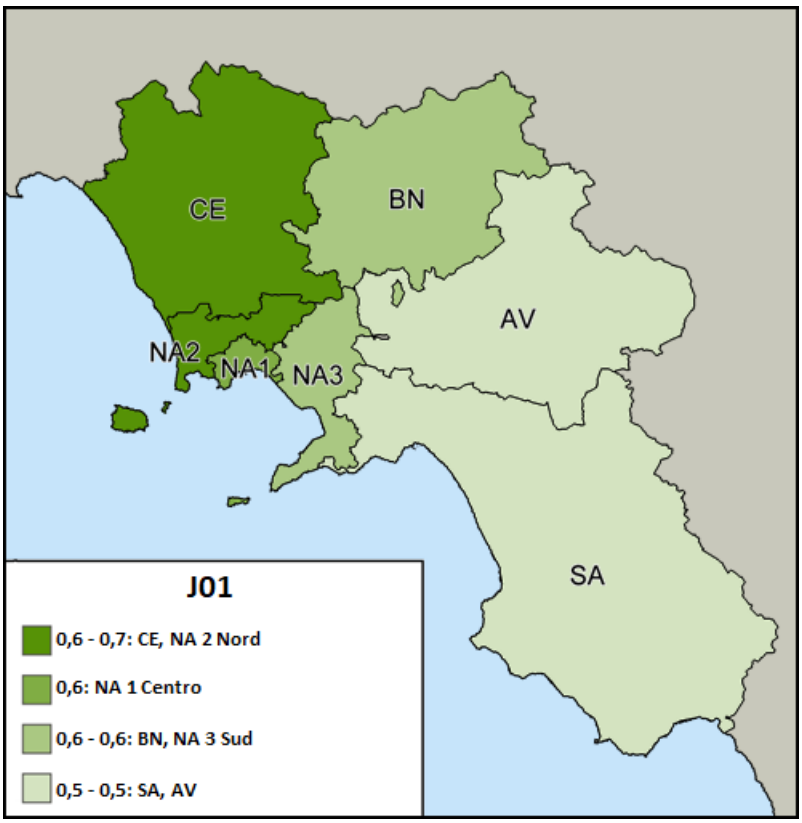


Figura 25 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti terapia del dolore in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	2.562	198 (7,7)	599 (23,4)	762 (29,7)	1.003 (39,1)
Benevento	1.885	134 (7,1)	390 (20,7)	568 (30,1)	793 (42,1)
Caserta	5.437	375 (6,9)	1.089 (20)	1.580 (29,1)	2393 (44)
Napoli 1	5.939	376 (6,3)	1.162 (19,6)	1.636 (27,5)	2.765 (46,6)
Napoli 2	5.735	368 (6,4)	1.029 (17,9)	1.616 (28,2)	2.722 (47,5)
Napoli 3	5.918	371 (6,3)	1.180 (19,9)	1.666 (28,2)	2.701 (45,6)
Salerno	5.945	473 (8)	1.280 (21,5)	1.817 (30,6)	2.375 (39,9)
Campania	**33.421**	**2.295 (20,1)**	**6.729 (20,1)**	**9.645 (28,9)**	**14752 (44,1)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 16 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti terapia del dolore con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Gastroenterica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Gastroenterica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:



Figura 26 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologie gastroenteriche in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	2.181	752 (34,5)	661 (30,3)	473 (21,7)	295 (13,5)
Benevento	1.231	380 (30,9)	343 (27,9)	300 (24,4)	208 (16,9)
Caserta	4.060	1.473 (36,3)	1.193 (29,4)	775 (19,1)	619 (15,2)
Napoli 1	5.269	1.735 (32,9)	1.551 (29,4)	1.044 (19,8)	939 (17,8)
Napoli 2	5.080	1.765 (34,7)	1.502 (29,6)	986 (19,4)	827 (16,3)
Napoli 3	5.698	1.930 (33,9)	1.593 (28)	1.159 (20,3)	1.016 (17,8)
Salerno	6.448	2.272 (35,2)	1.911 (29,6)	1.328 (20,6)	937 (14,5)
Campania	**29.967**	**10.307 (34,4)**	**8.754 (29,2)**	**6.065 (20,2)**	**4.841 (16,2)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 17 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologie gastroenteriche con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Dermatologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Dermatologica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

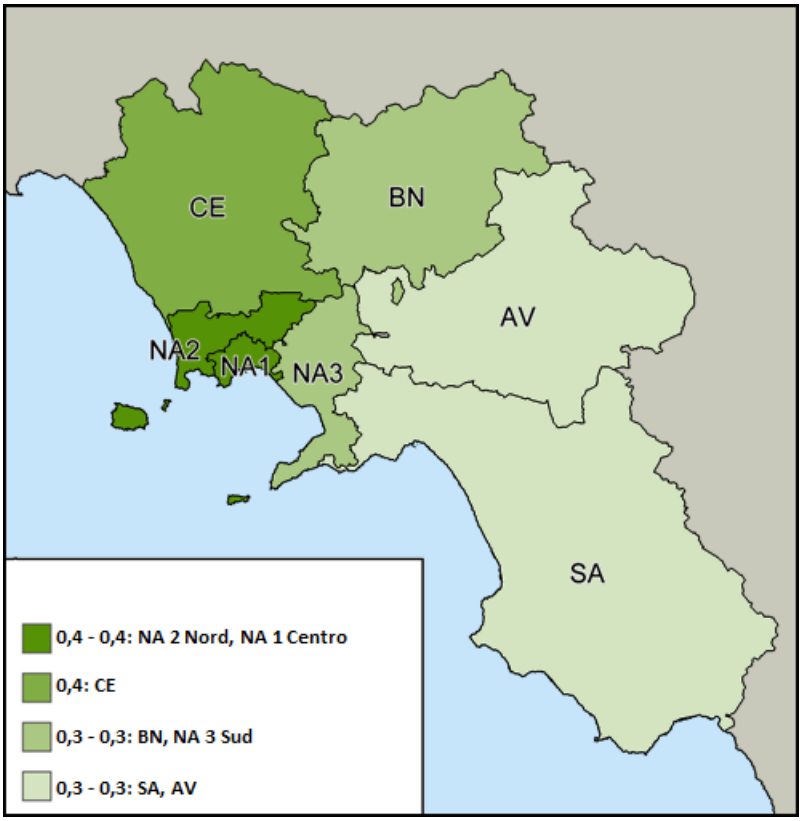


Figura 27 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia dermatologica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	1.352	480 (35,5)	419 (31)	277 (20,5)	176 (13,0)
Benevento	936	307 (32,8)	270 (28,8)	219 (23,4)	140 (15)
Caserta	3.196	988 (30,9)	980 (30,7)	678 (21,2)	550 (17,2)
Napoli 1	3.822	976 (25,5)	1.089 (28,5)	893 (23,4)	864 (22,6)
Napoli 2	3.641	1.060 (29,1)	1.100 (30,2)	821 (22,5)	660 (18,1)
Napoli 3	3.307	1.053 (31,8)	966 (29,2)	677 (20,5)	611 (18,5)
Salerno	3.128	1.074 (34,3)	897 (28,7)	667 (20,5)	490 (15,7)
Campania	**19.382**	**5.938 (30,6)**	**5.721 (29,5)**	**4.232 (21,8)**	**3.491 (18)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 18- Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia dermatologica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Epatica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Epatica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

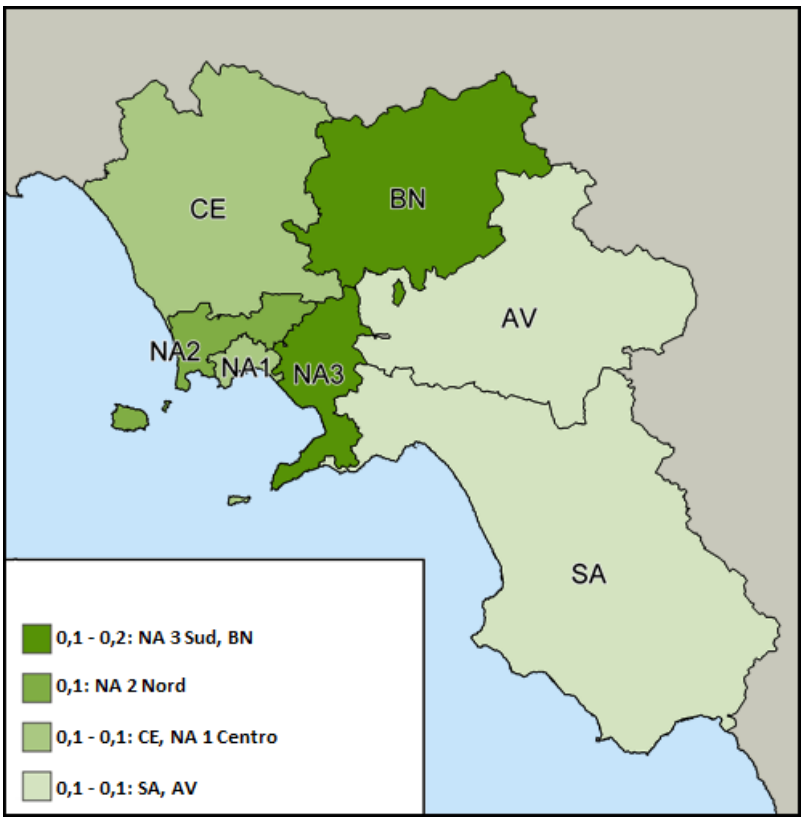


Figura 28 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia epatica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	433	37 (8,5)	147 (33,9)	128 (29,6)	121 (27,9)
Benevento	525	44 (8,4)	166 (31,9)	134 (25,5)	181 (34,5)
Caserta	876	72 (6,8)	287 (32,8)	256 (29,2)	261 (29,8)
Napoli 1	1.147	78 (6,8)	344 (30)	330 (28,8)	395 (34,4)
Napoli 2	1.221	80 (6,6)	317 (26)	385 (31,5)	439 (36)
Napoli 3	1.476	106 (7,2)	414 (28)	453 (30,7)	503 (34,1)
Salerno	1.012	75 (7,4)	335 (33,1)	296 (29,2)	306 (30,2)
Campania	**6.690**	**492 (7,4)**	**2.010 (30)**	**1.982 (29,2)**	**2.206 (33)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 19 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia epatica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Nefrologica

La disamina per singoli gruppi di patologie permette di evidenziare, per l'***area Nefrologica***, la popolazione di pazienti secondo la seguente distribuzione per ASL di residenza e per numero di condizioni patologiche coesistenti:

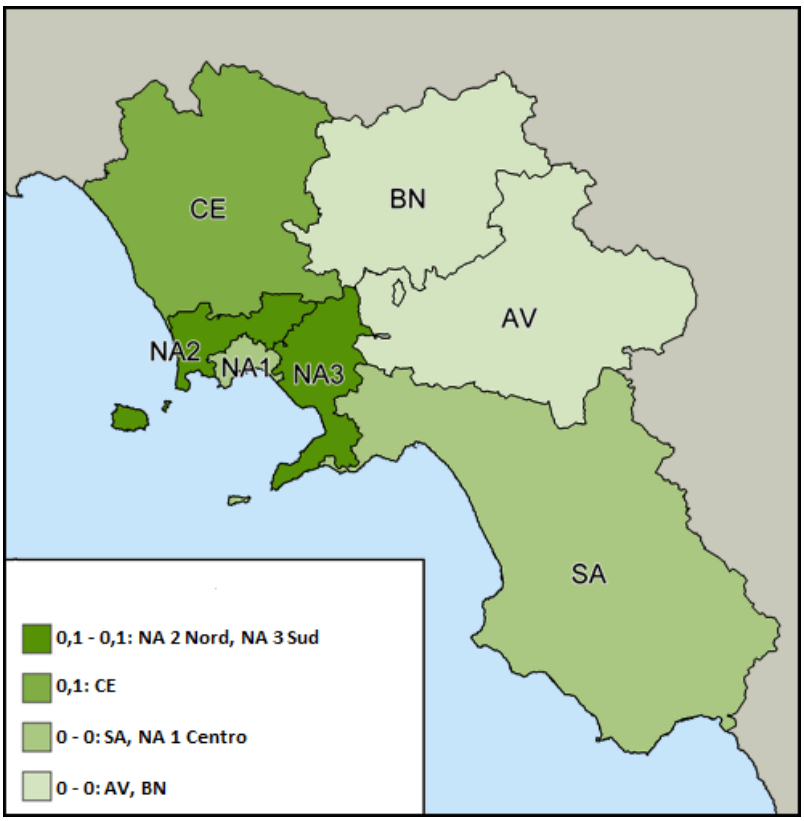


Figura 29 - Prevalenza d'uso di farmaci traccianti patologia nefrologica in Regione Campania - ANNO 2018

ASL	Totale Utilizzatori	Con nessuna condizione aggiuntiva n (%)*	Con una condizione (+1) aggiuntiva n (%)*	Con due (+2) condizioni aggiuntive n (%)*	Con tre (+3) o più condizioni aggiuntive n (%)*
Avellino	98	1 (1)	30 (30,6)	41 (41,8)	26 (26,5)
Benevento	72	-	18 (25)	27 (37,5)	27 (37,5)
Caserta	451	9 (2)	143 (31,7)	156 (34,6)	143 (31,7)
Napoli 1	480	18 (3,8)	135 (28,1)	158 (32,9)	169 (35,2)
Napoli 2	457	7 (1,5)	131 (28,7)	173 (37,9)	146 (31,9)
Napoli 3	568	16 (2,8)	158 (27,8)	195 (34,3)	199 (35)
Salerno	334	10 (3)	95 (28,4)	125 (37,4)	104 (31,1)
Campania	**2.460**	**61 (2,5)**	**710 (28,9)**	**875 (35,6)**	**814 (33,1)**

** percentuale calcolata su totale di riga*

Tabella 20 - Numero di utilizzatori di farmaci traccianti patologia nefrologica con una o più condizioni patologiche in Regione Campania – ANNO 2018

Tale stratificazione di popolazione permette di evidenziare che il 36% della popolazione campana presenta multipatologie croniche (pari a 2.107.101 di pazienti) e che il 20,1% (pari a 1.168.497 di pazienti) soffre almeno di una patologia. Questo bisogno assistenziale rappresenta lo snodo di programmazione che deve trovare nel Piano di riorganizzazione del Territorio il suo adeguato percorso di presa in carico per ridurre inappropriatezza di luoghi, *setting* di cure e spesa.

2 Il ruolo del Distretto

a. Il contesto generale di riferimento

Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti strutturali: la rilevanza, l'intensità e la varietà delle dinamiche presenti nello scenario disegnano un insieme di "minacce e di opportunità" ulteriormente accentuato dalla costante crescita delle aspettative della popolazione e dal vincolo della "scarsità relativa delle risorse". Il viraggio demografico anche in Campania ha ridisegnato la struttura dei bisogni e della domanda, qualificando le aspettative ed incrementando la pressione sui sistemi sociosanitari; la conseguente transizione epidemiologica ha, infatti, generato profonde modifiche nel quadro nosologico della popolazione, come descritto nell'analisi di stratificazione della popolazione, alimentando il progressivo passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa.

I sistemi sociosanitari di oggi e del prossimo futuro dovranno misurarsi con prevalenze legate alla cronicità, con malattie che si curano ma da cui non si guarisce, situazioni che richiedono una "presa in carico complessiva e continuativa", i cui effetti sulle organizzazioni sono profondi e fortemente differenziati. La rivoluzione comunicativa ha reso, inoltre, necessario rivisitare la dimensione della asimmetria informativa, che aveva totalmente connotato il rapporto medico paziente e che è ora profondamente in discussione, con un paziente che vuole sempre più esprimere un ruolo di partner consapevole nella programmazione e gestione del proprio "percorso di cura".

La regionalizzazione, il decentramento, il federalismo, hanno rimodulato competenze, responsabilità e livelli di autonomia, mentre nuovi assetti sono ipotizzabili alla luce di nuovi orientamenti politico istituzionali.

Il tutto mentre la veloce evoluzione dei saperi e del progresso scientifico, indirizza verso nuove competenze, nuovi farmaci, nuove tecnologie, e dunque nuovi bisogni, in costante conflitto con la limitatezza delle risorse, sia strutturale che congiunturale.

La complessità e la continua evoluzione del contesto di riferimento necessitano pertanto di una risposta di governo flessibile, ma ancorata su saldi orientamenti, di struttura di programmazione e di gestione.

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Lo stato attuale e le criticità dell'organizzazione distrettuale.

Sia nell'assetto dalla L. 833/78, che nel profilo disegnato D.Lgs. n. 502/92 e delle sue modificazioni nel corso di ormai quasi un trentennio, il Distretto è configurato come **il fulcro dell'assistenza territoriale**.
Il distretto **assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie**, e coordina le proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, in un programma organico delle attività territoriali.
Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità direzionale separata.
La Legge Regionale n. 32/94,legge attuativa del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii., già vedeva il distretto posto al centro dell'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria e ne individuava l'assetto organizzativo in Unità Operative.
La realizzazione di tali premesse normative non è ancora giunta a compimento, evidenziandosi **difformità, disomogeneità e criticità** che il presente Piano si propone di ricomporre.
Il denominatore comune è l'organizzazione strutturata in unità operative/servizi, alcuni dei quali facenti riferimento anche a dipartimenti strutturali, secondo il modello cosiddetto settoriale-funzionale: la responsabilità di risultato ed il governo gerarchico dei fattori produttivi sono attribuiti ad unità organizzative, ossia per materie e discipline medico specialistiche, in cui le unità operative individuano aree di attività omogenee. In tale modello il *focus* organizzativo è **rimasto concentrato sul versante dell'offerta**, rendendosi poco permeabile al modificarsi delle dinamiche della domanda.
Ulteriore complessità che ha generato disomogeneità organizzativa e assistenziale è rappresentato dalla individuazione di numerosi Dipartimenti Funzionali (Materno Infantile, Riabilitazione, Anziani, etc.) che sono stati previsti negli Atti Aziendali. La loro presenza, peraltro non omogenea nelle diverse ASL della Regione ha contribuito a creare **incertezza di ruoli e funzioni, duplicazioni, conflittualità e disorientamento nell'utenza**.
Altro potenziale moltiplicatore di criticità nelle dinamiche assistenziali territoriali era rappresentato dalla mancata integrazione con gli Ambiti Sociali; in tal senso la Regione ha già provveduto ad **allineare la geografia distrettuale con quella degli Ambiti sociali**, rendendoli territorialmente sovrapponibili, in maniera da evitare frammentazione e moltiplicazioni di interlocutori, per rendere più efficaci le dinamiche di presa in carico dei bisogni complessi nel solco della legge n. 328/2000.
In considerazione della riorganizzazione dei Distretti Sanitari già avvenuta negli anni 2007/2008, ponendo come riferimento di popolazione il parametro minimo di 60.000 abitanti, **l'attuale assetto geografico dei Distretti Sanitari non necessita pertanto di modifiche**, e con il presente Piano, dunque, si riconferma la configurazione geografica ed amministrativa dei Distretti esistenti; le tabelle riepilogative sono poste in coda al presente capitolo.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Va infine citata l'annosa criticità della **integrazione ospedale-territorio**, ove un forte disequilibrio dell'asse domanda/offerta, porta ad una impropria funzione vicariante dell'ospedale su attività sanitarie di pertinenza territoriale, dato ben evidenziato anche dall'analisi degli indicatori LEA.

c. Le funzioni del Distretto

La Regione Campania riconosce nel Distretto Sanitario il soggetto centrale nel governo delle attività territoriali, affermando i **paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia e orientando la dinamica di offerta "sanitaria" (servizi, prestazioni) verso l'offerta di "salute" (outcomes, esiti)**, in adesione agli standard previsti dai sistemi di garanzia e dal programma nazionale esiti.
In coerenza con tali assunti, la Regione configura un modello assistenziale compatibile con le premesse organizzative ed economiche, nonché con il mutato scenario epidemiologico individuando il Territorio quale **ambito elettivo per il trattamento delle patologie a sfondo cronico-degenerativo** e presidiando fortemente l'integrazione sanitaria e sociosanitari.
Si individuano, quali elementi nei quali si traduce la massima espressione di tensione integrativa, **le strutture intermedie territoriali che la Regione ha inteso attivare, quali poliambulatori, strutture residenziali e semiresidenziali a diverse intensità di cura, *hospice* per malati terminali e Ospedali di Comunità**, alla cui implementazione operativa concorreranno, secondo percorsi clinico-gestionali di volta in volta individuati, professionalità di varia natura.
Si promuove inoltre la valorizzazione del ruolo dei MMG/PLS, quali interpreti del ruolo congiunto di committenza e produzione, anche attraverso i **nuovi strumenti di integrazione delle professionalità e dei servizi**. La riorganizzazione delle Cure Primarie, affrontata in un successivo capitolo, espliciterà le relazioni funzionali nell'ambito delle nuove forme aggregative, la relazione di committenza/produzione tra Distretto e MMG/PLS, la programmazione delle attività per obiettivi in funzione dei bisogni espressi dalle popolazioni afferenti alle aggregazioni.

Il Distretto assicura l'erogazione delle prestazioni individuate nel PAT, secondo una aggregazione per **ambiti,** all'interno di ciascun ambito sono individuate **Unità Operative**, secondo quanto indicato nel capitolo 4:

1. Cure Primarie
    - Assistenza sanitaria di base (medicina generale, pediatria di libera scelta, continuità assistenziale)
    - Assistenza specialistica
    - Assistenza termale
2. Assistenza socio-sanitaria
    - Assistenza alla disabilità e assistenza protesica

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Assistenza ad adulti e anziani non autosufficienti
- Assistenza a malati terminali, terapia del dolore e cure palliative
- Assitenza per i disturbi del neurosviluppo e neuropsichiatria dell'età evolutiva (anche interdistrettuale)
- Psicologia clinica e giuridica (anche interdistrettuale)

3. Materno-infantile
    - Consultorio
    - Assistenza vaccinale
4. Servizi
    - Assistenza farmaceutica
    - Medicina legale
    - Uffici amministrativi
    - CUP

Il DPCM del 12/1/2017 di approvazione dei nuovi LEA colloca e denomina l'assistenza non ospedaliera come assistenza distrettuale, organizzata intorno ai **principi di presa in carico, multidisciplinarietà, e integrazione dei percorsi di cura**. La piena transizione verso tale modello passa prioritariamente pertanto attraverso la **configurazione del Distretto quale principale punto d'accesso**, non solo ai servizi distrettuali, ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari, con la necessità di una presa in carico unitaria e globale che esprime la potenzialità assistenziale mediante progetti individuali integrati e multidisciplinari.

Devono dunque essere organizzati presso ciascun Distretto:

- La **Porta Unitaria di Accesso**, costituita ai sensi ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento. La porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico *gate-keeper*, dove **si concentrano le potestà di organizzazione ed orientamento, superando la dispersione indotta da porte di accesso settoriali**. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", deve essere anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di **front- office**, con attività di accoglienza dei cittadini e decodifica della domanda, sia funzioni di **back-office**, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali ma anche ospedaliere e sociali per quanto necessario al percorso clinico.
- L'**Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM)**, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi. L'Unità di Valutazione **effettua la valutazione multidimensionale impiegando**

fonte: http://burc.regione.campania.it

un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM è composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale. Essa può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, cure domiciliari non prestazionali. La UVMM **non è solo un attore clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse**: stabilisce in quale ambito di cura appropriato va posizionato il caso. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce **l'unico punto di accesso per i bisogni complessi a tutti i servizi in rete** di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia.

d. I Distretti Sanitari della Campania

La configurazione geografica dei Distretti Sanitari in Regione Campania ed i relativi Comuni di riferimento (coincidenti con gli Ambiti Sociali) è rappresentata nella tabelle seguenti (fonte datiIstat 2018):

Distretti Sanitari ASL Avellino

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 01	Ariano Irpino	29	86.417
Distretto 02	Monteforte Irpino	7	37.159
Distretto 03	S.Angelo dei Lombardi	25	61.222
Distretto 04	Avellino	12	75.716
Distretto 05	Atripalda	28	100.413
Distretto 06	Baiano	17	60.596
Totale		***118***	***421.523***

fonte: http://burc.regione.campania.it

Distretti Sanitari ASL Benevento

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 07	Benevento	5	69.682
Distretto 08	San Giorgio del Sannio	19	57.400
Distretto 09	Montesarchio	14	55.838
Distretto 10	Telese Terme	18	54.835
Distretto 11	Alto Sannio Fortore (Morcone/San Bartolomeo in Galdo)	22	41.372
Totale		***78***	***279.127***

Distretti Sanitari ASL Caserta

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 12	Caserta	4	115.663
Distretto 13	Maddaloni	6	83.603
Distretto 14	Teano	16	76.577
Distretto 15	Piedimonte Matese	31	72.454
Distretto 16	Marcianise	6	82.622
Distretto 17	Aversa	1	52.794
Distretto 18	Succivo	8	103.295
Distretto 19	Lusciano	6	77.542
Distretto 20	Casal Di Principe	4	54.400
Distretto 21	S. Maria Capua Vetere	7	76.151
Distretto 22	Capua	10	57.116
Distretto 23	Mondragone	5	71.228
Totale		***104***	***923.445***

Distretti Sanitari ASL Napoli 1

Distretto	Municipalità	Numero Quartieri	Popolazione
Distretto 24	Municipalità 01	3	82.949
Distretto 25	Municipalità 10	2	88.670
Distretto 26	Municipalità 09	2	101.269
Distretto 27	Municipalità 05	2	92.599
Distretto 28	Municipalità 08	3	112.101
Distretto 29	Municipalità 03	2	113.361
Distretto 30	Municipalità 07	3	87.553
Distretto 31	Municipalità 02	6	88.613
Distretto 32	Municipalità 06	3	104.692
Distretto 33	Municipalità 04	4	94.336
Distretto 73	Comune di Capri e Anacapri	2	14.121
Totale		***32***	***980.265***

fonte: http://burc.regione.campania.it

Distretti Sanitari ASL Napoli 2 Nord

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 35	Pozzuoli	3	120.296
Distretto 36	Ischia	7	74.573
Distretto 37	Giuliano in Campania	1	124.361
Distretto 38	Marano di Napoli	2	101.013
Distretto 39	Villaricca	3	69.160
Distretto 40	Mugnano di Napoli	2	72.939
Distretto 41	Frattamaggiore	5	112.021
Distretto 42	Arzano	2	52.969
Distretto 43	Casoria	1	77.087
Distretto 44	Afragola	1	64.817
Distretto 45	Caivano	3	72.495
Distretto 46	Acerra	1	59.910
Distretto 47	Casalnuovo	1	49.250
Totale		***32***	***1.050.891***

Distretti Sanitari ASL Napoli 3 Sud

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 34	Portici	1	54.577
Distretto 48	Mariglianella	6	103.531
Distretto 49	Nola	14	109.732
Distretto 50	Volla	4	61.192
Distretto 51	Pomigliano d'Arco	2	67.509
Distretto 52	Palma Campania	7	134.549
Distretto 53	Castellamare di Stabia	1	65.922
Distretto 54	San Giorgio a Cremano	2	54.179
Distretto 55	Ercolano	1	52.763
Distretto 56	Torre Annunziata	4	89.549
Distretto 57	Torre del Greco	1	85.332
Distretto 58	Pompei	8	109.313
Distretto 59	Sorrento	6	81.698
Totale		***57***	***1.069.846***

Distretti Sanitari ASL Salerno

Distretto	Sede di Distretto	Numero Comuni	Popolazione
Distretto 60	Nocera Inferiore	4	92.914
Distretto 61	Angri/Scafati	4	96.238
Distretto 62	Sarno/Pagani	4	88.598
Distretto 63	Cava de Tirreni/Costa d'Amalfi	14	92.681
Distretto 64	Eboli/Buccino	18	102.968
Distretto 65	Battipaglia	3	71.367
Distretto 66	Salerno	2	145.071
Distretto 67	Mercato San Severino	6	70.241
Distretto 68	Giffoni Valle Piana	9	80.146
Distretto 69	Capaccio/Roccadaspide	21	54.893
Distretto 70	Vallo della Lucania/Agropoli	37	96.192
Distretto 71	Sapri	17	44.173
Distretto 72	Sala Consilina/Polla	19	66.281
Totale		***158***	***1.101.763***

fonte: http://burc.regione.campania.it

3 Il ruolo dei Dipartimenti Strutturali

a. Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è macrostruttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta, in attuazione del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, e della Legge Regionale n. 32/1994 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, alla **promozione della tutela della salute collettiva**, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie acute e croniche e delle disabilità ed al miglioramento della qualità della vita.

Ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.): con l'articolo 1, comma 1, del DPCM 12.01.2017 sono stati rimodulati i livelli essenziali di assistenza e, nello specifico, alla lettera a) è previsto il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", riferito al Dipartimento di Prevenzione.

All'articolo 2 del medesimo D.P.C.M. **sono inclusi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica" i seguenti LEA**:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di Prevenzione, all'interno delle singole ASL, è l'asse portante ed il nodo strategico, garante della collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'ASL, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini. Esso **cura sia le funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia l'armonizzazione trasversale di processi e interventi non erogati direttamente**, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra i diversi stakeholders. In tale cornice, la prevenzione collettiva è promossa secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta, l'Arpa e tutte le Strutture che, a diverso titolo, sono coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale, declinate nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Campania con proprio DCA n. 156/2014 ha decretato il **Piano Regionale della Prevenzione** 2016/2018, successivamente prorogato con approvazione Ministeriale per l'anno 2019. A tale Piano fa riferimento la programmazione regionale per l'assistenza in area prevenzione.

In conformità con quanto previsto agli artt. 7-bis - 7-ter e 7-quater del D. Lgs.n. 502/1992 e s.i.m., le **funzioni del dipartimento** si articolano secondo il seguente schema:

1. Funzioni garantite "direttamente" dal Dipartimento di Prevenzione:
    - profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
    - sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
    - tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
    - tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
    - sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
    - tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
    - tutela della salute nelle attività sportive.
2. Funzioni che il Dipartimento contribuisce ad assicurare con gli altri Servizi, Distretti Sanitari e Dipartimenti aziendali:
    - attività di promozione della salute;
    - prevenzione delle malattie cronico - degenerative.

Il Dipartimento di Prevenzione, in adesione ai contenuti dell'articolo 7 quater del D.l.vo n. 502/1992 e s.m.i, della L.R. 32/1994 e della L. n. 189/2012, è **articolato nei seguenti Servizi**:

- Servizio di igiene e sanità pubblica;
- Servizio di epidemiologia;
- Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di medicina del lavoro;
- Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Servizio veterinario di sanità animale;
- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I **Servizi indicati si configurano come Unità Operative** e operano quali **centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa** nell'ambito della struttura dipartimentale,

fonte: http://burc.regione.campania.it

perseguendo gli obiettivi dipartimentali e aziendali, l'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché la gestione delle risorse economiche attribuite. Si persegue la **piena integrazione** tra le UU.OO. che compongono il Dipartimento, secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali. Al fine di garantire il miglioramento continuo delle prestazioni si procederà alla certificazione di qualità per tutti i Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione e le Unità Operative in cui è articolato, in piena continuità con l'attuale organizzazione, operano mediante **articolazioni "centrali" competenti per l'intero territorio dell'ASL, e mediante articolazioni "territoriali"**, indispensabili in relazione a realtà ad elevata utenza o a specificità aziendali dettate dal contesto socio-economico ed istituzionale.

Le funzioni specifiche già svolte dalle singole articolazioni e normate da indicazioni nazionali e regionali sono confermate con la presente programmazione.

b. Dipartimento di Salute Mentale

I Il DSM costituisce il sistema integrato di strutture, di presidi, di operatori, di relazioni interdisciplinari e di referenti territoriali e sociali che promuove, programma, attua, coordina, monitora e verifica tutte le **attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e re-inserimento sociale e lavorativo dei cittadini-utenti con disturbi mentali** e di formazione degli operatori, al fine di garantire l'efficace e sostanziale tutela della salute mentale della popolazione residente. Esso costruisce una rete di sinergie volta ad attivare la concertazione locale per la piena realizzazione del percorso personalizzato per l'utente nel suo contesto ambientale di vita. Opera al servizio del territorio, è aperto alla partecipazione della popolazione interessata e favorisce lo sviluppo di un ruolo attivo e l'empowerment delle persone con disturbi mentali.

Il modello dipartimentale è stato individuato dal Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" – DPR 10.11.99 – GU n. 274 del 22.11.99, quale modalità organizzativa dei servizi per la Salute Mentale ed **in tale ruolo il DSM**:

- espleta tutte le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico;
- garantisce l'unitarietà dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio;
- garantisce la presa in carico delle persone con problematiche di salute mentale, promuovendo l'integrazione tra prestazioni di ambito sanitario e sociale rese da altre agenzie sanitarie, enti o istituzioni;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- promuove l'esercizio dei diritti di cittadinanza delle persone con problematiche di salute mentale;
- concorre alla presa in carico di cittadini e/o famiglie, portatori di bisogni multipli, di concerto con gli altri Dipartimenti e con le agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria, tramite percorsi coordinati con i Distretti;
- garantisce la tutela della salute mentale e la cura dei disturbi mentali a favore dei cittadini sottoposti a misure detentive e di restrizione della libertà;
- orienta i propri interventi a trattamenti basati sul rispetto della libertà e la promozione dei diritti (Dichiarazione Universale sui diritti dell'uomo, Parigi 1948) ed sulla promozione dei determinanti di salute (OMS, Carta di Ottawa 1986), ricercando il consenso e la collaborazione dei diretti interessati;
- promuove e coordina le attività di ricerca clinica applicata e di base e favorisce la collaborazione alle attività di ricerca con Dipartimenti universitari e strutture di altre aziende sanitarie;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione attiva delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari e del volontariato;
- promuove iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti, in rapporto con il privato sociale ed imprenditoriale, mediante l'integrazione con i Piani Sociali di Zona, contrastando l'emarginazione, lo stigma, la cronicizzazione;
- governa l'accesso ai servizi forniti dalle strutture private accreditate e vigila sull'andamento dei programmi terapeutici e riabilitativi da queste svolti, garantendo altresì il rispetto dei limiti di spesa programmati.

Il DSM è un **Dipartimento Strutturale** a Direzione unica, che svolge tutte le funzioni e le attività per la Promozione e la Tutela della Salute Mentale nel territorio di pertinenza aziendale. È centro di responsabilità, dotato di proprie risorse umane, strumentali e finanziarie, autonomi a gestionale, tecnico-organizzativa e contabile, ed è soggetto a rendicontazione analitica. E' articolato in Unità Operative il cui bacino di utenza corrisponde a quello del distretto sanitario o di più distretti sanitari, garantendo la presenza di almeno un Centro di Salute Mentale per ogni distretto sanitario.

Le **normative di riferimento** per la strutturazione ed il funzionamento del DSM in Campania sono incluse nella L. 833/78 art. 34, nella DGRC n. 7262/2001 concernente Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale al Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania ex DGRC n. 2132/2003, dalle Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09, dal già citato PANSM approvato dalla Conferenza Unificata (rep. atti n. 4/CU) il 24/01/2013, dai provvedimenti riguardanti i requisiti minimi della residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica in Campania, come il DCA n. 5/2011 e la DGRC n. 666/2011 (quest'ultima poi confluita nel Regolamento

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regionale Sociale dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari n. 4/2014), dal Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ex DCA n. 104/2014 e smi. La strutturazione interna fa invece riferimento al DCA n. 135/2012 riguardante gli indirizzi regionali per l'adozione degli atti aziendali delle AA.SS.LL. della regione Campania, integrato dal DCA n. 18/2013.

Le **Unità Operative di Salute Mentale garantiscono** le prestazioni e le attività previste dal DPCM 12 gennaio 2017, art. 26:

- l'individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- accoglienza;
- valutazione diagnostica multidisciplinare;
- definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;
- visite psichiatriche;
- prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- colloqui psicologico-clinici;
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, e di gruppo);
- colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- gruppi di sostegno per i pazienti e loro familiari;
- interventi sulla rete sociale formale e informale;
- consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali, e residenziali;
- collaborazione con i medici di medicina generale;
- collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;
- interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;
- progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta.
- Le Unità Operative di Salute Mentale hanno un **bacino di riferimento** distrettuale e/o pluridistrettuale. Allo stesso modo corrispondono ad uno o più ambiti sociali. Il bacino di utenza è compreso tra 100.000 e 150.000 abitanti come previsto dal P.O. Salute Mentale 1998-2000. Le aziende sanitarie, nei casi in cui non fosse possibile rispettare tali limiti, e nel caso di aree territoriali vaste e/o disperse, organizzano funzionalmente le UU.OO. attivando più punti

fonte: http://burc.regione.campania.it

territoriali di erogazione delle prestazioni e dei servizi ad es. dislocando ambulatori, centri diurni etc in modo da consentire l'accesso degli utenti nel modo più efficace possibile.

I DSM garantiscono quanto previsto dai LEA prevedendo tra le **proprie tipologie di articolazioni**:

- Centri di Salute Mentale (CSM)
- Centri Diurni (CD)
- Day-Hospital (DH)
- Strutture terapeutico-riabilitative [cosiddette Strutture Intermedie di Riabilitazione (SIR)] residenziali di livello intensivo o estensivo
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).

Il **CSM** è la sede delle attività territoriali e il primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Assicura le prestazioni ambulatoriali, territoriali attraverso l'equipe multidisciplinare.

Il **DH psichiatrico** è una modalità di assistenza semiresidenziale in cui sono effettuati prestazioni diagnostiche, specifici programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine. Può essere allocato sia in Ospedale sede di SPDC sia presso le UU.OO.CC.S.M. collegate funzionalmente con il SPDC e ed il presidio ospedaliero.
Deve essere dotato di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario per assolvere ai seguenti compiti:

- esecuzione di accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuazione di trattamenti farmacologici
- riduzione del ricorso al ricovero ordinario e/o limitarne la durata
- attività di supporto ai progetti terapeutico riabilitativi

Il **CD** è una struttura semiresidenziale, dotata di equipe multiprofessionale, con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale in locali idonei adeguatamente attrezzati, e assicura funzioni volte alla riabilitazione psicosociale. Rappresenta una struttura che opera con una modalità transmurale ed in integrazione con le altre articolazioni dell'UOC e/o del DSM nella realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati. Promuovere interventi riabilitativi evidence based (interventi psico-educativi, riabilitazione cognitiva e metacognitiva, interventi di recovery, social skills training etc.).I programmi di reinserimento sociale e lavorativo deve essere realizzato in stretta collaborazione con i servizi sociali territoriali.

Le **SIR** (strutture residenziali psichiatriche", cfr Accordo Conferenza Unificata (rep. Atti n.116/CU) del 17 ottobre 2013) sono strutture territoriali di cui ogni DSM dispone al fine di attuare l'intervento terapeutico

fonte: http://burc.regione.campania.it

secondo il programma personalizzato d'intervento messo a punto dal CSM unitamente all'equipe della SIR. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative e sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire il reinserimento nel tessuto sociale.

Il **SPDC** è un servizio ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari) individuate come DEA di I livello (DM 70/2015) a valenza dipartimentale dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero ordinario. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura garantisce:

- la tempestiva e adeguata modalità di accoglienza;
- la formulazione/riformulazione della diagnosi;
- l'impostazione di strategie terapeutiche immediate;
- la riduzione/superamento della condizione clinica critica;
- l'effettuazione coordinata di accertamenti vari e complessi;
- l'osservazione e monitoraggio clinico;
- la riconnessione dei rapporti di rete familiare.
- le connessioni con l'Unità Operativa di Salute Mentale del territorio di pertinenza del paziente al fine di garantire concretamente la continuità terapeutica.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non si configura come un Pronto Soccorso psichiatrico, ma garantisce le attività di consulenza e di collegamento al Pronto Soccorso e alle altre Unità Operative del P.O.

Le **REMS**, sono strutture sanitarie residenziali con funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per persone affette da disturbi mentali e sottoposti a misure di sicurezza detentive perché giudicati socialmente pericolosi. La gestione interna è di competenza sanitaria dovendo assicurarsi esclusivamente la realizzazione di programmi di cura.

All'interno del DSM deve essere inoltre previsto il **Servizio di Psicologia Clinica** che opera trasversalmente alle articolazioni fin qui elencate. Definisce, negli ambiti di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento inerenti le attività psicologiche effettuate nel DSM. Coordina le attività degli psicologi clinici operanti in ciascuna UOSM/CIM, garantendo livelli uniformi di assistenza psicologica in tutte le articolazioni strutturali dipartimentali. Le prestazioni saranno erogate in tutti i setting assistenziali previsti dall'Azienda.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Lo strumento e lo spazio dell'integrazione tra le UU.OO. di salute mentale, il distretto sanitario e gli ambiti sociali è l'**Unità di Valutazione Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM)**: ad essa, le UOSM partecipano con propri professionisti in relazione al bisogno. Nell'UVMM la valutazione multidisciplinare, multidimensionale, la presenza degli enti locali e dell'utente concorrono alla predisposizione, organizzazione e realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato e globale. In sede di UVMM vengono implementati i progetti terapeutici di qualunque natura (residenziale, semiresidenziale e territoriale) in funzione del bisogno assistenziale rilevato.

c. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze è un Dipartimento Strutturale che rappresenta il punto di riferimento aziendale **per le competenze e la operatività in campo di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze**. Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti additivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale.

A partire dal Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" si sono susseguite numerose normative nazionali e regionali per l'organizzazione e la definizione della mission sanitaria (e sociosanitaria) dell'Area delle Dipendenze. Nata inizialmente come tutela della salute dalle Tossicodipendenze, nell'evoluzione sociologica e clinica, oggi non è più corretto riferirsi esclusivamente alle Tossicodipendenze ma ad una variegata tipologia di vecchie e nuove dipendenze a cui bisogna rivolgere una nuova attenzione, anche nella riprogrammazione dei servizi ad esse dedicati.
Con D.M. 14 giugno 2002 "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unita' sanitarie locali - Ser.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444, lo Stato ha normato l'organizzazione dei servizi pubblici sanitari e sociosanitari in materia.
In Regione Campania le indicazioni normative più rilevanti in tale ambito sono:

- DGRC N. 2136 del 20 giugno 2003 - Organizzazione Servizi Dipendenze nelle AA.SS.LL. - Dipartimento per le dipendenze;
- DCA 86/2016 "Piano regionale di contrasto alle dipendenze patologiche"
- DCA 81/2018 "Presa d'atto Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo"
- DDCCA 32,39 e 40/2018 "Accreditamento strutture residenziali e semiresidenziali tipologie Terapeutico e Pedagogico"
- DCA 54 del 04/07/2019 "Presa d'atto accordo di riconversione posti letto in eccesso.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Compiti principali del Dipartimento sono:

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi comuni;
- definire ed attuare procedure operative “evidence based”, concordate e applicate da tutti, al fine di rendere omogenei e coordinati tutti i vari tipi di intervento sul territorio;
- coordinare ed assicurare l’adozione di standard omogenei per le attività di raccolta, archiviazione, elaborazione, interpretazione, diffusione e la trasmissione dei dati alle amministrazioni regionali e centrali;
- promuovere l’allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
- controllare e verificare la qualità dell’assistenza fornita e lo sviluppo dei programmi comuni concordati;
- studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l’entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con tutte le varie strutture della ASL coinvolte nell’assistenza alle persone dipendenti;
- individuare le soluzioni operative per l’ottimizzazione dell’accesso degli utenti alla rete dei servizi socio-sanitari pubblici e privati (Ser.D., reparti ospedalieri, comunità, cooperative sociali);
- incentivare l’umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
- promuovere le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
- garantire il raccordo nell’attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra ASL e privato sociale, scuola, enti locali, comunità terapeutiche, volontariato;
- studiare costantemente l’evoluzione del fenomeno delle dipendenze sul territorio attraverso il supporto di un osservatorio epidemiologico autorevole.

Il Dipartimento è organizzato in Ser.D., servizi multidisciplinari configurati come Unità Operative, che assumono la funzione di presa in carico globale e integrata delle persone con patologie da dipendenze, con e senza sostanza, garantendo l'attivazione di servizi o attività specializzate per le diverse forme di dipendenza, nell'ambito della generale presa in carico.

Considerata la complessità del bisogno sanitario e sociosanitario e la molteplicità dei settori in cui esso di estrinseca, si individuano **4 livelli di attività** da sviluppare nei territori di competenza, che dovranno anche tener conto della differenza di genere e dell’età del paziente, con particolare riguardo all’area minori:

- 1° livello: **Prevenzione**, d'intesa con il Dipartimento Prevenzione della ASL ed in armonia con il Piano Regionale della Prevenzione, (anche con Unità mobili e di strada) – con una buona

fonte: http://burc.regione.campania.it

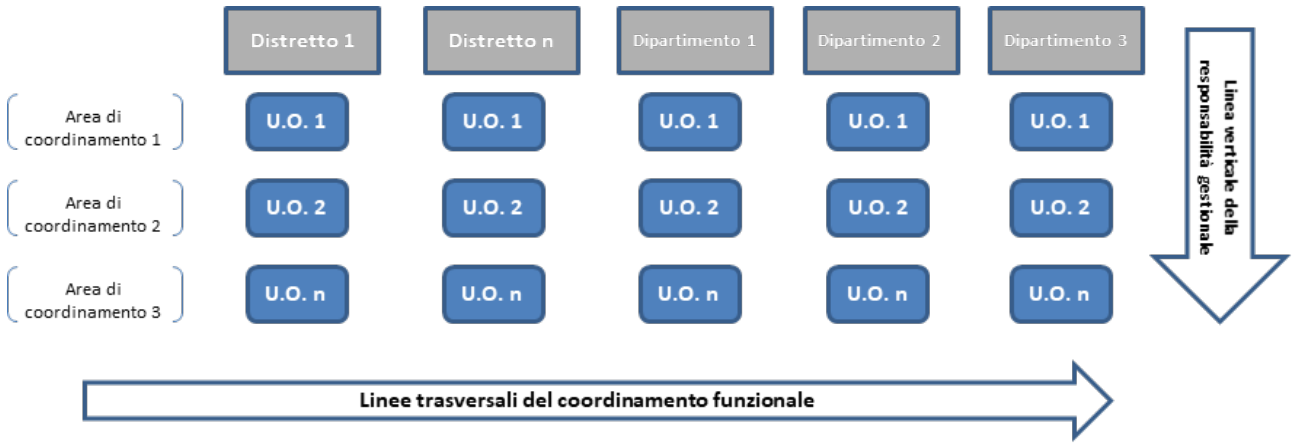
relazione con i MMG e PLS per l'individuazione delle classi di cittadini a rischio con strategie di prevenzione selettiva ed universale - primo contatto, primo soccorso, applicazione di tecniche per la riduzione del rischio delle patologie correlate, distribuzione di materiali sterili, terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, informazione e creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, assistenza sociale, prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed supporto psicologico nel breve-medio termine.

- 2° livello: **Cura** nell'ambito di strutture ambulatoriali per la gestione dei cittadini con adeguati percorsi diagnostici e, dove necessario, programmi individualizzati, per affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici, educativi e socio/riabilitativi. Le funzioni principali del livello ambulatoriale sono: la diagnosi specialistica, gli interventi medici e farmacologici, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con gli istituti scolastici, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie. Avvio di percorsi di riabilitazione tendenti alla autonomizzazione del paziente;
- 3° livello: **Riabilitazione** strutture residenziali o semiresidenziali accreditate con programmi rivolti ai cittadini che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e riabilitativi specialistici nel lungo termine. Per ogni cittadino con dipendenza da sostanze, eleggibile ad un percorsi presso strutture dedicate, sarà previsto un apposito programma personalizzato con indicazione delle caratteristiche personologiche da incastrare con i programmi Comunitari presenti in Campania, al fine di evitare il più possibile abbandoni del programma, riportando gli obiettivi terapeutici da raggiungere sistematicamente verificati dai refrenti dei Ser.D. d'intesa con i responsabili delle Comunità. Le funzioni principali di questo livello sono rappresentate dai programmi terapeutici e socio-riabilitativi nel medio e lungo termine in regime residenziale e semiresidenziale. Proseguono le attività di riabilitazione e preparazione al reinserimento socio-lavorativo. Si gestiscono eventuali ospedalizzazioni in stretto raccordo con il Ser.D. di appartenenza.
- 4° livello: **Riduzione del danno** (La riduzione del danno è rivolta a persone tossicodipendenti nel contesto di strada e di piazza, con l'obiettivo di ridurre i rischi nell'utilizzo di sostanze con particolare attenzione alle overdose, di diminuire il contagio per le possibili patologie correlate all'uso iniettivo e sniffing, di operare un avvicinamento ai servizi o un sostegno e counseling in un contesto non ambulatoriale, di distribuire materiali di profilassi e informativi) Il quarto livello riguarda tutte le attività territoriali finalizzate alla prevenzione di patologie correlate all'uso di sostanze e a tutte le attività di informazione, sensibilizzazione e accompagnamento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

4 La governance delle attività territoriali

Si definisce di seguito un modello di governance territoriale di tipo integrato, teso ad evitare **duplicazioni e costi aggiuntivi e nel contempo volto a definire la certezza delle linee di responsabilità**, per ciò che attiene l'attribuzione e l'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e strumentali. Ne deriva una **logica a matrice**, in cui le componenti verticali sono i Distretti ed i Dipartimenti Strutturali, deputati ai processi di governo operativo e gestionale e sono inclusi nel processo di budget. Tali strutture sono trasversalmente incrociate da Aree di Coordinamento per discipline omogenee, con valenza esclusivamente funzionale, non incluse nel processo di budget. Al centro della matrice sono individuate le Unità Operative, che sono le strutture deputate alla erogazione delle prestazioni e dei servizi. Una Unità operativa fa sempre riferimento ad un'unica linea strutturale verticale (Distretto o Dipartimento), e può essere inclusa in una o più linee funzionali trasversali (Aree di Coordinamento).
La strutturazione formale degli elementi della governance si realizza con la stesura dell'Atto Aziendale, adottato dalle ASL sulla base delle Linee Guida prodotte dalla Regione.



a. Il Tavolo Tecnico Permanente per le Funzioni Territoriali

In ciascuna ASL **è istituito, con deliberazione del Direttore Generale**, Il Tavolo tecnico permanente per le funzioni territoriali. Esso è costituito dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Distretti e dai Direttori dei Dipartimenti Strutturali. Sulla base delle necessità, possono essere inviatati di volta in volta alla partecipazione al Tavolo, con funzione consultiva, i Coordinatori delle Aree, i Direttori dei Presidi Ospedalieri a Gestione Diretta, le Direzioni delle Aziende Ospedaliere insistenti sul territorio e qualunque altra figura, anche esterna all'Azienda, che possa fornire un contributo nell'ambito di specifiche aree tematiche.
Il compito del Tavolo è quello di **fornire supporto alla Direzione Strategica ed al Collegio di Direzione sui temi della programmazione, implementazione e monitoraggio** delle attività territoriali, dei processi

fonte: http://burc.regione.campania.it

di integrazione ospedale-territorio, delle analisi per la determinazioni dei fabbisogni assistenziali e dei criteri per la produzione e l'acquisto delle prestazioni.

b. Le Aree di Coordinamento

Sono istituite, in seno ad ogni ASL, Aree di Coordinamento, in luogo dei Dipartimenti funzionali. L'Area di Coordinamento **non gestisce le risorse (né umane, né economiche)** che sono invece nella disponibilità dei Direttori di Distretto (dovendo questi rispondere della erogazione dell'assistenza alla popolazione di riferimento), salvo quelle allocate presso le Aree stesse, e strettamente indispensabili allo svolgimento delle **funzioni proprie**.

I responsabili delle Aree di Coordinamento sono membri del Tavolo Tecnico Permanente per le Funzioni Territoriali, ed in tale sede concorrono alle definizione degli **atti programmatori generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni erogate**, cura e garantisce l'alimentazione completa e corretta dei flussi informativi ministeriali, regionali e aziendali.

Con riferimento alla propria sfera di competenza, coordinano la redazione, la diffusione e l'aggiornamento l'elaborazione di **Linee Guida Aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali e sono partecipi delle Commissioni istituite per la redazione di PDTA interaziendali e/o trans-murali**. Garantiscono inoltre unitarietà e **omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici** nell'area di competenza, riferiscono annualmente alla direzione strategica sulle attività dell'Area, evidenziano eventuali criticità e propongono interventi correttivi.

In sede di Linee Guida Regionali e dei conseguenti Atti Aziendali, si definisce l'afferenza di ciascuna Unità Operativa, distrettuale o dipartimentale, ad una o più Aree di Coordinamento.

Le modalità di individuazione delle Aree di Coordinamento e le loro fattispecie, sono definite nell'ambito delle Linee Guida Regionali di attuazione del presente Piano e recepite negli Atti Aziendali.

Di norma,e salvo diverse indicazione, sono **individuate, le seguenti Aree di Coordinamento**:

- Coordinamento Cure Primarie
- Coordinamento Socio-sanitario
- Coordinamento Cure Domiciliari
- Coordianmento Cure Palliative e Terapia del dolore
- Coordinamento dei Nuclei per i disturbi del neurosviluppo
- Coordinamento Materno-infantile
- Coordinamento Farmaceutico territoriale
- Coordinamento Servizi amministrativi distrettuali (CUP, Economato, ticket, ufficio tecnico, supporto alla Formazione)
- Coordinamento di Sanità Penitenziaria.

fonte: http://burc.regione.campania.it

c. Il Distretto

Il nuovo modello, di cui la Regione si fa promotrice vede la linea di responsabilità principale individuata nella direzione distrettuale: **al Distretto sono assegnati operatori e risorse di discipline diverse**. L'assegnazione delle risorse umane al Direttore del Distretto è il presupposto amministrativo, giuridico e gestionale per tale forma di organizzazione in cui la centralità dell'utente sostituisce la centralità del servizio.

Tale modello si caratterizza per l'attribuzione di responsabilità complessive ed obiettivi misurati non più per singole funzioni tecnico professionali, ma per esiti complessivi di salute, riportati alla **responsabilità unitaria del Direttore di Distretto**.

Il Direttore del Distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il **"garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente**. In quanto tale è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'A.S.L., nonché della direzione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatrici.

Compete al Direttore promuovere, sul territorio di competenza e nell'ambito della programmazione distrettuale, la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate che devono essere garantite ai sensi dell'art. 3-*quinquies* del D.Lgs. 502/92 e s.i.m., al fine di **soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione**.

Il Direttore del Distretto e **componente del Tavolo permanente per le Funzioni Territoriali**, ed in tale veste è partecipe delle scelte aziendali di macroprogrammazione. Egli redige,a cadenza annuale, uno specifico **Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.)** relative al Distretto di competenza, con il quale declina nel proprio ambito territoriale gli elementi della programmazione aziendale.

Redige annualmente altresì, la **Relazione sull'attività annuale distrettuale** riportando azioni realizzate, risultati e criticità.

d. I Dipartimenti strutturali

Ai Dipartimenti strutturali, sono attribuite risorse umane, tecnologiche e finanziarie. Il Direttore, nominato dal Direttore Generale tra i direttori di U.O.C. afferenti al Dipartimento. Esso si articola al suo interno in Unità Operative, così come definite nelle linee Guida Attuative del presente Piano e ratificate in Atto Aziendale.

Le specificità organizzative e di governance dei dipartimenti strutturali sono illustrate nel **capitolo 3**.

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Le Unità Operative

Le azioni dei Distretti e dei Dipartimenti strutturali si realizzano attraverso le Unità Operative, a ciascuna delle quali è preposto almeno un dirigente con funzione di responsabile. I responsabili delle Unità Operative riferiscono al Direttore del Distretto o del Dipartimento cui appartengono, per ciò che attiene la selezione ed il **raggiungimento degli obiettivi, nonché per la assegnazione delle risorse e la contrattazione del budget** all'interno del Distretto o del Dipartimento.
Le Unità Operative, possono essere qualificate **in strutture semplici o complesse**, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.
Ciascuna Unità operativa può afferire ad una o più Aree funzionali di coordianmento, partecipando in tale ambito alla definizione di PDTA e percorsi organizzativi a valenza sovra distrettuale. L'organizzazione delle Unità Operative è definita in Atto aziendale, con riferimento agli ambiti di cura e secondo le indicazioni delle Linee Guida Regionali

5 Le cure primarie

a. Ricognizione dello stato attuale dell'assistenza primaria

Nell'attuale organizzazione l'Assistenza Primaria viene resa nell'ambito della Unità Operativa Assistenza sanitaria di Base (UOASB) a valenza distrettuale o sovra distrettuale. L'impianto organizzativo interno della UOASB è costituito da un Dirigente Medico Responsabile e da Dirigenti Medici e personale di comparto (amministrativo e sanitario) con funzioni di valutazione del bisogno ed indirizzo delle cure, funzioni assistenziali ambulatoriali, autorizzative, liquidatorie, ispettive. In via ordinaria alla UOASB fa capo un poliambulatorio anche con più sedi distribuite sul territorio distrettuale. Le attività ambulatoriali sono erogate prevalentemente da Medici Specialisti Ambulatoriali che effettuano anche visite domiciliari su disposizione della UOASB e su richiesta dei MMG e PLS.
Il modello assistenziale è di tipo prestazionale, la domanda è avanzata dall'utente attraverso il CUP aziendale. L'offerta organizzata in formula day service non è diffusa.
Al Poliambulatorio afferisce il personale di comparto per le attività di supporto allo Specialista. Di norma, le prestazioni assistenziali e le specialità disponibili sono attualmente l'esito di processi localmente governati nell'ottica più del soddisfacimento della domanda che della valutazione del bisogno. Ordinariamente i poliambulatori dotati di maggiori specialità sono collocati nella sede principale del Distretto Sanitario, mentre in una o più sedi territoriali sono attivi piccoli poliambulatori con discipline di base.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Gli Specialisti inoltre partecipano alle attività delle UVI e delle UVBR per la parte di competenza clinica relativa al caso in esame. L'analisi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche viene evidenziata nella tabella n.1 nell'ambito dell'analisi dell'erogato per la macro area di specialistica ambulatoriale. Nella stessa tabella vengono evidenziate anche le prestazioni ambulatoriali rese dalle AORN a utenti esterni nell'ambito dell'accesso alle prestazioni ospedaliere preordinate o del *follow up* dei ricoveri. Le prestazioni erogate dalle ASL ricomprendono anche quelle erogate dagli erogatori privati insistenti nel proprio ambito territoriale.

Specialistica Ambulatoriale		
ASL	**Numero Strutture da NSIS**	**Numero Prestazioni per Esterni**
ASL AV	303	3.655.492
ASL BN	197	2.775.072
ASL CE	499	8.066.668
ASL NA1	784	9.298.662
ASL NA2	617	9.076.771
ASL NA3	653	11.247.435
ASL SA	798	11.742.887
AO Cardarelli	25	196.827
AO Santobono	20	103.703
AO Dei Colli	49	350.777
AOU Ruggi	59	763.768
AO Moscati	25	419.114
AO San Pio	22	408.562
AO San Sebastiano	25	191.999
AOU Vanvitelli	25	255.875
AOU Federico II	26	422.659
IRCCS Pascale	23	311.117
Totale complessivo	**4.150**	**59.287.388**

Tabella 21 – Specialistica ambulatoriale

Il modello assistenziale finora attivo può essere definito ancora di tipo settoriale-specialistico: in esso ciascun professionista eroga prestazioni con diverso grado di complessità, senza l'adozione condivisa di Linee Guida/PDTA.

Tale assetto organizzativo ha condotto ad una consistente moltiplicazione dell'offerta che, in assenza di integrazione e coordinamento, determina la frammentazione e duplicazione degli interventi, con conseguente allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali. Tale dispersione di offerta non ha permesso nemmeno l'organizzazione della funzione di filtro che il territorio deve esercitare, per cui gli assistiti si rivolgono direttamente al Pronto Soccorso con mezzi propri, bypassando completamente tutto il livello delle Cure Primarie.

La Medicina Generale, la Pediatria di Libera Scelta

Non tutti i MMG sono organizzati nelle forme associative previste dalle normative precedenti alla legge Balduzzi (Medicina in rete, Medicina in Associazione, Medicina di Gruppo) e attualmente il 50% di loro fruisce di un Collaboratore di studio mentre solo l'8% ha la disponibilità di attività infermieristica. Sono

fonte: http://burc.regione.campania.it

attive varie cooperative, alcune di notevole rilevanza numerica. Anche la Pediatria di Libera scelta adotta forme associative in varia misura.

Di seguito la rilevazione del numero MMG e PLS per ASL e relativa popolazione assistibile.

Medici di Medicina Generale (MMG)			
ASL	**Numero Medici**	**Totale Scelte**	**Assistiti per Medico**
ASL AV	322	367.151	1.141
ASL BN	220	245.315	1.116
ASL CE	600	776.605	1.295
ASL NA 1	678	847.711	1.251
ASL NA 2	748	880.457	1.178
ASL NA 3	787	910.477	1.157
ASL SA	777	941.380	1.212
Totale	**4.132**	**4.969.096**	**8.350**

Tabella 22 – Medici di Medicina Generale

Pediatri di Libera Scelta (PLS)			
ASL	**Numero Pediatri**	**Totale Scelte**	**Assistiti per Pediatra**
ASL AV	45	51.231	1.139
ASL BN	29	24.493	845
ASL CE	118	109.509	929
ASL NA 1	129	114.148	885
ASL NA 2	160	141.559	885
ASL NA 3	155	135.347	874
ASL SA	126	111.513	886
Totale	**762**	**687.800**	**6.443**

Tabella 23 – Pediatri di Libera Scelta

Tutti i MMG e PLS risultano collegati in rete con l'Azienda di appartenenza, mediante interfacce dei propri software con le piattaforme aziendali e regionali di rilevazioni flussi. Tutti i MMG e PLS hanno attivata la ricetta elettronica e partecipano al popolamento della banca dati dei flussi informativi aziendali su piattaforma unica regionale. La Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta lavorano su obiettivi regionali ed aziendali prevalentemente di tipo quantitativo. Svolgono attività di prevenzione in materia vaccinale (per gli screening oncologici i MMG, senza però far registrare finora, su questo tema di salute pubblica, un chiaro momento di svolta).

Attivano le funzioni assistenziali domiciliari, sia erogabili direttamente (ADP) sia mediante le Cure Domiciliari. Partecipano alle attività distrettuali normalmente tramite la propria rappresentanza in UCAD, partecipano alle attività formative promosse dall'Azienda correlate agli obiettivi di salute e/o alle innovazioni organizzative e prescrittive. Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria sono

fonte: http://burc.regione.campania.it

emerse nuove priorità nell'assistenza primaria pediatrica, quali minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse, minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale. Questi pazienti rappresentano una quota rilevante dell'attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi progettati per la loro assistenza. La Regione programma pertanto lo sviluppo di centri aziendali interdisciplinari nell'ambito della Rete Materno-Infantile per offrire risposte ai piccoli pazienti con patologie croniche ad elevata complessità.

La Continuità Assistenziale è distribuita sull'intero territorio regionale, con un indicatore di fabbisogno di 1/5000 abitanti. Le sedi di Continuità Assistenziale talvolta coincidono con sedi distrettuali, talaltra sono sedi destinate solo a tale attività, isolate dal resto delle strutture territoriali. Non risultano connesse ad un sistema informativo aziendale e le attività svolte non sono rilevabili con flussi specifici, né qualitativi né quantitativi. In specifiche zone turistiche nella stagione estiva vengono allestiti presidi di Continuità Assistenziali nei mesi di giugno/agosto, integrativi dell'assistenza ordinaria.

Medici di Continuità Assistenziale - Guardia Medica			
ASL	**Punti**	**Titolari**	**Ore Totali**
ASL AV	41	209	280.752
ASL BN	21	102	158.397
ASL CE	32	240	348.450
ASL NA 1	10	127	199.773
ASL NA 2	23	219	306.412
ASL NA 3	32	244	2.706.936
ASL SA	78	404	589.432
Totale	**237**	**1.545**	**4.590.152**

Tabella 24 – Continuità assistenziale

Screening Oncologici

Per ciò che attiene la gestione degli screening oncologici ed il superamento delle criticità tutt'ora presenti si stabilisce, con apposito atto, di prevedere che le ASL realizzino una ricognizione della attuale struttura dell'offerta relativamente i centri che effettuano lo screening, comprensivo della dotazione strumentale, del personale coinvolto e dell'attività degli ultimi anni in termini di chiamate effettuate e test eseguiti. Parimenti le Aziende sono chiamate ad effettuare una riprogrammazione delle attività definendo percorsi e relative procedure per il potenziamento dell'offerta per ogni singola tipologia dei 3 screening oncologici. Tale adempimento è riportato nella tempistica di cui al capitolo "Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio"

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Definizione del modello di cure primarie

Le principali sfide e opportunità che attendono l'assistenza territoriale nei prossimi anni, per rispondere più efficacemente alle caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute e per fondare nuovi profili di sostenibilità economica e di controllo dei costi del sistema sanitario, riguardano in Campania in particolare i seguenti temi:

- Vi è necessità di un disegno strategico basato sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza: il tema del paziente al centro del sistema rappresenta il modello di approccio alle cure già declinato nel DCA 99/2918 "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191." (Burc n. 95 del 19/12/2018)
- In questa ottica, deve necessariamente attivarsi la riprogettazione del ruolo del MMG all' interno di equipe monoprofessionali (AFT) e multidisciplinari e multiprofessionali (UCCP) per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e per conferire al sistema delle Cure Primarie la connotazione di luogo di cure principale a cui affidarsi
- Va rafforzato il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali per la presa in carico unitaria del paziente, con potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni socio-sanitarie, quali snodi cruciali della presa in carico sistemica del paziente cronico o disabile
- Va attuato e completato lo sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della Telemedicina come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio, quali cartella clinica elettronica, prescrizione medica digitale, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina per una gestione condivisa del paziente

La realizzazione di un'assistenza continua territoriale è sicuramente l'esigenza più avvertita dai cittadini affetti da patologie croniche ed è l'unico mezzo in grado di disincentivare l'uso inappropriato dei Pronto Soccorsi ospedalieri. In Campania l'accesso improprio ai Pronto Soccorsi è un fenomeno esteso all'intera regione, determinando distorsione di risorse dall'assistenza per acuti. Un'analisi della tipologia delle patologie di ricovero svolte recentemente sui pazienti ricoverati presso l'AORN Cardarelli e segnatamente ricoverati presso le Unità Operative di Medicina d'Urgenza, Medicina Generale e Lungodegenza, per un totale di 300 posti letto, ha permesso di stabilire che il 60% dei pazienti ivi ricoverati soffre di una patologia cronica riacutizzata.

Tale analisi, che verrà comunque estesa su tutte le Aziende Ospedaliere della regione, permetterà di stimare la domanda di cronicità attualmente in carico presso i presidi ospedalieri, e di riflesso la quota di ricoveri potenzialmente inappropriati da cui derivare il fabbisogno di posti letto territoriali destinati a tale tipologia di pazienti, posti letto stimati in questo Piano pari a 500 unità.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il nuovo modello di Cure Primarie, dunque, opportunamente calato sulla realtà regionale, deve farsi carico della gestione del paziente cronico e anticiparne le ricadute e le riacutizzazioni, con una medicina d'iniziativa non attendista, basata su percorsi di cura standardizzati, quali i PDTA, recuperando una rinnovata fiducia del cittadino e attribuendo nuovamente alle Cure Primarie la propria *mission* di prossimità e di presa in carico globale. L'obiettivo atteso si declina inoltre in una risposta più equa, più solidale, più appropriata, più vicina ai soggetti fragili.

La Regione Campania con D.D. 53 del 05.03.2018 ha già approvato il proprio "Piano di sviluppo delle Cure Primarie". Con suddetto Piano sono state definite le modalità di sviluppo delle AFT e delle UCCP nonché i relativi obiettivi assistenziali. Il modello si basa sui principi individuati nell'art. 5 del vigente ACN. Tenuto conto che le malattie croniche rappresentano circa l'80% di tutte le patologie, assorbendo il 70% delle risorse sanitarie, è necessario sviluppare l'integrazione dei servizi al paziente in un insieme coordinato e continuativo di erogazione.

La Regione reindirizza l'attività della Medicina Generale verso un cambio di paradigma: da una medicina d'attesa verso una medicina d'iniziativa, che promuove la salute attraverso azioni educative rispetto agli stili di vita ed ai comportamenti a rischio, effettua prevenzione primaria e secondaria, attiva una concreta governance delle cronicità, concorrendo a principi di appropriatezza diagnostica e di cura, aderenza terapeutica, efficienza di sistema. La capacità di esprimere attivamente di tali obiettivi necessita di modifiche organizzative strutturali e concettuali con la transizione da una logica individuale ad una logica organica, da una autogestione ad una *governance* condivisa, che trovano nel modello della AFT la moderna opportunità di aggregazione funzionale.

Il MMG e il PLS partecipano a tutte le attività distrettuali così come previsto dalle normative vigenti in materia di analisi dei bisogni, valutazione dell'appropriatezza delle cure, intervengono nella UVMM per il proprio paziente, attuano d'intesa con i presidi ospedalieri dimissioni protette, il MMG mantiene la governance del paziente nel ricovero presso l'Ospedale di Comunità e nelle RSA. Entrambe le figure attivano le Cure domiciliari e segnalano al Distretto condizioni di fragilità socio-sanitarie per la presa in carico integrata.

Le attività di formazione del cosiddetto cittadino competente (o paziente esperto) e del family learning, espressamente finalizzate alla autogestione delle malattie croniche svolgono un ruolo di importanza crescente per i motivi precedentemente accennati e connessi all'aumento esponenziale delle malattie ad andamento cronico. Attraverso l'autogestione è infatti possibile ottenere una maggiore complicità del paziente nell'iter terapeutico, prevenire i fenomeni di riacutizzazione delle patologie croniche e limitare il numero di ricoveri, come dimostrano anche i più recenti dati della letteratura. Le buone relazioni già instaurate con le Associazioni di cittadini e pazienti dovranno farsi carico di questo processo di crescita del paziente.

La Regione Campania non intende realizzare nuove strutture definite "Case della Salute" pertanto, con la presente programmazione si ridefinisce la riconversione delle già individuate SPS (Strutture Polifunzionali

fonte: http://burc.regione.campania.it

della Salute). Esse nel triennio 2019/2021 dovranno essere ricondotte al modello di seguito indicato di Poliambulatorio di I o II livello.

Il Decreto commissariale 53/2018 illustra i fondamentali della riorganizzazione e prevede, in conformità alla Legge Balduzzi, le seguenti forme organizzative:

- Le AFT sono forme organizzative mono-professionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, Linee Guida, Audit e strumenti analoghi;
- Le UCCP sono forme organizzative multi-professionali, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSR, degli infermieri, delle professionalità delle ostetriche, dei tecnici di laboratorio, di radiologia, della prevenzione e della componente sociale a rilevanza sanitaria.

Obiettivi prioritari dell'assistenza nell'ambito delle nuove Cure Primarie sono:

- Presa in carico dei pazienti con patologia cronica anche attraverso medicina di iniziativa, nel profilo assistenziale previsto dal corrispondente PDTA;
- Fidelizzazione del paziente al territorio che dovrà rappresentare una efficiente, continua e sicura alternativa rispetto alla domanda impropria rivolta al Pronto Soccorso.

Il modello organizzativo della AFT

Il modello delle AFT può essere a sede unica o multipla (e comunque con una sede di riferimento che garantisca coordinamento, condivisione ed audit) **sede definita di "base"**.

È possibile individuare una ulteriore **sede "complessa"** nella quale possono essere presenti altre forme assistenziali, quali la Continuità Assistenziale, un ambulatorio infermieristico condiviso, un punto prelievi, ambulatori dedicati ad attività di prevenzione, ove sviluppare la continuità delle cure h12.

Le prestazioni erogate saranno a disciplina diversificata ed a complessità crescente, secondo una programmazione regionale basata sulla progressiva adozione di PDTA per le cronicità.

Per ciascuna AFT saranno individuati, a cura del coordinatore, MMG esperti in aree tematiche specifiche che, seguendo una formazione predeterminata e di respiro regionale, e dotati di coordinata risorsa tecnologica/diagnostica, renderanno applicabile sull'intero territorio della regione, il PDTA con analoghe modalità. La disponibilità di una risorsa tecnologica/diagnostica di unica tipologia permette il dialogo informatizzato non solo tra il singolo MMG e la propria AFT, ma anche tra il MMG e la Direzione del Distretto e verso i Centri Diagnostici di livello superiore che coordinano il PDTA.

Oltre alle risorse tecnologiche correlate ai PDTA, le AFT devono essere dotate di personale infermieristico e amministrativo. Tale individuazione e la modalità del rapporto di lavoro vengono definite nell'ambito dell'AIR in corso di sottoscrizione.

fonte: http://burc.regione.campania.it

In ogni AFT sono assorbiti con decorrenza dal 2019 tutti i MMG singoli e tutte le forme associative già esistenti alla data di entrata in vigore della legge Balduzzi.

In fase di start lo sviluppo delle AFT riguarda prioritariamente l'Assistenza Primaria con eventuale integrazione della Continuità Assistenziale ove la stessa è perseguibile, anche attraverso la sua attivazione sperimentale nella fascia oraria 8/10 nei giorni prefestivi. La piena integrazione della C.A. (ruolo unico) si determina all'approvazione di un successivo ACN (e previa informatizzazione di tutte le sedi di C.A. per realizzare la condivisione delle cartelle dei pazienti che hanno fornito lo specifico consenso).

Fermo restando i vincoli previsti dall'art. 36 e 47 comma 6 previsti dall'ACN vigente, per facilitare l'accesso agli studi del MMG da parte dei pazienti, oltre che verso il singolo MMG, deve essere potenziata l'organizzazione esistente con una migliore organizzazione degli orari di studio, al fine di consentire una migliore ricettività dell'assistenza primaria nelle 12 ore con modalità autonome e tese a garantire l'ascolto del bisogno.

Il coordinatore della AFT è eletto dai MMG afferenti alla AFT e deve essere in possesso del requisito della titolarità di incarico MMG non inferiore a 10 anni. Il Coordinatore monitora le attività della AFT e il perseguimento degli obiettivi.

Obiettivi fondamentali delle AFT sono:

- Assicurare l'erogazione delle attività assistenziali territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, servizi di supporto);
- Garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità, sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata, che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale ed ospedaliera.

Tali obiettivi permetteranno di ridurre la dispersione assistenziale, i ricoveri inappropriati e i ricoveri ripetuti per frequenti riacutizzazioni di patologie croniche e relative complicanze; assicurare l'appropriatezza dell'ambito di cura, la permanenza della persona al proprio domicilio, la continuità assistenziale e le dimissioni protette; Implementare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per le cronicità garantendo l'addestramento del paziente all'autogestione consapevole della malattia (*empowerment*) e l'adozione della medicina di iniziativa (screening, vaccinazioni); perseguire una maggiore umanizzazione dell'offerta assistenziale e l'assunzione di più corretti stili di vita.

Come obiettivo prioritario si rende necessario individuare l'adesione ai PDTA regionali ed aziendali, in particolare: diabete e relative complicanze; scompenso cardiaco; ipertensione arteriosa; BPCO; Nefropatie Croniche; SLA; Demenze. L'adesione ai PDTA per le cronicità sarà applicata secondo il

fonte: http://burc.regione.campania.it

modello regionale “AGIRE” già in uso per la BPCO. L’introduzione di una diagnostica di primo livello per facilitare la presa in carico dei pazienti affetti da cronicità con un modello legato ad obiettivi e non di tipo prestazionale (spirometria, ECG, Ecografia…) renderà possibile l’esplicitazione nel reale dei PDTA. Tali processi saranno a governo regionale e si diffonderanno in maniera equa ed uniforme su tutto il territorio.
La AFT concorrerà ad obiettivi aziendali specifici (aumento della offerta vaccinale; screening; etc.) che prevedono la partecipazione a cascata obbligatoria di tutti i componenti delle AFT con responsabilità specifica del Coordinatore sul raggiungimento degli obiettivi predetti.
L’analisi epidemiologica per ogni singola AFT permetterà di valutare l'incidenza, per singolo MMG e sul totale della popolazione assistita, delle patologie croniche non trasmissibili anche attraverso l'analisi dei report attualmente in trasmessi dagli stessi MMG, individuando specifici obiettivi assistenziali volti al raggiungimento dell'appropriatezza (andamento prescrittivo farmaci, diagnostica etc) e percorsi di medicina di iniziativa.
È necessario prevedere il collegamento dei MMG al CUP aziendale al fine di consentire la prenotazione delle prestazioni specialistiche (prioritariamente per le prestazioni con classe di priorità U e le prestazioni programmate nell'ambito di percorsi assistenziali condivisi).
Adeguare i Sistemi informatici ed informativi alla interoperabilità, con la messa in rete di tutti i MMG nel Sistema Unico Regionale, renderà agibili ovunque i percorsi assistenziali. L’attivazione strutturale della telemedicina con strutture accreditate e pubbliche (ricezione telematica di referti ed altro) e la trasmissione della reportistica MMG su portale aziendale dedicato completeranno le dinamiche facilitatrici.

Il modello organizzativo delle UCCP

Pur consapevoli di una recente revisione culturale in corso rispetto a composizione, ruolo e funzioni della UCCP, questo Piano ne descrive il modello prevedendone la realizzazione complessiva, in condizioni di immutata normativa, entro il 31 dicembre 2021.
La UCCP rappresenta una articolazione complessa del Distretto sanitario che non è alternativa alla AFT ma è a questa collegata, comprendendone i medici che ne fanno parte, e che si può avvalere di risorse umane rese disponibili dal Distretto e dal Comune – Ambito Sociale di Zona.
Detta forma organizzativa presenta le seguenti fondamentali caratteristiche:

- costituisce uno dei nodi della rete dei servizi distrettuali ed aziendali;
- ha carattere multi-professionale e multidisciplinare;
- assicura l’attività di medicina generale sia ambulatoriale che domiciliare;
- assicura l’assistenza ambulatoriale specialistica;
- assicura l'assistenza psicologica e psicoterapeutica;
- assicura l’assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e sociale a rilevanza sanitaria;
- effettua la diagnostica di 1°e 2° livello;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- garantisce i necessari servizi di supporto alle attività.

In considerazione della densità abitativa si prevede di collegare di norma a ciascuna UCCP fino ad un massimo di quattro AFT della medicina generale e di due AFT della pediatria.
La UUCP dovrà essere di norma a sede unica, ma potrà avere anche una sede di riferimento con eventuali altre sedi dislocate sul territorio, in rete tra loro, dove su attività programmate, avviene una integrazione con la specialistica ambulatoriale. In ogni caso, la UCCP dovrà offrire i propri servizi a tutta la popolazione afferente al bacino territoriale di riferimento. Nella sede della UCCP possono essere allocati gli studi dei MMG di una o più AFT garantendo comunque la capillarità assistenziale sul territorio.
Ogni UCCP dovrà essere dotata delle risorse minime per l'erogazione delle prestazioni strumentali di I°e II° livello, afferenti alla diagnostica territoriale e destinata all'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche, secondo i PDTA definiti a livello regionale/aziendale.
Le risorse assegnate in funzione degli ACN e ARI devono prioritariamente essere indirizzate allo sviluppo di infrastrutture informatiche; all'acquisto di attrezzature diagnostico-strumentali per assicurare il primo ed il secondo livello (nell'ambito delle UCCP); allo sviluppo del CUP regionale.
L'operatività della UCCP è assicurata dagli MMG, PLS, CA, Specialisti ambulatoriali del Distretto che si integrano con tutte le altre professionalità sanitarie e non sanitarie contemporaneamente presenti nella struttura.
Il referente è scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno 10 anni, in possesso di adeguata formazione ed esperienza nella organizzazione dell'assistenza, utilizzando lo strumento della gestione per processi, con particolare riferimento al paziente fragile affetto da malattia cronica e/o pluripatologie. L'incarico di referente dura tre anni. Decade in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.
Nella UCCP si prevedono i seguenti compiti e funzioni attraverso i correlati servizi e attività:

- intercetta e decodifica la domanda di salute del bacino di popolazione di riferimento
- contribuisce all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale, partecipa alle dimissioni protette e alla terapia del dolore in raccordo con i Distretti ed in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e i poli ospedalieri e territoriali della rete di assistenza;
- effettua attività di prevenzione primaria (tramite percorsi di promozione della salute ed educazione sanitaria) e di prevenzione secondaria promuovendo attivamente gli screening oncologici, secondo modalità condivise a livello regionale ed aziendale
- assicura la presa in carico globale del paziente fragile e di quello che presenta problematiche sanitarie differibili (c.d. codici bianchi);
- adotta un approccio proattivo di iniziativa secondo il modello del *disease management* per le principali patologie croniche (diabete, piede diabetico e ulcere cutanee, scompenso cardiaco,

fonte: http://burc.regione.campania.it

ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, nefropatie croniche, sclerosi laterale amiotrofica, demenze);

- persegue lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale/territorio;
- contribuisce alla continuità delle cure e alla presa in carico con follow-up multidisciplinare dei bambini e adolescenti con malattie croniche e rare in integrazione con i servizi ospedalieri e i centri di riferimento della regione.

Alla UCCP l'assistito accede attivando uno dei seguenti canali:

- attraverso il CUP;
- per accesso programmato nell'ambito della medicina di iniziativa ;
- per accesso diretto: per le prestazioni previste dalla normativa vigente, nonché per tutte quelle prestazioni che, nell'ambito di accordi aziendali, vengono individuate per ridurre gli accessi impropri ai PS
- attraverso un percorso dedicato ai casi in dimissione protetta.

Principali Obiettivi perseguiti dalla UCCP saranno: favorire la presa in carico integrata dell'assistito; assicurare le ammissioni e dimissioni ospedaliere protette; ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri ripetuti e i ricoveri inappropriati; implementare i percorsi assistenziali integrati ospedale – territorio. La UCCP deve operare in collegamento con le altre strutture intermedie aziendali (Ospedali di Comunità, Hospice, Residenze Sanitarie Assistite anziani e disabili - RSA, Strutture Residenziali Intermedie della salute mentale - SIR, Centri Diurni, ecc.) ed in integrazione professionale ed operativa con i presidi ospedalieri e con i servizi sociali dell'Ente locale / Ambito Sociale di Zona.
Tali sinergie sono raggiunte con l'attività assicurata dal Coordinatore di UCCP e attraverso la condivisione di specifiche intese definite dal Direttore di Distretto.
Anche per la UCCP è necessario implementare un adeguato sistema informatico e informativo con le medesime caratteristiche e finalità descritte per la AFT. L'attivazione degli strumenti della telemedicina e del teleconsulto in rete con le ulteriori realtà aziendali ed il collegamento con le strutture private accreditate (ricezione telematica di referti, i Comuni/Ufficio di Piano di rifermento permette di realizzare un sistema informativo sociosanitario integrato che consente anche di rispondere, con prontezza ed attendibilità, al debito informativo relativo ai flussi ministeriali (NSIS).

c. Strumenti di integrazione delle cure primarie e la continuità assistenziale

Il processo di integrazione tra Cure Primarie e Continuità Assistenziale permetterà a regime di rendere attive funzionalmente h24 e 7/7 le Cure Primarie.
Tale processo necessita di azioni strutturali ed azioni organizzative che vanno condivise nell'ambito dell'AIR:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- implementazione in tutte le sedi di C.A. di un sistema di informatizzazione con connessioni dirette a: MMG e PLS, anagrafiche distrettuali, anagrafiche di esenzione, piattaforme gestionali per PDTA, piattaforme aziendali prescrittive, CUP distrettuale
- implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- formazione corrente al medico di C.A. sui PDTA aziendali e regionali
- estensione dell'attività assistenziale nella fascia oraria 8/20 dei giorni prefestivi
- gestione dei Codici Bianchi
- diagnostica di base (ecografica, ecografia)

d. Azioni di organizzazione delle UCCP e AFT

Le ASL hanno provveduto ad identificare n. 181 AFT distribuite sull'intero territorio regionale, così raggruppate:

ASL	Numero AFT
AV	12
BN	10
CE	24
NA1	31
NA2	29
NA3	30
SA	45
TOTALE	181

Tabella 25– Numero AFT per Area

Allo stato il processo di attivazione delle AFT risulta avviato: alla definizione delle AFT è seguita l'individuazione dei MMG coordinatori su tutte le AFT. Nell'ambito dei MMG di AFT verranno progressivamente individuati medici esperti in aree specifiche, prevalentemente nelle tematiche delle cronicità che, secondo un modello regionale già attivo, verranno formati su PDTA specifici tali da rappresentare per la platea dei pazienti della AFT un primo riferimento esperto. Essi verranno formati su base regionale ad una diagnostica di I livello per l'esecuzione di esami fondamentali ad azioni di diagnosi differenziale e *follow up*. È già operativo in Regione il progetto "AGIRE" che attua il PDTA per la BPCO. Tale progetto ha previsto la formazione specialistica attraverso gruppi di tutor per l'esecuzione/lettura/interpretazione dell'esame spirometrico, formazione diretta ad oltre 350 MMG (in media 2 per ciascuna AFT). La gara unica centrale commissionata a SoreSa per l'acquisto di altrettanti spirometri e la realizzazione di una piattaforma informatica che effettua la presa in carico del paziente e la connessione dei MMG con il Centro di riferimento specialistico di II livello, rende l'insieme un sistema unico di governo, monitoraggio e valutazione del PDTA.
Sulla base di questo progetto, la Regione attiva un modello replicabile sulle patologie croniche, mediante la realizzazione di singoli PDTA. Sono in corso di individuazione nuovi gruppi di MMG da rendere esperti

fonte: http://burc.regione.campania.it

in area oncologica, per l'attivazione a regime della Rete Oncologica Campana (ROC). Per circa 400 di essi è già predisposto un Corso unico Regionale (previsto tra ottobre e dicembre 2019) sullo stato di attivazione della ROC, sul modello di presa in carico (piattaforma) e relativi PDTA. A cadenze successive, all'adozione di nuovi PDTA per cronicità, sarà attivato analogo processo di formazione regionale, implementazione del processo, fornitura di tecnologia di base per la prima diagnosi.

Nel contesto di una condizione nella quale le risorse dono sempre più limitate e rispetto alla difficoltà di abbattere del tutto le liste di attesa, ricollocare nella Medicina di prossimità un primo livello diagnostico rappresenta una innovazione ed una opportunità. L'innovazione consente un nuovo coinvolgimento della figura del MMG che ritrova una rinnovata professionalità in una dimensione organica, a sua volta sostenuta da un modello di rete professionale aziendale e da una visione regionale. L'opportunità consente al paziente di godere di una nuova medicina di prossimità capace di rispondere con nuove competenze e nuove tecnologie alla domanda di salute, snellendo anche le liste di attesa dei poliambulatori e del privato accreditato.

La compresenza prevista in AFT di personale infermieristico e amministrativo (la cui dotazione oraria è oggetto di trattativa nella delegazione trattante per la sottoscrizione dell'AIR) permetterà di attivare inoltre anche percorsi di promozione della salute e prevenzione su chiamata diretta o per piccoli gruppi (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria, promozione dell'attività fisica, alimentazione, cc.) e risulterà lo strumento di supporto all'AFT per una disponibilità h12.

In questa prospettiva diventano fondamentali le scelte degli strumenti di *governance* e di programmazione, necessari processi di integrazione strutturali e/o funzionali, a partire dalla stratificazione della domanda e dall'individuazione delle sotto-popolazioni target, come condizione di indirizzo della presa in carico, promozione di processi di integrazione e di coordinamento dei servizi socio-sanitari, come passaggio fondamentale della continuità assistenziale ospedale-territorio e della presa in carico globale dei bisogni del paziente, che vanno dall'ambito sanitario a quello sociale.

Tali processi di stratificazione della popolazione per i rispettivi bisogni promaneranno proprio dalla alimentazione dei dati provenienti dalla MMG/PLS, costituenti i big data di comunità. L'analisi di popolazione svolta dalle AFT contribuirà a costruire in ambito distrettuale il nocciolo epidemiologico intorno al quale ruoterà la programmazione delle attività territoriali espressa dal Direttore del Distretto nel PAT.

Punti fondanti dell'attivazione di quanto programmato risultano:

- attivazione delle AFT entro il 31.12.2019
- adozione modello regionale Ospedale di Comunità e Poliambulatorio
- attivazione progressiva delle UCCP (100% al 31.12.2021) secondo le indicazioni nazionali
- implementazione di sistemi di governo delle Cure Primarie e del territorio mediante l'istituzione del numero unico del territorio

fonte: http://burc.regione.campania.it

- a regime si programma l'istituzione entro il dicembre 2021 di una Centrale Unica delle Cure Primarie capace di tenere in rete e monitorare tutti i presidi delle cure primarie, compreso il CUP regionale.

e. Ospedale di Comunità

Il "Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità" (di seguito O.d.C.) come previsto dalla normativa vigente (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L'O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

L'O.d.C. è una struttura pubblica in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in Poliambulatori di 2 livello, presso presidi ospedalieri riconvertiti. L'O.d.C ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. É possibile prevedere fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

La gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare e multi-professionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e territoriale delle aziende sanitarie. La responsabilità igienico-sanitaria dell'O.d.C. è in capo al direttore sanitario di distretto.

La responsabilità gestionale e clinico-organizzativa complessiva dell'O.d.C. è in capo ad un MMG designato dalla direzione generale dell'Azienda, che svolge anche una funzione di collegamento tra i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali territoriali e la direzione sanitaria distrettuale ed aziendale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La responsabilità clinica di ciascun paziente è attribuita al MMG di fiducia, anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale.

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione.

In caso di necessità, l'infermiere attiva, durante le ore diurne, il medico responsabile clinico della struttura e si avvale, nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico, del Servizio di continuità assistenziale. In presenza di accordi specifici regionali, può essere attivato il responsabile clinico della struttura in turno o in reperibilità nelle ore notturne, festive o prefestive.

In caso di emergenza, potranno essere attivate le procedure di emergenza attivando il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- diagnosi già definita
- prognosi già definita
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

All'interno del modulo di O.d.C. è prevista un'area accoglienza con sala d'attesa ed almeno due servizi di cui uno per disabili; le camere potranno essere singole o doppie con i servizi presenti uno per camera; i letti dovranno essere accessibili da ogni lato. In ogni modulo andrà previsto uno spazio per il riposo del caregiver, eventualmente presente, che passa la notte con il malato, dotata di almeno una poltrona confort. Devono essere previste, per le attività sanitarie, un locale per le visite e medicazioni, un locale per il coordinamento infermieristico, un locale di lavoro per il personale di assistenza, un locale per il medico responsabile del modulo e un archivio per la documentazione sanitaria. Si dovrà, altresì, prevedere uno spogliatoio del personale, nonché depositi puliti, sporchi e per ausili. Devono essere previste apposite aree per soggiorno, pranzo, socializzazione ed attività ludiche dei pazienti ospiti.

La dotazione tecnologica deve comprendere un elettrocardiografo ed un ecografo portatili, consentire saturimetria transcutanea, bronco-aspirazione e garantire esami del sangue, radiologia, riabilitazione. Se la struttura è lontana da centri di diagnosi, potrà essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello - POCT Point of care - nonché della possibilità di svolgere in loco la diagnostica per immagini.

Di seguito il numero di Ospedali di Comunità previsti:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Ospedale di Comunità			
ASL	**Nome**	**Posti letto**	**Città**
AV	Ospedale di Bisaccia	10	Bisaccia
BN	Ospedale di San Bartolomeo in Galdo	20	San Bartolomeo in Galdo
BN	Ospedale di Cerreto Sannita	16	Cerreto Sannita
CE	Ospedale di Teano	20	Teano
CE	Ospedale di Capua	20	Capua
NA1	Ex PO San Gennaro	20	Napoli
NA1	PO Incurabili	15	Napoli
NA2	Immobile disponibile	15	Bacoli
NA2	Immobile disponibile	15	Giugliano
NA3	Immobile disponibile	15	Gragnano
NA3	PO di Pollena Trocchia	20	Pollena Trocchia
SA	Ospedale di Comunità di Buccino	20	Buccino
SA	Ospedale di Comunità di Roccadaspide	10	Roccadaspide
SA	PO di Sant'Arsenio	10	Sant'Arsenio
SA	PO di Agropoli	10	Agropoli
SA	Ex PO San Leonardo-Ruggi	80	Salerno
Totale		**316**	

Tabella 26 – Ospedali di Comunità

f. Poliambulatori

In considerazione che è attualmente presente su tutto il territorio regionale una ampia offerta assistenziale garantita da Poliambulatori pubblici, si prevede nella fase di transizione verso la completa attivazione delle UCCP, il loro inserimento nel nuovo modello di rete territoriale, fermo restando l'articolazione degli stessi in 2 livelli:

- **Poliambulatorio di 1 livello**: su uno o più punti del distretto sanitario, contiene le specialità ad alta domanda territoriale, tra cui:
    - Cardiologia
    - Diabetologia
    - Geriatria
    - Fisiatria
    - Oculistica
    - ORL
    - Ortopedia
    - Urologia
    - Pediatria
    - Ginecologia
    - Centro Vaccinale pediatrico
    - Endocrinologia
    - Neurologia

fonte: http://burc.regione.campania.it

- **Poliambulatorio di 2 livello**: unico per distretto o anche sovradistrettuale contiene le specialità a bassa e media domanda territoriale, tra cui:
    - Tutte quelle del 1 livello
    - Centro Diabetologico di II livello, secondo la programmazione regionale ed aziendale
    - Pneumologia
    - Reumatologia
    - Gastroenterologia
    - Odontoiatria
    - Ematologia
    - Ambulatorio STP
    - Centro prelievi
    - Ambulatorio infermieristico
    - Centro vaccinale adulti
    - Diagnostica radiologica
    - Farmacia distrettuale
    - Può essere sede di Centri Screening sovradistrettuali
    - Può essere sede di servizi territoriali medico-legali
    - Potrà evolvere in sede di UCCP

Tale modello possiede un alto livello di flessibilità in quanto potrà persistere in quelle realtà territoriali che per particolari specificità epidemiologiche, ovvero per caratteristiche e singolarità orografiche non è ipotizzabile implementare specifiche UCCP; di contro le funzioni assistenziali innanzi elencate saranno assorbite nell'ambito delle attività attribuite alle UCCP, laddove le stesse trovano piena attuazione.

6 Le attività Consultoriali e l'Area Materno-infantile

a. I Consultori Familiari

La legge 405 del 29 luglio 1975 istituisce i Consultori familiari che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, rappresentano strutture ad accesso diretto che garantiscono alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative. Successivamente il POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile e le indicazioni scaturite dal Rapporto ministeriale sulle attività consultoriali 2008 hanno integrato e approfondito le indicazioni date dalla legge istitutiva. Il DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) in tema di assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie precisa che nell'ambito

fonte: http://burc.regione.campania.it

dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. È su tali principi che le ASL devono, nell'ambito della pianificazione attuativa, modellare la rete consultoriale territoriale prevedendo, inoltre, specifiche modalità di integrazione con la rete ospedaliera ed in particolare con le UU.OO. di ostetricia e ginecologia e le rispettive UU.OO. dell'area pediatrica (Punti Nascita, Terapia Intensiva, Neonatologia, Pediatria).

Oltre ai citati criteri, le Aziende, nella definizione della rete consultoriale territoriale devono tener conto della possibilità di realizzare Consultoriali Primari e Secondari, come di seguito illustrato, prevedendo il raggiungimento dello standard di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti per ASL:

- I Consultori Primari: sono quelli che garantiscono tutte le prestazioni previste dalle norme sui consultori. Dall' assistenza ginecologica, assistenza ostetrica e ginecologica alla gravidanza, al puerperio e all'allattamento, colloqui per problemi di sterilità e preconcezionali, colloqui per IVG, assistenza ai minori, adolescenti, alle coppie e alle famiglie ed educazione alla salute informazione e consulenza per l'adozione e l'affido familiare, consulenza per maltrattamenti e abuso. I consultori primari sono dotati di personale e attrezzature atti a soddisfare tutte le esigenze degli utenti.
- I Consultori Secondari: garantiscono le prestazioni di base ad esclusione delle consulenze specialistiche, in quanto non dotati di tutte le figure professionali e attrezzature presenti invece nei consultori primari. Per tali consultori saranno previste le figure professionali di cui all'accordo CU del 16/12/2010

Le figure professionali che compongono l'équipe del Consultorio Familiare:

- Ginecologo;
- Ostetrico;
- Infermiere;
- Infermiere pediatrico;
- Psicologo;
- Assistente Sociale;
- Operatore Sanitario;
- Amministrativi;
- Altro.

Consulenti:

- Mediatore/trice culturale;
- Neuropsichiatra infantile;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Genetista;
- Andrologo;
- Sociologo;
- Legale;
- Altro.

In tal modo i Consultori familiari rivestiranno sempre più un importante strumento di attuazione degli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva, e di supporto alle relazioni di coppia e familiari.
Il consultorio familiare, in sintesi, espleta attività per:

- La tutela della salute della donna e della coppia
- La tutela del minore, dell'adolescente e della famiglia

Attraverso tali servizi, sono quindi attivabili i relativi programmi di tutela della maternità, di informazione e formazione.
Inoltre, i consultori familiari assumono un ruolo primario nell'area della prevenzione e della corretta informazione ed educazione dei cittadini, essendo punto focale sul territorio nei confronti di problematiche sociali rilevanti, come ad esempio la procreazione consapevole, il fenomeno di gravidanza indesiderata sia in età adolescenziale, che in età adulta, i metodi contraccettivi e i complessi problemi del nucleo familiare.
L'accesso e le prestazioni erogate all'interno del Consultorio sono gratuite e ad accesso diretto, per i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o per coloro che soggiornano temporaneamente sul territorio italiano; per questo motivo i CF sono stati concepiti come servizi "a bassa soglia", cioè visibili e facilmente accessibili particolarmente da quei gruppi di popolazione a rischio. L'accessibilità è un concetto complesso che esprime non solo la facilità o meno da parte dell'utente di entrare in contatto con gli operatori del servizio per la risposta alla domanda di salute, ma anche la capacità del servizio di accogliere e prendere in carico in modo completo la persona per tutto il percorso di cura. Ciò implica che il servizio sia in grado di essere flessibile e capace di entrare in relazione con le diverse tipologie di utenti (italiani, stranieri, analfabeti, istruiti, ecc.). Anche se oggi è piuttosto difficile stabilire i confini dell'attività consultoriale, non si può prescindere dallo spirito della legge istitutiva che fa riferimento alla salute della donna, contestualizzata nelle sue relazioni familiari e sociali. Al C.F. spetta un ruolo specifico nella educazione e promozione della salute, particolarmente nel campo della procreazione responsabile, della gravidanza fisiologica, della contraccezione e dell'IVG, ed un ruolo altrettanto specifico nell'educazione sessuale degli adolescenti e nel disagio familiare e dell'età evolutiva.
Diventa urgente il potenziamento dei Consultori perché in questi anni vi è stato un disinvestimento nella prevenzione e nella promozione della salute con uno spostamento verso le "cure in ospedale", una

fonte: http://burc.regione.campania.it

medicalizzazione ed una privatizzazione sempre più marcate, con una pratica medica sempre meno relazionale e sempre più tecnicistica.

b. L'Attuale offerta dei Consultori

Le attività dei consultori familiari sono organizzate, nell'ambito della Regione Campania, come di seguito riportato:

A.S.L. Avellino

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Avellino sono 16 di seguito elencati. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza e di: 421.523 (dati fonte ISTAT)

Comune	Indirizzo	Numerazione
AVELLINO	Via Morelli E Silvati	1
AVELLINO	Via S.Tommaso	2
MONTORO	Piazza Incoronata	3
MONTEFORTE IRPINO	Via Legniti	4
ALTAVILLA IRPINA	Via S.Francesco	5
ATRIPALDA	Via Manfredi	6
BAIANO	Via Litto	7
LAURO	Via Remondino	8
ARIANO IRPINO	Piazza Mazzini	9
BISACCIA	Via Roma	10
CALITRI	Via Pascone	11
GROTTAMINARDA	Via Largo Mercato, 20	12
LIONI	Viale Del Parco, 26	13
MONTELLA	Via Ippolita Panico	14
SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	Via Bartolomei	15
VALLATA	Via Sandro Pertini	16

A.S.L. Benevento

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Benevento sono 14. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza e di: 279.127.

Comune	Indirizzo	Numerazione
BENEVENTO	Via Lungosabato Don Emilio Matarazzo	1
VITULANO	Viale San Pietro	2
MONTESARCHIO	Via Napoli 113	3
SANT'AGATA DE' GOTI	Contrada San Pietro (P.O. S. A.M. De' Liguori)	4
SAN SALVATORE TELESINO	Via Molino Pacelli	5
COLLE SANNITA	Via G. Garibaldi, 22	6
MORCONE	Via Roma, 176	7
SAN BARTOLOMEO IN GALDO	C/Da Torre	8
SAN GIORGIO LA MOLARA	Via Piane	9
SAN MARCO DEI CAVOTI	Via Ariella	10
SAN MARCO DEI CAVOTI	Via Ariella	11
MONTEFALCONE DI VAL FORTORE	Rione S.Marco	12
SAN GIORGIO LA MOLARA	Via Piane	13
SAN GIORGIO DEL SANNIO	Viale A.Manzoni,49	14

fonte: http://burc.regione.campania.it

A.S.L. Caserta

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Caserta sono 16 di seguito elencati. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza e di: 421.523.

Comune	Indirizzo	Numerazione
CASERTA	Via Unita' Italiana, 19	1
MADDALONI	Via Caudina Parco Giuliana	2
TEANO	Viale Italia Palazzo Ex Inam	3
MIGNANO MONTE LUNGO	Piazza Don Pezzoli	4
PIEDIMONTE MATESE	Via Epitaffio	5
MARCIANISE	Piazza Carita'	6
AVERSA	Viale Europa N. 4/6	7
SANT'ARPINO	Via De Gasperi 47	8
ORTA DI ATELLA	Via S. Donato	9
TRENTOLA-DUCENTA	Via Circunvallazione	10
SAN CIPRIANO D'AVERSA	Via M. Buonarroti N. 60	11
SANTA MARIA CAPUA VETERE	Via Mazzocchi Parco Zenit 5	12
CAPUA	Via Mezza Appia 49	13
CASTEL VOLTURNO	Via Marino Di Marzano 11	14
MONDRAGONE	Via Degli Oleandri 79	15
SESSA AURUNCA	Via Sessa Mignano	16

A.S.L. Napoli 1 Centro

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Napoli 1 sono 21. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza e di: 988.225.

Comune	Indirizzo	Numerazione
NAPOLI	Via Chiatamone N.	1
NAPOLI	Corso Vittorio Emanuele 90	2
NAPOLI	Via. Winspeare, 67	3
NAPOLI	Via Enea, 20	4
NAPOLI	Via Giorgio De Grassi 17	5
NAPOLI	Via C. Scherillo, 12	6
NAPOLI	Via Recco, 21	7
NAPOLI	Via Recco, 21	8
NAPOLI	Viale Della Resistenza, 25	9
NAPOLI	Via Scudillo A Pietravalle, 24/26	10
NAPOLI	Via Sogliano Ai Ponti Rossi, 19	11
NAPOLI	Via Cagnazzi C/O Psi E. D'Aosta	12
NAPOLI	Via V. Valente, 31	13
NAPOLI	Piazzetta Del Casale - Rione Dei Fiori	14
NAPOLI	Viale Iv Aprile 50	15
NAPOLI	Via Vespucci N°9	16
NAPOLI	Via Giovanni Amendola 1	17
NAPOLI	Via B.Quaranta 2/B	18
NAPOLI	Via Marghieri 88	19
NAPOLI	Via Maddalena N° 40	20
NAPOLI	Via S. Gennaro Dei Poveri N° 25	21

fonte: http://burc.regione.campania.it

A.S.L. Napoli 2 Nord

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Napoli 2 sono 21. I bacino di utenza del territorio di appartenenza e di: 1.045.790.

Comune	Indirizzo	Numerazione
ACERRA	Via F.Gioia,1	1
AFRAGOLA	Via De Gasperi 1	2
ARZANO	Via Ferrara,28	3
CAIVANO	Via S. Chiara	4
CARDITO	Via G. Di Vittorio 1	5
CASALNUOVO DI NAPOLI	Via Ravello 3 / 4	6
CASAMICCIOLA TERME	Rione De Gasperi	7
CASAVATORE	Via Palizzi	8
CASORIA	Via 1 Maggio	9
FRATTAMAGGIORE	C.So Durante 5	10
GIUGLIANO IN CAMPANIA	C.So Campano 316	11
GIUGLIANO IN CAMPANIA	Via Staffetta 123 Lago Patria	12
MARANO DI NAPOLI	Via Merolla	13
MONTE DI PROCIDA	Via Torre Di Cappella 405	14
MUGNANO DI NAPOLI	Via A. Moro	15
POZZUOLI	Via Vecchia Vigne	16
POZZUOLI	Via C. Alvaro	17
PROCIDA	Via V.Emanuele	18
QUALIANO	Parco Meteora	19
QUARTO	Corso Italia	20
SANT'ANTIMO	Via Solimene	21

A.S.L. Napoli 3 Sud

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Napoli 3 Sud sono 26. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza e di: 1.012.314.

Comune	Indirizzo	Numerazione
CASTELLAMMARE DI STABIA	Via Cosenza 112	1
PORTICI	Corso Umberto I 12	2
ERCOLANO	Via Marittima, 3/B	3
ERCOLANO	Via Marittima 3/B	4
SAN GIORGIO A CREMANO	Via Marconi 29	5
SAN SEBASTIANO AL VESUVIO	Via Panoramica 4	6
BOSCOREALE	Via Settetermini	7
TORRE ANNUNZIATA	Via Luigi Iacono 22	8
TORRE DEL GRECO	Via G. Marconi	9
POMPEI	Via Nolana 31/A	10
SANTA MARIA LA CARITA'	Piazza Borrelli 1	11
SANT'ANTONIO ABATE	Viale Kennedy 24	12
META	Via Del Lauro	13
GRAGNANO	Via Leone 79	14
GRAGNANO	Via Botteghelle 30	15
LETTERE	Via Mulino	16
PIMONTE	Via Madonnina,6	17
CASOLA DI NAPOLI	Via Roma	18
POMIGLIANO D'ARCO	Piazza S.Agnese N.4	19
NOLA	Via Dell`Amicizia	20
CICCIANO	Via De Gasperi	21
CERCOLA	Via A. Moro	22
SOMMA VESUVIANA	Via Indolfi	23
OTTAVIANO	Via S. Leonardo N.50	24
PALMA CAMPANIA	Via Municipio	25
POGGIOMARINO	Via C.A. Dalla Chiesa N.32/3	26

fonte: http://burc.regione.campania.it

A.S.L. Salerno

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Salerno sono 39 di seguito elencati. Il bacino di utenza del territorio di appartenenza e di: 1.101.763.

Comune	Indirizzo	Numerazione
SALERNO	Via Vernieri	1
SALERNO	Viale Kennedy	2
PAGANI	Via Olivella,4	3
NOCERA SUPERIORE	Via Materdomini	4
CAVA DE' TIRRENI	Via De Filippis,185	5
SCAFATI	Via Passanti,2	6
ANGRI	Via Semetelle,1	7
SARNO	Via S.Valentino	8
POSITANO	Via Pasitea	9
TRAMONTI	Via Municipio- Fraz. Polvica	10
CONCA DEI MARINI	Via Roma,35	11
RAVELLO	Via Civita 40	12
MERCATO SAN SEVERINO	Via P.Giovanni Xxiii	13
PONTECAGNANO FAIANO	Via R. Sanzio	14
BELLIZZI	Via Roma	15
GIFFONI VALLE PIANA	Via Pistilli	16
OLEVANO SUL TUSCIANO	Via Risorgimento	17
GIFFONI SEI CASALI	Via Capocasale	18
SAN CIPRIANO PICENTINO	Via Vicenza-Filetta	19
MONTECORVINO ROVELLA	Via Campania	20
ACERNO	Via Fosso Di Cinzio	21
BATTIPAGLIA	Via Fiorignano	22
SALA CONSILINA	Via Gramsci	23
PADULA	Via Nazionale	24
ROCCADASPIDE	Via. G. Marconi ,34	25
LAURITO	Corso Garibaldi 1	26
OMIGNANO	Via Nazionale	27
VALLO DELLA LUCANIA	Via Mattia De Laurentis 32	28
POLLICA	V S. Giuseppe Acciaroli	29
AGROPOLI	Via Marrota	30
EBOLI	Via Bruno Buozzi	31
SAPRI	Via Verdi	32
TORRE ORSAIA	Costa Carrara	33
CENTOLA	Loc. S. Agata Palinuro	34
CAPACCIO	Via Italia 61 Pal.Quadrifoglio	35
CAMPAGNA	C.Da San Leo	36
BUCCINO	Uomi -Dsa-C/O Centro Sindacale	37
CETARA	Via Garibaldi	38
NOCERA INFERIORE	Via S. Giordano,7	39

Pertanto in Regione Campania sono attivi n.153 consultori familiari divisi tra primari e secondari per un bacino di utenza pari a 5,839 milioni di persone: la “cultura territoriale” dell’offerta attiva di prestazioni sanitarie, il poter avere sempre “una porta aperta” a favore dei bisogni del cittadino, ha sempre costituito un punto prioritario sul quale si è basata gran parte della programmazione sanitaria, oltre a rappresentare un terreno fertile da tenere presente per qualsivoglia azione, principalmente innovativa, da intraprendere. L'attuale offerta assistenziale dei consultori familiari nell'ambito della Regione Campania può essere cosi descritta:

- Accoglienza: In tutti i consultori viene fornita una consulenza di indirizzo alle attività assistenziali, una mediazione culturale e la consegna di tutte le informazioni
- Certificazioni: Gravidanza a rischio (art. 15 legge 151/2001); flessibilità (ex art. 20 L 151/2001); Astensione obbligatoria; Bonus bebè – legge bilancio 2019

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Promozione della salute: in raccordo con l'Unità operativa Promozione della Salute, l'equipe dedicata, attraverso incontri/colloqui periodici (di gruppo o individuali) diffonde buone pratiche di salute in tema di: alimentazione, fumo, alcool, sostanze stupefacenti, ecc.
- Percorsi di integrazione: L'utente viene indirizzato ai percorsi di supporto consultoriali e ove non sia possibile attuare il percorso nel consultorio anche presso Ambulatori ASL Presidi Ospedalieri e/o i centri specialistici convenzionati per le attività inerenti a: Percorso Nascita, Percorso Gravidanza a rischio, Percorso DPP, Percorso IVG, Percorso GOM, Percorso Ginecologico specialistico
- Consulenza ginecologica: attività riconducibili al "Percorso Donna" con una particolare attenzione all'offerta attiva e gratuita per gli screening oncologici: Consulenza, Visita ginecologica, Visita senologica, Tampone vaginale, Screening (pap test), Ricerca HPV DNA, Colposcopia e biopsia, Ecografie, Contraccezione, Diagnosi infertilità/sterilità
- Percorso nascita: dalla fase pre-natale al post partum ivi incluse le informazioni sulle vaccinazioni obbligatorie neonatali da eseguire- Consulenza, Visita pre-concezionale, Pap test, Visita ostetrica, Prescrizioni acido folico, Vaccinazioni pre gravidanza, Ecografie, Inquadramento gravidanza a rischio, Esami strumentali, Individuazione precoce e sostegno nella sindrome depressiva post-partum, Supporto psicologico alla gestante e alla coppia
- Percorso IVG: Consulenza, Colloqui sociali/psicologici, Certificazione art. 6 legge 194/78, Prenotazione e follow-up IVG
- Consulenza psicologica: Consulenza, Colloqui sociali/psicologici individuali, di coppia e/o di gruppo. Sostegno psicologico nella sindrome depressiva post-partum, Valutazioni psicologiche per idoneità affido o adozione, Individuazione e presa in carico dei soggetti vittime di maltrattamenti e/o abusi
- Percorso menopausa: Visite Ginecologiche, Monitoraggio prevenzione (MOC, screening mammografico e Pap Test ecc.), Consulenza (ortopedica,cardiologica,metabolica ecc..)
- Adolescenti: Consulenza psicologica/spazio ascolto, Maltrattamento e abuso, Contraccezione, Percorso IVG dedicato alle minorenni, Educazione alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, Disturbi dell'alimentazione, Disturbi dell'identità di genere
- Area tutela salute bambino: Consulenza, Colloqui con genitori, Visite prevaccinali, Monitoraggio dei bilanci di salute effettuati dai PLS, Individuazione precoce di situazioni a rischio e/o disagio sociale, Individuazione precoce e presa in carico per abusi e maltrattamenti

La Regione prevede nel prossimo triennio di potenziare l'attività della rete Consultoriale mediante l'aumento del numero dei consultori primari, per singola ASL, che estendono l'orario di apertura al pubblico nei pomeriggi dei giorni feriali e la mattina del giorno prefestivo (sabato) e informatizzando tutte le attività

fonte: http://burc.regione.campania.it

consultoriali su piattaforma regionale con monitoraggio semestrale di quelle previste dal DPCM 12 gennaio 2017.

Tutte le attività erogate saranno monitorate e certificate tramite una piattaforma unica Regionale condivisa con tutte le ASL campane (SINFONIA) e già vengono svolte nel rispetto delle vigenti normative sulla privacy.

Il Consultorio vive la sua completezza ed offre la propria complessità assistenziale soltanto se all'interno di una più compiuta organizzazione che è rappresentata dalla Rete Materno-Infantile, compiutamente descritta nel suo modello e nei suoi obiettivi, nel Capitolo dei percorsi di cura integrati.

c. Percorso Nascita

Nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita, il Progetto Obiettivo Materno Infantile identifica quali prioritari gli obiettivi di:

- Umanizzare il percorso nascita, attraverso la promozione dei corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, la promozione del rooming-in e l'assistenza in puerperio.
- Favorire l'avvicinamento e contatto puerpera-neonato (anche patologico), attraverso il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica ed area pediatrico-neonatologica.
- Realizzare dimissioni protette e dimissioni precoci attraverso l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera, territoriale e sociale, per il rientro a domicilio della madre e del bambino.
- Promuovere l'inizio ed il mantenimento dell'allattamento al seno, attraverso specifiche informazioni nei corsi pre-parto, un'attenzione dedicata subito dopo la nascita ed il sostegno continuativo da parte dai servizi territoriali offerti dalle ostetriche e dai Pediatri di Famiglia.

d. La fase prenatale

Le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie. L'adozione di pratiche appropriate e tempestive basate sulle evidenze scientifiche, nell'ambito delle cure prenatali può contribuire a migliorare e a salvare vite. In modo particolare, l'assistenza in gravidanza fornisce anche l'opportunità di comunicare con le donne, le famiglie e le comunità e sostenerle in un momento particolare della vita.

La fase di concepimento e la successiva gravidanza hanno una particolare importanza per l'adattamento e per costruire la salute di base del bambino. I nove mesi prima della nascita hanno un'influenza pregnante sulla salute in età avanzata.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Ogni gravidanza e nascita ha un suo percorso e una sua variabilità clinica, organizzativa ed emotiva.
E' compito pubblico quello di rendere il percorso meno accidentato possibile, riducendo i fattori di stress, rendendo disponibili le informazioni, alimentando le competenze dei neo genitori, riducendo ansia e dolore, favorendo la prosecuzione di un sostegno assistenziale e umano anche dopo l'uscita dalle strutture sanitarie e bilanciando le esigenze e gli standard di sicurezza clinica con il riconoscimento della nascita, salvo casi specifici, come un fenomeno naturale e non come una malattia.
Durante la gravidanza sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.
Pur essendo previsti in molte realtà non sempre questi sono stati attivati o vengono spesso sotto utilizzati, anche per scarsa informazione.
La Regione Campania nel triennio 2019-2021 allo scopo di migliorare il percorso prenatale intende:

- aumentare progressivamente il numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN);
- Emanare linee di indirizzo regionali per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne;
- Attivare il servizio regionale per la tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'accesso alla diagnostica prenatale specifica del primo trimestre
- Aumentare il numero di donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP con relativa riduzione attesa dei casi di Pertosse nel primo anno di vita;
- Riduzione delle sepsi precoci da SBEGB attraverso linee di indirizzo regionali per il monitoraggio delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB).

e. La tutela della nascita

Un piano moderno per la salute del neonato e della sua famiglia non può non associare la sicurezza e la qualità delle cure, all'esigenza di rivedere il percorso nascita in un'ottica di maggior garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto ed al puerperio e di un più facilitato sviluppo della relazione neonato-madre-famiglia.
La Regione Campania sta investendo risorse per ottimizzare il percorso nascita e garantire agli utenti equità nell'offerta di servizi, con un forte impegno contro gli elementi di inappropriatezza dell'assistenza sanitaria. Allo scopo di rendere più sicuro e al tempo stesso di "umanizzare" il percorso nascita, la Regione Campania intende rafforzare il percorso della gravidanza e del parto rendendo la donna protagonista, insieme al suo piccolo, del parto/nascita e accompagnandola durante il parto e nell'accoglienza al bambino.
La Regione intende migliorare l'integrazione territorio ospedale territorio attraverso l'utilizzo di un sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato su piattaforma Regionale, l'implementazione dei Corsi

fonte: http://burc.regione.campania.it

di Accompagnamento alla nascita e un Libretto della gravidanza condiviso e informatizzato che contribuiranno ad un ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.
I seguenti punti rappresentano i passaggi territoriali più significativi di questo percorso:

- Corsi di preparazione alla nascita (fase prenatale)
- Promozione dell'allattamento al seno
- Continuità assistenziale post-dimissione

Si ritiene che il livello più idoneo per l'attuazione di tale percorso sia rappresentato da un'equipe "Tutela della nascita" a valenza Distrettuale, che coordini le iniziative tese al raggiungimento dei punti di cui sopra ed in particolare:

- il raccordo tra ospedale e territorio,
- la integrazione tra le varie professionalità,
- la continuità del percorso.

L'equipe Tutela della Nascita a sede consultoriale avrà la funzione di verificare il raggiungimento degli obiettivi fissati, in armonia con le disposizioni maturate in sede di dipartimento materno infantile aziendale e con gli indirizzi regionali riportati nel presente documento.
Essa, coordinata da un Pediatra territoriale comprende le seguenti figure: pediatra territoriale e ospedaliero, PLS, ginecologo, ostetrica, NPI, Ass. sociale.
Le azioni di riorganizzazione previste:

- attivazione sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato individuando una scheda tecnica informatizzata dedicata alla gravida e al nascituro.
- diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e corsi per l'implementazione della pratica dell'allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la diagnosi precoce e il trattamento della depressione post-partum.
- Emanazione direttive regionali per l'omogeneità dei percorsi, l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare e istituzione di specifici gruppi di lavoro
- Realizzazione delle azioni previste dal Piano di prevenzione regionale Programma C
- Favorire dimissioni protette, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio in regime di Home visiting. Le visite domiciliari garantiscono la sicurezza del neonato e la serenità della famiglia, consentono una migliore assistenza al puerperio ed al neonato tenendo conto della volontà e delle esigenze della madre, nonché di situazioni personali particolari. Si intende adottare il termine di dimissione protetta concordata ed appropriata, intendendo come momento consigliato le 72 ore. La Regione emanerà apposite Linee di indirizzo per l'applicazione operativa della dimissione.
- Adottare il Libretto multilingue della gravidanza parto e puerperio.

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Predisporre specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA Percorso Nascita Territorio-Ospedale-Territorio; PTDA su disordini ipertensivi in gravidanza e situazioni di pericolo per la puerpera e il nascituro. (Near Miss)
- Adottare la Carta dei servizi delle attività consultoriali per il Percorso Nascita

f. I Primi 1000 giorni di vita e la presa in carico

Il futuro della salute di un bambino si costruisce nei "primi 1000 giorni di vita", per cui il termine "prevenzione primaria" risulta fondamentale per le malattie non trasmissibili, come obesità, diabete mellito, tumori, malattie metaboliche, cardiovascolari e dello sviluppo neurocognitivo.
E' dunque importante raccomandare ai genitori la prevenzione prima del concepimento, l'importanza del latte materno, delle vaccinazioni, dell'attenzione agli agenti inquinanti, dell'utilizzo degli strumenti multimediali, l'importanza della lettura precoce e della musica in culla.
Le azioni sono rivolte ai seguenti obiettivi:

- Promuovere azioni per la tutela della salute materna-fetale nel periodo post-natale mediante appositi interventi di formazione pediatrica e genitoriale sulle diverse dimensioni dello sviluppo del bambino (cognitiva, emotiva, socio relazionale, sensoriale, motoria), sullo sviluppo precoce del cervello, le sue fasi sensibili e i fattori che influenzano lo sviluppo, sugli aspetti socio-educativi che riguardano lo sviluppo del bambino prematuro e sulle situazioni particolari che riguardano migrazioni, povertà, maltrattamento, adozioni, separazione, lutto, famiglie monoparentali
- Sviluppare linee di indirizzo e strumenti essenziali per la promozione e la valutazione dello sviluppo neuro-evolutivo da utilizzare nel compilare i bilanci di salute da 0 a 3 anni di vita e favorire interventi precoci circa le buone pratiche su allattamento al seno (aggiornamenti sui benefici e sulla posizione; baby friendly community initiative), alimentazione, musica, gioco e lettura;
- Informatizzare i bilanci di salute compilati da parte del PLS
- Promuovere e sostenere i programmi di vaccinazioni attraverso il miglioramento delle competenze genitoriali.

g. L'età della transizione della presa in carico

L'interesse per la fase di "transizione" e la necessità di approfondire tutti gli aspetti ad essa correlati, nascono fondamentalmente da tre ordini di fattori:

- Aumento dell'aspettativa dei piccoli pazienti con gravi malattie
- Rivalutazione del concetto di "cura"
- Frammentazione della gestione medica

fonte: http://burc.regione.campania.it

È da considerare centrale l'assistenza adolescenziale accanto a quella pediatrica: la transizione ai servizi per adulti può risultare particolarmente problematica comportando anche disagio per i pazienti e le famiglie e talora un peggioramento clinico ed evolutivo.

La Regione Campania individua come obiettivi fondanti l'adozione di due modelli:

- Il modello disease-based che consente a ragazzi con specifiche patologie di transitare per un determinato periodo in un ambulatorio co-gestito da un sub-specialista pediatra e da uno specialista dell'adulto; tipico esempio di questa modalità di transizione è l'ambulatorio diabetologico condiviso (joint-clinic)
- Il secondo modello prevede spazi dedicati ai ragazzi dove siano presenti figure tutoriali esperte non di patologia specialistica ma di area assistenziale.
- Indipendentemente dal modello, devono essere sempre tenute presenti alcune considerazioni di ordine generale:
- L'età del trasferimento deve avvenire in modo flessibile, tenendo conto, da un lato, della normativa nazionale e della convenzione internazionale che indica in 18 anni il limite dell'età pediatrica, dall'altro delle condizioni cliniche, della maturità raggiunta dall'adolescente e della sua capacità di comprensione e di auto-gestione della malattia
- Il periodo di preparazione e il programma di educazione alla transizione deve essere iniziato già nella prima parte dell'adolescenza
- Il processo di trasferimento deve essere un'azione congiunta con la struttura degli adulti destinata a seguire in futuro il paziente, che permetta una reciproca conoscenza e un passaggio coordinato di consegne tra le due equipe mediche. Un ruolo importante deve essere svolto anche dal personale infermieristico.

Appare quindi oggi sempre più indispensabile che i vari "attori" che possono svolgere un ruolo nella fase della transizione (personale sanitario e amministrativo, società scientifiche, responsabili di strutture sanitarie, associazioni di genitori, etc.) elaborino, nelle varie realtà in cui i pazienti si trovano a vivere, dei percorsi che da un lato facilitino il passaggio dall'organizzazione pediatrica a quella dell'adulto e che dall'altro garantiscano il completo soddisfacimento di quel concetto di "care" globale.

Pertanto, consentire margini di libertà di scelta all'adolescente e alla famiglia significa aver rispetto per esigenze e valutazioni che coinvolgono la sfera sanitaria ma anche quella psicologica e sociale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

7 L'Area dell'assistenza sociosanitaria

Essa ricomprende i servizi per la disabilità, per le non autosufficienze, per malati terminali e cure palliative, domiciliari integrate, per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva e Servizi di Psicologia Clinica.
Essi sono sotto la responsabilità organizzativa e gestionale del Servizio per l'Assistenza e il Coordinamento Sociosanitario presente in ogni Distretto. I Servizi distrettuali fanno riferimento all'Area di coordinamento sociosanitario centrale.

a. Assistenza sociosanitaria alla disabilità

La legge 104/92 ha segnato l'avvio del passaggio da una visione della disabilità come menomazione a quella di svantaggio sociale susseguente alla menomazione (successivamente intesa come il risultato dell'interazione fra la salute dell'individuo e fattori legati al contesto), introducendo un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona e non solo la valutazione della menomazione e promuovendo l'attivazione di servizi ed interventi territoriali finalizzati alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle disabilità, alla riabilitazione, all'integrazione scolastica e formativa, all'integrazione sociale in contesto lavorativo, alla promozione degli interventi finalizzati a favorire l'accessibilità, la vita di relazione e la partecipazione attiva alla vita sociale.
La normativa e gli atti di indirizzo adottati dalla Regione Campania relativamente ai livelli essenziali di assistenza definiti con DPCM 29/11/2001 hanno contribuito alla diffusione dei principi della legge 104/92, promuovendo la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e condivisi, secondo un approccio multidimensionale e multidisciplinare, al fine di rispondere in maniera coordinata alla pluralità di bisogni specifici riferita alla globalità e complessità della persona.
Tuttavia l'organizzazione distrettuale registra ancora una forte settorializzazione che non consente di garantire una risposta adeguata e integrata. L'organizzazione distrettuale è generalmente articolata in funzione della specifica risposta assistenziale, riabilitativa da un lato e sociosanitaria integrata dall'altro, e non di interventi integrati a seguito di una valutazione globale del bisogno della persona. La presa in carico della persona con disabilità risente, quindi, della mancanza di un sistematico approccio multidimensionale e multidisciplinare e per percorsi, determinato anche dalla mancanza di figure professionali specifiche; essa si traduce, generalmente, unicamente nella prescrizione, da parte di un singolo "specialista prescrittore" o nel migliore dei casi da parte di una UVBR, di prestazioni riabilitative e/o di assistenza protesica e di un'autorizzazione alla erogazione/fornitura delle prestazioni, ovvero di una autorizzazione all'ingresso in RSA o in Centro Diurno a seguito della valutazione in UVI, al di fuori di un progetto di intervento globale.
Una rilevante criticità del sistema è rappresentata, inoltre, dallo scollamento tra i presidi ospedalieri territoriali per acuti ed i servizi distrettuali, per cui l'individuazione e valutazione del bisogno assistenziale-

fonte: http://burc.regione.campania.it

riabilitativo è generalmente disgiunta dal ricovero e dalla dimissione ospedaliera, spesso con una presa in carico riabilitativa territoriale tardiva.

La Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilita', ratificata con la legge n. 18 del 3 marzo 2009, definisce persone con disabilità "coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri".

Tale definizione rappresenta il superamento di una visione della disabilità' come malattia e l'affermarsi di una concezione della stessa come la risultante di una interazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali.

Il sistema sanitario deve tener conto di questa relazione per implementare servizi di diagnosi e di presa in carico idonei a garantire la valutazione delle molteplici variabili (aspetti psicologici, sociali, familiari) in grado di influenzare l'evoluzione della malattia in modo da individuare ed attivare tempestivamente tutti gli interventi utili a favorire lo sviluppo ed il raggiungimento del più alto livello possibile di autonomia e di partecipazione della persona con disabilità in tutti gli ambiti della vita.

L'obiettivo è il superamento del tradizionale schema prescrittivo di singole prestazioni sanitarie da parte del singolo medico e la realizzazione di processi di presa in carico globale, basati sull'approccio bio-psico-sociale, volti all'individuazione di strategie, interventi ed obiettivi condivisi, finalizzati alla valorizzazione delle capacità e delle potenzialità della persona per migliorare l'inclusione nel contesto di vita e favorire l'integrazione nell'ambito scolastico e lavorativo.

Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili, l'art. 14 della L. 328/2000 prevede la definizione di un progetto individuale che "comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e riabilitazione a carico del servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a carico del comune, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di emarginazione sociale e di povertà".

Per le disabilità complesse l'art. 27 del DPCM 12/1/2017 prevede, nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità', complessità' e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.

L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

L'art. 34 del citato DPCM definisce, invece, i trattamenti di riabilitazione intensiva, estensiva e socioriabilitativi di recupero e mantenimento che il SSN garantisce, nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale alle persone con disabilità, caratterizzato da forte integrazione/interazione funzionale con altri livelli, servizi ed ambiti per la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, deve prevedere il potenziamento di forme di lavoro multidisciplinare al fine di valutare e prendere in carico in modo appropriato i diversi bisogni diagnostico terapeutici, assistenziali, riabilitativi e socio riabilitativi delle persone con disabilità e garantire accessibilità, tempestività degli interventi, continuità delle cure, coinvolgimento attivo della persona, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico. Il modello organizzativo e di processo lavorativo adottato è volto a garantire la presa in carico e al superamento della prescrizione della sola prestazione riabilitativa, e talvolta protesica, al di fuori di un PAI-PRI.

Pertanto i servizi per la disabilità devono essere inseriti nell'ambito delle articolazioni distrettuali responsabili dell'Assistenza Sociosanitaria; l'accesso ad essi e a tutte le diverse prestazioni erogabili è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMG, ma su sua segnalazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto; i servizi per la disabilità adottano metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare (UVMM-UVBR), redazione unitaria del PAI-PRI e suo monitoraggio e evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogni, produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile, committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato.

Il PAI-PRI deve contenere anche l'indicazione dei dispositivi protesici necessari nello specifico caso, in considerazione degli obiettivi riabilitativi e di inserimento sociale, educativo e lavorativo. Come indicato all'art. 1, comma 3, allegato 12 del DPCM 12.1.2017, il PAI-PRI deve riportare:

- indicazione della patologia o della lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità;
- diagnosi funzionale con le specifiche menomazioni o disabilità;
- descrizione del programma di trattamento, con indicazione degli esiti attesi in relazione all'utilizzo della protesi, ortesi o ausilio a medio e a lungo termine;
- tipologia di dispositivo, adattamenti e/o personalizzazioni eventualmente necessari, modi e tempi d'uso del dispositivo, eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, possibili controindicazioni e limiti di utilizzo;
- indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi. Il medico specialista e l'equipe sono responsabili della conduzione del piano e della verifica periodica dei risultati attesi, indicati nel piano stesso.

In ogni Distretto di base deve essere organizzato, nell'ambito del Servizio Assistenza Sociosanitaria, un servizio per la Disabilità per adulti e per minori (questi ultimi esclusivamente con disabilità neuromotorie di competenza della medicina fisica e riabilitativa mentre quelli con disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici sono presi in carico dai Nuclei per i disturbi del neuro sviluppo) che svolge le seguenti funzioni:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- valutazione diagnostica multidisciplinare
- valutazione dei bisogni abilitativi e riabilitativi, di assistenza protesica ed integrativa della persona, per la definizione, attuazione e verifica del progetto individuale e dei programmi terapeutici e riabilitativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o residenziale;
- partecipazione alla valutazione integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari e per l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale e Riabilitativo, comprensivo di assistenza protesica ed integrativa
- gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- colloqui psicologico-clinici;
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;
- interventi di abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita
- interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
- gruppi di sostegno;
- interventi sulla rete sociale formale e informale;
- consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- collaborazione con i medici di medicina generale
- collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche/universitarie per l'inserimento e l'integrazione della persona in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo
- raccordo con i Nuclei per i disturbi del neuro sviluppo per le disabilità dell'età evolutiva per garantire la continuità dei percorsi di cura, assistenziali, abilitativi e riabilitativi al compimento della maggiore età delle persone, prevedendo attività integrate per la transizione;
- raccordo con i servizi sociali affinché l'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse sia integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione
- attuazione dei percorsi assistenziali/riabilitativi avviati in fase ospedaliera con interventi necessari ad assicurare in maniera coordinata la continuità di cura;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- attività di orientamento e informazioni su temi riguardanti la disabilità (servizi, documentazione, agevolazioni ecc.).

Il servizio distrettuale per la disabilità svolge stabilmente le proprie funzioni attraverso l'equipe multi professionale integrata, che interviene nella valutazione del bisogno Multidimensionale e multidisciplinare e del Bisogno riabilitativo, nella predisposizione, nell'attuazione e monitoraggio del PAI-PRI; esso prevede la presenza di:

- Medico specialista patologia prevalente
- Medico specialista in riabilitazione
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Terapista occupazionale
- Psicologo
- Psicoterapeuta
- Assistente sociale

L'equipe garantisce l'approccio integrato multidisciplinare e multidimensionale e il coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia nella individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo più appropriato e nella elaborazione del progetto di presa in carico globale, modulato a partire dai bisogni e dalle aspettative della persona con disabilità e della sua famiglia, che dinamicamente viene implementato e riformulato in relazione al ciclo vitale, alle opportunità e alle risorse disponibili. Il progetto individuale individua il Responsabile del caso e l'equipe di professionisti coinvolti nel caso, che ha anche la funzione di monitorare l'intero percorso assistenziale e garantire il collegamento con gli altri servizi coinvolti.
Lo strumento utilizzato per la valutazione multidimensionale è la SVAMDI Campania, in cui sono contenuti e sistematizzati i risultati di una serie di strumenti di rilevazione del bisogno della persona con disabilità che ciascun professionista utilizza.
L'equipe multi professionale può individuare ulteriori strumenti o procedure valutative e diagnostiche ad integrazione della SVAMDI, qualora opportuno o necessario per una completa comprensione, valutazione e monitoraggio del caso.

La valutazione multidimensionale è effettuata congiuntamente al Comune di residenza della persona quando è previsto l'accesso ad uno dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare integrata
- accoglienza temporanea o definitiva in struttura residenziale sociosanitaria;
- accesso ai servizi sociosanitari diurni.

fonte: http://burc.regione.campania.it

L'accesso ai trattamenti residenziali e semiresidenziali in strutture RSA avviene attraverso le procedure di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sanitari o sociali) o per dimissione protetta/programmata dettagliate nel DCA 97/2018 e successive modifiche ed integrazioni.
I servizi per la disabilità stabiliscono tra l'altro, nell'ambito del PAI-PRI e all'esito della valutazione multidisciplinare e multidimensionale, l'accesso ai servizi di riabilitazione per disabilità complesse nei diversi setting, ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nonché ai trattamenti residenziali e semiresidenziali sociosanitari (RSA e Centri diurni per adulti con disabilità fisica, psichica e sensoriale). Non sarà più possibile l'accesso alle prestazioni riabilitative con la sola prescrizione del singolo medico specialista, e al di fuori dei PAI-PRI.
In raccordo con il coordinamento sociosanitario i servizi distrettuali definiscono le modalità e procedure di collegamento funzionale e strutturale con i presidi ospedalieri e le unità di cura extraospedaliere deputate alla presa in carico.
Nell'ambito delle azioni previste nei Programmi operativi 2016-2018 e poi 2019-2021 (DCA 14/2017 e DCA 99/2018 e smi) per l'area della disabilità, è stata prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza riabilitativa del sistema regionale in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure, coerente con il DPCM del 12/01/2017, centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, idonea ad assicurare la realizzazione dei percorsi riabilitativi e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di assistenza per le persone con disabilità. Già dai Programmi Operativi 2016-2018 era stato programmato il fabbisogno dell'offerta diviso per intensità di cura, e gradualmente si sta sviluppando la disciplina e gli indirizzi per la sua realizzazione (DCA 97/2018, in corso la definizione degli altri setting).
In particolare, l'offerta residenziale e semiresidenziale deve garantire l'erogazione dei trattamenti riabilitativi definiti all'art. 34 del DPCM 12/1/2017, così articolati:

a. trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità' clinica con disabilità' importanti e complesse, modificabili;
b. trattamenti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità' di recupero funzionale;
c. trattamenti residenziali e semiresidenziali socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità' funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità' fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

Con il DCA 97/2018 è stata aggiornata la normativa regionale relativa all'erogazione di trattamenti residenziali terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, per il recupero e mantenimento delle abilità residue (RD3), che corrisponde al punto c) e a quelle che erano già denominate RSA per disabili. Sono state,

fonte: http://burc.regione.campania.it

quindi, avviate le procedure amministrative per il rinnovo degli accreditamenti sulla base dei nuovi requisiti previsti dalla suddetta disciplina.

É programmato l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliera, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione dei trattamenti intensivi ed estensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungono e in parte riqualificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di "ex art. 26".

Parallelamente è in fase di conclusione il complesso processo di riconversione di oltre 1500 posti letto di riabilitazione estensiva cosiddetta "ex art. 26", in altri setting territoriali, prioritariamente e prevalentemente RSA e Centri diurni per Disabili, ma anche altri setting carenti, in modo da diversificare l'offerta territoriale e poter modulare i percorsi assistenziali tra diversi livelli di intensità di cura e per fasi diverse delle patologie.

b. Assistenza sociosanitaria agli adulti e anziani non autosufficienti

"La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le "normali azioni della vita quotidiana" ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale e relazionali."

La "non autosufficienza" è una condizione derivante da patologie o invalidità, temporanea o permanente, patologica diagnosticata che interferisce sull'individuo, riducendo e limitando la capacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, a causa della mancanza di energie e dei mezzi necessari per soddisfare le proprie esigenze. La eterogeneità delle condizioni all'origine della non autosufficienza, e quindi la difficoltà a individuare la popolazione di riferimento, determina che anche la programmazione nazionale e regionale è commisurata alla popolazione anziana, che prevalentemente è caratterizzata da condizioni di non autosufficienza.

L'area della non autosufficienza può essere definita anche area della cura a lungo termine o area della continuità assistenziale, è un'area organizzativa che mette in rete i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per favorire la risposta tempestiva e continuativa ai bisogni delle persone non autosufficienti che necessitano di intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione.

Il nuovo modello organizzativo omogeneo adottato colloca chiaramente nel Distretto sanitario, nell'ambito del Servizio di coordinamento e assistenza sociosanitaria, uno specifico servizio o funzione multidisciplinare stabile per la presa in carico della non autosufficienza.

Esso è composto almeno da un geriatra o medico internista, e infermieri, assistenti amministrativi, e assicura il raccordo con gli altri servizi o aree afferenti all'area sociosanitaria.

Inoltre pianifica e programma la rete dei servizi per la non autosufficienza, partecipando alle fasi di programmazione, definendo le diverse procedure per la presa in carico in regime di continuità assistenziale

fonte: http://burc.regione.campania.it

tra i diversi livelli di assistenza e i servizi territoriali ed ospedalieri. In raccordo con il coordinamento sociosanitario definisce le modalità e procedure di collegamento funzionale e strutturale con i presidi ospedalieri e le unità di cura extraospedaliere deputate alla presa in carico.

Partecipa alla definizione dei criteri di accesso alla rete dei servizi per non autosufficienti e definisce i criteri di priorità, curando anche le liste di attesa e disponibilità per l'assistenza ambulatoriale, per l'accesso ai servizi per la non autosufficienza e a tutte le diverse prestazioni erogabili.

L'accesso ai servizi per la non autosufficienza è diretto (senza necessità di prescrizione da parte del MMG, ma su sua segnalazione e invio) attraverso la Porta Unica di Accesso del distretto ed avviene previa valutazione delle condizioni cliniche funzionali e del bisogno effettuato con gli strumenti di valutazione multidisciplinare e multidimensionale.

I servizi per la non autosufficienza contribuiscono e prendono parte alla UVMM e alla predisposizione dei PAI, predispongono i progetti esecutivi, prendono in carico il paziente non autosufficiente, curano l'invio alle strutture RSA e Centri Diurni, sono responsabili dei casi e quindi verificano e liquidano le prestazioni residenziali e semiresidenziali assicurate dal privato accreditato; erogano direttamente le prestazioni possibili, organizzano la risposta integrata, attivando tutti i servizi distrettuali necessari alla realizzazione del PAI (visite specialistiche, protesica e ausili, farmaci); garantisce la continuità della presa in carico da e per gli ospedali, anche con procedure e schede di dimissioni protette.

Lo strumento utilizzato di norma per la valutazione multidimensionale della non autosufficienza è la SVAMA Campania, in cui sono contenuti e sistematizzati alcune scale e strumenti di rilevazione del bisogno e delle condizioni clinico infermieristiche della persona anziana e non autosufficiente, che ciascun professionista utilizza. Tuttavia per la rilevazione di particolari condizioni cliniche o per l'invio a setting specifici di assistenza la S.Va.M.A. non è sensibile e pertanto è richiesto l'utilizzo di ulteriori strumenti o l'integrazione con altre scale, per le quali si rinvia agli atti di indirizzo specifici.

L'equipe multiprofessionale infatti può individuare e mettere a punto ulteriori strumenti o procedure valutative e diagnostiche ad integrazione della SVAMA, qualora opportuno o necessario per una completa comprensione, valutazione e monitoraggio del caso.

Un esempio è la valutazione multidimensionale dei soggetti affetti da demenza o disturbi cognitivi per i quali ci sono atti dedicati

I servizi per la non autosufficienza adottano metodi e strumenti tipici della valutazione multidimensionale e multidisciplinare (UVMM), strumenti e schemi per la redazione unitaria del PAI e suo monitoraggio e evoluzione in funzione dell'evoluzione dei bisogni, produzione diretta di prestazioni ogni volta che sia possibile, committenza relativamente alle prestazioni erogabili da altri soggetti, inclusi quelli del privato accreditato. Il PAI deve sempre contenere anche l'indicazione dei dispositivi protesici necessari nello specifico caso, in considerazione degli obiettivi assistenziali

fonte: http://burc.regione.campania.it

L'accesso ai trattamenti residenziali e semiresidenziali in strutture RSA avviene attraverso le procedure di accesso ordinario o per dimissione protetta/programmata dettagliate nel DCA 97/2018 e successive modifiche ed integrazioni.

Per le persone non autosufficienti non esiste un modello univoco di servizi ma un'offerta di servizi e prestazioni che deve essere definita in relazione allo stato, al momento, alla condizione e che deve essere adeguato nei diversi momenti della patologia o dell'evoluzione delle sue condizioni.

Per la non autosufficienza, il D.P.C.M. del 12.1.2017 declina il sistema di offerta residenziale e semiresidenziale con l'articolo 30, non distinguendo l'offerta per l'età adulta da quella per gli anziani, né ponendo distinguo relativi alle patologie o cause che determinano la non autosufficienza. L'offerta è infatti declinata in relazione alla tipologia di trattamenti e alla tipologia di assistenza di cui necessitano i soggetti non autosufficienti.

Già con i programmi operativi 2016-2018 della Campania questo orientamento nazionale è stato recepito e si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la articolazione più puntuale dei fabbisogni per ciascun setting assistenziale e per intensità di cura, e avviando azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattone e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Nei citati Programmi Operativi per l'Area Adulti e anziani non autosufficienti l'offerta assistenziale residenziale programmata è così articolata:

- "Unità di cure residenziali intensive" (R1) per assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
- "Unità di Cure Residenziali Estensive" (R2) per assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
- "Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento" (R3) per assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento;
- "Unità di cure residenziali per demenze" (R2D) per assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze;

In relazione a tale ridefinizione, gli atti regionali hanno modificato ed integrato i dispositivi normativi preesistenti nell'ottica della riqualificazione dell'offerta e della definizione della continuità assistenziale. Gradualmente si sta definendo la rete della non autosufficienza, ponendo particolare attenzione alle procedure di presa in carico e di accesso alla rete dei servizi territoriali.

Con i DCA nn. 79/2017 e 97/2018 è stata ampliata la tipologia di utenza eleggibile per l'accesso, e aggiornati e qualificati i requisiti per R1 e R3, non limitandola più ai soli stati vegetativi e ai soli anziani, bensì a tutti gli adulti non autosufficienti, con diversi livelli di bisogno assistenziale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

E' stata adottata la disciplina per requisiti e utenza per la tipologia di struttura R2D specifica per le Demenze nelle fasi di significativi disturbi comportamentali.

Sono state disciplinate le procedure per l'accreditamento di nuove strutture R3, che nell'ultimo triennio sono state autorizzate, e le procedure di riqualificazione di quelle già accreditate.

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata.

Infine con il DCA 74/2019 ad integrazione del DCA 97/2018 sono stati disciplinati i requisiti, criteri e procedure di accesso e tariffe anche per le “Unità di cura residenziale R2”.

Complessivamente l'intervento nell'area della non autosufficienza per il triennio tende ad un incremento numerico della disponibilità di posti letto per i setting più carenti (R1, R2, R3, semiresidenziale Adulti e Anziani), ed ad una generale qualificazione e riqualificazione volta a definire una loro vocazione meno assistenziale e più terapeutico e/o riabilitativa, posizionando tali servizi a pieno titolo nei percorsi di cura e gestione delle cronicità e della non autosufficienza quali livelli intermedi qualificati tra l'ospedale, per acuzie e post acuzie, e il domicilio, e viceversa. E' previsto pertanto per le dimissioni protette l'utilizzo dei setting R3, in analogia con le cure domiciliari, per garantire la continuità dei percorsi di cura da e per l'ospedale, anche al fine di ridurre le ospedalizzazioni improprie o la loro durata, con costi a carico del SSR per un limitatissimo periodo temporale non superiore a 30 giorni in vista del rientro al domicilio. Ciò anche in vista della effettiva attivazione dell'offerta R2 che completerà i setting necessari per la gestione dei pazienti in transito da e per gli ospedali.

Per quanto attiene alla rete dei servizi per i cittadini affetti da demenza e disturbi cognitivi, nell’ambito dei Servizi aziendali per le non autosufficienze, devono trovare spazio i Centri disturbi cognitivi e demenze che a livello distrettuale o sovradistrettuale governano la rete dei servizi per le demenze e disturbi cognitivi e come definito dal DCA 52/2015 sono i referenti e responsabili della presa in carico dei soggetti affetti da tale patologia. Ai centri di disturbi cognitivi e demenze fanno operativamente capo i servizi territoriali per le demenze, anzi alcuni dei servizi sono contenuti all’interno dei CDCD.

I CDCD devono essere dotati di personale specifico, di un'equipe minima così composta:

- Geriatra
- Neurologo,
- Psichiatra/consulenza
- Psicologo con competenza in psicologia cognitiva
- Assistente sociale
- Infermiere

Il numero delle figure professionali varierà in relazione al bacino di utenza. Ogni azienda sanitaria locale dovrà:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- attivare CDCD completo con ambulatorio di riabilitazione cognitiva aziendale – definire piani di adeguamento per le strutture pubbliche riqualificate in unità di cura R3/ R2D/RD3 ai sensi del dca 97/2018
- approvare procedure per presa in carico dei pazienti affetti da disturbi cognitivi e demenze e MILD cognitive imparimente, procedure per la presa in carico e continuità delle cure tra i diversi setting ospedalieri e territoriali e procedure di dimissioni pianificate - applicare il PDTA specifico.

c. Assistenza sociosanitaria a Malati Terminali e Cure Palliative

Le Cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, sono garantite dal servizio sanitario nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono caratterizzate spesso da complessità e intensità elevata, e sono costituite di diverse prestazioni previste in un unico programma di assistenza integrato. L'obiettivo delle Cure palliative è garantire adeguata e qualificata assistenza e qualità della vita anche nelle fasi della patologia in cui non sia possibile la cura, al di fuori del contesto ospedaliero. In tal senso anche il ricovero in Hospice non è inteso quale ricovero soltanto negli ultimi giorni di vita, ma permanenza anche prolungata per garantire adeguata assistenza al malato e sollievo alla famiglia da un carico di cura non adeguatamente gestibile al domicilio.

Le norme nazionali e regionali di riferimento sono: il d.m. 43/2007; L. n. 38/2010; Intesa Stato Regioni del 15/7/2012; DCA n. 4/2011 e 128/2012. Inoltre si deve far riferimento al DPCM 12/1/2017 – Aggiornamento LEA, artt. 23 e 31, DCA n. 1/2013 per le cure Domiciliari in generale e palliative, DCA n. 72/2017 per l'accreditamento degli hospice.

Recenti dati diffusi dall'American Cancer Society indicano che dal 2030 ogni anno vi saranno nel mondo oltre 20 milioni di nuovi casi di tumore con quasi il 13 % di decessi; dai dati ISTAT 2011 si rileva che il tasso di mortalità per neoplasie in Campania è di 26,7 decessi ogni 10.000 abitanti contro un valore nazionale pari a 25,6; si stima, inoltre, che il numero complessivo di pazienti non oncologici che necessitano di interventi di cure palliative corrisponde al numero di pazienti deceduti per tumore/anno. Per quanto attiene al paziente in età pediatrica, gli studi evidenziano: una mortalità pari a 0,8 – 1/10.000 minori che necessitano di cure palliative pediatriche con età 0 – 17 anni / anno / regione; una stima della prevalenza di minori con necessità di cure palliative pediatriche pari a 10 volte la mortalità e, pertanto, corrispondente a 10 / 10.000 minori 0 – 17 anni.

Secondo l'insieme di queste normative, devono essere definite la Rete regionale e le Reti aziendali delle Cure Palliative, che devono ricomprendere i livelli ospedalieri, il raccordo con la Rete Oncologica, le strutture residenziali Hospice, le Cure domiciliari palliative, divise in domiciliari di base e specialistiche. Le Reti aziendali devono essere gestite attraverso un Coordinamento delle Cure Palliative.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La rete delle cure palliative, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, in particolare i DCA 4/2011 e 128/2012 che stabiliscono le modalità di accesso, i requisiti organizzativi minimi della rete di cure palliative, è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, essa è composta come segue :

M.M.G. - MCA; ambulatori; equipe distrettuali di cure palliative; day hospice; strutture residenziali hospice; presidi ospedalieri; AA.OO.RR.NN; organizzazioni non-profit.

Nella Rete locale di Cure Palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari setting di cura, attraverso programmi individualizzati integrati.

Devono essere costituiti in tutte le Aziende i Coordinamenti di Cure palliative, Area di Coordinamento centrale presso la Direzione sanitaria, che devono coordinare tutte le Unità di Cure Palliative distrettuali, nonché garantire il raccordo con i presidi ospedalieri aziendali e gli ambulatori facenti parte della rete. La Regione, nell'ambito della programmazione degli Obiettivi di Piano sanitario, ha già programmato e sostenuto il rafforzamento, organizzazione e qualificazione del sistema delle cure palliative, destinando risorse e fissando obiettivi per le aziende sanitarie e per gli Hub regionali, AORN Pascale e Santobono.

Il Coordinamento centrale della rete aziendale garantisce unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area di competenza. Definisce protocolli di dimissione programmata ed anticipata con le strutture di ricovero ospedaliere e non che insistono sul territorio aziendale e regionale e trasmettono periodicamente l‘elenco/carta dei servizi domiciliari alle strutture che dimettono. Programma e monitora la spesa per il privato accreditato e per i servizi in out sourcing. Cura per la direzione sanitaria e strategica i rapporti interistituzionali con gli altri nodi della Rete regionale delle cure palliative, e per le programmazioni aziendali. Cura e garantisce l'alimentazione corretta e completa dei flussi informativi sia aziendali che regionali.

Nel modello regionale le cure palliative domiciliari sono governate dalla UCP, unità di cure Palliative domiciliari alla quale fa capo, come definito dal d.p.c.m. del 12.1.2017 sia il livello domiciliari che l’erogazione di cure palliative per soggetti ospiti in RSA-Unità di cura residenziali extraospedalieri di cui all’art. 30 del d.p.cm. Citato. L'assistenza per le cure palliative è organizzata per ogni distretto, o con bacino d'utenza sovra distrettuale, una Unità di Cure Palliative. Per le aziende con presidi ospedalieri, come previsto dall'Intesa Stato regioni del 15/7/2012, l’unità di cure palliative può essere collocata nel P.O. di riferimento con l’annesso ambulatorio o se previsto in altre strutture pubbliche della rete di cure palliative attivate sul territorio. Ciò consente un continuum assistenziale per le cure palliative. Esse si raccordano con MMG/PLS esperti individuati nelle AFT

Il ruolo del MMG e PLS nell’erogazione delle cure palliative soprattutto di natura domiciliare è fondamentale, e per questo motivo si deve prevedere, come già definito nel Patto per la salute, nell’ambito

fonte: http://burc.regione.campania.it

delle UCCP e AFT che i MMG e PLS abbiano formazione e competenza in cure palliative e terapia del dolore.

Le Unità di Cure Palliative distrettuali, possibilmente nell'ambito del Servizio di Assistenza sociosanitaria, con una propria articolazione organizzativa specifica, sono costituite dalle equipe per le cure domiciliari palliative per adulti e minori, e hanno la responsabilità della gestione delle strutture residenziali Hospice pubbliche insistenti eventualmente nel Distretto, ovvero private accreditate di cui governano l'accesso e verificano l'andamento dei PAI dei pazienti in essi collocati, di cui sono responsabili. Le Unità di Cure Palliative distrettuali pertanto sono responsabili dell'attuazione del programma terapeutico-assistenziale, e della relativa spesa, e provvedono alla verifica per la liquidazione delle prestazioni rese da soggetti terzi. Erogano le prestazioni domiciliari palliative specialistiche. Si coordinano con le equipe distrettuali per le cure domiciliari degli altri livelli di intensità assistenziali, laddove il PAI preveda cure domiciliari di intensità inferiore.

La strutturazione di base dell'équipe multi professionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza; di tale struttura è parte integrante il medico di medicina generale. Con questa struttura di base delle équipe, collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute necessarie, anche di tipo amministrativo. In relazione al fabbisogno delle figure professionali specifiche e ai relativi standard le Aziende devono definire o aggiornare la programmazione di acquisizione delle risorse nell'ambito dei propri Piani aziendali del fabbisogno di personale, anche tenendo conto del DM 43/2007 che definisce gli standard per la appropriata e adeguata presa in carico degli utenti in cure palliative.

Per le cure palliative domiciliari, il Distretto attraverso l'Unità di Cure Palliative, sulla base di protocolli formalizzati nell’ambito della Rete e a seguito di Valutazione Multidimensionale e redazione del PAI, deve garantire unitariamente tutte le prestazioni a domicilio necessarie al paziente, che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, di aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel PHT e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, ausili e protesi, trattamento del dolore. Tutte le prestazioni sono previste nell’ambito del PAI e nel piano esecutivo: pertanto all’utente e al suo familiare arruolato in cure domiciliari a seguito di valutazione multidimensionale devono essere erogati e garantiti “di ufficio” senza ulteriori oneri di tipo amministrativo o diverse operazioni di valutazione cliniche. Quindi l'Unità di cure palliative curerà l’attuazione del PAI in tutte le sue declinazioni, curando anche l'attivazione coordinata di tutte le unità operative che devono garantire le diverse prestazioni necessarie e previste dal PAI. Le cure palliative domiciliari si articolano nei livelli base (erogate da medici e infermieri con competenze generali per il controllo dei sintomi e con CIA inferiore a 0,50) e specialistici (erogate da equipe multi professionali e multidisciplinari dedicate e con specifiche competenze, per malati con bisogni complessi, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, con CIA superiore a 0,50).

fonte: http://burc.regione.campania.it

Le cure palliative domiciliari e residenziali richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI), sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Per tali aspetti vale quanto definito per le cure domiciliari integrate. Luogo privilegiato di intervento è costituto dall’abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostenuto (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative - Hospice che fornisce assistenza sanitaria, tutelare ed alberghiera ed è strutturato in modo da riprodurre l'ambiente domestico e di vita: in tal senso i due setting non possono essere considerati tra loro indipendenti.

In attuazione del D.M. della salute del 04.06.2014, la Regione Campania ha recentemente approvato il decreto commissariale n.57/2016 per la certificazione dell’esperienza di cure palliative per i professionisti già impegnati cure palliative privi della specializzazione richiesta.

Sarà disciplinato e attivato nel triennio il setting di Day hospice, in modo da completare la rete assistenziale. Al fine di facilitare la presa in carico e la continuità dei percorsi assistenziali del cittadino con bisogno di cure palliative è stata di recente predisposta una scheda unica di presa in carico nell’ambito della rete ROC sia per la dimissione a domicilio sia per l’invio ai servizi territoriali distrettuali. Essa sarà a breve messa a disposizione sia della ROC che dei punti di presa in carico e assistenziali territoriali, attraverso una piattaforma informatica, che renderà omogeneo e tempestivo il passaggio del paziente dalla ROC alla Rete Cure palliative e da un punto all'altro di quest'ultima.

La rete di assistenza del paziente pediatrico

La legge 38/2010 all’art. 1 tutela “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore” ed individua tre reti di assistenza dedicate, rispettivamente, alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Secondo l'Intesa stato-regioni del 25 luglio u.s., la rete locale di terapia del dolore e cure palliative è unica e per rete locale s'intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative e terapia del dolore rivolte al minore erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale.

I soggetti e le strutture che assicurano la rete di assistenza ai pazienti in età pediatrica sono i seguenti : Pediatra di libera scelta; ambulatori; centri di riferimento; struttura ospedaliera-reparto pediatrico; assistenza domiciliare di base e specialistica (unità di Cure palliative Domiciliari); hospice pediatrico-centro residenziale di cure palliative per minori; servizi sociosanitari territoriali; servizio urgenza/emergenza; ambulatori; organizzazioni non profit. L’AORN Santobono–Pausilipon ha già attivato due posti letto dedicati utilizzando i fondi a destinazione vincolata erogati all’uopo dalla regione.

Elemento essenziale della rete è il Centro di riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche individuato già nel Santobono –pausilipon che come definito dal decreto commissariale n.22/2015 è centro Hub per la terapia del dolore e già sede del primo Hospice pediatrico della Regione, con due posti letto dedicati e in fase di ampliamento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Data la coincidenza delle due reti, e l'auspicata convergenza delle funzioni di hospice e di centro di riferimento per l'età pediatrica, come definito dalla normativa nazionale, l'AORN Santobono-Pausilipon dovrà pianificare le attività di Centro di riferimento compiutamente, e completare le funzioni di Hub regionale, secondo il programma già avviato con i fondi a destinazione vincolata.

d. Assistenza sociosanitaria per le Cure Domiciliari

Le cure domiciliari sono "percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita"; sono garantite a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie.
Sono erogate sempre a seguito di valutazione clinico funzionale e a seguito di un piano formalizzato di assistenza che preveda tutte le prestazioni.
Le cure domiciliari sono classificate da ultimo dal d.p.cm. Del 12/01/2017 in relazione al coefficiente di intensità assistenziale, ovvero CIA, che misura la intensità e in maniera derivata la complessità del servizio erogato in relazione al bisogno espresso e rilevato. A tal proposito si vedano gli atti regionali di indirizzo: delibera di giunta regionale n.41/201 1 e decreto commissariale 1/2013.
Pertanto le cure domiciliari si articolano in:

Assistenza Domiciliare Integrata						
Profilo di cura	**Natura del bisogno**	**Coefficiente intensità assistenziale CIA= GEA/GDC***	**ATTIVAZIONE**	**Durata media**	**Complessità Mix delle figure professionali/impegno assistenziale****	**Operatività del servizio*** (fasCIA oraria 8-20**
Cure domiciliari prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale	Inferiore a 0,14	PUA-MMG	(Occasionali o cicliche programmate)	Medico Infermiere/ Professionisti della riabilitazione	5 giorni su 7 8 ore die
Cure domiciliari integrate di primo livello	Clinico funzionale soCIAle	da 0,14 a 0,30	PUA-UVM e definizione PAI	180 giorni	Infermiere Professionisti della riabilitazione -Medico Operatore sociosanitario	5 giorni su 7 8 ore die
Cure domiciliari integrate di secondo livello	Clinico funzionale soCIAle	Fino a 0,50	PUA-UVM e definizione PAI	180 giorni	Infermiere Professionisti della riabilitazione -Medico Operatore sociosanitario	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
Cure domiciliari integrate di terzo livello	Clinico funzionale soCIAle	Superiore a 0,50	PUA-UVM e definizione PAI	90 giorni	Infermiere Professionisti della riabilitazione -Medico Operatore sociosanitario	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20

* *CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornata effettiva assistenza; GDC= giornate di cura (durata PAI).*

** *Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.*

*** *Per "operatività del servizio" ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliere erogate*

Tabella 27 – Calcolo CIA

fonte: http://burc.regione.campania.it

All'articolo 22, comma 1.a. sono definite ed introdotte le cure domiciliari di livello base che consistono in prestazioni professionali erogate in risposta a bisogno sanitari di bassa intensità e complessità ma di varia natura. Le prestazioni sono di natura medico, infermieristica e/o riabilitativa

Il medesimo D.P.C.M. , all'art. 22, punto 1 e successivamente ai 2.b ,2.c,2.d, definisce ed introduce le cure domiciliari integrate; sancisce la peculiarità delle cure domiciliari come una risposta non di per sé alternativa al ricovero ospedaliero o ad altre tipologie di servizi sanitari o sociosanitari e ne delinea la unitarietà nell'erogazione.

Una proposta di organizzazione funzionale al sistema delle cure domiciliari che tenga conto anche delle cure palliative, è definire a livello centrale una unità operativa di coordinamento di cure domiciliari e una unità operativa di cure palliative, meglio se complessa a livello distrettuale, nell'ambito del Servizio per il coordinamento e l'assistenza sociosanitaria. Per una migliore efficacia ed efficienza, laddove sostenibile, dovrebbero essere attivate uo di cure domiciliari per livello assistenziale: una uo di cure domiciliari di bassa intensità (cure domiciliari di tipo prestazionale, I, II livello) e una uo di cure domiciliari di alta intensità (cure domiciliari di terzo livello).

La U.O. distrettuale di cure domiciliari persegue i seguenti obiettivi:

- governo clinico della continuità di cura ospedale-territorio (Rete Long-Term-Care)
- appropriatezza dei percorsi di cura attivati nella fase successiva ad un ricovero ospedaliero;
- gestione dell'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico integrata dei malati fragili in condizioni di cronicità complesse, adottando protocolli e procedure condivisi con le Unità di offerta territoriali;
- formazione continua delle equipe professionali multidisciplinari nonché programmi di ricerca scientifica e di sperimentazione gestionale.

Le u.o. distrettuali gestiscono l'erogazione diretta di cure domiciliari geriatriche e riabilitative specialistiche e l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico integrata dei soggetti fragili in condizioni di cronicità; vigilano sulla corretta gestione ed erogazione dei PAI di cure domiciliari e monitorano l'andamento degli stessi, individuando in raccordo con la uo centrale di Cure domiciliari strumenti dedicati alla verifica dell'appropriatezza clinica e definendo percorsi per garantire a a livello distrettuale il raccordo tra tutti i servizi coinvolti.

Compito della u.o. distrettuale è gestire –se il servizio è erogato in forma diretta- le équipe di cure domiciliari o in alternativa individuare –se il servizio è gestito mediante soggetto terzo- modalità di verifica e vigilare sulla corretta erogazione delle prestazioni comprese nel PAI. In ogni caso spetta alla uo di cure domiciliari monitorare la qualità del servizio e predisporre attività di verifica e valutazione del servizio periodica.

E' fondamentale garantire il raccordo con le altre tipologie di prestazioni anche complesse erogate a domicilio quali la NA: nutrizione artificiale che nell'ambito dei percorsi di presa in carico domiciliare deve

fonte: http://burc.regione.campania.it

essere considerata come un *unicum*, deve cioè rientrare nel PAI di cure domiciliari integrate, ivi compreso la terapia del dolore se richieste o ogni altra forma di assistenza, quali l'assistenza protesica e l'assistenza farmaceutica, come previsto dal DPCM. Del 12.1.2017, Capo IV assistenza sociosanitaria articoli 21 e 22. E' obbligo dell'azienda definire la carta dei servizi con le indicazioni circa tempi, modalità e percorsi delle cure domiciliari e fornire l'indicazione a livello distrettuale del referente del percorso di dimissione pianificata e programmata a domicilio.

L'azienda deve garantire unitariamente tutte le prestazioni a domicilio, se necessarie al paziente, comprese l'erogazione di farmaci, ausili e protesi, NAD, prevedendole tutte nell'ambito del PAI: pertanto all'utente e al suo familiare arruolato in cure domiciliari a seguito di valutazione multidimensionale devono essere erogati e garantiti "di ufficio" senza ulteriori oneri di tipo amministrativo o diverse operazioni di valutazione cliniche tutto quanto previsto e definito nel PAI e nel piano esecutivo in sede di valutazione multidimensionale e in sede di rivalutazione se necessaria.

All'atto dell'arruolamento in cure domiciliari, sottoscritto il PAI a cura dell'utente stesso e/o del suo familiare o tutore all'utente non sarà richiesto l'espletamento di alcuna pratica per l'erogazione delle cure domiciliari e per la realizzazione del PAI, ovvero la U.O. individuata a livello distrettuale per la gestione ed erogazione delle cure domiciliari curerà l'attuazione del PAI in tutte le sue declinazioni, curando anche l'attivazione coordinata di tutte le unità operative che devono garantire le diverse prestazioni necessarie e previste dal PAI.

Nel caso di richiesta di consulenze medico specialistiche, previste dal PAI di cure domiciliari, le stesse vanno garantite nell'ambito del PAI mediante la prescrizione su ricetta bianca a cura del responsabile del caso di cure domiciliari, afferente alla U.O. distrettuale competente ovvero dal direttore della U.O. responsabile delle cure domiciliari distrettuale, che avrà cura di prenotare presso il CUP con codice U di priorità le visite richieste.

La strategia regionale in merito alle cure domiciliari integrate è quella di dare forte impulso alla attività di presa in carico precoce e di continuità assistenziale garantendo l'erogazione di prestazioni di natura infermieristica, riabilitativa, medica, medico specialistica e di assistenza tutelare, con particolare riguardo per i livelli di minore intensità che vedono la regione Campania ancora al di sotto della performance prevista con l questionario LEA. Lo sviluppo delle cure domiciliari integrate definito con l'attribuzione di obiettivi incrementali di utenti in carico implica un incremento delle prestazioni e dei servizi erogati sia per qualificare i Piani di assistenza individualizzati già avviati, sia per raggiungere in modo tempestivo gli utenti non intercettati dal sistema. Occorre rafforzare i servizi e le funzioni distrettuali e territoriali dell'accesso e della valutazione clinico, funzionale, sanitaria e sociale.

Ciò richiede un dispiegamento di risorse professionali da distribuire ed allocare per funzioni e per intensità assistenziale con équipe multi professionali. Il rafforzamento e l'incremento delle cure domiciliari implica inevitabilmente che ogni ASL preveda un incremento di personale per le funzioni di presa in carico e per sostenere il sistema di accesso e valutazione, incrementando oltre alle figure di tipo medico ed

fonte: http://burc.regione.campania.it

infermieristico dedicate alla funzione di valutazione, operatori dell'accoglienza, assistenti sociali ed amministrativi da indirizzare ad attività di accesso, cura ed istruttoria delle procedure di invio ai servizi, informatizzazione dei dati, attività di monitoraggio.

Fatto salvo i piani di reclutamento in atto, si definisce quale criterio di composizione dell'équipe minima di cure domiciliari quella di seguito specificata:

- infermiere,
- operatore sociosanitario
- psicologo
- medico specialista (fisiatra, geriatra, pneumologo, anestesista, neurologo, oncologo…)
- terapista della riabilitazione
- terapista occupazionale.

Relativamente alla partecipazione dei medici specialisti, l'azienda individua i professionisti nonché la quota oraria da destinare alle Cure Domiciliari.

Per poter programmare interventi di implementazione delle cure domiciliari di primo livello, si tenga presente che un infermiere può avere in carico non più di 10 pazienti in linea. Il medico tra i 10 e i 12 pazienti. La dotazione organica deve poi essere in grado di garantire i turni, le ferie etc.

e. L'Assistenza per i Disturbi del Neurosviluppo e neuropsichiatrici dell'età evolutiva

Sono già istituiti i Nuclei per i Disturbi del Neurosviluppo e neuropsichiatrici, a competenza distrettuale o pluri-distrettuale, con un bacino di popolazione non superiore ai 200.000 abitanti, tenendo conto delle condizioni geografiche e territoriali (aree disperse), con l'individuazione di sedi fisiche, riconoscibili e raggiungibili. Un'Area di Coordinamento centrale presso la Direzione Sanitaria aziendale, individuata tra i responsabili distrettuali dei Nuclei, coordina e garantisce unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici. Nelle ASL sono già costituiti alcuni Nuclei. Con il presente Piano si intende rafforzarne l'organizzazione e la loro funzione.

Il Nucleo distrettuale o pluri-distrettuale svolge le funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e Unità di valutazione integrata:

1. prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
2. Diagnosi clinica e funzionale;
3. presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva
4. valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici,

fonte: http://burc.regione.campania.it

abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, farmacologico, psicoterapeutico, di supporto alla famiglia; rapporti con le istituzioni scolastiche e giudiziarie minorili;

5. attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con l'unità di riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
6. integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
7. partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
8. formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
9. integrazione operativa con le UO di salute mentale e disabilità dell'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità.

I Nuclei svolgono le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo, e pertanto essi predispongono il PAI-PRI che costituisce l'unico strumento di accesso alle prestazioni riabilitative. I Nuclei ne curano il monitoraggio dell'andamento e delle evoluzioni del percorso, per l'adeguamento del PAI-PRI. Non è prevista la possibilità che i programmi riabilitativi siano prescritti e autorizzati da singoli professionisti prescrittori. I Nuclei sono essi stessi erogatori delle attività e prestazioni più sopra elencate, ovvero committenti delle attività e prestazioni erogate dai soggetti privati accreditati sia per le attività di riabilitazione estensiva cd. ex art. 26, sia per l'assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale (SIRMIV-SISEM).Operano mediante una equipe multidisciplinare composta almeno dalle seguenti figure:

- Neuropsichiatra Infantile
- Psicologo e psicoterapeuta
- Assistente Sociale
- Fisioterapista
- Terapista della Neuropsicomotricità dell'età Evolutiva
- Logopedista
- Educatore Professionale
- Infermiere
- Terapista occupazionale
-

La Regione ha incentivato negli anni scorsi con delle azioni ad hoc (ex DCA n. 105/2014) la gestione dell'emergenza psichiatrica in adolescenza (12-18 anni) e il potenziamento dell'offerta regionale attraverso l'attivazione di almeno due posti letto per azienda. Con il presente Piano si ribadisce l'obiettivo per le ASL

fonte: http://burc.regione.campania.it

di organizzare, nell'ambito della rete aziendale per i disturbi del neuro sviluppo e neuropsichiatrici, punti di accoglienza per l'emergenza e percorsi per la gestione.

Dal PANSM e dai lavori del gruppo di esperti nazionali che l'ha prodotto è scaturito un documento tecnico di indirizzo per le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per i disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza, recepito in Campania con il DCA n. 45/2015.

Relativamente alle strutture SISEM/SIRMIV ex DCA n. 45/2015 e smi, si conferma la necessità di monitorare l'attuale offerta per valutare e stabilire successivamente l'eventuale fabbisogno aggiuntivo.

Servizi di Psicologia Clinica

Ogni ASL istituisce a livello di distretto, e con bacino di utenza distrettuale o sovra distrettuale non superiore a 200.000 abitanti, Servizi di Psicologia clinica, che garantiscono prestazioni e percorsi psicologico-clinici, psicoterapeutici, di counseling, di psicodiagnostica, sia per adulti che per soggetti in età evolutiva, anche nell'ambito di percorsi riabilitativi.

I Servizi di Psicologia Clinica consentono l'accesso diretto da parte dell'utenza richiedente, senza prescrizione medica, o su invio e richiesta di altri servizi aziendali, in particolare da parte dei consultori familiari o dei nuclei per i disturbi del neurosviluppo, ovvero dei servizi per disabili e non autosufficienti/cronici. Laddove utile e opportuno essi partecipano alle UVI, alle equipe multidisciplinari, per la predisposizione dei PAI e dei PRI, ai rapporti con la scuola. Deve essere organizzata una funzione d coordinamento aziendale de servizi distrettuali di Psicologia Clinica. Ad essa può essere affidato anche il coordinamento delle attività per il contrasto presa in carico, valutazione e trattamento alle violenze di genere o contro i minori che devono comprendere anche i Presidi Ospedalieri e Pronto soccorso per la gestione dei codici rosa.

8 Il Piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e distrettuale

a. Definizione del modello di monitoraggio della rete territoriale

Affinché la presente programmazione possa procedere attraverso una reale e progressiva implementazione, è parimenti necessario programmare un sistema di analisi e monitoraggio dei servizi e delle attività in grado di rilevare l'efficacia programmatoria e valutarne la sostenibilità economica. Il governo del sistema non può che procedere attraverso un virtuoso modello di management che preveda:

- Definizione dei fabbisogni: programmazione dei servizi sulla base dei fabbisogni individuati, in termini di strutture ambulatoriali, domiciliari, posti letto semiresidenziali e residenziali per le rispettive aree di attività, articolati per intensità assistenziali
- Implementazione dei servizi programmati
- Monitoraggio delle attività e degli esiti di salute: il cruscotto di monitoraggio territoriale

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il Cruscotto di Monitoraggio Territoriale

Facendo riferimento agli indicatori LEA già previsti per l'assistenza distrettuale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, per le cure palliative e per l'appropriatezza prescrittiva, la Regione Campania nella predisposizione del cruscotto di monitoraggio territoriale terrà conto degli indicatori individuati nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria.
Entro 90 giorni dal presente Piano, la Regione Campania emanerà apposito documento per il monitoraggio degli indicatori secondo il NSG e PNI. In particolare per l'area prevenzione collettiva e sanità pubblica e per l'assistenza distrettuale, il documento risulterà parte integrante del presente Piano.
Parimenti saranno indicatori di confronto gli indicatori di contesto, gli indicatori di equità sociale e quelli per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) man mano che i PDTA saranno adottati dalla Regione.
Il monitoraggio così concepito sarà possibile per il contemporaneo rafforzamento della struttura informatizzata regionale, per la previsione già decretata (DCA 32/2019) della predisposizione dei PDTA su piattaforma gestionale, per le azioni di monitoraggio sistematico già esistenti presso la Direzione Generale Tutela della Salute.

b. Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato di prestazioni specialistiche

La Regione Campania vuole procedere ad una rivalutazione dei fabbisogni sanitari della sua popolazione nella maggior parte dei setting assistenziali in cui si snoda il Sistema Sanitario Regionale, conseguentemente migliorando anche la configurazione dei Tetti di spesa, basati sull'analisi storica dell'andamento annuale, corretta unicamente finora per gli aspetti puramente finanziario-normativi (spending review). Tale volontà deriva dalla consapevolezza di una mutata situazione demografica ed epidemiologica nonché dall'introduzione di nuove potenzialità terapeutiche e diagnostiche che richiedono una riconfigurazione globale dell'offerta sanitaria. Nuovi criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica si sono intanto sviluppati e richiedono la necessaria rivalutazione in termini di allocazione di risorse.
Definire dunque il bisogno assistenziale e compararlo all'offerta esistente (pubblico/privato accreditato) permette di poter programmare per il biennio 2018/2019 l'erogazione dei servizi parametrata all'effettiva definizione dei bisogni, per i diversi livelli di assistenza (ospedaliera, territoriale, socio-sanitaria) e per le diverse aree geografiche, invertendo il paradigma assistenziale: dell'erogazione delle prestazioni a seconda della offerta alla programmazione dell'assistenza a seconda del bisogno.
Questo documento fa riferimento alla area assistenziale cosiddetta della "Specialistica Ambulatoriale". Altri documenti di programmazione riguarderanno l'area ospedaliera, l'area socio-sanitaria, l'area prevenzione.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La metodologia storica

Le prestazioni ambulatoriali rappresentano una variabile assistenziale multiforme e complessa, spesso non del tutto rilevabile dagli ordinari flussi informatizzati di dati, in quanto spesso non perfettamente registrate, in particolare nel pubblico, specialmente in ambito ospedaliero. Infatti un dato significativo in Regione Campania è la scarsa rilevazione di prestazioni di tipo ambulatoriale in molte AORN, come evidenziato nel corso delle elaborazioni dei Piani di Efficientamento per le AORN campane ricadenti nel disposto della Legge 208/2015 (di cui al DCA n. 102/2016).

Fino a questa annualità la stima dei fabbisogni per l'area "Specialistica Ambulatoriale" è stata equivalente alla stima dei Tetti di spesa, suddivisi abitualmente in 9 ambiti, come di seguito elencati:

- Branche a visita
- Cardiologia
- Dialisi
- Diabetologia
- FKT
- Laboratorio
- Medicina Nucleare
- Radioterapia
- Radiologia

La definizione di un fabbisogno rappresenta per la Regione Campania la possibilità di modificare l'erogazione delle prestazioni e l'allocazione delle risorse ad esse destinate, considerandole non più come una semplice operazione di sommatoria a valere sull'erogato, ma come strumento per governare la domanda e riorientare l'offerta, rimodulando infine, sulla base della riconosciuta mutata domanda, anche, con appropriatezza, i tetti di spesa.

La metodologia attuale

I drivers di lettura del bisogno assistenziale di cui sarà tenuto conto nell'analisi dei dati per la configurazione dell'obiettivo:

- **Valutazioni demografiche ed epidemiologiche** relative alla patologia principale di cui si configura il fabbisogno.

  Anche nel caso dell'assistenza ambulatoriale la domanda di salute cresce in proporzione all'età della popolazione che, dunque, ne rappresenta uno dei determinanti più rilevanti. Il consumo pro capite di prestazioni di Attività clinica e di Attività di diagnostica strumentale e di immagine è maggiore nella fascia di età 65-74 anni che non nella fascia di età da 75 anni in su, mentre il consumo pro capite di prestazioni di laboratorio cresce con l'età.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Età	Milestone	
	Ricoveri	Ambulatoriale
0-4	0-5	0-4
5		5-14
6-14	6-14	
15-44	15-49	15-44
45-49		45-64
50-64	50-64	
65-74	65-74	65-74
75-in su	75-in su	75 in su

Tabella 28 – Stratificazione della popolazione - progetto Mattone

La stratificazione delle popolazione potrà essere considerata quale variabile correttiva di un valore standard di riferimento.

L'epidemiologia delle malattie acute e croniche in Campania si discosta, per numerose variabili, da molti indicatori nazionali, rappresentando in alcuni casi, veri e propri record negativi. Pertanto non ci si può esimere dal valutare, oltre i valori di incidenza e prevalenza nazionali per le patologie oggetto di valutazione, anche i rispettivi indicatori di incidenza e prevalenza regionali, affinché la valutazione dei fabbisogni sia effettivamente rispondente al bisogno di salute della popolazione regionale.

Le prestazioni ambulatoriali risentono oltremodo di una mobilità interaziendale territoriale, anche tra aziende della stessa provincia, condizionate soprattutto da risorse tecnologiche, liste di attesa, qualità percepita.

La mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali in Regione Campania risulta pari a prestazioni 1.669.372 (anno 2018), come da elaborazioni So.Re.Sa.

- **Valori standard di erogazione di prestazioni**, derivanti da studi nazionali e ministeriali relativi al numero di prestazioni medie stabilite come necessarie per singolo abitante. A tal proposito si richiamano i valori standard nazionali derivanti dal Progetto Mattone SSN "Standard minimi di quantità di prestazioni – standard di sistema per le prestazioni ambulatoriali – Milestone 1.4" del Ministero della Salute; la Campania vuole inserirsi pienamente nel processo metodologico validato a livello nazionale e ministeriale, pur consapevole che i processi di standardizzazione contengono in sé concetti di relatività temporale, locale e di dotazione di risorse. È per questo motivo che in questo documento viene introdotta la variabile epidemiologica regionale per le principali patologie, in maniera da rendere il fabbisogno standardizzato più coerente con la dimensione del bisogno reale.

La suddivisione delle prestazioni ambulatoriali è già oggi effettuata dal Ministero nei flussi STS e nei flussi economici secondo tre tipologie: Attività clinica, Attività di laboratorio e Attività di diagnostica strumentale e di immagine. Si utilizza questa suddivisione per disaggregare meglio i dati e le relative analisi.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Dagli studi nazionali deriva un intervallo di tasso di consumo nazionale che conduce ad una previsione di n. 12 prestazioni pro-capite in ambito di specialistica ambulatoriale, secondo la seguente tabella e nel solco della tipologia di aggregazione dei flussi STS:

TIPOLOGIA PRESTAZIONE SPECIALISTICA	N. PRESTAZIONI STANDARD/ABITANTE
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	3,1
Diagnostica per immagini	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
TOTALE COMPLESSIVO	***12***

Tabella 29 – Valori standard di erogazione delle prestazioni - progetto Mattone

È propedeutico ricollocare nelle 3 categorie sopra descritte le 9 categorie storiche di distribuzione della spesa in Campania.
Si determina dunque la ricollocazione delle 9 categorie campane nelle 3 categorie di tipologia specialistica come derivanti dal Progetto Mattone:

Tipo Prestazione (nazionale)	Gruppo di prestazione (mattone)
A) Prestazioni di attività clinica	A1 Interventi ambulatoriali
	A2 Dialisi
	A3 Prestazioni di terapia fisica
	A4 Prestazioni di radioterapia
	A5 Altre procedure diagnostiche e terapeutiche
B) Prestazioni di laboratorio	B) Prestazioni di laboratorio
C) Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine	C) Prestazioni di diagnostica strumentale e di immagine

Tabella 30 – Definizione contenuto tipo e gruppo di prestazioni

Categoria Mattone	Corrispondente categoria storica
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	Branca a visita, cardiologia, diabetologia, dialisi, FKT Radioterapia
Diagnostica per immagini	Radiologia, Medicina Nucleare
Diagnostica di laboratorio	Laboratorio (compresa lettera R definita con documento a parte)

Tabella 31 – Ricollocazione categorie prestazioni campane secondo il progetto Mattone

Considerando quindi la popolazione campana al 1.1.2018 pari a 5.826.860 abitanti il fabbisogno teorico complessivo di prestazioni (secondo il progetto Mattone) che ne deriva è il seguente:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Mattoni	
Tipologia di prestazione	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	19.020.835
Diagnostica per immagini	3.282.546
Diagnostica di laboratorio	45.408.547
Totale	**67.711.927**

Tabella 32 – Stima fabbisogno teorico totale - progetto Mattone

*P*roduzione storica di aree come derivante dagli uffici competenti

Anno 2018						
	Importo			N. Prestazioni		
Branca	**Strutture Pubbliche**	**Strutture Private**	**TOTALE**	**Strutture Pubbliche**	**Strutture Private**	**TOTALE**
Diabetologia	3.435.484	11.274.353	14.709.837	274.307,00	1.104.889,00	1.379.196
Branche a visita	81.309.520	22.555.436	103.864.956	4.272.518,00	849.422,00	5.121.940
Cardiologia	13.159.040	42.470.735	55.629.775	489.228,00	1.212.233,00	1.701.461
Radioterapia	13.708.540	35.134.474	48.843.013	175.049,00	520.058,00	695.107
FKT	2.207.162	39.945.572	42.152.735	113.514,00	2.013.624,00	2.127.138
Dialisi	13.177.849	138.079.886	151.257.735	174.721,00	726.157,00	900.878
Patologia Clinica	27.040.776	145.414.723	172.455.499	5.081.473	35.388.678	40.470.151
Radiologia	16.728.920	167.153.834	183.882.753	387.655	2.895.173	3.282.828
Medicina Nucleare	4.345.514	38.894.916	43.240.431	11.765	106.192	117.957
Totale	**175.112.805**	**640.923.930**	**816.036.735**	**10.980.230**	**44.816.426**	**55.796.656**

Tabella 33 – Produzione storica e numero prestazioni specialistica ambulatoriale per branca - anno 2018 (valori in €) – dati comunicati nei flussi informativi al lordo dei controlli e degli abbattimenti per extraCOM, extratetto, ecc.

Le prestazioni come sopra elencate, vengono aggregate secondo i 3 raggruppamenti previsti dal progetto Mattone:

Anno 2018						
	Importo			N. Prestazioni		
Branca	**Strutture Pubbliche**	**Strutture Private**	**TOTALE**	**Strutture Pubbliche**	**Strutture Private**	**TOTALE**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	126.997.595	289.460.456	416.458.051	5.499.337	6.426.383	11.925.720
Diagnostica per immagini	21.074.434	206.048.750	227.123.184	399.420	3.001.365	3.400.785
Diagnostica di laboratorio	27.040.776	145.414.723	172.455.499	5.081.473	35.388.678	40.470.151
Totale	**175.112.805**	**640.923.930**	**816.036.735**	**10.980.230**	**44.816.426**	**55.796.656**

Tabella 34 – Produzione storica e numero prestazioni specialistica ambulatoriale per tipo prestazione- anno 2018 (valori in €)– dati comunicati nei flussi informativi al lordo dei controlli e degli abbattimenti per extraCOM, extratetto.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Fonti dei dati

Le fonti dei dati richiamate in questo documento, oltre a quelle nazionali e ministeriali, saranno quelle dell'anno 2018, provenienti dal sistema regionale informativo SANIARP (File C), dall'anagrafica regionale pazienti, dalle rilevazioni economico-finanziarie delle UOD regionali, con il supporto analitico di SORESA e di CIRFF. L'utilizzo di farmaci traccianti patologie per l'anno 2018 contenuto in un rapporto appositamente commissionato al CIRFF (Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmaco-economia e Farmaco-utilizzazione) del Dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II ha fornito strumenti di valutazione per l'elaborazione del presente documento attraverso indicatori farmaco-epidemiologici. Ad esso si fa pieno riferimento quale allegato documentale.

La popolazione campana

Si fa riferimento alla popolazione di cittadini assistibili residenti in Regione Campania al 1 gennaio 2018, secondo dati ISTAT.

Fasce età	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1 Centro	Napoli 2 Nord	Napoli 3 Sud	Salerno	Regione Campania
0-6	22.166	14.678	59.714	60.419	74.280	70.445	64.776	366.478
0-14	30.366	19.727	81.033	81.407	100.218	95.422	84.489	492.662
15-24	45.249	30.698	110.836	113.533	136.144	131.023	120.636	688.119
25-34	52.376	34.354	119.647	119.710	139.145	137.486	137.763	740.481
35-44	55.976	36.157	133.873	131.682	151.923	149.712	150.721	810.044
45-54	66.698	43.514	143.891	151.105	163.383	161.208	171.005	900.804
55-64	57.564	37.432	114.940	130.787	128.572	133.767	149.805	752.867
65-74	43.784	29.545	86.367	102.739	93.346	105.680	111.478	572.939
75-84	31.966	22.156	53.643	63.264	49.329	63.231	77.601	361.190
85≥	15.378	10.866	19.501	25.619	14.551	21.872	33.489	141.276
Totale	**421.523**	**279.127**	**923.445**	**980.265**	**1.050.891**	**1.069.846**	**1.101.763**	**5.826.860**

Tabella 35 popolazione residente al 1 gennaio 2018 stratificata per ASL e fasce di età

Il totale della popolazione regionale residente è pari a 5.826.860. Le differenze di popolazione e la diversa stratificazione per età tra macro-aree è dato ampiamente noto.

Definizione dei fabbisogni per branca

Per quanto concerne il numero di utilizzatori suddivisi per Area si fa riferimento al paragrafo "a." del capitolo 2 di questo documento. Di seguito si riporta il calcolo del fabbisogno per le differenti Aree.

Area Cardiovascolare

Si stima che 1.403.550 cittadini campani abbiano necessità di una assistenza cardiologica. Vari PDTA segmentari e Linee Guida di Società Scientifiche non prevedono una standardizzazione di processi assistenziali per i vari aspetti delle patologie cardiovascolari.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Pertanto si definisce una stima di bisogno assistenziale medio annuo per un paziente cardiovascolare avendo come riferimento di prestazioni progetto Mattone e si calcola il fabbisogno secondo la seguente proporzione: considerando:

- il numero di pazienti cardio-vascolari pari a 1.403.550 di cui il 42% con 1 sola condizione patologica = 588.830 (fabbisogno al 100%),
- il numero di pazienti cardio-vascolari pari a 1.403.550 di cui il 34,9% con 1 patologia associata = 489.471 (fabbisogno al 50%)
- il numero di pazienti cardio-vascolari pari a 1.403.550 di cui il 16,3% con 2 patologie associate = 229.091 (fabbisogno al 33%)

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Cardiovascolare					
Tipologia di prestazione	**1 condizione patologica**	**1 patologia associata**	**2 patologie associate**	**3 patologie associate**	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	1.825.373	1.517.360	710.182	298.211	4.351.126
Diagnostica per immagini	353.298	293.683	137.455	57.718	842.153
Diagnostica di laboratorio	4.887.289	4.062.609	1.901.455	798.435	11.649.789
Totale	**7.065.960**	**5.873.652**	**2.749.092**	**1.154.364**	**16.843.068**

Tabella 36 – stima fabbisogno prestazioni area cardiovascolare – progetto MATTONE

Area Diabete

Di seguito la tabella indica i fabbisogni di prestazioni per:

- pazienti diabetici con mono-patologia pari a 20.225 (calcolati al 100%)
- pazienti diabetici con 1 patologia aggiuntiva (29,6%) pari a 93.864 (calcolati al 50%)
- pazienti diabetici con 2 patologie aggiuntive (33,8%) pari a 107.279 (calcolati al 33%)

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Diabetica					
Tipologia di prestazione	**1 condizione patologica**	**1 patologia associata**	**2 patologie associate**	**3 patologie associate**	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	62.698	290.991	332.565	296.410	982.663
Diagnostica per immagini	12.135	56.321	64.367	57.370	190.193
Diagnostica di laboratorio	167.868	779.104	890.416	793.613	2.631.000
Totale	**242.700**	**1.126.416**	**1.287.348**	**1.147.392**	**3.803.856**

Tabella 37– stima fabbisogno prestazioni area diabete – progetto MATTONE

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Respiratoria

Si stima che 344.891 cittadini campani abbiano necessità di un'assistenza dovuta a patologie respiratorie. Di questi si calcolano:

- numero di pazienti con mono-patologia (48,7%) = 167.977 (calcolati al 100%)
- numero di pazienti con 2 patologie concomitanti (21,4%)= 73.853 (calcolati al 50%)
- numero di pazienti con 3 patologie concomitanti (17,1%) = 59.071 (calcolati al 33%)

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Respiratoria					
Tipologia di prestazione	**1 condizione patologica**	**1 patologia associata**	**2 patologie associate**	**3 patologie associate**	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	520.729	228.944	183.120	136.369	1.069.162
Diagnostica per immagini	100.786	44.312	35.443	26.394	206.935
Diagnostica di laboratorio	1.394.209	612.980	490.289	365.117	2.862.595
Totale	**2.015.724**	**886.236**	**708.852**	**527.880**	**4.138.692**

Tabella 38- stima fabbisogno prestazioni area respiratoria – progetto MATTONE

Area Oncologica

Dall'analisi precedentemente riportata sugli utilizzatori di farmaci nel 2018, condotta dal CIRFF, si stimano 32.651 pazienti affetti da patologie oncologiche e 33.421 pazienti utilizzatori di terapia del dolore.
Per l'area oncologica sono stati stimati circa 36.000 pazienti oncologici attualmente in carico. La Regione, inoltre, ha stimato che il 60% dei pazienti oncologici (21.600) usufruisce di 55 prestazioni di radioterapia e 12 prestazioni così ripartite:

Radioterapia		
Tipologia di prestazione	**N. Prestazioni Standard**	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	3,1	66.960
Diagnostica per immagini	0,6	12.960
Diagnostica di laboratorio	8,3	179.280
Radioterapia	55	1.188.000
Totale	**67**	**1.447.200**

Tabella 39– stima fabbisogno prestazioni di radioterapia – progetto MATTONE

Invece il 40% dei pazienti oncologici usufruisce di 20 prestazioni afferenti l'area oncologica ripartite proporzionalmente secondo gli standard Mattone:

Oncologici		
Tipologia di prestazione	**N. Prestazioni Standard**	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	3,1	74.400
Diagnostica per immagini	0,6	14.400
Diagnostica di laboratorio	8,3	199.200
Totale	**12**	**288.000**

Tabella 40– stima fabbisogno prestazioni oncologia – progetto MATTONE

Per questa specifica area occorre tener conto che i costi sanitari per la patologia oncologica si sviluppano lungo il percorso di malattia che si articola in 3 fasi (fase diagnostica, fase di malattia, fase finale) a differente impatto sulla spesa, rappresentata con il classico andamento a "U". Inoltre le numerose patologie oncologiche impattano in maniera assai diversa sul consumo di specialistica ambulatoriale. Non vi sono studi di settore per l'individuazione della percentuale dei costi in oncologia per l'area della sola specialistica ambulatoriale e diagnostica. Alcuni studi pilota riguardano solo il costo per l'area ospedaliera. Stanti le sopraesposte premesse e considerazioni, considerando l'evidente maggior ricorso alla diagnostica in generale per l'area oncologica, si attribuisce a questa area una percentuale del fabbisogno pari al 100% di quanto determinatosi secondo il modello standard di calcolo.

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Area Oncologica	
Tipologia di prestazione	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	297.600
Diagnostica per immagini	57.600
Diagnostica di laboratorio	796.800
Totale	**1.152.000**

Tabella 41– stima fabbisogno complessivo prestazioni area oncologica – progetto MATTONE

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Neuropsichiatrica

Si stima che 348.370 cittadini campani abbiano necessità di un'assistenza neuropsichiatrica.
Dal report sottostante si definisce il fabbisogno secondo lo standard:

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Neuropsichiatrica					
Tipologia di prestazione	**1 condizione patologica**	**1 patologia associata**	**2 patologie associate**	**3 patologie associate**	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	296.757	340.619	263.240	179.335	1.079.950
Diagnostica per immagini	57.437	65.926	50.950	34.710	209.023
Diagnostica di laboratorio	794.530	911.979	704.803	480.155	2.891.467
Totale	**1.148.724**	**1.318.524**	**1.018.992**	**694.200**	**4.180.440**

Tabella 42– stima fabbisogno prestazioni area neuropsichiatrica – progetto MATTONE

Area Insufficienza renale

Sulla base degli ultimi dati disponibili i pazienti affetti da malattia renale cronica sono pari a circa il 7.05% della popolazione (fonte: studio italiano CARHES), per cui si stima un numero di pazienti pari a 410.794 per i quali si definisce il fabbisogno secondo lo standard.

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale Area Insufficienza Renale					
Tipologia di prestazione	**1 condizione patologica**	**1 patologia associata**	**2 patologie associate**	**3 patologie associate**	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	189	2.201	2.713	2.523	7.626
Diagnostica per immagini	37	426	525	488	1.476
Diagnostica di laboratorio	506	5.893	7.263	6.756	20.418
Totale	**732**	**8.520**	**10.500**	**9.768**	**29.520**

Tabella 43– stima fabbisogno area insufficienza renale – progetto MATTONE

Area Dialisi

Di seguito si riporta il consumo di prestazioni di dialisi per l'anno 2018, per le strutture pubbliche e private, come rilevato dal File C.

Prestazioni di dialisi - anno 2018	
	N. prestazioni
Strutture Pubbliche	174.721
Strutture Private	726.157
TOTALE	**900.878**

Tabella 44– prestazioni di dialisi anno 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

La stima del numero di trattamenti annui per la dialisi si effettua considerando 12 prestazioni medie a paziente, mensili.

Il numero di prestazioni per il 2018 è pari a 900.878, mentre il numero di pazienti estratto da sistema SANIARP per il 2018 è pari a 6.154.

Prendendo come riferimento il numero di pazienti e considerando 12 prestazioni medie a paziente mensili si può stimare il numero di trattamenti annui. Occorre inoltre considerare che alcuni studi riportano che i nuovi casi di insufficienza renale cronica terminale possano rappresentare circa 1/53 della prevalenza (Università degli Studi di Padova) a causa dell'allungamento della vita media, della persistenza dei fattori di rischio che conducono alla insufficienza stessa (diabete, ipertensione, ecc.), dell'abuso di farmaci con effetto nefrotossico. Secondo tale parametro i nuovi casi previsti in Campania ogni anno risulterebbero essere circa 98. Di conseguenza il numero di prestazioni di dialisi stimato per il triennio 2019-2021, e quindi il fabbisogno, è come di seguito riportato:

Stima pazienti e numero di prestazioni di dialisi		
	Prestazioni	**Num Pazienti**
Prestazioni 2018	900.878	6.154
Stima prestazioni 2019	**916.166**	**6.252**
Stima prestazioni 2020	**931.454**	**6.351**
Stima prestazioni 2021	**946.742**	**6.449**

Tabella 45– stima pazienti e numero prestazioni di dialisi

Analisi Posti Rene

ASL	Ordinari (A)		Emergenza (B)		(A) + (B)		Contumaciali (C)		Totale (A) + (B) + (C)	
	Privato	**Pubblico**	**Privato**	**Pubblico**	**Privato**	**Pubblico**	**Privato**	**Pubblico**	**Privato**	**Pubblico**
Avellino	98	26	0	4	98	30	9	3	107	33
Benevento	50	12	0	0	50	12	6	2	56	14
Caserta	219	36	0	0	219	36	20	2	239	38
Napoli 1	253	17	0	0	253	17	18	2	271	19
Napoli 2	251	10	0	7	251	17	20	1	271	18
Napoli 3	263	26	0	4	263	30	22	5	285	35
Salerno	216	50	0	0	216	50	23	7	239	57
Totale	**1.350**	**177**	**0**	**15**	**1.350**	**192**	**118**	**22**	**1.468**	**214**

Tabella 46 - Ricognizione dei Posti Rene Accreditati - ASL - 2018

fonte: http://burc.regione.campania.it

AO/AOU/IRCCS	Ordinari (A)	Emergenza (B)	(A) + (B)	Contumaciali (C)	Totale (A) + (B) + (C)
Area NA	47	17	64	7	71
Area AV	18	2	20	1	21
Area BN	12	2	14	2	16
Area CE	16	2	18	2	20
Area SA	18	0	18	0	18
Totale	**111**	**23**	**134**	**12**	**146**

Tabella 47 - Ricognizione dei Posti Rene Accreditati – AO/AOU/IRCCS – 2018

Come si evince dal prospetto, la Regione Campania dispone attualmente di un totale di 1.638 posti rene ordinari (esclusi 152 contumaciali e 38 delle emergenze) in regime di accreditamento distribuiti tra assistenza territoriale ed ospedaliera, pubblica e privata.

Relativamente ai posti rene necessari al soddisfacimento della domanda, si richiama quanto già fissato nel DCA 118/2012 "Rideterminazione fabbisogno dialisi ambulatoriale", che aveva parametrato il numero di posti rene per pazienti nella misura di 1 p.r. ogni 3,5 pazienti.

Partendo dai dati ripostati nella Tabella sottostante, l'applicazione del parametro di un posto rene ogni 3,5 pazienti comporta le seguenti conclusioni:

Anno	Pazienti	Fabbisogno Regionale (1 p.r. ogni 3,5 Pazienti)
2018	6.154	1.758
2019	6.252	1.786
2020	6.353	1.815

Tabella 48 – Fabbisogno Regionale in termini di Pazienti

I posti rene già autorizzati ai sensi della DGRC 7301/2001 in virtù del fabbisogno definito con i DD.C.A. 118/2012 e n.48/2013 ma non ancora accreditati saranno oggetto di procedura di accreditamento, anche attraverso una redistribuzione su aziende sanitarie locali confinanti, dando preferenza all'offerta pubblica.

L'offerta di assistenza di prestazioni emodialisi dovrà, altresì, articolarsi secondo le direttive contenute al punto 11.4.2 del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015-Aggiornamento Dicembre 2018, approvato con il D.C.A. n.103 del 28.02.2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Area Miscellanea

Dai dati relativi ai pazienti utilizzatori di farmaci traccianti, sterilizzando i pazienti nella categoria "dolore", assimilando tale categoria ad un determinismo sintomatico che afferisce a diverse patologie, è possibile individuare 906.609 pazienti con miscellanea di patologie per i quali si definisce il fabbisogno secondo lo standard

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Area Miscellania	
Tipologia di prestazione	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	2.810.487
Diagnostica per immagini	543.965
Diagnostica di laboratorio	7.524.853
Totale	**10.879.306**

Tabella 49– stima fabbisogno complessivo area miscellanea –progetto MATTONE

Area soggetti non affetti da patologie croniche – Sani

Dalla disamina dei dati rilevati dal consumo di farmaci traccianti la popolazione pesata che abitualmente utilizza un farmaco è di 3.364.457. Rispetto ad una popolazione pesata per età e consumi di 5.826.860, risulta una popolazione di 2.462.403 cittadini apparentemente sana e/o non affetta da patologie croniche. Per essa va comunque stimato un fabbisogno di prestazioni di routine e di prevenzione annuo, calcolata in termini di

- N. 3,1 prestazione clinica
- N. 0,6 esame diagnostico per immagini
- N. 8,3 prestazioni di laboratorio

Considerata l'età della popolazione campana si stima che solo il 50% dei soggetti apparentemente sani effettui le prestazioni sopra ipotizzate, per cui il fabbisogno viene considerato al 50%
Tale previsione determina il seguente fabbisogno:

Stima Fabbisogno teorico prestazioni di specialistica ambulatoriale - Soggetti Sani	
Tipologia di prestazione	**Totale Prestazioni**
Clinica, diagnostica strumentale e procedure	6.361.208
Diagnostica per immagini	1.231.201
Diagnostica di laboratorio	17.031.620
Totale	**24.624.029**

Tabella 50 – stima fabbisogno complessivo area soggetti sani/non cronici

fonte: http://burc.regione.campania.it

Conclusioni

La definizione del fabbisogno assistenziale così ragionata permette alla Regione Campania di individuare i bisogni di salute e allocare le risorse. Tale programmazione deve necessariamente tener conto dell'apporto significativo del privato accreditato al soddisfacimento della domanda e alla potenzialità che potrà esprimere nel prossimo futuro il settore pubblico finalmente liberato dai vincoli del turn over, finalmente riprogrammato nei modelli organizzativi dal presente Piano e dotato di risorse tecnologiche adeguate al futuro.

Sulla base di questo studio la Regione Campania individua con atto a parte ogni anno o biennio la propria programmazione per branche, attribuendo obiettivi ai Direttori Generali per il potenziamento delle attività da rendere nel pubblico, assegnando i Tetti di spesa alle varie ASL per il privato accreditato in funzione della popolazione residente, della mobilità interaziendale, della domanda residua rispetto a quanto erogabile nel pubblico. Per ogni mese di dicembre la Regione emana il corrispondente decreto di ripartizione a valere sull'annualità successiva. Parallelamente sono attivati sistemi di monitoraggio e controllo dell'appropriatezza dell'erogazione sia in senso quantitativo che qualitativo.

c. Ricognizione dell'offerta regionale di assistenza extraospedaliera pubblica e privata accreditata (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale)

L'attività assistenziale territoriale in termini di produttività, risalta dai flussi informativi regionali e nazionali iscritti sul percorso NSIS, correlati all'istituto che eroga la prestazione.

Tuttavia le evidenze regionali di produzione rilevano un disallineamento rispetto al flusso NSIS (soprattutto per effetto d riconversioni, procedimenti amministrativi, ecc), che è in corso di riconciliazione e che viene evidenziato nelle seguenti tabelle di fianco al flusso NSIS.

In linea con le aree di attività dell'offerta assistenziale previste dall'art. 3 del DPCM 12 gennaio 2017 si riporta l'offerta assistenziale ed i relativi erogatori, distinta secondo diverse aree di attività:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Assistenza specialistica ambulatoriale

Specialisti Ambulatoriali	
ASL	**Numero di Specialisti**
ASL AV	176
ASL BN	161
ASL CE	306
ASL NA1	725
ASLNA2	418
ASLNA3	402
ASL SA	387
AO Santobono	65
AORN Colli	86
AOU Ruggi	50
AO Rummo	1
AOU Vanvitelli	92
AOU Federico II	115
IRCCS Pascale	6
Totale	**2.990**

Tabella 51 - numero specialisti ambulatoriali

Assistenza materno infantile

ASL	n Comuni	n Consultori
Avellino	15	16
Benevento	13	14
Caserta	16	16
Napoli 1	1	21
Napoli 2	19	21
Napoli 3	24	26
Salerno	38	39
Totale	126	153

Tabella 52 - numero consultori

Assistenza socio-sanitaria

Adulti e anziani non autosufficienti

Attualmente l'assistenza alla non autosufficienza si configura prevalentemente in Campania come Assistenza agli Anziani non autosufficienti, area tematica gestita o a livello distrettuale o a livello di Dipartimenti funzionali per l'assistenza territoriale, di solito da Unità operative fragilità, o Assistenza anziani. E' evidente che la differente scelta effettuata dalle ASL di collocare questo tipo di assistenza nei distretti o in dipartimenti, conferisce al Coordinamento sociosanitario aziendale ruoli e pesi diversi nell'organizzazione omogenea della funzione. Solitamente esse si occupano prevalentemente del

fonte: http://burc.regione.campania.it

collocamento dei pazienti in strutture RSA, talvolta insieme alle cure domiciliari, anch'esse prevalentemente orientate all'utenza anziana.

In Campania l'assistenza per la Non Autosufficienza si caratterizza per la disponibilità di strutture residenziali Residenze Sanitarie Assistite e di Centri Diurni Integrati per Anziani.

L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche.

Tuttora i Posti letto attivi sono più di 1600, ancora scarsi in rapporto alla popolazione anziana residente e rispetto al fabbisogno programmato.

Adulti non autosufficienti - Centri diurni modello STS 24 quadro F (S09)			
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**	***di cui Demenze***
ASL AV	25	25	15
ASL BN	-	-	-
ASL CE	15	15	15
ASL NA1	45	45	-
ASL NA2	40	80	-
ASL NA3	-	15	-
ASL SA	-	-	-
Totale	**125**	**180**	**30**

Tabella 53 - Posti letto complessivi per assistenza semiresidenziali agli adulti non autosufficienti

Adulti non autosufficienti - RSA modello STS 24 quadro G (S09)		
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	219	219
ASL BN	122	204
ASL CE	217	182
ASL NA1	243	381
ASL NA2	112	148
ASL NA3	123	125
ASL SA	408	408
Totale	**1.444**	**1.667**

Tabella 54 - Posti letto complessivi per RSA agli adulti non autosufficienti

fonte: http://burc.regione.campania.it

Adulti non autosufficienti - R1 SUAP modello STS 24 quadro G (S09)		
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	8	18
ASL BN	-	-
ASL CE	-	10
ASL NA1	-	10
ASL NA2	15	15
ASL NA3	-	26
ASL SA	-	11
Totale	**23**	**90**

Tabella 55 - Posti letto complessivi per R1 agli adulti non autosufficienti

Come si nota, ci sono significative differenze tra quanto risulta da NSIS e quanto accreditato (e in riconversione). Ciò per effetto di un progressivo adeguamento delle anagrafiche agli accreditamenti e alle riconversioni, nonché in parte per una non completa alimentazione dei flussi di attività.

I processi di accreditamento sono ormai fortemente presidiati; analogamente la riorganizzazione del governo dei flussi informativi sta gradualmente producendo effetti positivi sulla rappresentazione dell'effettiva disponibilità di servizi e della produzione.

Le strutture attive presentano un tasso di occupazione non pieno, e non sono pienamente inseriti in percorsi di cura. Questo è in parte ascrivibile alla necessità di semplificare e rendere più efficiente il percorso di accesso e valutazione multidimensionale.

Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattone utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate.

E' attiva anche la tipologia R1, che comprende le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che in generale è rivolta a tutte le condizioni e patologie caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario.

La SUAP, come disciplinato dal DCA n. 79/2017, è un'unità di cura residenziale ad alta intensità assistenziale di tipo sanitario, deputata alla presa in carico di persone con patologie non acute in fase di stabilizzazione clinica e/o a rischio di instabilità clinica, caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità. La SUAP, come previsto anche dall'Accordo S/R del 5/5/2011, è un'unità di cura intermedia separata e distinta da aree di degenza ordinaria e dai reparti ospedalieri di riabilitazione post acuta o da setting territoriali di riabilitazione o di cure intensiva o estensiva, ma deve essere preferibilmente allocata in prossimità di presidi ospedalieri/AO

fonte: http://burc.regione.campania.it

o comunque ad essi funzionalmente collegati mediante protocolli operativi definiti dai distretti sanitari/ASL e recepiti dal contratto di cui all'art 8 quinquies del Dlgs 502/92 stipulato con le strutture erogatrici. Deve essere organizzata in nuclei al massimo di 15 PL con spazi specifici, anche in caso di coesistenza in un'unica struttura plurifunzionale, in grado di favorire una risposta adeguata e personalizzata ai bisogni di questi pazienti. E' auspicabile organizzare i moduli/stanze per tipologia di utenti e anche in considerazione dei bisogni assistenziali e relazionali.

Sono state di recente disciplinate con il DCA n. 97/2018 le strutture codificate R2D specifiche per le Demenze nelle fasi di agitazione e disturbi comportamentali. Sono in corso le procedure per la riqualificazione di parte delle RSA moduli demenze, e per l'attivazione di nuova offerta, sia pubblica che privata.

È di recentissima definizione (DCA n. 74 del 9/10/2019) la disciplina della tipologia di accoglienza residenziale R2 per i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, per persone con bisogno di elevata tutela sanitaria e presenza infermieristica sulle 24 ore. Sono invece decisamente scarsi i Centri Diurni per Anziani, che prevalentemente sono pubblici.

Per l'assistenza ai Disturbi cognitivi e alle Demenze, in tutte le ASL sono presenti le UVA (unità di valutazione Alzheimer) che si stanno gradualmente evolvendo verso forme più complesse e integrate definite Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, in attuazione del Piano Nazionale Demenze e sotto la spinta della programmazione regionale anche afferente agli Obiettivi di Piano.

Disabilità

L'attuale offerta per l'assistenza ai disabili è rappresentata in buona parte da strutture riabilitative private cosiddette "ex art. 26 Legge 833/78" accreditate per l'erogazione di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Le strutture che erogano riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale accolgono prevalentemente minori con disturbi del neurosviluppo.

Le attività di riabilitazione estensiva in regime residenziale, articolate in 3 livelli organizzativi – base medio ed alto - (con relative specifiche tariffe), e semiresidenziali, sono storicamente utilizzate di fatto spesso per ricoveri di lungoassistenza (con corrispondente adeguamento della remunerazione per ricoveri superiori ai 240 giorni alle tariffe per Centri Diurni e RSA per disabili) che per una degenza di riabilitazione extraospedaliera in un tempo determinato, rendendo di fatto inutilizzabili per lunghi periodi posti letto per le attività per i quali sono autorizzati. Esse rappresentano l'offerta assistenziale "storica" per la disabilità, e vista la numerosità e tipologia prevalente di assistenza offerta, è in corso un vasto e complesso processo di riconversione dei numerosi posti letto residenziali ma soprattutto semiresidenziali in altri setting assistenziali territoriali carenti, soprattutto per anziani/adulti non autosufficienti, e disabili.

Non esistono posti letto dedicati all'attività di riabilitazione intensiva extraospedaliera (RD1) per soggetti in fase immediatamente postacuta, con disabilità complesse modificabili, che non necessitano di

fonte: http://burc.regione.campania.it

assistenza ospedaliera. Tale livello di assistenza riabilitativa viene garantita solo in strutture di ricovero cod. 56. L'offerta d RD1 è già programmata nei programmi operativi 2016-2018, ed è in corso la definizione della disciplina di tale setting, anche in revisione e aggiornamento della disciplina vigente per la riabilitazione cosiddetta ex art. 26 per garantire la riqualificazione della riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera.

L'offerta residenziale e semiresidenziale per disabili è costituita, inoltre, dalle strutture sociosanitarie denominate “Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti e Centri Diurni Integrati” che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento.

Di seguito l'offerta attiva nei setting residenziali e semiresidenziali, sia risultante da NSIS, sia accreditata:

Disabilità - Assistenza riabilitativa Residenziale modello RIA 11		
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	108	94
ASL BN	71	63
ASL CE	144	24
ASL NA1	20	-
ASL NA2	95	71
ASL NA3	130	130
ASL SA	308	239
Totale	**876**	**621**

Tabella 56 - Posti letto complessivi per assistenza residenziale riabilitativa

Disabilità - Assistenza riabilitativa Semiresidenziale modello RIA 11		
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	77	77
ASL BN	25	25
ASL CE	339	164
ASL NA1	673	179
ASL NA2	454	254
ASL NA3	718	191
ASL SA	475	200
Totale	**2.761**	**1.090**

Tabella 57- Posti letto complessivi per assistenza semiresidenziale riabilitativa

fonte: http://burc.regione.campania.it

Disabilità - Assistenza riabilitativa Ambulatoriali modello RIA 11		
ASL	Numero Strutture da NSIS	Offerta attuale SSR
ASL AV	11	13
ASL BN	11	12
ASL CE	18	18
ASL NA1	21	24
ASL NA2	20	21
ASL NA3	23	25
ASL SA	26	29
Totale	**130**	**142**

Tabella 58 **- Numero Strutture erogatrici di assistenza ambulatoriale per disabili**

Disabilità - Residenziali modello STS 24 quadro G (S10,S11)		
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR
ASL AV	144	142
ASL BN	33	33
ASL CE	145	221
ASL NA1	32	114
ASL NA2	43	100
ASL NA3	323	263
ASL SA	343	299
Totale	**1063**	**1.172**

Tabella 59- **Posti letto complessivi per assistenza residenziale riabilitativa ai disabili**

Disabilità - Centri diurni modello STS 24 quadro F (S10,S11)		
ASL	PL da NSIS	Offerta attuale SSR
ASL AV	57	57
ASL BN	60	60
ASL CE	126	119
ASL NA1	-	170
ASL NA2	-	140
ASL NA3	-	22
ASL SA	252	261
Totale	**495**	**829**

Tabella 60 **- Posti letto complessivi per assistenza semiresidenziale ai disabili**

fonte: http://burc.regione.campania.it

Come si nota, ci sono significative differenze tra quanto risulta da NSIS e quanto accreditato (e in riconversione). Ciò per effetto di un progressivo adeguamento delle anagrafiche agli accreditamenti e alle riconversioni, nonché in parte per una non completa alimentazione dei flussi di attività.

I processi di accreditamento sono ormai fortemente presidiati; analogamente la riorganizzazione del governo dei flussi informativi sta gradualmente producendo effetti positivi sulla rappresentazione dell'effettiva disponibilità di servizi e della produzione.

L'offerta attiva di cui alle tabelle è praticamente garantita solo dal privato accreditato.

Infine, alle persone con disabilità sono garantite le cure domiciliari integrate/ADI, ma i disabili sono una minoranza dei soggetti presi in carico in ADI.

Risulta necessario restituire con chiarezza alle strutture di riabilitazione extraospedaliera le competenze specifiche. La Regione, sia attraverso la riconversione di parte delle strutture di riabilitazione cosiddette ex.art. 26, sia attraverso linee di indirizzo basate su linee guida nazionali ed internazionali, sta promuovendo il cambiamento strutturale e culturale necessario al processo di riqualificazione del sistema della riabilitazione nonché alla individuazione degli interventi più appropriati a favore delle persone con disabilità all'interno di un unico percorso integrato nei vari setting terapeutici in riferimento a specifici requisiti organizzativi.

L'obiettivo prioritario è garantire un'adeguata offerta territoriale, con specifica vocazione riabilitativa, al fine di assicurare l'erogazione dei trattamenti di riabilitazione, secondo quanto indicato dal DPCM 12/1/2017, nonché favorire la piena attuazione dei percorsi riabilitativi definiti per patologie ad alto impatto sulla disabilità: DCA 23/2015 e 23/2016 (Ictus), DCA 69/2017 (Frattura di femore) e 70/2017 (BPCO).

L'utilizzo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali deve rappresentare garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso a termine con lo scopo di accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.

E' ormai molto avanzato il processo di riconversione di un consistente numero di strutture di riabilitazione estensiva ex art. 26 in altri setting territoriali carenti.

Dei circa 1800 posti letto semiresidenziali e in piccola parte residenziali in eccesso, è già definito, e in parte realizzato, il programma di riconversione per circa 1300 posti letto per 6 ASL, prevalentemente in Centri Diurni integrati per disabili e per anziani, ma anche in RSA Disabili e RSA adulti/anziani e in R1. Entro il 2020 si prevede di concludere il programma per tutte le ASL.

	Riconversione in setting SEMIRESIDENZIALE				Riconversione in setting RESIDENZIALE					
Regione Campania	PL CD disabile	PL CD adulti/anziani	CD demenze	PL SISeM	Riab.Res. Est.	PL RSA RD3	PL RSA R3	R2D	PL R1/ S.U.A.P.	PL SIRMIV
Totale	370	286	5	10	99	215	171	35	75	10

Tabella 61 – Riconversioni da posti letto eccesso riabilitazione

fonte: http://burc.regione.campania.it

Cure palliative

L'offerta residenziale in Hospice presenta ad oggi 154 posti letto attivi, comprensivi di 2 posti letto di Hospice Pediatrico. Non è attivo il setting di Day Hospice. È' necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza. Sono ancora insufficienti le cure palliative domiciliari per l'età pediatrica, e in generale gli accessi domiciliari dei medici palliativisti, sebbene siano adeguati i tassi di prese in carico domiciliari con CIA 4.

Assistenza ai Malati Terminali- Hospice modello STS 24 quadro G (S12)		
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	22	22
ASL CE	35	35
ASL NA1	13	13
ASL NA2	12	12
ASL NA3	40	40
ASL SA	30	30
AO SANTOBONO*	2	2
Totale complessivo	**154**	**154**

*Hospice pediatrico

***Tabella 62* - Posti letto complessivi per assistenza ai malati terminali**

In Campania risultano attivati 154 e già programmati complessivamente 181 P.L. totali tra pubblici e privati. Nelle ASL non risultano costituiti Coordinamenti Aziendali di Cure palliative autonomi; il più delle volte le funzioni sono ricomprese nei Coordinamenti sociosanitari, e per le cure domiciliari palliative nelle Unità di Cure domiciliari integrate. Con il DCA n. 22/2015 che definisce la rete regionale della Terapia del Dolore, è stata individuata l'AORN Santobono-Pausillipon quale HUB regionale anche per le cure palliative pediatriche. Con successivi atti ha individuato l'AORN Pascale quale Hub regionale per l'età adulta.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Assistenza domiciliare

Asl	Assistiti over 65	Popolazione over 65	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 e under 75	Popolazione over 65 e under 75	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 75	Popolazione over 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75
AV	2.636	91.128	2,89	408	43784	0,93	2228	47344	4,71
BN	1.382	62.567	2,21	187	29545	0,63	1195	33022	3,62
CE	4.788	159.511	3	1090	86367	1,26	3698	73144	5,06
NA 1	3.203	191.622	1,67	502	102739	0,49	2701	88883	3,04
NA 2	3.087	157.226	1,96	668	93346	0,72	2419	63880	3,79
NA 3	3.187	190.783	1,67	580	105680	0,55	2607	85103	3,06
SA	7.246	222.568	3,26	1156	111478	1,04	6090	111090	5,48
Totale	**25.529**	**1.075.405**	**2,37**	**4591**	**572939**	**0,8**	**20938**	**502466**	**4,17**

Tabella 63 - Numero Assistiti trattati in ADI

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per Intensità di Cure – tassi di presa in carico						
ASL	**GDC0**	**CIA base**	**CIA 1**	**CIA 2**	**CIA3**	**CIA 4**
ASL AV	0,17	0,08	1,14	4,44	0,82	1,61
ASL BN	0,01	0,12	0,43	1,54	0,64	2,65
ASL CE	0,44	0,25	2,46	3,80	0,59	1,29
ASL NA1	0,06	0,09	1,04	2,15	0,29	0,50
ASL NA2	0,05	0,06	0,83	1,86	0,53	1,85
ASL NA3	0,16	0,41	1,04	1,38	0,30	0,68
ASL SA	0,30	1,71	2,45	8,65	1,07	4,13
Totale	**0,19**	**0,48**	**1,47**	**3,58**	**0,58**	**1,77**

Tabella 64 - Assistenza Domiciliare per intensità di cura

fonte: http://burc.regione.campania.it

Emergenza sanitaria territoriale

Emergenza Territoriale		
ASL	**PSAUT**	**COT**
AV	1	1
BN	2	1
CE	3	1
NA1	3	1
NA2	1	1
NA3	2	1
SA	5	1
Totale	**17**	**7**

Tabella 65 – n di Postazioni Fisse di Primo Soccorso Territoriale e di Centrali Operative Territoriali

Assistenza termale

Assistenza Termale modello STS 11 quadro H (S08)		
ASL	**Numero Strutture da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	1	1
ASL BN	2	2
ASL CE	0	-
ASL NA 1	1	1
ASL NA 2	75	75
ASL NA 3	2	2
ASL SA	6	6
Totale complessivo	**87**	**87**

Tabella 66 - Numero di strutture erogatrici di assistenza termale

Dipartimento di prevenzione

Il modello organizzativo è stato già descritto nel capitolo relativo. L'attuale assetto produttivo è completamente riservato a strutture pubbliche.

Dipartimento di salute mentale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Il sistema è costituito da strutture pubbliche e da quelle del privato sociale. Garantisce la filiera riabilitativa con setting a varia intensità assistenziale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Setting assistenziale
SRP1 Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa
SRP2 Programmi di attività intensiva riabilitativa
SRP3 attività terapeutico-riabilitativa a carattere estensivo
Case alloggio a valenza socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale
Attività diurna semiresidenziale

Il sistema regionale ha dovuto gestire il processo di riconversione delle cliniche neuropsichiatriche in strutture residenziali intermedie di tipo riabilitativo, avviato con i DCA 94/2014 e DCA 193/2016. Oggi è da ritenersi pressoché completato. La complessa procedura di riconversione ha determinato il soddisfacimento della quasi totalità del fabbisogno regionale sia nel setting residenziale sia in quello semiresidenziale, con una distribuzione territoriale dell'offerta, tuttavia, non omogenea. Ciò nonostante l'offerta è adeguata e sufficiente su scala regionale come illustrato nella tabella che segue:

Salute Mentale - Residenziale modello STS 24 quadro G (S05)		
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	120	140
ASL BN	30	54
ASL CE	98	159
ASL NA1	300	303
ASL NA2	98	162
ASL NA3	80	147
ASL SA	84	298
Totale	**810**	**1.263**

Tabella 67 - Posti letto per assistenza residenziale psichiatrica

Salute mentale - Semiresidenziale modello STS 24 quadro F (S05)		
ASL	**PL da NSIS**	**Offerta attuale SSR**
ASL AV	10	10
ASL BN	79	72
ASL CE	149	128
ASL NA1	150	217
ASL NA2	170	268
ASL NA3	133	151
ASL SA	159	169
Totale	**850**	**1.015**

Tabella 68 - Posti letto per assistenza semiresidenziale psichiatrica

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sul territorio regionale si sono sviluppate strutture a bassa intensità assistenziale ad integrazione socio-sanitaria: le cosiddette Case alloggio. Esse completano l'offerta riabilitativa residenziale ma non sono omogeneamente distribuite nelle AA.SS.LL. per cui, come si dirà in seguito, il presente Piano adotta dei correttivi.

Offerta Casa Alloggio

Salute Mentale - Offerta attiva di Casa Alloggio	
ASL	**PL da ricognizione regionale**
ASL AV	131
ASL BN	10
ASL CE	354
ASL NA1	-
ASL NA2	64
ASL NA3	100
ASL SA	266
Totale	**925**

Tabella 69- Casa Alloggio per soggetti con disagio psichico autorizzati/accreditati ai sensi del regolamento 4/2014 dal sistema di welfare locale, con compartecipazione alla spesa del SSR pari al 40%

Il sistema è in corso di integrazione con la rete regionale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Essa consiste del centro pilota regionale presso la Clinica Psichiatrica dell'Università "L. Vanvitelli", di una struttura residenziale che funziona come service regionale, e di centri ambulatoriali e diurni specifici, uno in ogni ASL. La rete attualmente si compone di 10 ambulatori, 6 Centri semiresidenziali Diurni ed 1 struttura residenziale con 12 posti letto presso la Azienda Sanitaria Locale "Salerno".

La salute mentale in età evolutiva

Di seguito l'offerta attiva di strutture residenziali e semiresidenziali per i disturbi psichiatrici e psicopatologici in età evolutiva ex DCA 45/2015:

Strutture accreditate ex DCA n. 45/2015 e smi		
Tipologia	**Natura**	**PL accreditati**
S.I.R.M.I.V.	Residenziale	44
S.I.SEM.	Semiresidenziale	58
Totale complessivo		**102**

Tabella 70 – Numero di posti letto per assistenza per i disturbi psichiatrici e psicopatologici in età evolutiva

fonte: http://burc.regione.campania.it

Dipartimento delle dipendenze

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, disciplina il cambio di denominazione dei Servizi in materia da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della complessità del fenomeno non più legato esclusivamente sull'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche da altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....).
Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che sia in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. La strategia regionale di fondo, quindi, è stata quella di implementare e potenziare i servizi pubblici, e una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno, percorsi terapeutici integrati appropriati e verificabili, raccordo sistematico intraziendale e con le realtà del territorio nel rispetto di una logica di rete con la strutturazione di protocolli di presa in carico globale.
Il sistema di offerta pubblico in Campania è caratterizzato dalla presenza di n. 7 ASL articolate in n. 43 Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.), ossia 0,1 ogni 10000 abitanti nella fascia di età 15-64 anni:
Le figure professionali presenti nei Ser.D. sono:

- Medici
- Infermieri
- Psicologi
- Assistenti sociali
- Educatori professionali
- Sociologi

Secondo dati SID (Sistema Informativo Dipendenze) al 2015, il personale complessivamente dedicato ai servizi per le dipendenze era di 520 unità di cui il 60% medici e infermieri. La carenza quali quantitativa di personale ostacola di fatto la piena attuazione delle attività di competenza anche a fronte della modifica e complessità dei nuovi bisogni assistenziali.
Mentre il sistema di offerta privata accreditata è caratterizzato da n. 17 strutture residenziali e n. 4 strutture semiresidenziali. Attualmente sono operative le tipologie assistenziali Terapeutico-riabilitativo e minor misura Pedagogico-riabilitativo, mentre le tipologie specialistiche Doppia Diagnosi, Accoglienza, Minori TD, Madre Bambino sono in corso di attivazione, coerentemente all'accordo di riconversione posti letto approvato con DCA 54/2019. La distribuzione territoriale non è omogenea sulle 7 aziende. L'attuale offerta di posti letto attivi risultano n. 449 residenziali e n. 78 semiresidenziali.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Dipendenze modello STS 11 quadro H (S06)			
ASL	**Tipologia di Struttura**	**Numero Strutture da NSIS**	**Offerta attuale**
ASL AV	S.E.R.D	1	2
	Residenziale	1	1
	Semiresidenziale	1	2
Totale		**3**	**5**
ASL BN	S.E.R.D	3	3
	Residenziale	-	1
	Semiresidenziale	-	-
Totale		**3**	**4**
ASL CE	S.E.R.D	9	7
	Residenziale	2	5
	Semiresidenziale	-	1
Totale		**11**	**13**
ASL NA1	S.E.R.D	10	11
	Residenziale	-	-
	Semiresidenziale	-	-
Totale		**10**	**11**
ASL NA2	S.E.R.D	6	6
	Residenziale	-	2
	Semiresidenziale	-	1
Totale		**6**	**9**
ASL NA3	S.E.R.D	7	6
	Residenziale	5	4
	Semiresidenziale	-	-
Totale		**12**	**10**
ASL SA	S.E.R.D	9	8
	Residenziale	2	4
	Semiresidenziale	-	-
Totale		**11**	**12**
Totale complessivo	**S.E.R.D**	**45**	**43**
Totale complessivo	**Residenziale**	**10**	**17**
Totale complessivo	**Semiresidenziale**	**1**	**4**
Totale Strutture		**56**	**64**

Tabella 71 – Numero di Strutture per l'assistenza alle Dipendenze

Il numero di iscritti ai Ser.D. per uso di sostanze sembra costante negli anni (n. 11.271 al 31/12/2018 fonte dati: Sistema Informativo Dipendenze (SID) mentre per l'Alcool risultano n.3.571 al 31/12/2018– (fonte dati: Schede Alc ministeriali) e per il Disturbo da gioco d'azzardo n 2376 (fonte dati: rilevazione regionale semestrale)

fonte: http://burc.regione.campania.it

ASL	Utenti iscritti per uso sostanze *(fonte: SID)*	Utenti iscritti per uso alcool *(fonte: schede ministeriali)*	Utenti iscritti per disturbo da gioco d'azzardo *(fonte: rilevazione regionale)*
ASL AV	783	471	105
ASL BN	432	119	39
ASL CE	1516	397	441
ASL NA1	2648	634	326
ASL NA2	2063	442	471
ASL NA3	1626	478	308
ASL SA	2203	1030	686
Totale	**11271**	**3571**	**2376**

Tabella 72 – Utenti iscritti a strutture per le dipendenze

Con un aumento dei consumatori di cocaina, cannabis e alcool anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento di cittadini poliassuntori. La fascia di età prevalente relativa alla prima iscrizione permane quella 35-40 anni. Mentre per quanto attiene il numero di iscritti relativi alle cosiddette "Dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di cittadini in carico, 2.376, al 31/12/2018 per Disturbo da Gioco D'Azzardo, dato che nell'ultimo triennio aumenta del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente, che impone una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze, inizialmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. Riorganizzazione che la Regione ha già avviato attraverso l'attuazione del Piano di Azione Regionale di contrasto alle dipendenze patologiche (DCA 86/2016) e del Piano Regionale di contrasto al disturbo da gioco d'azzardo (DCA 81/2018).

Questo dato sommato alla slatentizzazione, in diversi consumatori, di patologie di rilevanza psichiatrica costringe il sistema integrato di presa in carico , pubblico (Ser.D.) e privato accreditato (Comunità terapeutiche), ad un forte raccordo sia interdipartimentale nelle AASSLL con la Salute Mentale e la Prevenzione che inter istituzionale con i Comuni associati in Ambiti Territoriali (L.R. 11/2007) al fine di pianificare e realizzare servizi adeguati alla complessità dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze (vedi doppia diagnosi, percorsi brevi residenziali per il Disturbo da gioco d'azzardo, reinserimento socio lavorativo ecc....). La complessità della continua evoluzione del fenomeno delle Dipendenze impone un raccordo sistematico, in una logica di rete, tra tutte le componenti pubblico-privato che sia in grado di leggere i bisogni e programmare congiuntamente la modifica del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria adeguato all'evoluzione del fenomeno.

Tale raccordo è attualmente garantito dal Dipartimento Dipendenze, che include Servizi medici, psicologici, sociali ed educativi, sa connettersi al sociale pur offrendo risposte specialistiche, integra il pubblico e il privato profit e no-profit e mette in relazione servizi ambulatoriali con quelli residenziali o semi-residenziali.

fonte: http://burc.regione.campania.it

I Ser.D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool con un aumento dei cittadini in carico.

Altra caratteristica strategica dei Ser.D. è la loro capillarizzazione su tutto il territorio regionale che va mantenuta e, dove possibile, potenziata nel rispetto della complessità geomorfologica dei diversi territori che compongono la Campania dove mentre per le cosiddette AASSLL cittadine, come quelle del napoletano si riesce ad assicurare una presenza diffusa, nelle altre Provincie, invece, in particolare in quelle avellinesi e beneventane nelle cosiddette aree interne e nel salernitano per la sua estensione che va dalla fascia costiera a quella interna, si aggiunge la complessità di intercettare il bisogno adeguatamente e agevolare i cittadini di quelle aree a contattare i Servizi.

Difatti, mentre per le cosiddette AASSLL metropolitane (Napoli, Caserta, Salerno) il dipartimento riesce ad assicurare a tutti i cittadini un agevole accesso ai servizi dedicati grazie all'attuale distribuzione territoriale dei Ser.D. e di tutti i servizi ad esso collegati (Alcologia,Dipendenze comportamentali,Centri antifumo), nelle altre Provincie, ossia ad Avellino e Benevento ubicate nelle cosiddette aree interne con un carico di utenti più esiguo, il modello dipartimentale è stato conservato integrato con quello del dipartimento di Salute Mentale (dipartimento di salute mentale/dipendenze), sempre nell'ottica di intercettare il bisogno adeguatamente e facilitare l'accesso dei cittadini ai Servizi , al fine di garantire l'erogazione omogenea su tutto il territorio di competenza dei LEA in materia di dipendenze.

Infine va standardizzato il percorso personalizzato rivolto ai detenuti ritenuti idonei alla concessione delle Misure Alternative al carcere d'intesa con i tribunali di sorveglianza.

Per tutto quanto suesposto risulta importante intervenire:

- potenziando ed implementando il sistema di offerta pubblica (prevenzione, cura , riabilitazione e riduzione del danno intesa come prassi messe in atto dai servizi sanitari e dalle associazioni che mira a ridurre le negative conseguenze sulla salute, sociali ed economiche del comportamento dipendente);
- promuovendo l'attivazione di nuovi servizi aderenti ai nuovi bisogni;
- attivando ambulatori dedicati per l'assistenza a cittadini con dipendenza da alcool e con disturbo da gioco d'azzardo (almeno 1 in ogni ASL);
- sistematizzando percorsi integrati di reinserimento sociolavorativo d'intesa con il privato accreditato, i Comuni, le aziende.

d. Definizione del fabbisogno pubblico e privato accreditato (per tutte le tipologie di utenza e assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, classificate per intensità assistenziale)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Salute Mentale

Il fabbisogno dell'offerta residenziale e semiresidenziale psichiatrica

L'art. 33 del DPCM 12/1/2017 sancisce la necessità di organizzare un'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone con disturbi mentali per trattamenti terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico.

Per rispondere al bisogno di un'offerta qualificata di strutture residenziali e diurne in favore di cittadini con disagio psichico la Regione ha emanato, nel 2011, due importanti atti – il DCA n. 5 e la DGRC n. 666 – che costituiscono la attuale disciplina di riferimento per le strutture sanitarie e sociosanitarie in favore di cittadini adulti con disagio psichico.

Si prediligono le strutture residenziali di piccole dimensioni, territorialmente radicate per favorire la realizzazione del massimo dell'integrazione sociale e ambientale, e finalizzate a seguire il paziente lungo il percorso evolutivo della patologia nei suoi diversi gradi e livelli di intensità, anche attraverso una successiva revisione e valutazione dei fabbisogni. L'offerta sanitaria, normata con il DCA n. 5/2011 ed aggiornata con il DCA 193/2016, si articola in Strutture Intermedie Residenziali – SIR con diversi livelli di complessità e intensità assistenziale:

Setting assistenziale:
SRP1 Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa
SRP2 Programmi di attività intensiva riabilitativa
SRP3 attività terapeutico-riabilitativa a carattere estensivo
Attività diurna semiresidenziale

Il fabbisogno P.L. per la Salute Mentale nei setting residenziale (SIR) e semiresidenziale è calcolato confermando l'indice, già determinato nei precedenti Programmi Operativi, sulla base delle indicazioni del Progetto obiettivo Salute mentale e del PANSM, del 4/10000 sulla popolazione regionale residente anno 2018 pari a n. 2.331 complessivi. Esso è pressoché soddisfatto per effetto delle riconversioni delle Case di Cura Neuropsichiatriche, e viene così ripartito per le 7 aziende, tenendo conto dell'offerta attiva in ciascuna, e quindi delle carenze territoriali:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Fabbisogno 2018 - Salute Mentale (4/10000 residenti)		
ASL	SIR *DCA 14/2017*	Centro Diurno *DCA 14/2017*
AV	140	30
BN	54	72
CE	185	138
NA1	303	217
NA2	162	205
NA3	167	171
SA	298	189
Totale	***1309***	***1022***

Tabella 73 – fabbisogno Salute Mentale

L'offerta socio-sanitaria, disciplinata dapprima congiuntamente dal settore Sanità e Politiche Sociali della Regione in via sperimentale con la DGRC n. 666/2011 (recepita con DCA n. 41/2012 per la parte sanitaria), e poi stabilmente con il regolamento dell'offerta sociale n. 4/2014, si articola in: strutture residenziali denominate "Casa Alloggio" (prima denominate "Comunità Alloggio"), corrispondenti all'assistenza residenziale per trattamenti socioriabilitativi previsti dall'art. 33, c. 2, lett. C del DPCM del 12/1/2017, che erogano attività volte a favorire il completamento del percorso terapeutico teso a raggiungere un soddisfacente grado di autonomia, anche necessario ad una eventuale successiva collocazione in strutture sociali. Attualmente, quest'ultima tipologia di struttura risulta disciplinata, con la denominazione di Casa Alloggio (Area di intervento Salute Mentale/Disagio Psichico) dal Regolamento Regionale n. 4/2014 per l'attuazione della L.R. 11/2007 sulla Dignità e Cittadinanza Sociale il quale incardina la relativa procedura autorizzativa in capo alle attività dell'Ufficio di Piano Sociale di Zona. Tale tipologia di strutture, ad integrazione sociosanitaria, vede costi a carico del SSR per il 40% della tariffa giornaliera, come previsto dall'art. 33 c. 4 del medesimo DPCM. I "Gruppi Appartamento", in cui si svolgono attività gestite in compartecipazione con gli ospiti e concordate con essi volti a sostenere progetti personalizzati diretti a potenziare il diritto ad abitare anche attraverso azioni integrate con le famiglie ed i gruppi di auto aiuto degli utenti e l'attivazione di percorsi lavorativi. Essi sono strutture per pazienti adulti con disagio psichico di natura prettamente sociale, e quindi con costi a totale carico del sistema di welfare locale.

L'implementazione di questo tipo di offerta è tutt'ora in corso, presentando alcune criticità, in corso di superamento, il cui duplice obiettivo è l'appropriatezza degli interventi, l'idonea distribuzione territoriale e il controllo della spesa.

Si definisce in questa sezione per la prima volta il fabbisogno di strutture residenziali Comunità alloggio, che come previsto già nel DCA 14/2017 che ha approvato i programmi operativi 2016-2018, è stato fissato provvisoriamente in 600 posti complessivi.

A seguito delle ripetute ricognizioni effettuate, è stato evidente che allo stato risultano autorizzate/accreditate dagli Ambiti sociali n. 96 strutture Casa alloggio, per un complessivo numero di posti letto pari a 925, cifra ben al di sopra del fabbisogno ipotizzato.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La distribuzione delle strutture e quindi dei posti letto è assai disomogenea, non essendo stato stabilito preliminarmente alcun fabbisogno su base aziendale; risultano territori ad alta concentrazione di strutture e territori del tutto privi o carenti.

Si definisce un fabbisogno complessivo regionale utilizzando l'indice di 2 posti letto ogni 10.000 =0,002 per abitanti, come già utilizzato per le strutture residenziali SIR, pari a 1175 (popolazione residente 2018), attribuendolo su base aziendale in considerazione delle carenze territoriali e garantendo un indice di poco inferiore al 1/10000 abitanti sulle aziende carenti e secondo modalità che saranno in seguito disciplinate.

E' confermato pertanto il divieto, già stabilito dal 2017 con specifiche comunicazioni e decreti commissariali, per gli Ambiti territoriali di rilasciare autorizzazioni per la apertura di nuove strutture Casa Alloggio, se non attraverso le modalità fissate dalla DGR n. 7301/2001, in coerenza con le norme di cui all'art. 8 ter del D. Lgs 502/92 e fino a specifica disposizione.

Fabbisogno 2018 - Salute mentale	
ASL	Casa alloggio
AV	131
BN	40
CE	354
NA1	100
NA2	134
NA3	150
SA	266
Totale	***1175***

Tabella 74 – Fabbisogno Casa Alloggio

L'emergenza psichiatrica

Già il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 ha ampiamente previsto di dare impulso alla riorganizzazione della gestione dell'emergenza psichiatrica sottolineando la necessità di evitare modelli duplicati di intervento e, soprattutto, di garantire gli stessi diritti e livelli di assistenza sanitaria in condizioni di emergenza/urgenza anche ai cittadini affetti da disturbi mentali. Quanto contenuto nel suddetto piano sanitario regionale, tuttora vigente, ha trovato ampio riscontro nel DM 70/2015.

Il piano ospedaliero regionale prevede i seguenti SPDC[1]:

[1] *Ogni SPDC, di norma, possiede una dotazione di 18 PL distribuiti in 16 PL ordinari e 2 PL di DH (DCA 8/2018)*

fonte: http://burc.regione.campania.it

Strutture Salute Mentale - SPDC	
ASL	**Struttura**
AV	AO Moscati
	PO Sant'Angelo Dei Lombardi
BN	AO Rummo
CE	AO San Sebastiano
	PO Sessa Aurunca
	PO Aversa
NA1	PO Loreto Mare
	PO San Giovanni Bosco
	PO Ospedale del Mare
	AOU Vanvitelli
	AOU Federico II
NA2	PO Pozzuoli
	PO Frattamaggiore
NA3	PO Nola
	PO Boscotrecase
	PO Catellammare di Stabia
SA	AOU Ruggi
	PO Oliveto Citra
	PO Polla
	PO Nocera Inferiore
	PO Vallo Della Lucania

Tabella 75 - SPDC

La salute mentale in area penale

Il DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito al Sistema Sanitario Regionale le competenze per l'assistenza sanitaria per la popolazione detenuta. Il modello implementato per l'assistenza dei cittadini detenuti con problemi di salute mentale è il medesimo di quello dei servizi territoriali. Si deve garantire la presa in carico multidisciplinare con l'elaborazione di un progetto terapeutico personalizzato, il costante contatto con il DSM di competenza territoriale. Sono state individuate le articolazioni per la salute mentale in carcere e le REMS. Il DSM è responsabile dell'elaborazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misure di sicurezza detentiva o non detentiva, e interagisce con le articolazioni aziendali preposte alla sanità in area penale laddove istituite. Il DSM mantiene una funzione esclusiva di cura e riabilitazione per i cittadini affetti da disturbi mentali ed autori di reato con l'obiettivo del reinserimento sociale e della lotta allo stigma.

La salute mentale in età evolutiva

Relativamente alle strutture SISEM/SIRMIV ex DCA n. 45/2015 e smi, si conferma la necessità di monitorare l'attuale offerta per valutare e stabilire successivamente l'eventuale fabbisogno aggiuntivo.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Le Dipendenze Patologiche

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti con dipendenze da sostanze, per la definizione del fabbisogno si utilizza, in assenza di un parametro nazionale, come parametro lo 0,35/1.000 abitanti prendendo a riferimento la popolazione residente in Campania al 1° gennaio 2018 nella fascia di età 15-64 anni.

Fabbisogno 2018 - Dipendenze Patologiche - Residenziale										
	Popolazione (15-64 anni)	Totale PL (Res e Semires)	di cui Residenziale (60%)	Terapeutico Riabilitativo (35%)	Pedagogico Riabilitativo (13%)	Accoglienza (24%)	Doppia Diagnosi (20%)	Minori TD (3%)	Minori DD (4%)	Madre Bambino (1%)
Totale	***3.869.984***	***1.355***	***813***	***284***	***106***	***195***	***163***	***24***	***32***	***9***

Tabella 76– Fabbisogno residenziale per soggetti con dipendenze da sostanze

Fabbisogno 2018 - Dipendenze Patologiche - Semiresidenziale									
	Popolazione (15-64 anni)	Totale PL (Res e Semires)	di cui Semiresidenziale	Terapeutico Riabilitativo (35%)	Pedagogico Riabilitativo (13%)	Accoglienza (24%)	Doppia Diagnosi (20%)	Minori TD (3%)	Minori DD (4%)
	3.869.984	***1.355***	***542***	***190***	***70***	***130***	***108***	***16***	***28***

Tabella 77 – Fabbisogno semiresidenziale per soggetti con dipendenze da sostanze

Con DDCCA n. 32, 39 e 40 del 2018 si è provveduto all'accreditamento delle strutture private residenziali e semiresidenziali stabilendo nel contempo i posti in eccesso rispetto al fabbisogno.
Successivamente con DCA n. 54 del 04/07/2019 si è provveduto all'approvazione dell'accordo di riconversione con le strutture accreditate dei posti letto in eccesso nelle tipologie specialistiche completando in tal modo il quadro dell'offerta residenziale e semiresidenziale.
Nello sviluppo della nuova offerta per soddisfare il fabbisogno si terrà conto delle carenze territoriali, opzione già assunta nella programmazione dei Programmi Operativi 2016-2018 e confermata quale criterio per le nuove attivazioni.

Le Cure Palliative: fabbisogno

Perché una rete funzioni e non si determinino inappropriatezze, è necessario che tutti i nodi siano rappresentati in maniera da coprire i diversi gradi ed intensità di bisogno e, in regione Campania, il numero di P.L. Hospice, nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, appare in alcuni territori ancora deficitario per cui il presente Piano persegue il loro uniforme sviluppo nei diversi ambiti territoriali.
Il fabbisogno regionale di P.L. individuato per i Centri residenziali per le cure palliative - Hospice adulti è pari a 291. Tale fabbisogno è stato determinato applicando l'indice di 0,5 P.L. ogni 10.000 abitanti, così come definito dalla Commissione Tecnico-scientifica del Ministero della Salute.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Fabbisogno 2018 - Hospice	
ASL	Hospice 0,05/1000
AV	21
BN	14
CE	46
NA1	49
NA2	53
NA3	53
SA	55
Totale	***291***

Tabella 78 – Fabbisogno cure palliative

Per l'Hospice pediatrico, il fabbisogno definito (cfr dca 128/2012) è una struttura ogni 2 - 2,5 milioni di abitanti con un dimensionamento ideale di 4-6 posti letto, e comunque fino ad un massimo di 12 posti letto su base regionale. La Regione Campania come già definito nei P.O. 2016-2018 sta implementando il programma di incremento dei posti letto hospice e con decreto 72/2017 ha approvato la procedura per la accreditamento di strutture hospice, che ha già portato, nel corso del 2018 all'accreditamento di nuovi 40 posti letto hospice. Quanto alle cure domiciliari palliative, posto che il livello attuale garantito è allineato con i valori attesi del questionario LEA, si definiscono i seguenti fabbisogni incrementali, per rafforzare la capacità di presa in carico

Fabbisogno incrementale-ADI cure palliative terminali			
	2019	2020	2021
CIA 4	1,8	1,9	2

Tabella 79– Coefficiente Intensità Assistenziale Livello 4

A tal fine i Piani Attuativi Aziendali dovranno dare adeguato risalto all'incremento della capacità di presa in carico, e pertanto alla pianificazione del acquisizione del personale necessario.

Disabilità

Nell'ambito delle azioni previste nei Programmi operativi 2016-2018 e poi 2019-2021 per l'area della disabilità, è stata prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza riabilitativa del sistema regionale in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure, centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, idonea ad assicurare la realizzazione dei percorsi riabilitativi e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di assistenza per le persone con disabilità. Già dai Programmi Operativi 2016-2018 era stato programmato il fabbisogno dell'offerta diviso per intensità di cura, e gradualmente si sta sviluppando la disciplina e gli indirizzi per la sua realizzazione (DCA 97/2018, in corso la definizione degli altri setting).

fonte: http://burc.regione.campania.it

In particolare, l'offerta residenziale e semiresidenziale deve garantire l'erogazione dei trattamenti riabilitativi definiti all'art. 34 del DPCM 12/1/2017, così articolati:

- trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità' clinica con disabilità' importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore;
- trattamenti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità' di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- trattamenti residenziali e semiresidenziali socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità' funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità' fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

Con il DCA 97/2018 è stata aggiornata la normativa regionale relativa all'erogazione di trattamenti residenziali terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, per il recupero e mantenimento delle abilità residue (RD3), che corrisponde al punto c). Sono state, quindi, avviate le procedure amministrative per il rinnovo degli accreditamenti sulla base dei nuovi requisiti previsti dalla suddetta disciplina.
E' già programmato l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliera, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione dei trattamenti intensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungano e in parte riqualificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di "ex art. 26".
I servizi di riabilitazione estensiva ad oggi sono normati, per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, dalla DGRC 7301/2001, dal Regolamento n. 1/2006 e dal DCA 154/2014.
Confermando il quadro programmatorio di riferimento già impostato con i Programmi Operativi 2016-2018, l'intervento nell'area della disabilità è volto ad una generale qualificazione e riqualificazione dei servizi, al fine di definire una loro vocazione meno assistenziale e più terapeutico e/o riabilitativa, posizionando tali servizi a pieno titolo nei percorsi di cura e gestione delle cronicità, quali livelli intermedi qualificati tra l'ospedale, per acuzie e post acuzie, e il domicilio, e viceversa.
In particolare nel DCA 14/2017, relativo all'approvazione dei Programmi Operativi 2016/2018, tra gli obiettivi programmati nell'ambito dell'intervento 19.1 "Assistenza sociosanitaria territoriale", è stata individuata la riqualificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale dell' "Area della Disabilità e Riabilitazione" al fine di completare il sistema di offerta assistenziale in riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, tenendo conto del Progetto Mattone 12 "Prestazioni residenziali

fonte: http://burc.regione.campania.it

e semiresidenziali" del Ministero della Salute. Nei citati Programmi Operativi l'offerta assistenziale per l'Area della Disabilità e Riabilitazione residenziale programmata è così articolata:

- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti assistenziali e riabilitativi intensivi ed estensivi (RD1 intensivo ed estensivo);
- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi (RD2 per soggetti in età evolutiva);
- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali a media intensità assistenziale rivolti a persone con disabilità stabilizzate RD3.

Per i servizi sociosanitari per la disabilità, normati ad oggi dalla DGRC n. 7301/2001, dal Regolamento n. 1/2006, dal DCA 110/2014, si è proceduto con l'adozione del DCA 97/2018 alla modifica parziale della DGRC n. 7301/2001, per una riqualificazione dell'offerta sociosanitaria residenziale e semiresidenziale e un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i servizi residenziali RD3 e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata.
Il DCA n. 97/2018, pertanto, ha provveduto per l'area dei servizi sociosanitari per la disabilità a modulare l'intensità assistenziale di aiuto infermieristico in relazione all'articolazione disciplinata dal DPCM 12/1/2017 per la tipologia RD3 (ex RSA per disabili) e ad aggiornarne i criteri di accesso e requisiti di eleggibilità.
Con i decreti dirigenziali n. 3/2019 e n. 10/2019, di attuazione del DCA 97/2018, si è proceduto a definire il procedimento amministrativo per il rinnovo dell'accreditamento definitivo e con riserva di verifica delle RSA: Unità di Cure residenziali per adulti disabili non autosufficienti RD3".
Per ogni ASL sono programmati i seguenti fabbisogni di posti letto nei diversi setting, aggiornati alla popolazione complessiva 2018, tenendo conto degli indicatori del Questionario LEA:

Fabbisogno 2018 - Disabilità							
	Residenziale (0,60/1000 residenti)			Centri Diurni (0,55/1000 residenti)			
ASL	Residenziale estensiva - 0,22/1000	RSA (RD3) - 0,33/1000	Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) - 0,05/1000	Semiresidenziale estensiva - 0,18/1000	Centri Diurni - 0,22/1000	Totale Regione Campania - 0,50/1000(*)	Semiresidenziale Minori - 0,05/1000
AV	93	139		76	93		
BN	61	92		50	61		
CE	193	305		166	203		
NA1	206	341		186	228		
NA2	231	347		189	231		
NA3	223	335		183	223		
SA	274	364		198	242		
Totale	***1282***	***1923***	***291***	***1049***	***1282***	***2913***	***291***

** 0,1 aggiuntivo regionalizzato*

Tabella 80– Fabbisogno Disabilità – residenziale e semiresidenziale

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il fabbisogno nel setting Centro diurno disabili viene di fatto soddisfatto prevalentemente dalla riconversione del semiresidenziale cd ex art. 26, mentre quello di RSA che è non omogeneamente distribuito nel territorio regionale viene gradualmente soddisfatto con nuove attivazioni sia pubbliche che private. Le strutture residenziali e soprattutto semiresidenziali, in relazione alle particolari esigenze determinate dalle condizioni psicofisiche delle persone che vi trovano accoglienza, sono preferibilmente localizzate in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza.

Considerata l'offerta già esistente, che risulta non omogeneamente distribuita sul territorio e che satura quasi completamente il fabbisogno programmato, è necessario che le nuove strutture da autorizzare e accreditare nell'ambito del fabbisogno, siano localizzate nell'ambito di aree territoriali in cui non vi siano già altri servizi della stessa tipologia, al fine di ottenere per quanto possibile un riequilibrio territoriale, facile accessibilità, universalità, equità ed appropriatezza.

In relazione a questa esigenza viene programmata una quota di fabbisogno "regionalizzata" per tener conto appunto delle differenze territoriali di offerta.

In relazione alle caratteristiche del sistema della riabilitazione e dell'effettiva offerta come più sopra descritta, come già programmato nei Programmi Operativi 2016-2018 e confermato da quelli 2019-2021, sarà realizzato un più ampio programma di riqualificazione dell'intero sistema d'offerta. Esso deve definire più chiaramente i criteri di eleggibilità e i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'offerta estensiva ed intensiva di riabilitazione extraospedaliera per disabili, eventualmente riconsiderando il fabbisogno complessivo, per l'adeguamento alle indicazioni scaturenti dai lavori nazionali sull'appropriatezza in riabilitazione e al DPCM del 12/1/2017 art. 34.

Adulti e Anziani non autosufficienti

Nell'ambito delle azioni previste nei Programmi operativi 2016-2018 e poi 2019-2021 per l'area della non autosufficienza, è stata prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza del sistema regionale in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure, centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, idonea ad assicurare la realizzazione dei percorsi assistenziali e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di assistenza per le persone non autosufficienti.

Già dai Programmi Operativi 2016-2018 era stato programmato il fabbisogno dell'offerta diviso per intensità di cura, e gradualmente si sta sviluppando la disciplina e gli indirizzi per la sua realizzazione (DCA nn. 79/2017 per R1, 97/2018 per R3 e R2D, in corso la definizione degli altri setting), coerentemente al progetto Mattone e all'art. 30 del DPCM 12/1/2017.

Il Decreto Commissariale n. 97/2018 è un atto programmatorio e di regolazione di carattere generale, che prioritariamente riordina e sistematizza la normativa di varia fonte che negli anni si è stratificata, riguardante requisiti, prestazioni, organizzazione i e modalità di accesso alle Residenze sanitarie

fonte: http://burc.regione.campania.it

assistenziali. Introduce importanti innovazioni soprattutto all'utenza eleggibile ai trattamenti in senso ampliativo, aprendosi a tutti gli adulti non autosufficienti e non solo anziani, e alla flessibilità della risposta assistenziale, incrementando l'assistenza infermieristica.

Sono allo studio soluzioni per la maggiore efficacia dei percorsi di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, che già con il DCA 97/2018 sono state in parte definiti. In particolare è in corso di definizione una scheda per le dimissioni protette, ed è in corso la definizione di un piattaforma informatica per il collegamento in rete di tutti i nodi della rete assistenziale con riguardo agli anziani e non autosufficienti.

L'obiettivo di semplificazione della presa in carico e valutazione devono condurre all'accelerazione dell'accesso in struttura, richiede la definizione id percorsi chiari e soprattutto l'individuazione di criteri clinici immediatamente rilevabili per indirizzare ai setting appropriati soprattutto quando trattasi di necessità di trattamenti ad elevato impegno sanitario di natura intensiva ed estensiva (R1 e R2) prevalente bisogno sanitario, come già previsto per le cure domiciliari, in cui la valutazione multidimensionale può anche seguire immediatamente la presa in carico per la definizione più puntuale del PAI, anche in riferimento ai bisogni sociali.

Di seguito i fabbisogni di posti letto residenziali e semiresidenziali per intensità di cura, come già stabilito con il DCA n. 14/2017, aggiornati alla popolazione 2018, coerenti con i criteri del questionario LEA, e con l'Accordo S/R del 5/5/2011 per le SUAP, tenuto conto dell'indicazione a garantire almeno 30/40 posti letto per milione di abitanti, nonché dell'utenza eleggibile.

Fabbisogno 2018 - Adulti non autosufficienti									
	Residenziale Adulti e anziani non autosufficienti (**)							Centri Diurni Adulti e anziani non autosufficienti	
ASL	R1 - 6/10mila *(tra cui SUAP)*	di cui SUAP - 6/100mila *DCA 79*	R2 Estensiva - 20/10mila	RSA Anziani R3 - 46/10mila	Residenziale Demenze R2D - 5/10mila	Residenziale Adulti Spettro autistico - 1/10mila	Totale Regione Campania	Centro Diurno Anziani (SR) - 19/10mila	Centro Diurno Demenze (SRD) - 3/10000
AV	55	25	182	419	46		702	173	27
BN	38	17	125	288	31		482	119	19
CE	96	55	319	734	80		1228	303	48
NA1	122	62	408	939	102		1572	388	61
NA2	94	63	314	723	79		1211	299	47
NA3	107	61	357	820	89		1373	339	53
SA	134	66	445	1024	111		1714	423	67
Totale	***645***	***350***	***2151***	***4947***	***538***	***108***	***8388***	***2043***	***323***

Tabella 81– Fabbisogno Adulti e anziani non autosufficienti – residenziale e semiresidenziale

Per effetto del governo delle nuove autorizzazioni e dei nuovi accreditamenti, degli atti di disciplina dei diversi setting e dei procedimenti amministrativi, l'offerta sta gradualmente aumentando in termini quantitativi di strutture attive e posti letto; in termini qualitativi di prestazioni e integrazione delle attività.

Per le successive autorizzazioni e accreditamenti, nell'ambito di una pianificazione aziendale, si richiama la l.r. 8/2003, che tra l'altro stabiliva che possono essere attivati non più di un Centro Diurno per ciascun distretto. La norma, che ha la finalità di garantire una distribuzione territoriale omogenea dei servizi, è da intendersi come garanzia che possa essere attivato almeno un CD per distretto e fino a concorrenza del

fonte: http://burc.regione.campania.it

fabbisogno aziendale. Lo stesso criterio può essere seguito per quanto possibile a partire dall'offerta già attiva per le strutture residenziali.

Perché la rete dei servizi per la non autosufficienza sia omogeneamente distribuita e sviluppata, è opportuno favorire al definizione di una rete di servizi pubblici che sia articolata con almeno una struttura RSA articolata in Unità di cura R3, R2D e R2, Un centro diurno per adulti e un centro diurno per persone con disturbi cognitivi e demenze. Quest'ultimo deve essere inserito nella rete dei servizi per le demenze e disturbi cognitivi che comprenderà il centro di disturbi cognitivi e l'ambulatorio ad esso collegato nonché l'ambulatorio di riabilitazione cognitiva.

L'Assistenza Domiciliare

Gli obiettivi definiti con il piano triennale sono i seguenti e sono relativi all'incremento della presa in carico dei cittadini campani in relazione all'intensità assistenziale, ovvero ai CIA. Partendo dal dato del 2018 e considerando i target definiti a livello nazionale (CA 1 > 2,93 – CIA 2 > 2,18 – CIA 3 > 0,40: questonaro LEA 2018), con questo piano ci proponiamo di mettere in campo azioni tese al miglioramento dell'assistenza e all'avvicinamento al target definito. Come già indicato il livello assistenziale nel quale ritroviamo delle carenze è soprattutto il primo livello, il CIA 1, che corrisponde appunto al primo livello del decreto commissariale 1/2013, caratterizzato da un coefficiente di intensità assistenziale ricompreso tra pari a 0,13 e 0,30.

Fabbisogno incrementale-Assistenza domiciliare			
	2019	2020	2021
CIA 1	1,7	2,1	2,45
CIA 2	3,7	3,85	4
CIA 3	0,65	0,7	0,85
CIA 4	1,8	1,9	2

Tabella 82 – distribuzione della presa in carico suddivisa per CIA

L'obiettivo di presa in carico di anziani collocati in cure domiciliari stimato su base regionale da raggiungere nel triennio di vigenza del piano è 2,90% di anziani in ADI/popolazione ultrasessantacinquenni residente, con una percentuale di anziani ultrasettantacinquenni sul totale pari al 4,8% sulla popolazione ultra settantacinquenne residente, prevedendo un incremento su base annuale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Aggiornamento manuali autorizzazioni e accreditamento

In materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie la Regione Campania ha emanato una serie di provvedimenti. Per i requisiti minimi organizzativi sono stati approvati con la DGRC n. 3958 del 07.08.2001 e s.m.i., tutti provvedimenti elencati nella tabella n 83, con i quali si è dato avvio all'intero sistema di accreditamento istituzionale.

Procedure e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie	
Autorizzazione	**Accreditamento**
D.G.R. n. 3958 del 07.08.2001	Regolamento Consiliare 1/2007
D.G.R. n. 7301 del 31.12.2001	Regolamento Consiliare 3/2006
D.G.R. n. 518 del 7 febbraio 2003	DCA n. 26/2015
DECRETO N. 21 DEL 04.02.2019	DCA 22 del 5/02/2019
	DCA 51 del 4/7/2019

Tabella 83 – Procedure e requisiti per le strutture sanitarie

Con successivi provvedimenti, analiticamente elencati nella tabella n 84, sono stati disciplinati i requisiti minimi per le nuove tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie. Con Regolamento regionale 3/2006 e 1/2007 sono stati definiti i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale di soggetti pubblici e privati. Infine per adeguare il proprio assetto normativo a quanto sancito dalle Intese Stato Regioni del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015 la regione Campania ha istituito con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 5 febbraio 2019 l'Organismo Tecnicamente Accreditante tecnicamente accreditante (OTA) e con decreto 51 del 04.07.2019 ha armonizzato i requisiti generali di accreditamento vigenti con quelli di cui alle citate Intese Stato Regioni.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Setting	Riferimenti Normativi
Area Disabilità	
Riabilitazione ambulatoriale/domiciliare	DGRC 7301/2001; Regolamento Consiliare 3/2006; DCA 153/2014
Riabilitazione Residenziale	DGRC 7301/2001; Regolamento Consiliare 1/2007; DCA 153/2014
Riabilitazione semiresidenziale	DGRC 7301/2001; Regolamento Consiliare 1/2007; DCA 153/2014
RD3 - Residenziale Disabili Non autosufficienti	DGRC 7301/2001; L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; Regolamento Consiliare 1/2007 ; DCA 97/2018 ; DCA 74/2019
CD disabili non autosufficienti	L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; DCA 110/2014; DCA 74/2019
Area Non Autosufficienza	
R1 - (Residenziale non autosufficienti alta intensità/SUAP)	DCA 70/2012 - DCA 79/2017
R2 - (Residenziale estensiva non autosufficienti)	DCA 74/2019
R3 - Residenziale Adulti Non autosufficienti	L.R. 8/2003; DCA 97/2018; DCA 74/2019
R2D - Residenziale Disturbi Cognitivi e Demenze	DCA 97/2018;DCA 74/2019
CD Anziano N.A.	L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; DCA 110/2014; DCA 74/2019
CD Anziano per Demenze	L.R. 8/2003; DGRC 2006/2004; DCA 110/2014; DCA 74/2019
Area Dipendenze patologiche	
Tossicodipendenza Residenziale Pedagogica	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Semiredenziale Pedagogica	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Semiresidenziale Terapeutico	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Residenziale Terapeutico	DCA 76/2017
Tossicodipendenza Residenziale Specialistiche	DCA 76/2017 – DCA 94/2012
Tossicodipendenza Semiresidenziale Specialistiche	DCA 76/2017 – DCA 94/2012
Area Salute Mentale	
Salute Mentale – SIR Residenziale intensiva	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale – SIR Residenziale estensiva	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale - Centro Diurno Psichiatrico	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale – SIR Residenziale elevata attività assistenziale	DCA 5/2011 - DCA n. 193/2016 e DCA n. 11/2018
Salute Mentale - SIRMIV intensiva	DCA n. 45/2015 e DCA n. 16/2017
Salute Mentale - SIRMIV estensiva	DCA n. 45/2015 e DCA n. 16/2017
Salute Mentale - SISEM	DCA n. 45/2015 e DCA n. 16/2017
Area Hospice	
Hospice	DCA 4/2011; DCA 128/2012

Per i requisiti generali aggiornati per l'accreditamento si rinvia al DCA n° 51 del 04/07/2019

Tabella 84 – Definizione requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi; Criteri di accesso ed eleggibilità; Tariffe.

Entro 6 mesi dall'approvazione del presente piano e comunque in tempo utile e coerente con la definizione delle azioni e della relativa tempistica dei Piani Attuativi Aziendali.

9 Percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio. Esperienze realizzate e linee di sviluppo.

Sono incluse in questa sezione esperienze realizzate e/o formalizzate, relative ai necessari collegamenti trans-murali tra attività ospedaliere e le funzioni di prevenzione e di assistenza territoriale. In questo ambito sono selezionate alcune esperienze, relative a strutturazione di piani/reti o a redazione di PDTA in stato avanzato di realizzazione. Sono poi successivamente indicati altri campi e modalità di integrazione, da realizzarsi nel corso di vigenza del presente Piano.

fonte: http://burc.regione.campania.it

A supporto della redazione, della tenuta e dello sviluppo nel tempo di protocolli di integrazione, la Regione, ha provveduto a definire con DCA 32/2019 gli indirizzi sulla metodologia per la stesura di PDTA a valenza regionale.

Malattie Rare

Nel primo Piano Regionale Malattie Rare, approvato con DCA 48 27/10/2017 (Approvazione Piano Regionale Malattie Rare e Documento Percorso Diagnostico Assistenziale del Paziente raro) e successivamente implementato (DCA 61 del 05.07.2018), sono declinate le principali azioni alla base dell'assistenza del malato raro:

- Rete
- Registro Regionale Malattie Rare e flusso informativo
- Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali
- Associazioni/ Empowerment
- Ricerca
- Formazione
- Informazione
- Prevenzione

Per ogni azione, vengono identificati obiettivi ed indicatori (soglia, fonti, tempi). La realizzazione prevede una stretta collaborazione tra la Regione ed il CCMR con le aziende sanitarie, le ASL, ed i case manager.
Il ruolo del territorio è cruciale in ogni singola azione, come di seguito. Gli strumenti di realizzazione degli obiettivi sono stati definiti dalla regione nei progetti obiettivi di piano 2017 (Linea 2 - Umanizzazione; Linea 5 - Telemedicina nelle malattie rare).

- RETE: Come previsto dal DCA 99 (Piano triennale), la definizione e collegamento della rete, con divisione in Macro Aree a seconda della popolazione e presidi/centri territoriali, è un processo a "step", che prevede:
- Un sistema di diagnosi precoce ("early referral" da parte dei MMG, PDL o territorio/ASL) del paziente con sospetto di malattia rara (DCA 48/2017; DCA 61/2018),
- seguito da una presa in carico multidisciplinare, integrata, sociosanitaria, globale, in cui il ruolo del territorio risulta fondamentale (DCA 48/2017; DCA 61/2018).

La realizzazione di una rete hub-hub (tra centri di competenza, di cui alcuni riconosciuti a livello europeo - ERN) ed hub-spoke (centri di competenza-territorio) è il modello di assistenza da realizzare. La definizione di "ambulatori filtro" e di UNITs multidisciplinari aziendali/territoriali, collegate tra loro a livello aziendale o interaziendale - anche grazie alla realizzazione di sistemi di telemedicina, come previsti dal DCA 30/2018 - rappresenta l'"ossatura" del progetto assistenziale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Un primo esempio è la rete delle Malattie Emorragiche Congenite (MEC).
Altri importanti tasselli della rete (previsti negli obiettivi strategici di piano 2017), sono il collegamento presidi con rete genetica (DCA 58) e la definizione di una rete di emergenza per le malattie rare (già condiviso con associazioni di categoria: UNIAMO - Forum Malattie Rare - Cittadinanzattiva-REMARE).
Un esempio di rete è il recente DCA 198/2018, che definisce l'attività dei Centri per la diagnosi e la cura dei difetti ereditari con codici di esenzione RDG020/RDG030, strutturata su scala provinciale, secondo un modello hub-spoke (centro competenza-territorio), coordinata da un Centro Regionale di Riferimento e di Coordinamento (CRRC- Federico II), in collaborazione con Il Centro Coordinamento Malattie Rare e la Direzione Generale Tutela della Salute.

Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione

Con il DCA 19/2016, la Regione Campania ha approvato azioni per il potenziamento dell'offerta pubblica delle attività ambulatoriali specialistiche, di strutture semiresidenziali e residenziali deputate all'accoglienza, al trattamento ed alla riabilitazione dei Disturbi del comportamento alimentare. La Regione Campania ha inteso, così, rispondere ad una priorità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha incluso i disturbi dell'alimentazione tra le priorità per la tutela della salute mentale nei bambini e negli adolescenti.
Il DCA 19/2016 ha inteso promuovere azioni per il potenziamento o il consolidamento da parte del Sistema Sanitario Regionale dell'offerta pubblica, finanziando, in particolare, il rafforzamento o l'attivazione di almeno un centro ambulatoriale e uno semiresidenziale per ciascuna ASL e l'attivazione di un ulteriore centro pubblico residenziale sovra-aziendale nell'anno 2016. A tal fine, ha altresì promosso azioni per il rafforzamento quantitativo e qualitativo della capacità di diagnosi precoce e trattamento dei DCA da parte delle strutture ospedaliere specializzate.
La rete attualmente si compone di 10 ambulatori, 6 Centri semiresidenziali Diurni ed 1 struttura residenziale con 12 posti letto presso la Azienda Sanitaria Locale "Salerno".
Centrale il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, che possono avere un ruolo importante nell'identificazione precoce dei pazienti con disturbi dell'alimentazione. Essi rappresentano la porta di accesso alla rete, contribuendo alla prevenzione, allo screening e alla diagnosi precoce, alla rilevazione dei segnali di allarme, alla comunicazione col paziente ed i familiari, all'identificazione dei nuovi casi, alla valutazione del rischio fisico, all'invio ai centri specialistici, al trattamento dei casi lievi, al follow-up dei casi trattati.
La Regione Campania sta predisponendo uno specifico PDTA per tali disturbi ed ha, inoltre, pubblicato sul sito ufficiale, tutti i presidi della Rete specialistica.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Rete Materno-Infantile

La Regione Campania programma una rinnovata Rete Materno-Infantile con i seguenti obiettivi:

- Integrazione tra territorio-ospedale-territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati per la madre e il nascituro, attraverso una migliore presa in carico e la continuità assistenziale;
- Rimodulazione dell'assistenza territoriale per rispondere ai bisogni di cura delle gestanti e dei neonati, bambini e adolescenti favorendo l'adeguamento professionale e formativo delle ostetriche dei ginecologi, dei pediatri, degli infermieri e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure perinatali.
- Definizione di una rete socio-sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali e la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del neonato, del bambino e dell'adolescente.

Rete delle malattie croniche in età evolutiva

Il concetto di cronicità in età pediatrica si riferisce a "bambini con bisogni assistenziali speciali a maggior rischio di condizione cronica nella sfera fisica, evolutiva, comportamentale ed emotiva, che richiedono servizi socio-sanitari di tipo e dimensione diversa da quelli usuali, includendo poche condizioni cliniche frequenti e molte condizioni rare. La sopravvivenza di pazienti con condizioni un tempo considerate ad esito infausto ha determinato un incremento delle malattie croniche, con una prevalenza stimata nella popolazione pediatrica (0-16 anni) di 1:200.

La complessità assistenziale di questi pazienti cronici risiede nella natura socio-sanitaria dei bisogni dei bambini. Essi richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, organizzate sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

La Rete regionale delle malattie croniche in età evolutiva prevede la presa in carico del bambino con cronicità, come previsto dal relativo Piano Nazionale, attraverso una offerta di assistenza specialistica su livelli diversi di complessità.

Il primo livello rappresentato dai Pediatri di libera Scelta per la diagnosi precoce e il follow-up auxologico del piccolo paziente e il secondo livello di assistenza rappresentato dai Centri di riferimento regionali per la patologia e dai centri aziendali. Le aziende sanitarie locali hanno già individuato con appositi atti amministrativi le strutture e il personale che avrà il compito di assicurare controlli periodici ai piccoli pazienti e garantire loro le migliori condizioni per affrontare serenamente gli impegni scolastici, sportivi e della vita quotidiana.

fonte: http://burc.regione.campania.it

I Centri regionali di riferimento per patologia avranno il compito di migliorare a livello regionale e aziendale le conoscenze e la relativa presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche in età evolutiva e di garantire presa in carico del nucleo familiare in un contesto specialistico

La Direzione generale della Salute costituirà un nucleo di coordinamento regionale per le malattie croniche in età evolutiva garantendo ai Centri Regionali per patologia e ai centri aziendali di II livello le risorse previste dal Piano Nazionale della Cronicità in età evolutiva.

PDTA Esordi psicotici

La Regione Campania ha avviato la realizzazione del PDTA per gli esordi psicotici definendo le principali linee di indirizzo di cui le aziende sanitarie dovranno tenere conto al fine di garantire sul territorio regionale omogenei livelli di assistenza.

Di seguito le indicazioni al momento definite:

- La fascia d'età è compresa tra 13 e 25 anni.
- Definire nel PDTA il sistema di accesso alla rete (PLS, MMG, PP.SS., agenzie territoriali, etc.) e le modalità di accesso.
- Definizione di strumenti di screening, di assessment e per la valutazione del follow-up a lungo termine. Si suggerisce di considerare l'utilizzo dei seguenti strumenti: - PHQ-9; - PQ-92; - SIPS.
- Trattamento integrato
- Introdurre indicazioni per l'uso principalmente di Antipsicotici di Seconda Generazione (quando necessario) unitamente ad interventi psicosociali, con un focus su stili di vita, coinvolgimento dei familiari, rimedio cognitivo, terapie cognitivo-comportamentali e identificazione di un case manager.
- Formazione degli operatori che lavorano nei servizi di salute mentale attraverso programmi specifici

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale-Educativo (PDTAE) per i soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico

La Regione Campania, assieme alla Liguria (Regione capofila), al Veneto, alle Marche e all'Umbria, attraverso sue risorse professionali, ha partecipato alla redazione del PDTAE, su progetto proposto dall'Istituto Superiore di Sanità.

Esso è oggetto di sperimentazione da parte di tutte le ASL per un anno, fino al 2020; all'esito della sperimentazione ne sarà verificata la sostenibilità così da garantire una presa in carico omogenea di tutti i soggetti con disturbo dello spettro autistico.

L'applicabilità e sostenibilità del PDTAE dovrà essere verificata anche tramite le famiglie e le associazioni.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Elementi essenziali del PDTAE sono:

- la composizione delle equipe, la cui disponibilità è requisito necessario ad una corretta presa in carico del soggetto e della sua famiglia;
- la conoscenza e valutazione del soggetto e della famiglia;
- le modalità di presa in carico diretta del soggetto, che deve tenere conto di quanto emerge dal profilo funzionale e prevedere oltre a interventi specifici e differenzianti sul singolo soggetto, sulla famiglia e la scuola, anche interventi esterni che favoriscano l'inserimento del soggetto nella vita di comunità;
- la presa in carico del nucleo familiare;
- l'identificazione di modalità efficaci per la costruzione condivisa con gli operatori scolastici del Progetto Educativo Individualizzato, per l'integrazione del soggetto nel contesto e l'acquisizione di competenze necessarie ad affrontare la vita in contesti meno protetti e supportivi;
- l'individuazione e attuazione di percorsi per la gestione delle crisi comportamentali in fase acuta e post-acuta e gestione della routine per gli accessi ordinari c/o presidi sanitari;
- l'identificazione delle risorse territoriali, la loro mappatura, come renderle fruibili in una rete integrata, in cui differenti tipologie di contesti possano rispondere alle esigenze di soggetti con competenze e necessità di supporti molto differenziati.
- le modalità di attuazione del passaggio dai servizi dell'età evolutiva all'età adulta;
- le competenze relative a specifiche tematiche clinico-assistenziali ed educative che gli attuatori del PDTAE devono possedere.

Integrazione delle reti tempo-dipendenti

Nell'ambito della definizione delle Reti tempo-dipendenti correlate all'assistenza ospedaliera, la Regione ha definito con DCA n° 64 del 2018 e DCA n°63 del 2019, la propria rete IMA e la propria rete ICTUS. Tali documenti, rispondenti ad un'esigenza prioritariamente legata all'area dell'emergenza, devono necessariamente essere estesi da un lato al versante della prevenzione della patologia, dall'altro alla presa in carico del paziente dopo l'evento acuto. Pertanto la Regione inserirà i citati documenti nell'ambito di un più compiuto PDTA che evidenzi l'intera filiera assistenziale pre e post-evento acuto. Per quanto riguarda i percorsi ictus sono già stati emanati documenti regionali di presa in carico precoce del paziente, per favorire dimissioni protette dirette verso una riabilitazione precoce.
Analogo percorso è stato già delineato per la presa in carico del paziente con frattura del femore.

fonte: http://burc.regione.campania.it

10 Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio

In relazione alla presente programmazione le azioni di riorganizzazione risultano essere:

- Entro 60 giorni dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana Linee di Indirizzo per la redazione dei Piani Attuativi Aziendali, con le quali si precisano gli obiettivi, le procedure, le modalità operative nonché l'individuazione di specifici indicatori di monitoraggio per la valutazione *in itinere* dei piani attuativi aziendali, strutturati sulla base di quanto previsto nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza. Sarà posta particolare attenzione alla rete delle cure palliative e i relativi adempimenti e obiettivi.
- Entro 60 giorni dalla emanazione delle Linee Guida Regionali, le ASL elaborano il Piano attuativo, comprensivo degli indicatori di monitoraggio dei livelli di attuazione (crono programma) e degli effetti assistenziali ed economici.
- Entro 60 giorni dalla validazione regionale del Piano attuativo le ASL adeguano gli Atti Aziendali.
- Entro 30 giorni dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana uno specifico documento relativo alla determinazione del fabbisogno regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- Entro 90 giorni dalla approvazione del presente Piano, la Regione definisce un Programma Regionale degli screening oncologici, comprensivo sia della ricognizione che del potenziamento dei singoli centri che effettuano tali screening. Per pervenire a tale programma è già in corso di adozione un apposito decreto commissariale con il quale, da un lato, si avvia la ricognizione della struttura di offerta per screening oncologici da parte delle AA.SS.LL., le quali dovranno far pervenire alla Regione la mappatura dell'esistente entro 30 giorni dalla data di adozione del DCA, e, dall'altro, si delineano le seguenti linee di indirizzo sulla base delle quali verrà poi definito il programma regionale soprarichiamato:
    - costituire, entro 30 giorni dall'adozione del documento di Programmazione Regionale, un gruppo di Coordinamento regionale degli screening;
    - provvedere, attraverso l'analisi delle criticità attualmente presenti, alla standardizzazione dei processi ed all'unificazione delle procedure di accesso attraverso:
    - la definizione puntuale dei carichi di lavoro attesi, inerenti le singole procedure dei programmi di screening, relativamente al I° e II° livello, per ciascuna ASL;
    - la definizione degli standard relativi alle figure professionali da dedicare alle specifiche attività, con relativo monte ore da impegnare in rapporto ai carichi di lavoro attesi;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- le modalità di accesso allo screening, le procedure di invito e di chiamata, le azioni di recall e quant'altro necessario per raggiungere elevati livelli di adesione;
- il monitoraggio dell'aderenza delle attività di screening a quanto previsto nei corrispettivi PDTA di patologia oncologica;
- strutturando sull'intero territorio regionale, un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori screening detected, mirato a migliorare la sopravvivenza oncologica per i tumori della mammella, migliorare la sopravvivenza e ridurre l'incidenza relativamente ai tumori della cervice uterina e del colon retto;
- attribuire la responsabilità - non delegabile - di governance e di risultato al Direttore Sanitario Aziendale, il Direttore Sanitario risponde direttamente al Direttore Generale per la corretta allocazione delle risorse umane, strumentali e logistiche come da programmazione regionale ed entrambi rispondono del raggiungimento dell'obiettivo aziendale e regionale. Il mancato soddisfacimento dell'obiettivo regionale sarà sanzionato, ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 del Patto per la salute 2010- 2014,
- coinvolgere i MMG nel percorso di sensibilizzazione e di chiamata attiva della popolazione target, con adesione obbligatoria alle campagne di screening promosse dalla Regione, utilizzando procedure concordate attraverso accordi definiti nel Comitato Regionale ex art. 24 e nelle forme e modalità previste nel redigendo AIR;
- dare impulso allo screening HPV secondo quanto previsto dal DCA 39 del 3.5.2019 "Approvazione Linee di indirizzo per lo Screening del cervico-carcinoma con TEST HPV DNA";
- implementare i processi informatici, a supporto della rete screening, attraverso la realizzazione della Piattaforma unica, a livello regionale, per la gestione dello screening oncologico, nell'ambito del Sistema Informativo Sanità Campania - SINFONIA. L'intervento già deliberato con la delibera n. 123 del 2 aprile 2019 prevede il potenziamento della capacità di Regione Campania in termini di governance e di efficacia nell'erogazione delle campagne di screening oncologico, utilizzando la leva tecnologica con la realizzazione di una piattaforma regionale dedicata. Tale piattaforma digitale consente sia la gestione dei programmi di screening, grazie ad un sistema standardizzato, sia il monitoraggio a livello locale e regionale delle attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle ASL.
- condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale alla adesione

fonte: http://burc.regione.campania.it

alle campagne di screening e profilare le persone "non aderenti" al fine di predisporre azioni mirate per migliorare la loro adesione ai test, anche mediante i principi dell'Health Equity Audit

- Entro 6 mesi dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana l'aggiornamento sulle procedure e i relativi requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio sanitarie.
- Entro 12 mesi dalla approvazione del presente Piano, la Regione emana atti di definizione di requisiti e tariffe per i setting non ancora disciplinati.

Di seguito si riporta il GANT delle attività del cronoprogramma

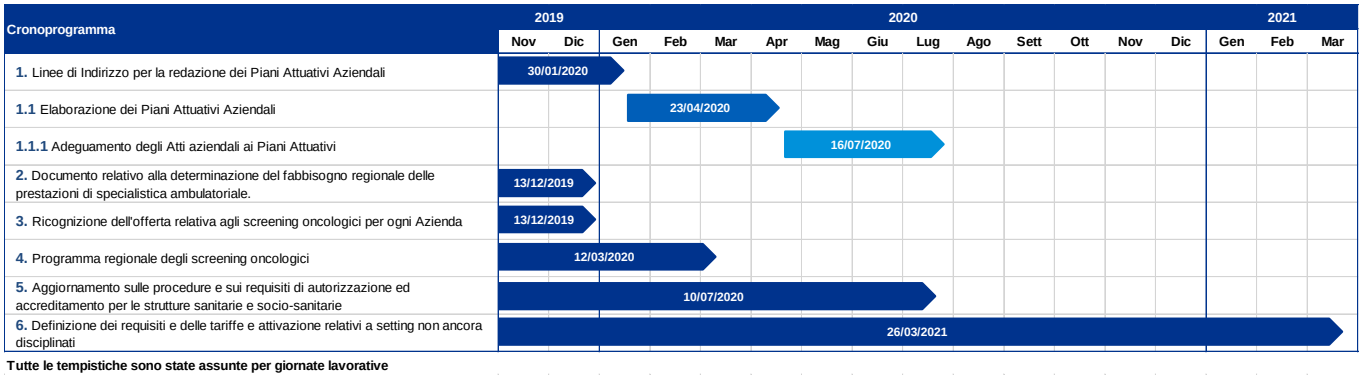


Tabella 85 – Cronoprogramma

11 Edilizia sanitaria territoriale in coerenza con la programmazione

Nell'ultimo biennio, la Regione Campania ha sottoscritto gli Accordi di programma di edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della L. 67/1988; più precisamente:

- in data 16.02.2018, l'Accordo di Terza Fase – I stralcio, per l'importo complessivo di € 169.244.689,46 , cui corrisponde la quota statale di € 156.982.454,99, la quota di cofinanziamento regionale di € 8.262.234,47, nonché la quota di cofinanziamento delle Aziende Sanitarie di € 4.000.000,00
- in data 23.08.2019, l'Accordo di Terza Fase – II stralcio, per l'importo complessivo di € 1.083.450.286,00, di cui € 1.029.277.771,70, a carico dello Stato, € 54.172.514,30 di cofinanziamento regionale

I suddetti piani degli investimenti riservano ampio spazio al potenziamento delle strutture territoriali: dalla costruzione di nuove sedi di distretti, alla realizzazione di numerose UCCP e Centri Polivalenti, dalla realizzazione di RSA e SIR alla realizzazione della "Cittadella della Salute" ad Aversa, dai Dipartimenti della prevenzione alla costruzione di consultori familiari.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Di seguito si rappresentano per ciascuna ASL gli interventi programmati, distinguendo tra il primo ed il secondo stralcio degli Accordi di programma di edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della L. 67/1988.

Interventi territoriali per tipologie del I Stralcio

Tra le nuove strutture territoriali programmate, si evidenziano:

- la riconversione dei presidi di Bisaccia in Ospedale di Comunità
- la Demolizione e ricostruzione del poliambulatorio di via Minghetti a Benevento, il completamento dell'Hospice di Cerreto Sannita;
- la riconversione dell'Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità.
- la riconversione e l'adeguamento del Presidio S.S. Annunziata con la realizzazione di un nuovo modello di integrazione ospedale territorio nell'area pediatrica, anche attraverso una UCCP Pediatrica, i Lavori di adeguamento normativo all'ex P.O. San Gennaro, la ristrutturazione del Presidio Sanitario Polifunzionale Elena D'Aosta.
- la realizzazione di un Ospedale di Comunità nel presidio di Roccadaspide..

Interventi territoriali per tipologie del II Stralcio

Tra le nuove strutture territoriali programmate, si evidenziano:

- la realizzazione SPS di Quarto e di una UCCP a Frattamaggiore (ASL Napoli 2 Nord);
- realizzazione del D.S. di Atripalda e del D.S. di Baiano (ASL Avellino);
- la costruzione di un centro integrato polivalente per la cura e la riabilitazione dei portatori di disabilita' fisiche, psichiche e sensoriali e sede del DSM ed annessi ambulatori in Benevento;
- la costruzione del dipartimento di prevenzione; costruzione della nuova sede centrale amm.va dell'Asl a Beneventol; costruzione della sede del D.S., di un poliambulatorio, con altre funzioni nel comune di Montesarchio (ASL Benevento);
- la realizzazione della "Cittadella della Salute" di Aversa per numerose attività territoriali e per il recupero e il reinserimento di soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze (ASL Caserta);
- la costruzione di una RSA a Roccadaspide e il completamento di un'altra a Pagani nell'Asl di Salerno;
- la realizzazione delle nuove sedi di Distretto ad Eboli, Vallo della Lucania, Mercato San Severino e Capaccio (ASL Salerno).

In linea generale, le nuove strutture territoriali saranno a gestione diretta. In diversi casi le nuove strutture saranno realizzate in sostituzione di locali condotti in locazione. Ne conseguiranno, pertanto, risparmi e utilizzo di personale, in gran parte, già presente.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per quanto riguarda le nuove assunzioni, con decreti commissariali (dal n. 4 al n. 18) del 22.01.2019 sono stati approvati i piani triennali di fabbisogno del personale 2018/2020 delle aziende sanitarie campane, per circa 7.700 unità, mentre le aziende stanno avviando le attività per la predisposizione dei piani triennali di fabbisogno 2019/2021. Tali piani prevedono il reclutamento delle figure professionali necessarie all'attivazione delle nuove strutture sanitarie e al corretto funzionamento delle attrezzature.
Di seguito si riporta un dettaglio degli investimenti programmati in strutture territoriali per ASL.

ASL Avellino

Il primo stralcio dell'Accordo di programma prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la riconversione dei presidi di Bisaccia in Ospedale di Comunità.
Nel secondo stralcio sono previsti: la realizzazione dei Distretti Sanitari di Atripalda e di Baiano; l'adeguamento funzionale ed impiantistico di diverse strutture territoriali (Centro Australia – C.da Amoretta – Avellino; S. Angelo dei Lombardi - D.S. / Consultorio; Montoro - Centro "W. Tobagi"; Ariano Irpino – D.S.; Mirabella Eclano – P.S.; SERT Avellino e Grottaminarda; Centro Autismo c/o P.O. S. Angelo dei Lombardi e RSA c/o SPS Bisaccia).

ASL Benevento

In dettaglio:

- il primo stralcio dell'Accordo di programma prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la demolizione e la ricostruzione del poliambulatorio di via Minghetti a Benevento; il completamento dell'Hospice di Cerreto Sannita;
- nel Programma di investimenti II stralcio, sono previsti: l'acquisto di attrezzature; la costruzione di un immobile da destinare a Dipartimento di Prevenzione ; la costruzione di un centro integrato polivalente per la cura e la riabilitazione dei portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali e sede del DSM ed annessi ambulatori; la costruzione di un immobile da destinare a sede centrale amministrativa dell'ASL; la costruzione di due immobili da destinare ad attività sanitarie nei comuni di Montesarchio e Cautano (Immobile n. 1 – Nuova sede del distretto sanitario, poliambulatorio ed altre funzioni nel comune di Montesarchio; Immobile n. 2 – Nuova sede poliambulatorio di Cautano).

ASL Caserta

Con l'attuazione degli interventi del primo stralcio del programma si prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la riconversione dell'Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il II stralcio, prevede: i lavori di messa a norma e di adeguamento di una parte del complesso denominato "La Maddalena" di Aversa da destinare a "Cittadella della Salute" per attività territoriali e per il recupero e il reinserimento di soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze.

ASL Napoli 1 Centro

Con l'attuazione degli interventi del primo stralcio del programma si prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la riconversione e l'adeguamento del Presidio S.S. Annunziata, dove si intende realizzare un nuovo modello di integrazione ospedale territorio nell'area pediatrica, anche attraverso una UCCP Pediatrica, Sono, inoltre, previsti:

- lavori di adeguamento normativo all'ex P.O. San Gennaro;
- la messa a norma del Presidio Sanitario Polifunzionale Elena D'Aosta.

Nel secondo stralcio dell'Accordo di programma degli investimenti non sono previsti interventi territoriali per l'ASL.

ASL Napoli 2 Nord

Il primo stralcio non prevede interventi territoriali.

Nel secondo stralcio è previsto il potenziamento delle strutture territoriali dell'ASL, attraverso la realizzazione di una SPS nel Comune di Quarto e di una struttura polivalente di screening ed ambulatori a supporto dell'Ospedale San Giovanni di Dio di di Frattamaggiore

ASL Napoli 3 Sud

Sia il primo che il secondo stralcio non prevedono interventi territoriali.

ASL Salerno

Con l'attuazione degli interventi del primo stralcio del programma si prevede il potenziamento dell'offerta territoriale, con la realizzazione di un Ospedale di Comunità nel presidio di Roccadaspide.

Il secondo stralcio prevede:

- nel P.O. Pagani, che rappresenta il polo oncologico dell'ASL di Salerno, la programmazione anche dell'attività di radioterapia. Nell'ottica del potenziamento delle prestazioni erogate ai pazienti, l'ASL Salerno intende impegnarsi nella realizzazione di un servizio di Radioterapia,

fonte: http://burc.regione.campania.it

attivo 7 giorni su 7, che consenta di servire i pazienti provenienti dalla parte meridionale della Campania e non solo. Inoltre, differenziando l'offerta assistenziale, mediante l'installazione di una tecnologia innovativa, quale la Tomoterapia elicoidale, intende avvalersi di un'equipe composta da alte professionalità per estendere l'offerta di servizi ad un bacino di utenza che si estende al territorio extraregionale limitrofo;

- la costruzione di una RSA nel comune di Roccadaspide e il completamento della RSA nel Comune di Pagani;
- la realizzazione di quattro nuove sedi di distretto (Eboli, Vallo della Lucania, Mercato S. Severino, Capaccio).

12 Il sistema informativo sanitario a supporto della rete di assistenza territoriale

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e le limitate risorse finanziarie mettono sotto pressione il sistema sanitario. E' necessario promuovere corretti stili per mantenere gli assistiti sani il più a lungo possibile e offrire migliori servizi sanitari per la gestione delle patologie: più accessibile, più personalizzati, più efficienti, quindi sostenibili.

In questa prospettiva le nuove tecnologie diventano un canale fondamentale per sviluppare le modalità di relazione e di servizio per l'assistito lungo tutte le fasi del percorso di salute: dall'accesso ai dati sanitari alla fruizione dei servizi, fino al monitoraggio delle terapie e all'adozione di comportamenti preventivi basati su analisi di modelli statistici. Tra queste si inseriscono le potenzialità dei device "mobile", delle app e di strumenti quali assistenti vocali e tecnologie innovative per l'assistenza domiciliare e la gestione della cronicità.

Per questi motivi il ruolo dell'Information Technology in ambito sanitario è diventato ormai centrale, vero punto di riferimento per il governo e per il monitoraggio dell'attività socio-sanitaria e amministrativa delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere.

La Regione Campania, dopo aver conseguito strutturalmente condizioni di equilibrio economico e finanziario, si è riappropriata pienamente della funzione di governo delle dinamiche evolutive del SSR conferendo un notevole impulso al miglioramento dell'offerta di prestazioni sanitarie attraverso la formulazione e/o riformulazione degli strumenti più importanti della programmazione: nuovo Programma Operativo, nuovo Piano Ospedaliero, nuovo Piano del fabbisogno del personale del SSR e un nuovo Piano regionale di programmazione della rete per l'assistenza territoriale.

Dal punto di vista del governo dei sistemi informativi in ambito sanitario, il panorama campano si presenta come un ecosistema in rapida evoluzione che richiede azioni strategiche al fine completare il processo di

fonte: http://burc.regione.campania.it

integrazione delle informazioni tra le Aziende sanitarie e gli altri attori impegnati nella erogazione di servizi socio-assistenziali, con l'obiettivo di sfruttare le potenzialità del digitale per rispondere alle sfide legate ai nuovi bisogni di salute.

Tra le condizioni abilitanti dei percorsi volti al potenziamento dei LEA e del supporto alle attività assistenziali territoriali vi è anche la tecnologia, fattore indispensabile per una ottimale organizzazione dei processi erogativi delle prestazioni e per una più efficace fruizione da parte degli assistiti dei servizi offerti.

Gli indicatori ISTAT relativi ai comportamenti demografici evidenziano che cittadini e imprese sempre più si aspettano una Pubblica Amministrazione capace di offrire informazioni qualificate e servizi on-line che semplifichino la vita del cittadino.

In questo senso si può ormai affermare che il "digital-divide" di natura culturale e tecnologico si sta sempre più assottigliando tanto è vero che l'ISTAT ha confermato che una crescente percentuale di persone di età superiore ai 65 anni possiede dispositivi mobili e connessione Internet. Inoltre, tanti servizi del mondo privato (dai servizi bancari a quelli per la mobilità) hanno in questi anni abituato buona parte dei cittadini a servizi accessibili h24 da qualunque luogo l'utente si trovi.

Questa spinta "dal basso" è stata sostenuta dagli interventi del legislatore: SPID, PagoPA, il domicilio digitale a breve, sono servizi che cominciano ad essere percepiti come strumenti utili per la semplificazione del rapporto dei cittadini soprattutto nel campo della salute, nella misura in cui aumentano i servizi.

Il modello di sviluppo di soluzioni ICT della Regione Campania, per veicolare l'offerta di servizi per il cittadino, si articolerà soprattutto verso i servizi territoriali attraverso:

- un unico Portale regionale per l'erogazione dei servizi al cittadino in ambito sanitario, basato su tecnologia Internet, che integra e veicola la fruizione di servizi, realizzati da sistemi legacy regionali e aziendali, orientati a cittadini e imprese e relativa APP per la fruizione di servizi in condizioni di mobilità.
- soluzioni regionali di coinvolgimento diretto del cittadino mediante l'utilizzo di canali anche non web, quali ad esempio canali telefonici, SMS, posta elettronica;
- soluzioni di teleconsulto e telemedicina

Nell'ambito dell'evoluzione dei processi clinico-assistenziali e del Fascicolo Sanitario Elettronico, è evidente che la costituzione di un indice di dati e documenti sanitari a livello regionale - interoperabile a livello nazionale – sta impegnando la regione in un processo di omogeneizzazione dei sistemi aziendali e regionali che producono e memorizzano i documenti clinici, sia dal punto di vista della struttura che dal punto di vista della persistenza.

Tuttavia, occorre tener conto di ulteriori specifiche a livello aziendale che consentano di applicare regole di accesso peculiari del titolare del dato o della struttura che ha in carico il paziente, perché finalizzate ad uno specifico processo di cura.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il contesto in cui si sviluppano le iniziative configura, di per sé, uno scenario molto articolato, rappresentato da una pluralità di entità giuridiche e organizzative coinvolte (la Regione, la So.Re.Sa., gli enti del SSR, la GSA), da una pluralità di ambiti nei quali si sviluppano le dinamiche evolutive del SSR (ambito economico, ambito degli adempimenti connessi ai Livelli Essenziali di Assistenza, ambito degli interventi di edilizia sanitaria, ambito di azione dei Programmi Operativi e dei piani sanitari settoriali), da una pluralità di vincoli connessi al regime dei Piani di rientro sanitari, alle esigenze di coordinamento a livello di SSN e agli obblighi informativi nei confronti dei ministeri vigilanti.

Per tutti questi motivi, l'obiettivo degli interventi è anche quella di coadiuvare lo sviluppo di una funzione centrale, presso la Direzione Generale Tutela della Salute e presso la Centrale di committenza regionale So.Re.Sa. S.p.a., nella nuova veste di struttura tecnica-operativa di supporto alle decisioni, in grado di coordinare le iniziative di sviluppo tecnologico e digitalizzazione, mantenendo sempre evidenza e consapevolezza delle ricadute a livello di sistema e delle interazioni con tutte le altre iniziative che sostanziano le politiche regionali in ambito di salute.

Da tale consapevolezza ne è derivata la necessità di formulare un Programma regionale di investimenti in Sanità Digitale che è stato concepito, in continuità con quanto già previsto con la delibera di Giunta Regionale n. 25/2018, come un corpo organico di una pluralità di iniziative che nel loro insieme consentiranno di recuperare il gap tecnologico rispetto ai target richiesti dal Piano nazionale di sanità digitale e rispetto al livello di digitalizzazione dei SSR più evoluti.

Il Sistema Informativo Sanità Campania (SINFONIA)

SINFONIA, Sistema INFOrmativo saNità CampanIA, è il sistema informativo sanitario che la Regione Campania sta realizzando al servizio degli utenti e degli operatori (in coerenza col piano 2017-2019 per l'informatica nella Pubblica Amministrazione) progettato per supportare l'intero governo del SSR campano, aumentare l'efficienza, contenere i costi e al tempo stesso rendere uniformi e potenziare la risposta ai bisogni di tutti i protagonisti del sistema, operatori, cittadini, strutture, referenti dell'ente regionale e dell'amministrazione centrale.

La prima fase degli investimenti ha avviato la realizzazione delle due componenti di base del nuovo Sistema Informativo Sanitario della Regione Campania:

- Anagrafi Regionali, la realizzazione del sistema di anagrafi centrali sanitarie, rivolto ai cittadini e agli operatori del Servizio Sanitario della regione Campania, ha previsto la creazione delle seguenti anagrafi:
- Anagrafe Unica Regionale Assistiti (AUREA): contenente tutte le informazioni di carattere anagrafico-sanitario dei cittadini in modo da renderli i veri attori del processo assistenziale;
- Anagrafe Unica REgionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie (AUREAS): contenente l'anagrafica di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Campania in modo da assolvere agli adempimenti della legge 326/2003 – articolo 50 e di

fonte: http://burc.regione.campania.it

catalogare in modo strutturato, tutte le strutture sanitarie regionali, i servizi disponibili, nonché tutte le informazioni utili per i cittadini e per gli operatori della sanità.

- Anagrafe Unica Regionale degli Operatori Sanitari (AUREOS): contenente tutte le informazioni relative agli operatori sanitari che interagiscono nel sistema e che appartengono al Servizio Sanitario Regionale, sia in ambito pubblico, che privato.

Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e Portale del cittadino

Il "Modello strategico di evoluzione del sistema informativo della Pubblica Amministrazione" delineato nel Piano triennale per l'informatica nella PA, descrive così l'Ecosistema Sanità: "in tale ecosistema un ruolo centrale è ricoperto dal Fascicolo sanitario elettronico (FSE) che è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare, consultare e condividere la propria storia sanitaria.
L'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino è specificamente rivolta a:

- definire le strategie di coinvolgimento degli operatori (MMG, PLS, Farmacie) nel percorso di attivazione del fascicolo;
- creare le condizioni affinchè il FSE possa essere alimentato in modo completo, corretto e continuativo dalle strutture che producono i documenti, gestendo in modo coordinato il percorso di adeguamento tecnico ed organizzativo delle strutture stesse;
- coordinare le attività di promozione e formazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari.
- Inoltre, al fine di rendere il cittadino il reale attore dell'intero percorso assistenziale, viene attivata una specifica sezione all'interno del portale istituzionale della Regione Campania, interamente dedicato alla Sanità.

Tale portale rappresenta il canale di comunicazione istituzionale per i pazienti, gli addetti ai lavori ed i media. Esso consente, sia ai cittadini che agli operatori sanitari, di accedere ai dati in esso archiviati, secondo policy di accesso e protezione delle informazioni che saranno definite a livello regionale, anche sulla base delle regole stabilite a livello nazionale per l'accesso ai servizi sanitari approvate dal Garante della Privacy.
Sulla base delle scelte già effettuate dalla Regione Campania, il Piano è stato articolato nelle seguenti successive azioni in corso di realizzazione:

Evoluzione del sistema CUP regionale

La Regione Campania ha manifestato l'esigenza di avviare un programma di evoluzione del proprio sistema CUP che, mettendo al centro del progetto il cittadino, permetta di conseguire un miglioramento in termini di efficienza ed efficacia dei risultati (riduzione dei tempi di attesa, miglior rapporto domanda-offerta, customer satisfaction) ed economicità della gestione.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La razionalizzazione del servizio CUP, in un approccio di unificazione di soluzione e di processi su scala regionale, ha delle importanti ricadute in termini di consolidamento delle risorse, abilitando la razionalizzazione dell'approccio organizzativo e rimuovendo i possibili ostacoli (di integrazioni multiple tra sistemi eterogenei ex-post), per consentire, in tempi rapidi, di dare ai cittadini campani nuovi servizi e canali, omogenei su tutto il territorio regionale, per la prenotazione delle prestazioni.
Le direttrici fondamentali per la realizzazione del nuovo modello di CUP Regionale sono dunque da ricondursi a:

- il consolidamento e la razionalizzazione a livello centrale dei processi e delle soluzioni tecnologiche;
- la maggiore vicinanza al cittadino, sia in termini di prossimità di nuovi canali (coinvolgimento di MMG e Farmacie, canali innovativi convergenti sul portale del cittadino di SINFONIA e su AIDA) sia in termini di omogeneità dell'esperienza di ingaggio per tutto il territorio;
- la capacità di integrare nativamente gli altri asset principali del nuovo ecosistema di servizi digitali del SSR (su tutti il SIAC e l'anagrafe regionale);
- l'abilitazione nativa di un livello superiore di controllo e monitoraggio di tutti i parametri legati ai processi CUP (a livello aziendale ma anche a livello Regionale; su tutto si pensi al monitoraggio delle liste d'attesa);
- la capacità di integrare strutturalmente il privato accreditato.

Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale a supporto del governo delle attività di vaccinazione

Partendo da un caposaldo ben strutturato, cioè dalla disponibilità di una soluzione di Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) a supporto del governo delle attività di vaccinazione, la Regione Campania ha inteso valorizzare il sistema esistente, estendendone le funzionalità, le integrazioni, i servizi per poter dar seguito all'attuazione del PNPV 2017-2019 (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale).
L'obiettivo di offrire la disponibilità ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e ai servizi regionali competenti, di soluzioni e servizi volti al fine di garantire una gestione uniforme su tutto il territorio regionale della programmazione, pianificazione, accettazione, e consuntivazione delle attività di vaccinazione, nonché di rispondere alle finalità previste con la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la produzione di elaborati statistici e flussi informativi regionali e ministeriali, e l'alimentazione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini (AVN).
Per il raggiungimento di tale obiettivo, l'AVR viene dotata di una serie di funzionalità rivolte agli operatori (sanitari e amministrativi) e ai cittadini, e viene integrata con le componenti del sistema informativo regionale e quelle delle ASL, necessarie per garantire un'erogazione delle prestazioni omogenea sul territorio e coerente con le informazioni condivise, e mette a disposizione tutti i dati necessari per il

fonte: http://burc.regione.campania.it

monitoraggio e la valutazione delle attività vaccinali circa la copertura della popolazione in rapporto al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV).

Piattaforma unica regionale di gestione dello screening oncologico.

I programmi di screening oncologico rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e devono essere garantiti alla totalità della popolazione target. Conseguentemente, la Regione Campania ha previsto di adottare, all'interno del Piano regionale di prevenzione e in recepimento delle direttive del Piano nazionale, delle azioni volte ad aumentare l'estensione reale dei programmi di screening, rispetto alla popolazione target e ha attivato delle azioni specifiche a riguardo, volte anche alla misurazione del livello di efficacia raggiunto. Tra le azioni attivate, si ricorda la campagna di informazione sul programma di prevenzione "Mi voglio bene", che prevede l'offerta di assistenza diagnostica tempestiva, specializzata e gratuita per tre tipi di screening che consentono la prevenzione del tumore alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto.

Gli screening oncologici costituiscono un percorso complesso, che coinvolge un elevato numero di professionalità e strutture che devono integrarsi per raggiungere gli obiettivi di salute proposti, ovvero la diminuzione della mortalità specifica e/o l'incidenza delle lesioni neoplastiche. Nell'ambito di tali percorsi organizzati, il soggetto destinatario è contattato dalla ASL di pertinenza e invitato a effettuare il test di screening e, in caso di test sospetto o positivo, il soggetto viene inserito in un percorso atto all'approfondimento diagnostico fino all'eventuale trattamento assistenziale/terapeutico (anche chirurgico) nelle strutture di riferimento. L'intero percorso deve essere monitorato e valutato attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito, sia a livello di singola ASL sia a livello regionale e quindi nazionale.

In riferimento allo screening oncologico, rientrano, quindi, tra gli obiettivi della Regione:

- Migliorare la capacità di copertura e coinvolgimento della popolazione target, integrando in un flusso unico i canali di ingaggio;
- Standardizzare ed omogeneizzare le modalità e i processi di erogazione delle prestazioni previste nei programmi di screening e gli strumenti informatici a supporto, garantendone la massima automazione ed efficienza;
- Monitorare le attività delle ASL ed effettuare dei controlli su tempi e performance dei programmi;
- Garantire la cooperazione di tutti gli attori che operano nell'erogazione dei programmi in un processo strutturato e organico che garantisca l'efficacia degli scambi informativi tra questi e gli altri soggetti coinvolti;
- Strutturare i necessari canali di integrazione a livello regionale e/o nazionale ingaggiando in modo strutturato le risorse legate alla ROC (Rete Oncologica Campana) o l'ONS (Osservatorio Nazionale Screening).

fonte: http://burc.regione.campania.it

In tale contesto la Regione Campania è impegnata nell'analisi e nella progettazione di una nuova piattaforma software di gestione dei programmi di screening oncologico con l'obiettivo di:

- dotare la Regione e le ASL di un sistema di governo delle informazioni unico e centralizzato in grado di accedere in modo federato alle informazioni logicamente e fisicamente distribuite;
- permettere alle singole ASL di utilizzare un sistema standard per gestire i processi relativi ai programmi di screening, dall'individuazione e contatto della popolazione target (sfruttando le potenzialità di contatto omni-canale offerto dalle nuove tecnologie digitali), all'esecuzione dei test e alla registrazione degli esisti clinici/delle refertazioni, fino agli eventuali follow-up sanitari se necessari;
- permettere alla Regione di monitorare centralmente le attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle ASL, effettuando dei controlli statistici su tempi e performance dei processi e delle valutazioni di lungo periodo sull'efficacia sanitaria delle azioni intraprese, nonché di adempiere alla reportistica informativa richiesta a livello nazionale o dagli altri soggetti preposti;
- abilitare l'integrazione delle altre soluzioni dell'ecosistema di servizi digitali della sanità regionale per realizzare nuovi servizi legati per gestire ed erogare i programmi di screening (ad esempio l'integrazione con il nuovo modello di CUP regionale, con l'anagrafe regionale degli assistiti, con l'hub regionale per la gestione e fruizione dei dati clinico/sanitari).

In sintonia con la Programmazione degli interventi di sanità digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania, la piattaforma software realizzata consente, in sintesi, di digitalizzare l'intera area degli screening oncologici, riconoscendo una centralità specifica al paziente e integrandosi con le altre piattaforme del SSR e/o previste dal Sistema Informativo Sanità Campania (SINFONIA).

Sistema Informativo delle dipendenze

Il monitoraggio sulle Dipendenze, realizzato dalla Regione Campania nell'ambito del SID (Sistema Informativo Dipendenze), avviene attraverso il sistema informativo HTH.

In seguito a diversi interventi di natura tecnologica e consulenziale, il sistema di monitoraggio dei dati sulle dipendenze è stato in grado di innalzare notevolmente la qualità del processo di alimentazione delle informazioni contenute all'interno del sistema HTH, con una inevitabile ricaduta in termini di efficacia sul debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

Ciò nonostante, permangono alcuni ambiti di miglioramento su cui intervenire e operare che rendono necessaria una riprogettazione del framework tecnologico-organizzativo attuale.

In particolare:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- presenza di un sistema informativo non sempre rispondente alle specifiche esigenze che emergono dalle prassi operative adottate e di un'interfaccia poco user friendly rispetto alle aspettative degli utenti;
- permanenza presso i Serd di modalità e strumenti sviluppati internamente per il monitoraggio delle attività e dei servizi erogati. Tali modalità sono spesso utilizzate in maniera parallela o sostitutiva ad HTH, contribuendo alla frammentazione informativa e ad una scarsa propensione al pieno utilizzo del sistema;
- esistenza presso i Serd di Cartelle Cliniche Cartacee (diverse per ciascuna ASL), regolarmente utilizzate dagli operatori, con dati e informazioni non allineati con la struttura dati del sistema informativo.

Tali criticità obbligano spesso a sforzi consistenti da parte della Regione nel recuperare i dati e garantire così un buon livello qualitativo dei dati relativi alle dipendenze ai fini dell'invio al Ministero della Salute per il SIND.

La Regione Campania, nell'ambito degli interventi di sanità digitale del progetto SINFONIA sta mettendo in campo su tale attività:

- re-ingegnerizzazione del sistema in uso per renderlo maggiormente rispondente alle esigenze del sistema regionale e dei relativi attori (Ente Regione, ASL e Serd);
- affiancamento al processo di innovazione attraverso l'attivazione di azioni di accompagnamento;
- supporto e formazione sia ai dipendenti regionali che agli operatori dei Serd.

Cruscotti Monitoraggio delle Liste di attesa e del Pronto Soccorso

La gestione delle liste di attesa e il relativo monitoraggio è stato più volte oggetto di regolamentazione a livello nazionale, come nella legge 23 dicembre 1994, nella legge 23 dicembre 2005, nel piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012 da ultimo, con il nuovo Piano Nazionale 2019-2021, approvato con Intesa Stato-Regioni del 21/02/2019

La Regione Campania a riguardo ha istituito, con il Decreto n. 34 del 8/8/2017, il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa), al quale spetta il compito di individuare le modalità più idonee per effettuare il monitoraggio periodico degli indicatori di performance relativi alle liste di attesa. Il rispetto dei tempi massimi previsti per le liste di attesa risulta, inoltre, strettamente correlato con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). A seguito dell'adozione del Nuovo Piano Nazione 2019-2021 si procederà all'adeguamento del citato Decreto 34 del 2017, secondo la tempistica indicata nel capitolo "Pianificazione attuativa aziendale e Monitoraggio".

L'efficacia nel governo delle liste di attesa richiede che le ASL siano in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita, in modo da abilitare un modello di programmazione sanitaria integrato nell'ambito della singola ASL e su scala regionale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Conseguentemente, nel citato Decreto n.34 del 8/8/2017, viene sottolineato che “risulta necessario utilizzare strumenti di misurazione che consentano la rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d’attesa e l’agevole comparazione tra diversi erogatori e tra differenti realtà territoriali”.

Le ASL della Campania e la Regione hanno già cominciato nel tempo a dotarsi di strumenti per il monitoraggio delle liste di attesa.

Rientra tra questi AsapBI, cruscotto applicativo inizialmente sviluppato per monitorare le performance e le liste di attesa, secondo le linee guida regionali, di un’Azienda Ospedaliera e successivamente esteso al monitoraggio delle liste di attesa a livello regionale.

In tale contesto si stà potenziando l’attuale soluzione regionale per il monitoraggio delle liste di attesa e sta procedendo con le attività di evoluzione e adeguamento in coerenza con l’evoluzione complessiva del modello di digitalizzazione della sanità campana con l’obiettivo di:

- garantire la valorizzazione delle soluzioni già nelle disponibilità di Regione Campania;
- indirizzare le evoluzioni di tale soluzione in considerazione ed in coerenza con l’evoluzione del modello CUP Regionale prevista nel medesimo livello progettuale e la necessità di includere nel monitoraggio delle liste d’attese i dati relativi al privato convenzionato;
- completare i cruscotti di monitoraggio delle liste di attesa ed estenderli in termini di capacità di analisi, monitoraggio e reportistica e di servizi sanitari presidiati, includendo ad esempio i dati relativi al pronto soccorso;
- dare pieno adeguamento alle linee guida nazionali e regionali e garantire la coerenza dei flussi informativi in ambito, anche nell’ottica complessiva degli interventi di digitalizzazione del SSR.

Implementazione e gestione della piattaforma per il numero 116117

Nell’ambito della riorganizzazione dell’assistenza territoriale, la Regione Campania sta promuovendo l’attivazione di nuovi modelli organizzativi, adattabili ai diversi contesti territoriali.

In questo contesto, la Regione ha individuato, nell’adozione del numero unico europeo 116117 per l’accesso ai Servizi di Cure Mediche a altri servizi sanitari, uno strumento chiave per garantire la continuità assistenziale e ottenere una riduzione del ricorso improprio ai servizi d’urgenza e d’emergenza.

La nuova soluzione per la piattaforma 116117 viene implementata secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento. In particolare, l’accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR), definisce gli aspetti tecnici ed organizzativi per l’attivazione e il funzionamento del numero 116117.

Dal punto di vista architetturale la soluzione deve rispettare le linee guida regionali per lo sviluppo dei sistemi IT e dovrà esser coerente con la traiettoria di adozione del modello cloud sottesa all’impianto complessivo degli interventi di digitalizzazione della sanità campana.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Tale soluzione permette, attraverso l'integrazione fruttuosa del servizio di Continuità Assistenziale (CA) con il Sistema territoriale di Emergenza 118, di garantire la continuità delle cure mediche non urgenti nelle 24 ore e la gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità.
In particolare, la piattaforma tecnologica per la gestione del 116117 è caratterizzata da:

- contact center multicanale integrato ad una soluzione evoluta di gestione dei ticket;
- integrazione con gli altri asset chiave previsti nell'ambito del nuovo modello della sanità digitale campana che potranno migliorare il potenziale in termini di funzionalità e di efficienza dei servizi erogati (a titolo
- esemplificativo si pensi alla Anagrafe Unica o al 118)
- sistemi di monitoraggio ed analisi (attraverso la disponibilità di opportuni dashboard) dei dati di accesso e impiego dei servizi di continuità assistenziale;
- interfaccia applicativa integrata con la componente di contact center al fine di sviluppare ulteriormente la standardizzazione e l'automazione delle attività svolte dalle guardie mediche distribuite sul territorio;
- mobile app destinata all'utente finale con funzionalità di ingaggio diretto (anche non attraverso la modalità voce) del servizio di 116117;
- un servizio di traduzione H24 in 25 lingue garantito dalla possibilità di avviare una conferenza a 3 con un interprete linguistico.

L'implementazione della nuova piattaforma 116117 permette alla Regione di ottenere i seguenti benefici per i differenti attori coinvolti:

- erogare prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale;
- fornire modalità di accesso ai MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento;
- fornire consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato;
- individuare e trasferire delle richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- fornire informazioni circa la modalità di accesso alla Guardia Turistica;
- svolgere attività di trasporto sanitario non urgente;
- fornire assistenza ai pazienti cronici;
- fornire attività specialistiche;
- fornire elenco farmacie aperte al pubblico;
- fornire altri servizi individuati dal competente settore regionale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Servizi di Telemedicina

Nell'ambito dell'attuazione dei servizi di sanità digitale, assume grande rilevanza la definizione di modalità tecnico-organizzative finalizzate a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di domiciliarità.

I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza della Regione Campania. La telemedicina può in particolare contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentire la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche.

Con particolare riferimento all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità delle patologie, la sanità in rete può essere sinergica a interventi di telemedicina nelle attività di prevenzione.

Ciò può essere utile soprattutto per categorie identificate a rischio, in quanto, ad esempio, affette da patologie cardiovascolari. Questi pazienti, pur conducendo una vita normale, devono sottoporsi ad un costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni.

L'interdisciplinarietà offerta dalla sanità in rete permette in questo caso di fornire al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza.

La telemedicina, nel rappresentare uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile grazie a forme innovative di domiciliarità.

La telemedicina permette di ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di competenze professionali spesso carenti ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio. Grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto inoltre, la telemedicina può offrire un valido supporto ai servizi mobili d'urgenza, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari, eventualmente mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze.

La Regione Campania, in tale ambito, intende promuovere quelle iniziative già attivate nelle Aziende sanitarie ed integrarle con un Centro regionale dei Servizi di Telemedicina Specializzata ove ha previsto una apposita linea di finanziamento.

Teleconsulto Isole minori

Negli ultimi anni la Sanità ha dovuto fronteggiare un processo di razionalizzazione delle risorse che ha obbligato le strutture del SSN a riorganizzare i processi e strumenti. La trasformazione digitale e la messa in rete dei servizi di assistenza e cura è oramai la scelta più diffusa per garantire i livelli di assistenza

fonte: http://burc.regione.campania.it

minimi richiesti dagli standard europei. Ciò risulta essere ancora più importante per tutti quei territori lontani dalle aree metropolitane (isole, comuni montani, etc.) che hanno visto aumentare il Digital Divide rispetto alle aree più fortemente urbanizzate.

La Regione Campania risulta essere la prima regione italiana in linea con gli standard europei per i collegamenti a banda larga e banda ultra-larga, dotandosi in questo modo delle cosiddette “autostrade telematiche” per garantire collegamenti efficaci ed efficienti, che ha consentito di approcciare in modo deciso all’e-Health. Una “sanità online” è il presupposto per garantire assistenza sul territorio e continuità di cura tra ospedale e territorio, in un contesto dove sempre più si va affermando un modello Hub & Spoke di una rete integrata di servizi: tale visione parte dal presupposto che competenze rare e costose non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione a disposizione di tutto il territorio regionale.

Il Teleconsulto rappresenta, nel panorama dei servizi di medicina a distanza, la base per il rafforzamento di una rete di servizi territoriali supportati da reti e-Health che possano meglio rispondere ai bisogni socio-assistenziali e garantisca minori costi e migliori risultati per la popolazione, condividendo le migliori professionalità messe a disposizione.

Tra le aree regionali che soffrono il problema del Digital Divide, spiccano i territori delle Isole di Procida, Ischia e Capri. Nella riorganizzazione della rete dei servizi sanitari risulta fondamentale dotare le strutture di presidio nelle isole al fine di assicurare una strumentazione idonea e affidabile per garantire i livelli di assistenza richiesti dal SSN.

L’utilizzo di soluzioni di Teleconsulto comporta innumerevoli vantaggi per il SSN, per le aziende e le organizzazioni sanitarie, per i medici e per i pazienti. È innegabile, infatti, che l’adozione di tali soluzioni comportino un abbassamento dei costi diretti e indiretti della salute, oltre che al miglioramento generale dei servizi ed una maggiore facilitazione nella cooperazione tra centri di cura specializzati e centri di salute primaria, specie nei casi di emergenza.

Per i medici ed il personale sanitario, in generale, l’utilizzo di strumenti e-Health comporta senz'altro un incentivo all’incremento delle professionalità tramite sistemi come il Teleconsulto e la Videoconferenza, che rendono più facile ed economico l’aggiornamento professionale, nonché un accrescimento della qualità delle decisioni del medico, mettendo a sua disposizione, in modo semplice e veloce, le informazioni relative al paziente e il consulto a distanza.

Il progetto prevede di dotare le strutture sanitarie di Procida, Ischia e Capri di moderne tecnologie di Teleconsulto al fine di assicurare una comunicazione efficace tra personale on-site e remoto, e la condivisione di tutte le informazioni necessarie per supportare il personale sanitario in una diagnosi quanto più veloce e precisa. Al fine di avere la massima affidabilità dei servizi che si intende realizzare, garantendo una sopravvivenza h24, 7x7 e 365gg, si propone l’utilizzo di una tecnologia di collaboration, come strumento che consente la realizzazione un network collaborativo fra specialisti.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il teleconsulto medico del progetto Isole consiste nella possibilità per i medici, situati in postazioni remote, dislocate in sedi isolate e disagiate (Digital Divide), ed in sedi specialistiche dove professionisti sono coinvolti in second opinion, di condividere e valutare un particolare caso clinico attraverso l'analisi del maggior numero possibile di informazioni a loro disposizione, e l'impiego, ove necessario, della video conferenza personale, utile per sottoporre lo stesso ad eventuali commenti estemporanei ed a scambi di pareri, sulla base dello specifico know how di ciascun professionista.

Oltre all'esigenza di disporre di un sistema di videoconferenza in tempo reale, che consenta l'interazione tra gli operatori sanitari, la scelta progettuale è stata anche di realizzare un sistema asincrono di cooperazione, dovuto principalmente all'esigenza di superare difficoltà di raccordare le disponibilità degli specialisti e dei medici ambulatoriali tra i Centri Sanitari interessati alla consultazione a distanza.

Il Teleconsulto induce migliore efficacia, efficienza ed appropriatezza della cura, specie in aree del territorio che soffrono del Digital Divide. Infatti, la sfida dei sistemi sanitari dei prossimi anni, legata all'invecchiamento della popolazione ed alla prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie, deve essere affrontata anche attraverso un miglior uso del sistema sanitario, supportato dall'Information and Communication Technology. L'introduzione del Teleconsulto, come innovativa modalità organizzativa, ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.

Il teleconsulto non può più essere considerata come un settore a se stante, quanto piuttosto come una specializzazione nell'ampio settore della Sanità Elettronica. Quest'ultima ricomprende in senso più ampio l'uso dell'ICT a supporto dell'intera gamma di funzioni e processi operativi che investono il settore sanitario.

Il nuovo Sistema Informativo Integrato per l'assistenza territoriale

Nell'ambito della realizzazione dell'intero sistema Informativo Sanitario Regionale (SINFONIA) la Regione Campania sta prevedendo la progettazione di un sistema informativo ad hoc per il potenziamento delle attività di supporto all'Assistenza territoriale.

In ogni organizzazione, soprattutto complessa come può essere il mondo sanitario, assume un ruolo rilevante il "sistema informativo", ovvero l'insieme dei metodi, delle procedure e degli strumenti necessari per la raccolta, conservazione, classificazione e utilizzo dei dati correlati alla propria attività. Decisioni efficaci possono essere adottate solo disponendo di informazioni dedotte da dati congruenti all'attività, significativi, rilevati in modo corretto, aggiornati. Più l'organizzazione è complessa, maggiore è la necessità di informazioni affidabili, aggiornate, confrontabili, integrate.

Tuttavia, non raramente le organizzazioni non dispongono di un "sistema", ovvero di un insieme di processi per la "gestione delle informazioni" tra loro integrati, bensì si avvalgono di diversificate procedure e

fonte: http://burc.regione.campania.it

raccolte, tra loro non connesse ma orientate ciascuna a specifiche e separate finalità. Inoltre, è diffuso intendere per sistema informativo il solo apparato informatico, ritenendo che ciò, a prescindere da cosa e come viene informatizzato, possa risolvere ogni problema ed ogni esigenza.
Un sistema informativo congruente dovrebbe consentire, quindi, all'interno di un disegno complessivo:

- reali utilità e praticità d'uso per gli utenti finali;
- possibilità di comunicazione e supporto all'integrazione tra le articolazioni organizzative e gli operatori coinvolti;
- semplificazione delle attività, con procedure informatiche interfacciate alla modulistica cartacea, quando presente, e agli strumenti di supporto operativo;
- facile accessibilità dalle postazioni dei diversi operatori e utenti, per le sezioni e funzioni di rispettiva competenza;
- possibilità di elaborare agevolmente e in modo corretto i dati per ottenere informazioni di sintesi.

In quest'ottica, il progetto SINFONIA nella sua generalità, e il sistema di supporto per l'assistenza territoriale nello specifico, nascono proprio come sistemi integrati che invece nascono proprio con l'obiettivo finale di generare informazione e conoscenza a favore di tutti gli attori del sistema sanitario regionale, con l'obiettivo di migliorare drasticamente la qualità dei servizi per i cittadini.
Da un punto di vista strettamente tecnico e tecnologico, gli obiettivi del sistema informativo sono:

- offrire strumenti di governo adeguati per la gestione del riequilibrio del rapporto fra domanda assistenziale appropriata ed offerta;
- ottimizzare le procedure di erogazione dei servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali per facilitarne l'accesso e migliorarne la fruibilità da parte dei cittadini;
- omogeneizzare i vari servizi sociosanitari, individuando percorsi comuni con i servizi sociali;

In questo contesto è necessario delineare un percorso integrato territoriale per la gestione del paziente con problematiche di tipo sanitario e necessità di tipo socio-assistenziale attraverso la stretta collaborazione tra MMG, ASL, Ospedali (in fase di dimissione protetta), Enti locali e sistema delle imprese sociali, finalizzato alla presa in carico e al management dell'intero percorso assistenziale della persona (che resta centro e oggetto di tutti gli interventi assistenziali).
Lo strumento di supporto ai distretti sanitari territoriali, agli enti erogatori e alle strutture regionali, è organizzato in componenti modulari, tra loro interconnesse e integrate, garantirà la gestione dell'intero processo di definizione, erogazione e monitoraggio di un progetto assistenziale nell'ambito dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare non autosufficienza;
- assistenza residenziale non autosufficienza;
- assistenza semiresidenziale non autosufficienza;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- assistenza residenziale cure palliative;
- assistenza domiciliare cure palliative;
- assistenza riabilitativa.

In tale ambito la Regione Campania intende dotarsi anche di una cartella socio sanitaria quale "strumento" multiprofessionale che permette ai vari professionisti di documentare e rendere comprensibile (osservabile, misurabile, evidente) il processo di presa in carico della persona nel percorso terapeutico e socio-riabilitativo, che aiuta e supporta la gestione sinergica dei processi di cura, dei bisogni assistenziali ed educativi.

13 Valutazione dell'impatto economico

a. Ricognizione delle tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Ai fini della valorizzazione dell'impatto economico previsto per il triennio 2019-2021, a seguito dell'attivazione del seguente piano, si è provveduto ad una ricognizione delle tariffe, disciplinate e in fase di definizione.

Di seguito il dettaglio delle tariffe e i relativi riferimenti normativi:

Riabilitazione	Tariffa	Quota a carico Utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Ambulatoriale	42,04 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Domiciliare	45,78 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Alto	183,53 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Medio	150,27 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Base	141,65 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Alto livello	90,00 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Medio livello	74,81 €	0%	DCA 153/2014	Conferma

Tabella 86 – Tariffe Riabilitazione

Sociosanitario disabili non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - RD3	131,64 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	131,64 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - RD3	107,21 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	107,21 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2)				In fase di definizione
Centro Diurno	77,57 €	30%	DCA110/2014	Conferma

Tabella 87 – Tariffe Disabilità

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sociosanitario Adulti/Anziani non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - R3	121,26 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	121,26 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - R3	105,83 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	105,83 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale modulo Demenze	119,64 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno Anziani	64,93 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno per Demenze	70,65 €	50%	DCA110/2014	Conferma
R2 estensiva	151,00 €	0%	DCA 74/2019	Conferma
Ospedale di comunità				In fase di definizione
Residenziale spettro autistico				In fase di definizione
R2D	173,00 €	0%	DCA 97/2018	Conferma
R2D con abbattimento dopo 60 gg	147,00 €	0%	DCA 97/2019	Conferma
R1 - SUAP	192,12 €	0%	DCA 79/2017	Conferma

Tabella 88 - Tariffe Adulti non autosufficienti

Salute Mentale	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	196,14 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP2_Residenziale intensiva	176,67 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP3_Residenziale estensiva	161,06 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
Centro Diurno Psichiatrico	112,74 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SIRMIV intensiva	182,00 €	0%	DCA 45/2015	Conferma
SIRMIV estensiva	165,00 €	0%	DCA 45/2016	Conferma
SISEM	70,00 €	0%	DCA 45/2017	Conferma
Comunità Alloggio (compartecipato)	88,67 €	60%	DGRC 666/2011	Conferma

Tabella 89 – Tariffe attività Salute Mentale

Hospice-Cure palliative	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Hospice	252,15 €	0%	DCA 128/2012	Conferma

Tabella 90 – Tariffa Hospice (cure palliative)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Dipendenze patologiche	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Terapeutico riabilitativa	67,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	13,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Residenziale Pedagogica riabilitativa	54,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Pedagogica giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	10,80 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza residenziale	80,75 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD residenziale	105,12 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi residenziale	111,89 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi residenziale	123,42 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Madre bambino residenziale	115,67 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico riabilitativa	41,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	8,20 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA riabilitativa	32,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	6,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza semiresidenziale	42,65 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD semiresidenziale	68,54 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi semiresidenziale	73,79 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	84,97 €	0%	DCA 94/2012	Conferma

Tabella 91– Tariffe Dipendenze Patologiche

Cure Domiciliari Integrate	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Cure domiciliari I livello	Basso	1.586,31 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	1.732,27 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	2.159,12 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari II livello	Basso	2.439,09 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.979,74 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.488,06 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari III livello	Basso	2.893,60 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.977,56 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.061,69 €	DCA 1/2013	Conferma

Tabella 92 – Tariffe Cure Domiciliari Integrate

Cure Palliative Specialistiche (DCA 1/2013)	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio delle Tariffe
Cure Domiciliari Palliative	Basso	2.737,77 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	3.191,49 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.613,47 €	DCA 1/2013	Conferma
Le tariffe delle cure domiciliari palliative di base sono ricomprese nelle tariffe dei livelli assistenziali < 0,50				

Tabella 93 – Tariffe Cure Palliative Specialistiche

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Valutazione dell'impatto economico

Nel presente paragrafo è stato elaborato l'impatto economico che lo sviluppo dell'assistenza territoriale avrà nell'arco del triennio 2019-2021, attraverso la valorizzazione a tariffa della nuova ed incrementale assistenza erogata. Le variabili produttive considerate al fine della valorizzazione sono:

- Posti letto
- Giornate erogate
- Prestazioni erogate

Nel presente documento il fabbisogno per l'assistenza territoriale della Regione Campania è stato definito in termini di nuovi Posti letto e relative giornate/prestazioni erogabili, per i seguenti setting assistenziali:

- Adulti non autosufficienti;
- Disabilità;
- Salute Mentale;
- Dipendenze Patologiche;
- Hospice – cure palliative;
- Riabilitazione estensiva residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, cosiddetta ex art. 26;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Per ogni setting sono state quantificate e valorizzate le diverse **intensità di cura** e **carico assistenziale**, laddove previste dalla normativa regionale, e le relative **Tariffe**, adottate o in corso di adozione, per la parte a carico del SSR.

Come già definito nel capitolo 10 di tale documento, la Regione entro 12 mesi dalla approvazione del presente Piano, emanerà atti di definizione di requisiti e tariffe per i setting non ancora disciplinati (stimati sulla base dei lavori istruttori ancora in corso per la valorizzazione economica indicati in tabella n. 95) e conferma le tariffe riportate nel paragrafo a) del suddetto capitolo.

Ai fini della valorizzazione e non solo, per calcolare il differenziale, un tema ampiamente affrontato all'interno del documento è stato quello relativo all'offerta attuale; i dati, estratti in data 09.09.2019, sono stati rilevati sulla base di fonti differenti, come segue:

- Attraverso i Flussi NSIS (STS e RIA) è stata possibile l'analisi sulla base della produzione effettiva (in termini di giornate) per l'assistenza sociosanitaria e riabilitativa;
- Attraverso il Flusso SIAD sono state estratte le prestazioni relative all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per l'anno 2018 sono state rilevate, quindi, le giornate erogate (tracciate attraverso i flussi informativi di cui sopra) mentre per il triennio successivo sono state stimate le giornate erogabili su una base di 365

fonte: http://burc.regione.campania.it

giorni per i posti letto residenziali e su 300 giorni per i posti letto semiresidenziali, considerando in entrambi i casi un **Tasso di occupazione** dei posti letto al 75%.

Si stima di soddisfare, per i setting già disciplinati nel triennio 2019-2021 il 35% del valore economico emerso dall'analisi e di raggiungere il 100% negli anni successivi al 2021. Per i tre setting per i quali si disciplineranno, entro i 12 mesi, requisiti e le tariffe si prevede di attivarli nel corso del 2021.

La stima della ripartizione nel tempo delle nuove attivazioni è stata fatta considerando:

- L'effettiva capacità di Regione e AA.SS.LL. di sostenere il carico amministrativo legato ai procedimenti di autorizzazione e accreditamento dei nuovi setting;
- La sostenibilità economico-finanziaria del piano del comparto sanità tenendo conto sia dei Fondi all'uopo accantonati (cd. Fondo per Potenziamento LEA) sia del graduale riequilibrio delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio;
- Compatibilità economico-finanziaria relativa alla compartecipazione sociale a carico degli utenti e/o Comuni.

Nelle tabelle che seguono, si rappresenta, per singolo setting assistenziale, una sintesi della programmazione delle nuove attivazioni nel triennio 2019-2021, con il relativo impatto economico-finanziario di competenza:

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Fabbisogno Posti Letto (A)	Fabbisogno Giornate erogabili (A1)	Offerta Attuale Posti Letto (B)	Offerta Attuale Giornate Erogate (B1)	Valore Economico 2018	Posti Letto da attivare (E) = (A) - (B)	Giornate da attivare (F) = (A1) - (B1)
Totale							
Adulti non autosufficienti	**10.754**	**2.828.517**	**1.937**	**357.145**	**19.585.647**	**8.817**	**2.471.372**
Residenziale	8.388	2.296.192	1.757	343.618	19.117.573	6.631	1.952.574
R3	**4.947**	**1.354.204**	**1.667**	**337.429**	**19.117.573**	**3.280**	**1.016.775**
Residenziale Alto carico - R3	-	*268.806*	-	*66.979*	*4.060.918*	-	*201.827*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*11.604*	-	*2.891*	*350.618*	-	*8.713*
Residenziale Medio carico - R3	-	*865.906*	-	*215.759*	*11.416.893*	-	*650.147*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*14.324*	-	*3.569*	*377.709*	-	*10.755*
Residenziale modulo Demenze	-	*191.802*	-	*47.792*	*2.858.890*	-	*144.010*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	*1.763*	-	*439*	*52.545*	-	*1.323*
R2 Estensiva	**2.151**	**588.784**	**-**	**-**	**-**	**2.151**	**588.784**
R2 estensiva al netto di ODC	*1.651*	*451.909*	-	-	-	*1.651*	*451.909*
Ospedale di Comunità (*)	*500*	*136.875*	-	-	-	*500*	*136.875*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	**108**	**29.439**	**-**	**-**	**-**	**108**	**29.439**
R2D	**538**	**147.196**	**-**	**-**	**-**	**538**	**147.196**
R1	**295**	**80.756**	**-**	**-**	**-**	**295**	**80.756**
SUAP	**350**	**95.813**	**90**	**6.189**	**-**	**260**	**89.624**
Semiresidenziale	2.366	532.325	180	13.527	468.074	2.186	518.798
Centro Diurno Anziani	**2.043**	**459.736**	**150**	**3.415**	**110.874**	**1.893**	**456.320**
Centro Diurno per Demenze	**323**	**72.590**	**30**	**10.112**	**357.200**	**293**	**62.478**
Disabilità	**5.128**	**1.403.691**	**2.001**	**427.520**	**48.826.014**	**3.127**	**976.171**
Residenziale	2.214	606.139	1.172	306.443	26.622.673	1.042	299.696
RD3	**1.923**	**526.384**	**1.172**	**306.443**	**26.622.673**	**751**	**219.941**
Residenziale Alto carico - RD3	-	*278.832*	-	*162.327*	*15.434.309*	-	*116.505*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*356*	-	*207*	*28.161*	-	*149*
Residenziale Medio carico - RD3	-	*246.346*	-	*143.414*	*11.105.475*	-	*102.932*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*850*	-	*495*	*54.728*	-	*355*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	**291**	**79.755**	**-**	**-**	**-**	**291**	**79.755**
Semiresidenziale	2.913	797.551	829	121.077	22.203.341	2.084	676.474
Centro Diurno	**2.913**	**797.551**	**829**	**121.077**	**22.203.341**	**2.084**	**676.474**
Salute Mentale	**3.550**	**935.040**	**3.247**	**852.435**	**96.957.368**	**303**	**82.605**
Residenziale	2.528	692.040	2.232	611.010	70.296.871	296	81.030
SIR	**1.309**	**358.339**	**1.263**	**345.746**	**59.225.900**	**46**	**12.593**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	*44.792*	-	*43.218*	*8.476.834*	-	*1.574*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	*134.377*	-	*129.655*	*22.906.121*	-	*4.722*
SRP3_Residenziale estensiva	-	*179.169*	-	*172.873*	*27.842.946*	-	*6.296*
Comunità Alloggio (compartecipato)	**1.175**	**321.656**	**925**	**253.219**	**8.981.163**	**250**	**68.438**
Semiresidenziale	1.080	243.000	1.073	241.425	26.660.498	7	1.575
Centro Diurno Psichiatrico	**1.022**	**229.950**	**1.015**	**228.375**	**25.746.998**	**7**	**1.575**
Hospice	**291**	**79.661**	**154**	**42.158**	**10.630.014**	**137**	**37.504**
Hospice	291	79.661	154	42.158	10.630.014	137	37.504
Dipendenze Patologiche	**1.355**	**344.509**	**575**	**151.264**	**9.129.551**	**780**	**193.245**
Residenziale	813	222.559	449	122.914	8.064.401	364	99.645
Residenziale Terapeutico	*284*	*77.745*	*401*	*109.774*	*7.354.841*	- *117*	- *32.029*
Residenziale Pedagogica	*106*	*29.018*	*48*	*13.140*	*709.560*	*58*	*15.878*
Accoglienza residenziale	*195*	*53.381*	-	-	-	*195*	*53.381*
Minore TD residenziale	*24*	*6.570*	-	-	-	*24*	*6.570*
Doppia diagnosi residenziale	*163*	*44.621*	-	-	-	*163*	*44.621*
Minore doppia diagnosi residenziale	*32*	*8.760*	-	-	-	*32*	*8.760*
Madre bambino residenziale	*9*	*2.464*	-	-	-	*9*	*2.464*
Semiresidenziale	542	121.950	126	28.350	1.065.150	416	93.600
Semiresidenziale Terapeutico	*191*	*42.975*	*78*	*17.550*	*719.550*	*113*	*25.425*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	*71*	*15.975*	*48*	*10.800*	*345.600*	*23*	*5.175*
Accoglienza semiresidenziale	*131*	*29.475*	-	-	-	*131*	*29.475*
Minore TD semiresidenziale	*17*	*3.825*	-	-	-	*17*	*3.825*
Doppia diagnosi semiresidenziale	*109*	*24.525*	-	-	-	*109*	*24.525*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	*23*	*5.175*	-	-	-	*23*	*5.175*
Riabilitazione	**2.331**	**643.188**	**3.540**	**722.599**	**269.818.685**	**462**	**129.349**
Residenziale estensiva	1.282	350.923	820	221.574	34.248.576	462	129.349
Residenziale Alto	-	*148.922*	-	*94.030*	*16.497.414*	-	*54.892*
Residenziale Medio	-	*92.263*	-	*58.255*	*8.368.553*	-	*34.008*
Residenziale Base	-	*109.738*	-	*69.289*	*9.382.610*	-	*40.449*
Semiresidenziale estensiva	1.049	287.119	2.720	495.878	16.396.108	- 1.671	- 208.759
Semiresidenziale - Alto livello	-	*75.606*	-	*130.579*	*4.930.598*	-	- *54.972*
Semiresidenziale - Medio livello	-	*211.512*	-	*365.299*	*11.465.510*	-	- *153.787*
Assistenza Domiciliare	**-**	**-**	**-**	**-**	**120.631.882**	**-**	**-**
CIA 1	-	-	-	-	15.658.500	-	-
CIA 2	-	-	-	-	61.988.916	-	-
CIA 3	-	-	-	-	10.144.751	-	-
CIA 4	-	-	-	-	32.839.715	-	-

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 94 - Posti letto e giornate da attivare sulla base del fabbisogno e dell'offerta attuale

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Posti Letto 2019	Posti Letto 2020	Posti Letto 2021	Giornate 2019	Giornate 2020	Giornate 2021	Valore Economico Cumulato al 2019 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2020 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2021 (€/000)
Totale	-	**2.018**	**2.719**	-	**546.626**	**753.442**	**6.219.681**	**59.177.651**	**132.577.088**
Adulti non autosufficienti	-	**1.323**	**1.763**	-	**345.759**	**477.643**	-	**30.159.754**	**72.035.903**
Residenziale	-	995	1.326	-	267.939	373.883	-	27.606.533	66.078.385
R3	-	**492**	**656**	-	**152.516**	**203.355**	-	**8.641.047**	**20.162.443**
Residenziale Alto carico - R3	-	-	-	-	*30.274*	*40.365*	-	*1.835.515*	*4.282.867*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.307*	*1.743*	-	*158.478*	*369.781*
Residenziale Medio carico - R3	-	-	-	-	*97.522*	*130.029*	-	*5.160.378*	*12.040.882*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.613*	*2.151*	-	*170.723*	*398.353*
Residenziale modulo Demenze	-	-	-	-	*21.602*	*28.802*	-	*1.292.204*	*3.015.143*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	-	-	-	*199*	*265*	-	*23.750*	*55.416*
R2 Estensiva	-	**248**	**380**	-	**67.786**	**104.069**	-	10.235.744	25.252.153
R2 estensiva al netto di ODC	-	*248*	*330*	-	*67.786*	*90.382*	-	*10.235.744*	*23.883.403*
Ospedale di Comunità (*)	-	-	*50*	-	-	*13.688*	-	-	*1.368.750*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	-	-	**11**	-	-	**2.944**	-	-	294.392
R2D	-	**81**	**108**	-	**22.079**	**29.439**	-	**3.819.738**	**8.912.721**
R1	-	**44**	**59**	-	**12.113**	**16.151**	-	**2.327.234**	**5.430.212**
SUAP	-	**39**	**52**	-	**13.444**	**17.925**	-	**2.582.770**	**6.026.463**
Semiresidenziale	-	328	437	-	77.820	103.760	-	2.553.222	5.957.518
Centro Diurno Anziani	-	**284**	**379**	-	**68.448**	**91.264**	-	**2.222.166**	**5.185.055**
Centro Diurno per Demenze	-	**44**	**59**	-	**9.372**	**12.496**	-	**331.055**	**772.463**
Disabilità	-	**425**	**596**	-	**134.462**	**187.259**	-	**8.287.500**	**22.288.440**
Residenziale	-	113	179	-	32.991	51.964	-	2.777.717	9.432.279
RD3	-	**113**	**150**	-	**32.991**	**43.988**	-	**2.777.717**	**7.956.809**
Residenziale Alto carico - RD3	-	-	-	-	*17.476*	*23.301*	-	*1.610.362*	*3.757.511*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*22*	*30*	-	*2.938*	*6.856*
Residenziale Medio carico - RD3	-	-	-	-	*15.440*	*20.586*	-	*1.158.706*	*2.703.648*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*53*	*71*	-	*5.710*	*13.324*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	-	-	**29**	-	-	**7.976**	-	-	1.475.470
Semiresidenziale	-	313	417	-	101.471	135.295	-	5.509.783	12.856.160
Centro Diurno	-	**313**	**417**	-	**101.471**	**135.295**	-	**5.509.783**	**12.856.160**
Salute Mentale	-	**45**	**61**	-	**12.391**	**16.521**	-	**714.298**	**1.666.695**
Residenziale	-	44	59	-	12.155	16.206	-	687.663	1.604.547
SIR	-	**7**	**9**	-	**1.889**	**2.519**	-	**323.562**	**754.978**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	-	-	-	*236*	*315*	-	*46.310*	*108.058*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	-	-	-	*708*	*944*	-	*125.140*	*291.994*
SRP3_Residenziale estensiva	-	-	-	-	*944*	*1.259*	-	*152.111*	*354.926*
Comunità Alloggio (compartecipato)	-	**38**	**50**	-	**10.266**	**13.688**	-	**364.101**	**849.569**
Semiresidenziale	-	1	1	-	236	315	-	26.635	62.148
Centro Diurno Psichiatrico	-	**1**	**1**	-	**236**	**315**	-	**26.635**	**62.148**
Hospice	-	**21**	**27**	**0**	**5626**	**7501**	-	**1.418.486**	**3.309.800**
Hospice	-	21	27	-	5.626	7.501	-	1.418.486	3.309.800
Dipendenze Patologiche	-	**135**	**179**	-	**28.987**	**38.649**	-	**2.257.225**	**5.266.858**
Residenziale	-	72	96	-	14.947	19.929	-	1.510.717	3.525.006
Residenziale Terapeutico	-	-	-	-	- *4.804*	- *6.406*	-	- *321.889*	- *751.074*
Residenziale Pedagogica	-	*9*	*12*	-	*2.382*	*3.176*	-	*128.608*	*300.085*
Accoglienza residenziale	-	*29*	*39*	-	*8.007*	*10.676*	-	*646.580*	*1.508.688*
Minore TD residenziale	-	*4*	*5*	-	*986*	*1.314*	-	*103.596*	*241.723*
Doppia diagnosi residenziale	-	*24*	*33*	-	*6.693*	*8.924*	-	*748.901*	*1.747.435*
Minore doppia diagnosi residenziale	-	*5*	*6*	-	*1.314*	*1.752*	-	*162.174*	*378.406*
Madre bambino residenziale	-	*1*	*2*	-	*370*	*493*	-	*42.747*	*99.744*
Semiresidenziale	-	62	83	-	14.040	18.720	-	746.508	1.741.852
Semiresidenziale Terapeutico	-	*17*	*23*	-	*3.814*	*5.085*	-	*156.364*	*364.849*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*24.840*	*57.960*
Accoglienza semiresidenziale	-	*20*	*26*	-	*4.421*	*5.895*	-	*188.566*	*439.988*
Minore TD semiresidenziale	-	*3*	*3*	-	*574*	*765*	-	*39.325*	*91.758*
Doppia diagnosi semiresidenziale	-	*16*	*22*	-	*3.679*	*4.905*	-	*271.455*	*633.395*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*65.958*	*153.902*
Riabilitazione	-	**69**	**92**	-	**19.402**	**25.870**	-	**669.290**	**1.561.676**
Residenziale estensiva	-	69	92	-	19.402	25.870	-	3.137.139	7.319.990
Residenziale Alto	-	-	-	-	*8.234*	*10.978*	-	*1.511.148*	*3.526.012*
Residenziale Medio	-	-	-	-	*5.101*	*6.802*	-	*766.552*	*1.788.621*
Residenziale Base	-	-	-	-	*6.067*	*8.090*	-	*859.439*	*2.005.357*
Semiresidenziale estensiva	- 50	- 347	- 700	-	- 31.314	- 41.752	-	- 2.467.849	- 5.758.314
Semiresidenziale - Alto livello	-	-	-	-	- *8.246*	- *10.994*	-	- *742.126*	- *1.731.626*
Semiresidenziale - Medio livello	-	-	-	-	- *23.068*	- *30.757*	-	- *1.725.723*	- *4.026.687*
Assistenza Domiciliare	-	-	-	**0**	**0**	**0**	**6.219.681**	**15.671.099**	**26.447.716**
CIA 1	-	-	-	-	-	-	2.428.865	6.683.212	10.408.048
CIA 2	-	-	-	-	-	-	2.137.651	4.613.764	7.208.635
CIA 3	-	-	-	-	-	-	1.131.496	1.997.983	4.600.423
CIA 4	-	-	-	-	-	-	521.669	2.376.140	4.230.610

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 95 - Valorizzazione dell'impatto economico nel triennio 2019-2021

A sostegno dello sviluppo del sistema socio-sanitario secondo le linee descritte nei paragrafi precedenti, la Regione garantirà la erogazione delle prestazioni tramite sia strutture pubbliche che soggetti privati accreditati.

In particolare, in riferimento alle risorse umane necessarie a garantire l'assistenza territoriale pubblica programmata, il fabbisogno sarà totalmente soddisfatto attraverso l'attuazione del Piani triennali del Fabbisogno di personale, come già previsti nel Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 19.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Nel medio-lungo periodo le risorse economico-finanziarie necessarie al completo sviluppo ed al mantenimento sostenibile dell'assistenza territoriale campana, dovranno essere recuperate attraverso un graduale "spostamento" delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio.

Nel breve periodo, si attingerà a fonti di finanziamento dedicate, quale quota parte del fondo per il potenziamento dei LEA, e dai processi di riconversione dei PL delle strutture private socio-sanitarie, così come programmati. Con riguardo alla prima fonte di finanziamento si fa riferimento, segnatamente, al **Fondo per il potenziamento dei LEA:** considerando le risorse presenti nello stato patrimoniale 2018, al netto delle risorse da destinare a specifiche ulteriori attività di potenziamento LEA, risultano disponibili ca. 170 €/mln.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 94 DEL 21.11.2019

OGGETTO: Approvazione del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191".
Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 99 del 14 dicembre 2018.

VISTA
la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA
l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA
la delibera della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 - *"Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";*

VISTA
la delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

VISTA

la delibera del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR campano, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e *ss.mm.ii*.;

VISTA
la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

PREMESSO
a) che, la Regione, a prosecuzione degli interventi già definiti nel Piano di rientro di cui alla DGRC 460/2007, ha sviluppato i Programmi Operativi di riorganizzazione quali Patti aggiornati tra Regione e Governo per l'ulteriore implementazione delle azioni programmate e riferite alle seguenti annualità:
   - 2010-2011 (con DCA 25 del 13 aprile 2010);
   - 2011-2012 (con DCA 45 del 20 giugno 2011) e aggiornamento 2012 (con DCA 53 del 9 maggio 2012);
   - 2013-2015 (con DCA 108 del 10 ottobre 2014);
   - 2016-2018 (con DCA 14 del 1 marzo 2017);

b) che, durante l'esercizio del commissariamento, le verifiche trimestrali effettuate con i Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute hanno attestato progressivamente il miglioramento delle attività contabili e sanitarie e che, in particolare, nel periodo 2016/2018 si è raggiunta una consolidata stabilizzazione contabile ed una marcata crescita per gli indicatori che misurano i processi assistenziali;

VISTO l'art. 2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 che disciplina il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria per le Regioni in piano di rientro, già commissariate;

CONSIDERATO
a) che, ai sensi della normativa citata e per quanto sopra esposto, la Regione ha adottato, con il DCA 99 del 14 dicembre 2018, il documento "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191" che definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento e che individua le seguenti direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione per il prossimo triennio 2019-2021:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

- Mantenimento dell'equilibrio economico
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale)
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio
- Arruolamento e formazione continua del personale
- Riduzione della mobilità passiva

b) che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, con il verbale della riunione congiunta del 11 aprile 2019, ha chiesto di ricevere in preventiva valutazione un *"documento più approfondito e meglio strutturato che contempli in modo chiaro gli interventi organizzativi e le strategie concrete mediante le quali si intende perseguire gli obiettivi indicati"*;

c) che con nota 1374/C del 04.07.2019 è stata trasmessa al Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza una versione aggiornata ed emendata del citato "Piano triennale di sviluppo e riqualificazione del Servizio sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191", in aderenza alle richieste di cui al richiamato verbale della riunione congiunta del 11 aprile 2019;

d) che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, con il verbale della riunione congiunta del 25 luglio 2019, ha chiesto di apportare al documento programmatico ulteriori modifiche ed aggiornamenti, anche al fine di aggiornarlo "*nelle date di scadenze ormai trascorse e con i provvedimenti adottati formalmente e con i dati economici del 2018 ormai consolidati*";

e) che con nota 2103/C del 31.10.2019 è stata trasmessa al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza una versione ulteriormente aggiornata, alla luce dei rilievi di cui sopra, del "Piano triennale di sviluppo e riqualificazione del Servizio sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191";

RILEVATO

che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nella riunione congiunta del 13 novembre 2019, ha espresso parere favorevole in merito al Piano triennale nel testo inviato con nota 2103/C del 31.10.2019, con il dettato puntuale di talune minime prescrizioni;

VISTO

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

il documento allegato al presente decreto, che recepisce integralmente le prescrizioni dettate in sede di riunione congiunta del 13 novembre 2019 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza;

RITENUTO

di dover approvare l'indicato documento, così come concordato nella citata riunione del 13 novembre 2019, con decreto commissariale, quale atto conclusivo e definitivo del procedimento;

di dover inviare il presente provvedimento alla Giunta regionale per il relativo recepimento;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dagli uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del SSR

DECRETA

per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

di **APPROVARE** l'allegato "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, che definisce il percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale attraverso l'uscita dal commissariamento e che individua le seguenti direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione per il prossimo triennio 2019-2021:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Riduzione della mobilità passiva;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento:
- alla Giunta regionale per il competente recepimento;
- ai Ministeri affiancanti;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al finanziamento del servizio sanitario regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie del S.S.R. e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
e il Coordinamento del SSR
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 71 del 26 Novembre 2019

PARTE I Atti della Regione



REGIONE CAMPANIA

PIANO TRIENNALE 2019-2021

DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO EX ART. 2, COMMA 88, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191

[21 NOVEMBRE 2019] - ALLEGATO AL DCA 94/2019





fonte: http://burc.regione.campania.it

SOMMARIO

IL PERCORSO DI RISANAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO 5
Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009 5
L'avvenuto risanamento economico-finanziario 7
Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria 12

IL MODELLO DI SVILUPPO E DI RIQUALIFICAZIONE DEL SSR 14

1. PROGRAMMA 1: IL PAZIENTE AL CENTRO DEL SSR 15
1.1 Il paziente in età pediatrica 16
1.1.1 La fase preconcezionale 17
1.1.2 La fase prenatale 19
1.1.3 La tutela della nascita 20
1.1.4 I primi mille giorni e la presa in carico 22
1.1.5 L'età della transizione della presa in carico 23
1.2 Il paziente cronico e/o fragile 24
1.2.1 La presa in carico del paziente 25
1.2.2 Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS 28
1.2.3 Piano Regionale di Riorganizzazione delle cure primarie 29
1.2.4 I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali 31
1.2.5 L'assistenza domiciliare 35
1.2.6 La Salute Mentale 36
1.2.7 I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva 36
1.2.8 Le dipendenze patologiche 37
1.2.9 Le malattie rare 38
1.3 Il paziente oncologico 43
1.3.1 Implementazione delle reti oncologiche 44
1.3.2 Implementazione dei PDTA 49
1.3.3 Il paziente oncologico in età pediatrica 50
1.4 Il paziente acuto e post-acuto 51
1.4.1 Realizzazione del Piano ospedaliero 2019-2021 51
1.4.2 Adeguamento e sviluppo delle reti tempo-dipendenti 53
1.4.3 L'utilizzo appropriato della degenza post-acuta 55
1.4.4 Il sistema trasfusionale regionale 57

2. PROGRAMMA 2: LA SALUTE NELLE COMUNITÀ 61
2.1 La salute nella comunità 61
2.1.1 Monitoraggio interventi promozione alla salute 61

fonte: http://burc.regione.campania.it

2.1.2 La promozione della salute ... 62
2.1.3 La medicina di genere ... 63
2.1.4 La genitorialità consapevole ... 65
2.1.5 La salute nei luoghi di lavoro ... 67
2.1.6 La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria ... 70
2.1.7 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale ... 75
2.1.8 Mai più Terra dei fuochi: La nuova visione della Regione Campania ... 77

3. PROGRAMMA 3: LE LEVE STRATEGICHE DELLO SVILUPPO DEL SSR ... 80
3.1 Le politiche di prevenzione ... 80
3.1.1 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili ... 80
3.1.2 Prevenzione patologie oncologiche ... 83
3.1.3 Prevenzione malattie infettive e diffusive ... 86
3.2 La gestione e la valorizzazione delle risorse umane ... 88
3.2.1 I percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi ... 88
3.2.2 I fabbisogni di personale ... 89
3.2.3 Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa ... 90
3.2.4 Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative ... 92
3.2.5 Contenimento costi Specialisti ambulatoriali ... 94
3.3 Gli investimenti in sanità ... 94
3.3.1 Strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia ... 94
3.3.2 La valutazione di nuovi strumenti finanziari oltre il FSR ... 98
3.4 La politica del farmaco e dei dispositivi medici ... 100
3.4.1 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata 100
3.4.2 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie ... 101
3.4.3 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti ... 102
3.4.4 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari ... 103
3.4.5 Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata ... 104
3.4.6 Farmacia dei Servizi ... 104
3.4.7 Dispositivi medici ... 105
3.4.8 Il nuovo modello di logistica regionale ... 106
3.5 La gestione delle liste di attesa ... 106

4. PROGRAMMA 4: STRUMENTI PER LA QUALITÀ DEL SSR ... 109
4.1 Il setting assistenziale specialistico-ambulatoriale ... 109
4.2 La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore ... 110
4.3 La comunicazione sanitaria ... 114
4.4 La rete dei Laboratori di "Microbiologia e Virologia" ... 116
4.5 La rete della genetica medica ... 119

fonte: http://burc.regione.campania.it

5. PROGRAMMA 5: I RAPPORTI CON I FORNITORI DEL SSR 122
5.1 Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie 122
5.1.1 I Fabbisogni delle prestazioni sanitarie 122
5.1.2 Autorizzazioni ed accreditamenti 123
5.2 Tempestività dei pagamenti 125

6. PROGRAMMA 6: CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI DEL SSR 127

7. PROGRAMMA 7: MODELLO DI GOVERNANCE SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO129
7.1 Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale 129
7.2 Realizzazione del sistema Anagrafi Centrali Sanitarie e Creazione del Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA) 130
7.3 Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino 131
7.4 Analisi, Progettazione e implementazione del CUP regionale 132
7.5 Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale 133
7.6 Piattaforma di gestione dello screening oncologico 135
7.7 Sistema Informativo delle dipendenze e monitoraggio dell'assistenza riabilitativa ... 137
7.8 Cruscotti per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e del Pronto Soccorso 138
7.9 Cartella Clinica Elettronica - Hub per la fruizione dei dati clinico/sanitari nell'ecosistema SSR Campania e Catalogo CCE 139
7.9.1 Cartella Clinica Elettronica – Dashboard di supporto decisionale, moduli complementari e supporto alla diffusione 141

8. PROGRAMMA 8: L'INFORMAZIONE E L'AUDIT COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E INDIRIZZO 142

9. PROGRAMMA 9: GOVERNANCE PER IL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA 143
9.1 Assetto organizzativo del SSR 143
9.1.1 I driver fondamentali per lo sviluppo della sanità campana 143
9.1.2 La Governance regionale 143
9.1.3 Fotografia degli assetti istituzionali e modello proposto per la Regione Campania144
9.1.4 Governance delle Aziende sanitarie 148

TENDENZIALI 2019-2021 151

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il percorso di risanamento del Servizio Sanitario campano

Tempi e procedura per il passaggio dalla gestione straordinaria a quella ordinaria ex art. 2 comma 88 della L. 191/2009

Il Commissariamento delle Regioni in materia sanitaria, previsto dall'art. 4 comma 1 del D.L. n. 159/2007, convertito con Legge n. 222/2007, esprime il potere sostitutivo del Governo verso una Regione inadempiente, esercitato attraverso un rappresentante del Governo stesso, nominato per l'attuazione delle clausole previste nel Piano di rientro. Tale potere sostitutivo è disciplinato dall'art. 120 della Costituzione, come modificato dalla Legge n. 3 del 2001, che riforma il Titolo V.

Il Piano di Rientro della Regione Campania fu sottoscritto nel marzo 2007 e recepito con DGRC n. 460 del 20.03.2007. In quel periodo 10 Regioni sottoscrissero un Accordo per Piani di Rientro e di esse, durante la vigenza triennale dello stesso, ne vennero commissariate 5, tra cui la Campania.

Le criticità rilevate nelle Regioni Commissariate erano attinenti ad un eccesso di spesa farmaceutica e di personale, di posti letto ospedalieri, all'inesistenza pressoché totale dei servizi territoriali, ad un elevato debito frutto di disavanzi pregressi, a indicatori di inappropriatezza di varia tipologia ed assenza di qualsivoglia sistema di monitoraggio e controllo che fosse efficace.

Il Piano di Rientro per la Campania prevedeva dettagliate indicazioni vincolanti a carico della Regione, ed in particolare, tra l'altro:

- Riduzione dei contratti per spesa farmaceutica e per beni e servizi pari al 5% per 3 anni;
- Blocco del turnover dal 75% al 90% del personale cessato dal servizio, secondo le categorie professionali e riconduzione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale alla media regionale.

Al termine del primo triennio le indicazioni disposte non risultarono adempiute, con la conseguenza della nomina commissariale, corredata di delega ad acta specifici, coerenti con l'intero Piano di rientro che venne riproposto come Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati (art. 2, comma 88 L. 191/2009). Si registrarono, altresì: l'aumento dell'aliquota massima di IRPEF e IRAP, il blocco totale delle assunzioni, il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

L'esercizio del Commissariamento negli anni successivi è stato dunque regolamentato da ulteriori Programmi Operativi che costituiscono il Patto aggiornato tra Regione e Governo per il perseguimento degli obiettivi di risanamento. Verifiche periodiche effettuate con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno attestato progressivamente il miglioramento delle attività contabili e sanitarie.

Negli ultimi due anni la Regione Campania ha potuto mostrare ai Tavoli Ministeriali una nuova attendibilità e credibilità in termini di programmazione ed esiti di salute, nel processo di risanamento contabile ed assistenziale. Il recupero nel periodo 2016/2018 è caratterizzato da una consolidata stabilizzazione economico-finanziaria e da una marcata crescita per gli indicatori che misurano i processi assistenziali.

Gli adempimenti LEA, da tempo fermi all'annualità 2012, sono stati recuperati dal novembre 2017 in poi, permettendo lo sblocco di fondi sanitari pari al 3% annuo del FSR, quale quota premiale rilasciata nella disponibilità della Regione solo a seguito della verifica nazionale in ordine agli avvenuti adempimenti. Le quote

fonte: http://burc.regione.campania.it

sbloccate nell'ultimo anno sono risultate 3, con ingresso di importanti risorse per una nuova disponibilità economica a garanzia dei LEA.

Di seguito si rappresenta l'andamento del risanamento economico e della griglia LEA nell'ultimo quinquennio.

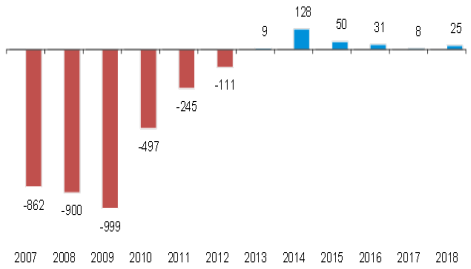


Figura 1: Risultati economici prima delle coperture anni 2007 - 2018 [€/mln]

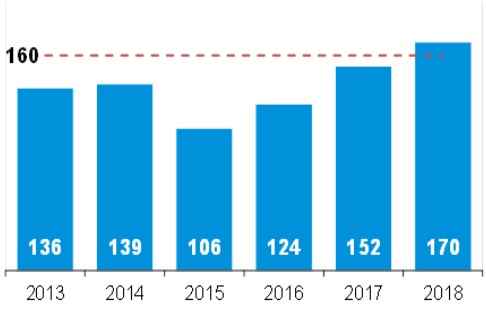


Figura 2: Evoluzione punteggio griglia LEA

I dati aggiornati e certificati al 2018 permettono alla Regione Campania di richiedere, come già verbalizzato nella seduta di verifica del 22.11.2018 e come motivato con il presente documento, l'applicazione dell'art. 2, comma 88 della Legge n. 191/2009 "***a seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale***".

Pertanto, il presente documento viene predisposto per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

L'avvenuto risanamento economico-finanziario

Con l'accordo con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, a norma dell'articolo 1, comma 180, Legge n. 311 del 2004, che prevedeva la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e/o di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), di elaborare e sottoscrivere un Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, la Regione Campania ha avviato un percorso di risanamento del disavanzo sanitario volto in primis al perseguimento dell'equilibrio economico, oltre che al miglioramento nell'erogazione dei LEA.

La fase di avvio per il risanamento del disavanzo sanitario campano ha comportato non poche difficoltà soprattutto a livello di Governance, al punto da conseguire una valutazione insufficiente del grado di attuazione del Piano di Rientro da parte del Tavolo di Verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, con conseguente nomina da parte del Consiglio dei Ministri di un Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania.

Il commissariamento, preposto all'attuazione degli interventi già definiti con il piano di rientro, ha definito i programmi operativi quale strumento per l'implementazione delle azioni programmate. Nello specifico, nel corso degli anni sono stati predisposti i programmi operativi di riorganizzazione per le annualità 2010-2011, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 25 del 13 aprile 2010; i programmi operativi 2011-2012, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 45 del 20 giugno 2011, l'aggiornamento dei programmi operativi per l'esercizio 2012, approvati con decreto del Commissario ad acta per la sanità n. 53 del 9 maggio 2012, i programmi operativi 2013-2015 approvati con decreto n. 108 del 10 Ottobre 2014 ed i programmi operativi 2016-2018 approvati con decreto n. 14 del 1 Marzo 2017.

Il lungo ed impegnativo percorso di risanamento, razionalizzazione e riqualificazione fin qui compiuto ha portato il Servizio Sanitario Regionale, anche grazie all'efficacia dell'azione di affiancamento garantita in questi anni dai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute, a conseguire condizioni strutturali e durature di equilibrio economico.

La Regione Campania a partire dall'anno 2013 e fino al 2018, come certificato dai Tavoli di Verifica ministeriali, ha raggiunto una situazione strutturata di sostanziale equilibrio, riuscendo quindi nel difficile processo di risanamento dei propri conti e nella puntuale e tempestiva attuazione degli interventi di riequilibrio previsti dal piano.

Le azioni intraprese negli ultimi anni dalla Regione Campania e dalle Aziende Sanitarie, hanno consentito da un lato il raggiungimento dell'equilibrio economico e dall'altro il rafforzamento delle situazioni patrimoniali delle Aziende Sanitarie e del Consolidato regionale, in particolare, attraverso un'importante attività di sistemazione contabile che ha di fatto consentito un notevole miglioramento della qualità dei dati contabili.

Tra i risultati meritevoli di nota, in quanto rilevanti sia per la Regione che per le Aziende Sanitarie in termini di lavoro e tempo profuso per il perseguimento degli stessi, si rilevano:

- Le coperture integrate dalle partite pregresse degli Enti del SSR. Tale situazione è già rappresentata nel Bilancio al 31.12.2016;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- La strutturazione del processo di gestione del contenzioso in capo ai singoli Enti del SSR, che ha visto da un lato il completamento delle attività della Due Diligence del Fondo Rischi con conseguente ricognizione analitica del contenzioso in capo ai singoli Enti del SSR e relativa valutazione di congruità del fondo rischi al 31.12.2016 e dall'altro una gestione sistematica ed omogenea del contenzioso da parte dei singoli Enti attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica e di procedure di rilevazione e valutazione del contenzioso comune;
- Il ridimensionamento, quasi azzeramento, del fenomeno della mancata regolarizzazione delle carte contabili per pignoramenti passate da ca. 850.000 €/000 al 31.12.2009 a ca. 13.288 €/000 al 31.12.2018;
- Il completamento del processo di passaggio di tutti gli Enti del SSR campano al nuovo sistema informatico SAP previsto nell'ambito del progetto di cui l'ex art. 79 Legge n. 133/2008, che consentirà di fornire ulteriore impulso in termini sia di rafforzamento della struttura patrimoniale delle Aziende sia in termini di miglioramento della qualità dei dati contabili.

Anche dal punto di vista finanziario è notevole il miglioramento rilevato soprattutto nell'ultimo triennio, in termini di ridimensionamento del livello di indebitamento commerciale del SSR riportato a livelli fisiologici, con previsione d'ulteriore riduzione nel breve periodo. Tale ridimensionamento è riconducibile oltre che all'effetto delle maggiori disponibilità finanziarie garantite dall'anticipazione di liquidità (di cui al D.L. n. 35/2013) e dallo smobilizzo di quote di perdite pregresse, anche da incisive manovre di rivisitazione ed aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili, che hanno consentito di ridurre i tempi di inefficienza amministrativa con effetto anche sulla contrazione dei tempi di pagamento.

Con riferimento ai risultati economici consolidati del SSR campano degli anni 2007-2018, si evidenzia l'inversione di tendenza degli stessi a partire dall'anno 2013. Tale fenomeno è ancora più rilevante se si considera che a partire dall'esercizio 2014, i risultati positivi di gestione a livello consolidato, certificati anche dai Tavoli di Verifica, hanno consentito di liberare le quote di manovre fiscali a ripiano del disavanzo sanitario a favore del bilancio regionale.

Di seguito si riporta, sotto forma grafica, l'andamento delle principali voci di costo da Conto Economico per gli anni 2007-2018, dalla cui analisi si evince quanto finora esposto:

fonte: http://burc.regione.campania.it

a) Costo del Personale

Di seguito si riporta l'andamento delle consistenze di personale ed il relativo costo per gli anni 2007-2018:

ANDAMENTO TESTE DEL PERSONALE			
Nome Azienda	Teste 2007	Teste 2018	Δ 2007 - 2018
	A	B	C=B-A
ASL AVELLINO	2.347	1.564	-783
ASL BENEVENTO	1.617	1.081	-536
ASL CASERTA	6.046	4.524	-1.522
ASL NAPOLI 1 CENTRO	10.773	6.247	-4.526
ASL NAPOLI 2 NORD	4.158	3.418	-740
ASL NAPOLI 3 SUD	6.442	4.335	-2.107
ASL SALERNO	10.129	6.871	-3.258
AO CARDARELLI	3.783	2.923	-860
AO SANTOBONO	1.263	1.127	-136
AO COLLI	2.299	2.086	-213
AOU RUGGI	2.221	2.893	672
AO MOSCATI	1.655	1.566	-89
AO SAN PIO	1.355	1.266	-89
AO SAN SEBASTIANO	1.610	1.288	-322
AOU L. VANVITELLI	36	37	1
AOU FEDERICO II	39	520	481
IRCCS PASCALE	730	770	40
TOTALE	56.503	42.516	-13.987

Tabella 1: Andamento consistenze del personale

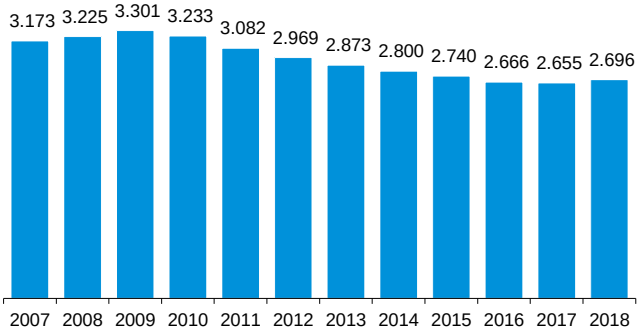


Figura 1: Costo Personale anni 2007 – 2018 [€/mln]

Come evidenziato in Figura 1, nel corso dell'ultimo decennio il costo del Personale del SSR campano si sia drasticamente ridotto, tale riduzione è imputabile al totale blocco del turn-over del personale a cui la Regione è stata sottoposta dall'anno 2010 fino all'anno 2014 in attuazione a quanto disposto in materia dalla Legge n. 191/2009, oltre che a misure regionali di contenimento dei costi applicati dalle Aziende Sanitarie nel corso degli ultimi anni sulle componenti accessorie di reddito.

b) Prodotti Farmaceutici

In Figura 2 si evidenzia il costo dei **Prodotti Farmaceutici** per gli anni 2007 – 2018:

Dal grafico è evidente il notevole incremento dei costi per prodotti farmaceutici a partire dall'anno 2015.

Tale incremento è riconducibile alla messa in commercio di nuovi farmaci sperimentali oncologici e per la cura dell'Epatite C, oltre che all'aumento della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e al potenziamento della distribuzione dei farmaci in PHT.

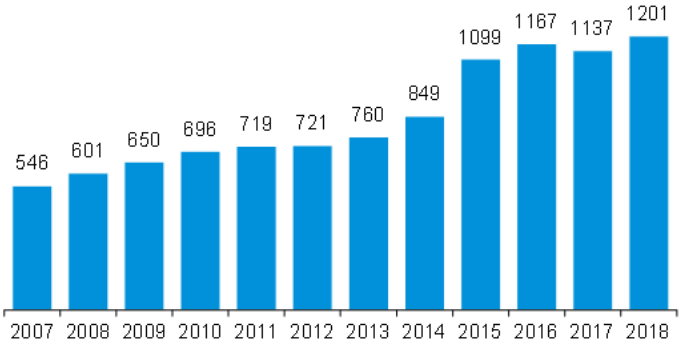


Figura 2: Prodotti farmaceutici anni 2007 - 2018 [€/mln]

c) Servizi sanitari e non sanitari

In Figura 3 si evidenzia il costo dei **Servizi non sanitari** per gli anni 2007-2018:

Il grafico mostra come dall'anno 2007 i costi sostenuti per beni e servizi si siano ridotti.

Tale riduzione è imputabile principalmente alle attività poste in essere dalle Aziende Sanitarie per la rinegoziazione dei contratti con conseguente riduzione dei prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, in applicazione del D.L. n. 78/2015 (Spending Review).

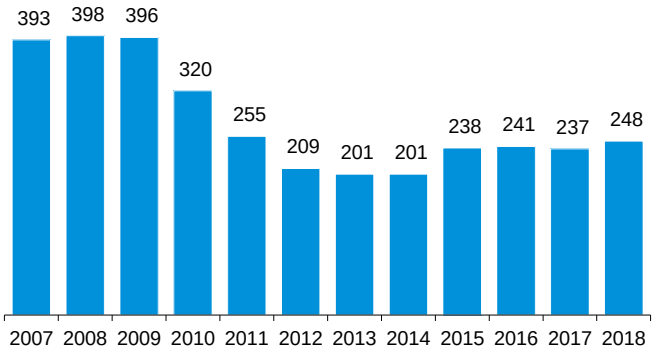


Figura 3: Servizi non Sanitari anni 2007 - 2018 [€/mln]

In Figura 4 si evidenzia il costo dei **Servizi sanitari** per gli anni 2007-2018:

Il grafico mostra un andamento crescente dei costi dei servizi sanitari, imputabile principalmente al ricorso a forme alternative di lavoro (ad es. prestazioni aggiuntive).

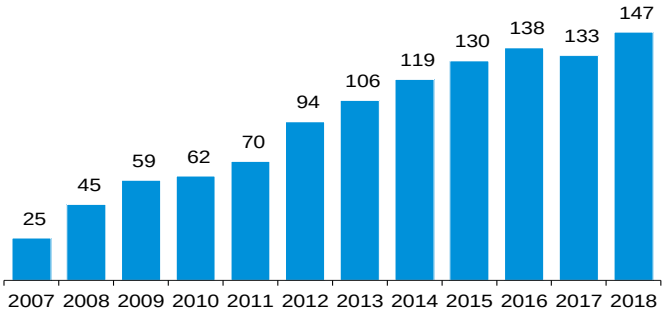


Figura 4: Servizi Sanitari anni 2007 – 2018 [€/mln]

fonte: http://burc.regione.campania.it

Con riferimento agli aspetti patrimoniali, si riporta di seguito l'andamento dell'indebitamento commerciale dagli anni 2007-2018.

In particolare, la Figura 5 mostra un sostanziale miglioramento dell'indebitamento commerciale soprattutto a partire dall'anno 2013.

Tale riduzione rappresenta l'effetto, in particolare per gli anni 2013-2014, delle azioni poste in essere in attuazione del D.L. n. 12/2011 e del D.L. n. 35/2013 convertito in legge n. 64/2013, oltre che delle attività di riconciliazione delle partite debitorie effettuate dalle singole Aziende del SSR, come ad esempio l'attività di regolarizzazione delle carte contabili.

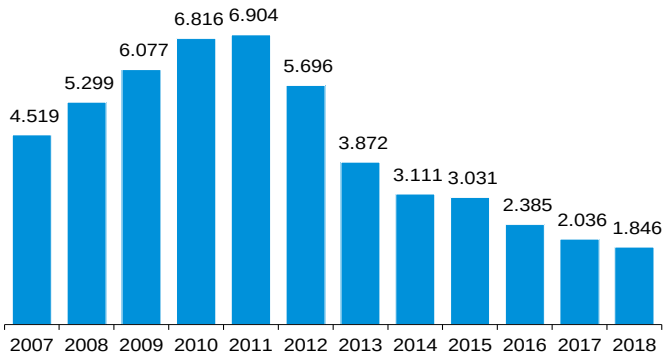


Figura 5: Costo Debiti verso Fornitori anni 2007 – 2018 [€/mln]

La contrazione dell'indebitamento commerciale ha quale primario effetto la riduzione dei tempi di pagamento, come rilevato dalla Piattaforma Crediti Commerciali (PCC).

In Figura 6 si evidenza l'andamento dei tempi medi di pagamento dei fornitori per gli anni 2015 – 2018 a livello consolidato di SSR.

Si precisa che i tempi medi sono stati calcolati in riferimento ai pagamenti relativi ai debiti sorti nell'anno di competenza.

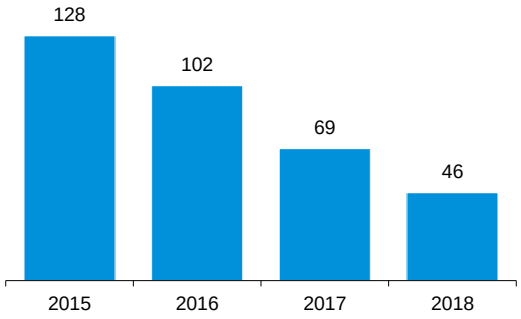


Figura 6: Tempi medi di pagamento anni 2015- 2018 (n. GG)

Codice AA.SS.	Descrizione	2015	2016	2017	2018
201	ASL AVELLINO	114	114	88	56
202	ASL BENEVENTO	95	95	69	58
203	ASL CASERTA	85	85	77	33
204	ASL NAPOLI 1 CENTRO	77	77	99	60
205	ASL NAPOLI 2 NORD	121	121	89	58
206	ASL NAPOLI 3 SUD	82	82	65	46
207	ASL SALERNO	82	82	43	47
901	AO CARDARELLI	122	122	136	49
902	AO SANTOBONO	93	93	34	13
903	AO DEI COLLI	100	100	46	42
904	AOU RUGGI	94	94	44	49
905	AO MOSCATI	18	18	16	41
906	AO RUMMO	205	205	80	44
907	AO SAN SEBASTIANO	91	91	97	53
908	AOU VANVITELLI	149	149	82	72
909	AOU FEDERICO II	100	100	52	42
910	IRCCS PASCALE	110	110	57	42

Tabella 2: Tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie Campane anni 2015 – 2018 – dati da PCC (Piattaforma crediti Commerciali)

Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria

Nel triennio 2019 – 2021 si rende necessario, nell'ambito del complesso processo di risanamento del Servizio Sanitario Regionale, proseguire l'azione di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Tale miglioramento è da perseguirsi attraverso la continua realizzazione di una serie articolata di obiettivi che vanno dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, alla sicurezza e alla appropriatezza dei percorsi diagnostici - terapeutici.

In tema di valutazione della qualità dell'assistenza un posto di rilievo occupano la Griglia LEA e gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE).

La Regione Campania continuerà, attraverso l'utilizzo degli strumenti innanzi descritti, a garantire e a migliorare sempre più la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), così come comprovato in questi ultimi anni nei quali si è registrato un superamento delle criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei LEA e degli adempimenti connessi al piano di rientro.

Nello stesso periodo la Regione Campania ha evidenziato un progressivo incremento della qualità dell'assistenza conseguendo risultati di miglioramento in una buona parte delle aree cliniche tradizionalmente critiche del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Tutto ciò anche grazie alla realizzazione di un cruscotto direzionale regionale che attraverso la raccolta di una serie di informazioni, opportunamente elaborate e rappresentate, consentono di leggere gli aspetti qualitativi connessi all'assistenza sanitaria, inclusi quelli dell'appropriatezza e di costo, e laddove possibile, degli outcome. La valenza di uno strumento "diagnostico", come il Cruscotto Regionale, è data dalla capacità di misurare tempestivamente il grado di qualità, efficienza ed equità con cui viene erogata l'assistenza sanitaria nella nostra Regione e di rilevare come le Aziende Sanitarie stiano rispondendo agli interventi strutturali messi in atto, finalizzati ad assicurare ai cittadini campani le migliori cure, orientando le decisioni di politica sanitaria sulla base delle evidenze.

In termini di assistenza, si registra un netto miglioramento per le annualità 2016-2018, rilevabile attraverso i punteggi raggiunti in termini di Griglia LEA. Nello specifico, la Regione Campania è passata da un punteggio in Griglia LEA pari a 124 per l'annualità 2016, ad un punteggio pari a 152 rilevabile per l'annualità 2017 e pari a 170 nel 2018.

Nello specifico, il monitoraggio in tempo reale, effettuato attraverso il Cruscotto Direzionale Regionale, consente di rilevare dei consistenti miglioramenti per gli indicatori relativi all'assistenza ospedaliera e agli indicatori relativi all'appropriatezza dei ricoveri.

Il Cruscotto Direzionale, nelle disponibilità della Regione, transiterà nel sistema informativo SINFONIA (Cfr. Programma 7).

Si riporta di seguito l'andamento della griglia LEA del triennio 2016-2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Indicatore			Dato 2016	Dato 2017	Dato 2018
N. ind.	Livello di assistenza	Definizione	Punteggio finale	Punteggio finale	Punteggio finale
1	Prevenzione	1.1 Vaccini (3 dosi)	6	9	9
		1.2 Vaccini (1 dose)	0,9	1,8	1,8
		1.3 Vaccinati per influenza età >= a 65 anni residenti	0,6	0,6	1,2
2	Prevenzione	Screening di primo livello per cervice, mammella e colon retto	0	0	0
3	Prevenzione	3.1 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	na	na	na
		3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	5,4	5,4	5,4
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	3,6	3,6	3,6
5	Prevenzione veterinaria e alimentare	5.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	1,2	0	0
		5.2 Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina	0	2,4	2,4
		5.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	0,9	0,6	0
6	Prevenzione veterinaria e alimentare	6.1 Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal PNR	2,7	2,7	2,7
		6.2 Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione di alimenti	0	0	0
		6.3 Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali; percentuale dei campioni previsti	0,9	0,9	1,8
7	Distrettuale	Condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario	na	0	0
		7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	3,54	3,54	5,28
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco	3,54	5,31	5,28
8	Distrettuale anziani	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	21,15	21,15	21,12
9	Distrettuale anziani	9.1 Posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali	3,51	3,51	3,52
		9.2 Posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali	0,87	0,87	0,88
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	1,77	1,77	0
		10.1.2 Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	3,15	3,15	3,17
		10.2.1 Posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili	0	0	0
		10.2.2 Posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili	1,08	1,08	1,06
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	4,41	4,41	13,2
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	3	3	4,5
13	Distrettuale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	5,31	5,31	5,28
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	10,53	10,53	10,56
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	9	13,5	13,5
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	3	6	6
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0	1,5	1,5
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	na	na	0
17	Ospedaliera	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	7,5	15	22,5
18	Ospedaliera	18 Percentuale parti cesarei primari	4,5	na	0
		18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	na	3	3
		18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	na	1,5	1,5
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	5,49	5,49	5,5
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	4,5	9	9
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	6	6	6
			124	**152**	**170**

Tabella 3: Griglia LEA

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il modello di sviluppo e di riqualificazione del SSR

Il presente Piano esplicita l'avvio di un percorso che conduce gradualmente la Regione Campania a riportare al suo interno i poteri di programmazione sanitaria, attraverso l'uscita dal commissariamento.

A tal fine la Regione Campania in ottemperanza alle normative nazionali e alle disposizioni dei Ministeri affiancanti in sede di Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha già trasmesso la proposta di riorganizzazione della Rete Ospedaliera dell'Emergenza Urgenza in adesione al D.M. n. 70/2015, nel rispetto degli standard nazionali.

Nel triennio 2019-2021 la Regione Campania intende proseguire nel modello di verifica e controllo trimestrale, così come condotto finora dai Ministeri affiancanti, per uno stretto monitoraggio degli indicatori economico-finanziari e sanitari, facendo proprio il sistema finora condiviso con i Ministeri, con uguale rigore metodologico e periodicità prestabilita.

I principi ispiratori del presente Piano, predisposto nel 40' anniversario della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sono rappresentati da forti valori fondanti, quali universalità e solidarietà, resi coerenti con l'attuale situazione epidemiologica regionale, orientata a nuovi bisogni e supportata da nuove offerte assistenziali, soddisfacendo nuovi indicatori di qualità, e rimanendo nell'alveo del contenimento e del rigore della gestione economica - finanziaria già dimostrati.

I driver fondamentali su cui sviluppare la sanità campana nel prossimo triennio 2019-2021 sono:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano Esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione di reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Riduzione della mobilità passiva.

fonte: http://burc.regione.campania.it

1. Programma 1: Il paziente al centro del SSR

Il nuovo paradigma intorno al quale ruota l'intero Piano 2019-2021 è costituito dal "Paziente al Centro del Sistema", paziente/cittadino che diventa il fattore chiave per migliorare l'intero sistema sanitario regionale.

L'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione ai suoi bisogni, ai suoi valori a garanzia delle decisioni cliniche prese in suo favore. Solo seguendo questo modello e programmando il sistema intorno al paziente, la Regione Campania consoliderà percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione che rispettino l'interesse di salute del paziente, capaci di esprimersi nel tempo come miglioramento di outcome in termini di qualità di vita, sopravvivenza, accompagnandosi per l'amministrazione ad una appropriatezza di spesa ed un costante equilibrio finanziario.

Questo presupposto richiede un complessivo riorientamento di condizioni organizzative, dotazioni tecnologiche e logistiche, azioni di monitoraggio e valutazione che saranno coerenti ed efficaci, pur nei diversi setting e nelle multiformi complessità, solo se avranno tutte, al centro, il paziente.

"Il paziente al centro" non è una scelta di maniera o solo una proclamazione di intenti ma costituisce il presupposto per un impianto di sistema strutturato e ridisegnato con coerenza e corrispondenza, e deve essere riproposto in tutte le determinazioni e gli atti che la Regione Campania assumerà d'ora in poi, a partire dall'individuazione dei propri obiettivi, a cascata calati sulle Dirigenze aziendali chiamate alla operatività.

Il cambio di paradigma appare tuttavia una necessità di sistema, anche a livello nazionale, necessario per affrontare le sfide che si profilano per l'intero SSN, derivate dalle transizioni in corso. E' sempre più evidente infatti che anche nel Sistema Sanitario Nazionale c'è un mutamento di prospettiva: da una focalizzazione di programmazione basata sulle strutture fisiche (ospedali, ambulatori, etc.) si procede da più parti verso modelli basati su percorsi, continuità dell'assistenza, orientati a gruppi di patologie. Di fronte al fenomeno ormai pluriennale delle risorse finanziarie stanziate per il Welfare, che vedono quelle dedicate al SSN in lento ma costante decremento (sono scivolate dal 24% della spesa totale nel 2010 al 21,9% nel 2016, mentre la spesa assistenziale passa dall'8% del 2010 al 10% del 2016), la forte spinta della spesa per long-term care (LTC), che comprende tutte le forme di cura della persona e di assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati di natura continuativa, richiede necessariamente interventi di natura riorganizzativa. In questo quadro di contingentamento delle risorse disponibili, emergono crescenti criticità nell'accesso ai servizi di fronte alle transizioni in corso nel panorama sanitario campano che hanno generato un disequilibrio di sistema:

- La transizione demografica con un quadro epidemiologico in cambiamento per la crescita costante dell'età media degli italiani e dei campani, con un progressivo incremento delle cronicità anche per patologie prima circoscritte all'ambito delle acuzie (come ad esempio alcune malattie infettive o quelle oncologiche), non accompagnato ad un miglioramento della qualità di vita;
- La transizione tecnologica con l'immissione continua sul mercato di farmaci, tecnologie e dispositivi diagnostici e terapeutici sempre più costosi, seppure efficaci, che necessitano di stringenti procedure di HTA per la valorizzazione dell'impatto di efficacia e della concomitante sostenibilità del sistema;
- La transizione informatica, anello indispensabile di congiunzione dei sistemi nel SSR, ancora in perfezionamento e in valorizzazione per il necessario utilizzo quotidiano nei processi di programmazione e di management e per un accesso fruibile del cittadino.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La reingegnerizzazione del SSR deve dunque tener conto delle tipologie di pazienti che richiederanno servizi e prestazioni nel prossimo futuro e delle mutazioni delle infrastrutture di sistema che contestualmente dovranno sorreggerne lo sviluppo.

È con questa premessa che va letto e interpretato il presente Piano, nel quale ogni cittadino troverà la propria collocazione nel SSR e la risposta ai propri bisogni, ricostruita in processi di cura predefiniti, rispondenti alle più moderne evidenze scientifiche, arricchiti di multidisciplinarietà e multidimensionalità tali da rendere efficiente ma praticabile il sistema. In tale sistema le reti professionali, cliniche, assistenziali, diagnostiche e terapeutiche sono la base su cui progredire e risanare, per voltare pagina e riprendersi una capacità di programmare il proprio futuro, nella certezza di poter esercitare le scelte a cui un governo regionale è chiamato per propria natura e per mandato conferito dal popolo stesso. E per la tipologia della popolazione a cui rispondere, si privilegia la difesa del principio universalistico di questo SSR, coniugato alla progressione nella innovazione per contrastare viaggi della speranza (o peggio il fenomeno della mobilità passiva) e alla capacità di gestire l'inesorabile invecchiamento che appesantisce il welfare e le famiglie.

"Il paziente al centro" diventa una modalità di pensiero, diventa la via d'uscita ai problemi ed ai quesiti quotidiani, diventa mood aggregatore universale.

Le classificazioni che seguono sono state prescelte proprio in considerazione delle diverse tipologie di pazienti che affollano le nostre strutture e che vengono accolte in quanto orientate dal problema e non dal luogo di esercizio sanitario. Aggregazioni di problematicità permettono una ricostruzione di attività per complessità e intensità di cure, più che per monospecialità, dal momento che siamo convinti che la medicina non è un'arte solitaria ma da professare in team.

1.1 Il paziente in età pediatrica

Il minore è il soggetto con età fino a diciotto anni (Convenzione di New York per i Diritti del Fanciullo del 1989, come ratificata con la Legge 27 maggio 1991, n. 176) e ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di poter accedere a cure sanitarie dedicate ed appropriate ai suoi bisogni, condizione essenziale in tutte le fasi della vita, in particolare per l'età evolutiva.

Il riconoscimento della "specificità pediatrica" nell'ordinamento sanitario si basa sulla peculiarità del bisogno del bambino e delle sue malattie, che anche prevede un forte e pieno coinvolgimento della famiglia nella relazione di cura.

Le migliorate condizioni di vita instauratesi progressivamente a partire dal dopoguerra, unitamente ad alcuni indiscutibili progressi nel campo della medicina, sono stati responsabili di un sostanziale cambiamento nelle patologie più frequentemente causa di morbosità e mortalità in età pediatrica, con la drastica riduzione di casi gravi associati a patologie infettive/parassitarie, malattie respiratorie e gastroenteriche.

Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria delle cure primarie (cura delle patologie acute non complesse che pure rimangono causa frequente di consultazione) sono dunque emerse nuove priorità nell'assistenza primaria:

- Minori con patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse. L'aumento della sopravvivenza di neonati altamente pretermine (<32 sett. di età gestazionale), il miglioramento della assistenza specialistica per i bambini con patologia grave e il maggiore passaggio in cura dall'ospedale all'area delle cure primarie, sono alla base di questo fenomeno;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Minori con disturbi del neuro-sviluppo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto in età adolescenziale.

Questi pazienti rappresentano ormai il “core” dell’attività territoriale, impegnano risorse economiche sempre più ingenti e richiedono la definizione di linee guida e percorsi ad hoc progettati per la loro assistenza.

La migrazione sanitaria in età evolutiva, rappresenta per la Regione un fenomeno rilevante da contrastare.

E’ dunque fondamentale ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche nell’infanzia attraverso lo sviluppo di centri aziendali interdisciplinari al fine di offrire ai bambini e alle loro famiglie le migliori cure non solo tecniche ma anche “relazionali ed educative” nel luogo più vicino alla loro abitazione, potenziare la/le struttura ospedaliera pediatrica regionale come centro di riferimento capace di dare risposte ai piccoli pazienti con patologie ad elevata complessità.

La Regione Campania, per il triennio 2019-2021 si è data i seguenti obiettivi:

- L'integrazione tra ospedale e territorio valorizzando adeguatamente le attività distrettuali, in connessione con quelle ospedaliere, tramite lo sviluppo e la condivisione tra professionisti di percorsi assistenziali integrati (rete delle malattie croniche in età evolutiva), attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale;
- L’assistenza territoriale necessita quindi di essere rimodulata, per rispondere ai bisogni di cura dei bambini/adolescenti e per favorire l’adeguamento professionale e formativo del pediatra, degli infermieri e delle altre figure sanitarie inseriti nel percorso di cure al paziente pediatrico. Allo stesso modo è necessario definire una rete socio sanitaria che integri i consultori, i servizi sociali, la scuola (presa in carico e somministrazione dei farmaci a pazienti con malattie croniche) organizzata sulle esigenze del bambino e dell’adolescente;
- Promuovere ed adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a Linee Guida (SNLG) scientificamente validate, orientati all’appropriatezza e alla qualità delle prestazioni erogate, nonché ad implementare sistemi di monitoraggio delle attività per definire, attraverso l’individuazione di idonei indicatori, le ricadute clinico assistenziali delle attività stesse, la loro appropriatezza, efficacia, efficienza e sicurezza, in modo da rendere misurabili i volumi di attività delle Strutture e la qualità in ambito organizzativo, gestionale, professionale e tecnico.

Tutto questo si realizza attraverso l'area pediatrica e le sue specifiche fasi cioè l'ambiente in cui il sistema sanitario si prende cura del neonato, del bambino e dell'adolescente, costituito da strutture e personale con caratteristiche peculiari per l'età evolutiva (Progetto obiettivo materno-infantile G.U. 7.6.2000 n. 131).

1.1.1 La fase preconcezionale

La fase preconcezionale ha l’obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell’apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente.

La Regione Campania si prefigge l’obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.

Le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

La Regione Campania ha assegnato un finanziamento di 4.000 €/000/anno, alle Aziende Sanitarie Locali, per incrementare e riqualificare le attività consultoriali rivolte alla tutela della salute della donna, del bambino, dell'adolescente e della famiglia, con l'obiettivo di dare risposta rapida ai bisogni di salute. L'apertura di almeno uno spazio ad accesso diretto, senza richiesta del medico curante, consente ai giovani adulti la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale).

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni

- Numero di consultori che attivano spazi dedicati alla prevenzione nella fascia di età 20-34 anni/totali

b. Organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità

- Numero AASSLL che attivano un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni azienda

c. Promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare

- Numero di consultori che attivano un progetto di promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva all'interno degli spazi dedicati alla prevenzione

d. Garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia

- Numero di consultori che garantiscono l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

b. Entro Giugno 2020 - 25% delle AASSL
Entro Dicembre 2020 - 50% delle AASSLL
Entro Dicembre 2021 – 75% delle AASSLL

c. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

fonte: http://burc.regione.campania.it

d. Entro Giugno 2020 - 20% dei consultori
Entro Dicembre 2020 - 40% dei consultori
Entro Dicembre 2021 - 60% dei consultori

1.1.2 La fase prenatale

Le cure prenatali forniscono una base di partenza per importanti attività di assistenza sanitaria, tra le quali promozione della salute, procedure di screening e diagnosi, e prevenzione delle malattie. L'adozione di pratiche appropriate e tempestive basate sulle evidenze scientifiche, nell'ambito delle cure prenatali può contribuire a migliorare e a salvare vite. In modo particolare, l'assistenza in gravidanza fornisce anche l'opportunità di comunicare con le donne, le famiglie e le comunità e sostenerle in un momento particolare della vita.

La fase di concepimento e la successiva gravidanza hanno una particolare importanza per l'adattamento e per costruire la salute di base del bambino. I nove mesi prima della nascita hanno un'influenza pregnante sulla salute in età avanzata.

Ogni gravidanza e nascita ha un suo percorso e una sua variabilità clinica, organizzativa ed emotiva. Tuttavia, è compito pubblico quello di rendere il percorso meno accidentato possibile, riducendo i fattori di stress, rendendo disponibili le informazioni, alimentando le competenze dei neo genitori, riducendo ansia e dolore, favorendo la prosecuzione di un sostegno assistenziale e umano anche dopo l'uscita dalle strutture sanitarie e bilanciando le esigenze e gli standard di sicurezza clinica con il riconoscimento della nascita, salvo casi specifici, come un fenomeno naturale e non come una malattia.

Durante la gravidanza, parto e primo anno di vita sono in gioco le basi della salute fisica, psichica e relazionale dei bambini e futuri cittadini, la salute della società e pertanto sono indispensabili specifici corsi di accompagnamento alla nascita.

Obiettivi e Indicatori

a. Intervento nutrizionale: emanazione di linee di indirizzo per la corretta alimentazione in gravidanza e l'assunzione dei necessari supplementi nutrizionali, e raccomandazione sui corretti stili di vita (fumo, alcol e sostanze d'abuso) al fine di prevenire aborti, malformazioni congenite, parti prematuri e complicanze materne

- Numero linee di indirizzo regionali emanate sulla corretta alimentazione e sui corretti stili di vita in gravidanza (almeno due linee di indirizzo all'anno)

b. Tutela della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio attraverso l'attivazione della diagnostica prenatale specifica del primo trimestre, sulla base delle più recenti Linee guida (come previsto dai LEA 2017), con l'obiettivo di attivare la diagnostica prenatale in almeno il 20% delle aziende sanitarie regionali

- Numero di Aziende Sanitarie Regionali che attivano la diagnostica prenatale

c. Aumento fino al 15 % del numero della donne che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale e DtP

- Numero pazienti gestanti che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP (aumento del 15%)

d. Riduzione di almeno il 20% delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB)

- Monitoraggio delle sepsi precoci da SBEGB

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Consentire alla donna in gravidanza di operare scelte informate, basate sui propri bisogni e i propri valori

- Numero delle donne/coppie che hanno seguito Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2021
e. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

1.1.3 La tutela della nascita

La gravidanza ed il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia, e vanno vissuti con serenità confidando nella qualità del Servizio Sanitario Regionale e nelle competenze dei suoi professionisti. Per questo motivo, la Regione Campania sta investendo risorse per ottimizzare il percorso nascita e garantire agli utenti equità nell'offerta di servizi, con un forte impegno contro gli elementi di inappropriatezza dell'assistenza sanitaria.

Allo scopo di rendere più sicuro e al tempo stesso di "umanizzare" il percorso nascita, la Regione Campania intende rafforzare nel prossimo triennio un percorso della gravidanza e del parto rendendo la donna protagonista, insieme al suo piccolo, del parto/nascita e accompagnandola durante il parto e nell'accoglienza al bambino.

Integrazione ospedale-territorio attraverso l'utilizzo di un sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato su piattaforma Regionale, l'implementazione dei Corsi di Accompagnamento alla nascita e un Libretto della gravidanza condiviso e informatizzato contribuiranno ad un ulteriore riduzione del ricorso improprio al Taglio Cesareo.

La verifica degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall'accordo Stato-Regione del 16 dicembre 2010, dei Punti Nascita pubblici e accreditati presenti sul territorio e la razionalizzazione progressiva dei Punti Nascita con numero di parti inferiori a 1.000/anno consentirà di aumentare gli standard qualitativi assistenziali e di migliorare l'intero percorso della tutela della nascita.

Obiettivi e Indicatori

a. Garantire l'utilizzo di un sistema informatizzato gravidanza-parto-puerperio integrato (su piattaforma regionale) che funga anche da strumento di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali, prevedendo un "percorso unificato", con continuità delle cure, individuando una cartella dedicata

- Realizzazione della piattaforma informatizzata regionale
- Produzione da parte del comitato percorso nascita regionale di una cartella condivisa ospedale-territorio

b. Garantire una diffusione omogenea di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio e allattamento materno, inserendo nel corso una sezione per la depressione post-partum

- Numero di percorsi formativi attivati per ASL

fonte: http://burc.regione.campania.it

c. Favorire dimissioni protette delle puerpere e dei neonati facilitando il ritorno al territorio, promuovendo le visite domiciliari da parte delle ostetriche del territorio

- Numero dimissione effettuati in regime di Home visiting
- Numero di consultori che effettuano Home visiting

d. Creazione di un libretto multilingue della gravidanza parto e puerperio

- Realizzazione da parte del Comitato Percorso Nascita regionale del libretto della gravidanza multilingue

e. Garantire l'accoglienza del neonato con il contatto pelle a pelle (skin to skin) in Sala Parto (SP) e Sala Operatoria (SO)

- Numero Punti Nascita che hanno attivato contatto pelle a pelle in SP e SO

f. Incrementare fino al 20% il numero di strutture che applicano il rooming-in 24 H, per favorire il naturale instaurarsi del rapporto mamma-bambino e l'avvio dell'allattamento

- Numero di strutture che applicano il rooming-in 24 H

g. Formalizzare specifici PDTA inerenti le tematiche del percorso nascita in accordo con le linee guida ministeriali: PTDA VBAC (parto spontaneo dopo cesareo); PTDA EPP (gestione emorragia post partum); PTDA (disordini ipertensivi in gravidanza)

- PDTA emanati e implementati

h. Carta dei servizi per il percorso nascita

- Produzione della Carta dei servizi in tutte le Aziende dotate di punto nascita

i. Verifica degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall'accordo Stato- Regione del 16 dicembre 2010, dei Punti Nascita pubblici e accreditati presenti sul territorio

- Numero dei Punti Nascita che hanno raggiunto gli standard operativi ministeriali

j. Approvazione di un nuovo documento di programmazione dei Punti Nascita regionali

- Approvazione nuova programmazione dei Punti Nascita regionali

k. Razionalizzazione progressiva dei PN con numero di parti inferiore a 1.000/anno, anche attraverso collegamenti funzionali

- Numero di Punti Nascita che condividono spazi e attività professionali funzionalmente collegate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2021
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2021
f. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
g. Entro Dicembre 2021
h. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021 (carta Servizi)

fonte: http://burc.regione.campania.it

i. Entro Aprile 2020
j. Entro Giugno 2020
k. Entro Dicembre 2021

1.1.4 I primi mille giorni e la presa in carico

Il presente paragrafo fa riferimento ai “primi mille giorni di vita” relativi alla sola fase post-natale in quanto la fase pre-natale è già stata dettagliata nel paragrafo 1.1.2 con specifici obiettivi e indicatori.

Il futuro della salute di un bambino si costruisce nei "primi 1.000 giorni di vita", per cui il termine "prevenzione primaria" risulta fondamentale per le malattie non trasmissibili, come obesità, diabete mellito, tumori, malattie metaboliche, cardiovascolari e dello sviluppo neurocognitivo.

E’ dunque importante raccomandare ai genitori la prevenzione prima del concepimento, l’importanza del latte materno, delle vaccinazioni, dell’attenzione agli agenti inquinanti, dell’utilizzo degli strumenti multimediali, l’importanza della lettura precoce e della musica in culla.

Questi principi sono programmati e in parte già operativi in ottemperanza del piano regionale della prevenzione 2016-2019.

La Regione Campania si impegna a proseguirne l’applicazione nel triennio 2019-2021, fatte salve eventuali integrazioni previste dal prossimo Piano Nazionale della Prevenzione PNP, in corso di adozione.

Obiettivi e Indicatori

a. Promuovere azioni per la tutela della salute materna-fetale nel periodo post-natale mediante appositi interventi di formazione pediatrica e genitoriale sulle diverse dimensioni dello sviluppo del bambino (cognitiva, emotiva, sociorelazionale, sensoriale e motoria), sullo sviluppo precoce del cervello, le sue fasi sensibili e i fattori che influenzano lo sviluppo, sugli aspetti socio-educativi che riguardano lo sviluppo del bambino prematuro e sulle situazioni particolari che riguardano migrazioni, povertà, maltrattamento, adozioni, separazione, lutto e famiglie monoparentali

- Numero di corsi regionali attivati per formatori aziendali sui primi 1.000 giorni di vita
- Numero di corsi attivati presso le AASSLL
- Aumento fino al 10% dell’allattamento esclusivo al seno al 3° e 6° mese di vita

b. Sviluppare linee di indirizzo e strumenti essenziali per la promozione e la valutazione dello sviluppo neuro-evolutivo da utilizzare nel compilare i bilanci di salute da 0 a 3 anni di vita e favorire interventi precoci circa le buone pratiche su allattamento al seno (aggiornamenti sui benefici e sulla posizione; baby friendly community initiative), alimentazione, musica, gioco e lettura

- Informatizzazione dei bilanci di salute compilati da parte del PLS

c. Promuovere e sostenere programmi di vaccinazioni attraverso le competenze genitoriali

- Interventi di promozione delle vaccinazioni attivati presso le AASSLL

d. Garantire la presa in carico delle dimissioni precoci (inferiori a 48 ore) attraverso le Home visiting

- Almeno il 30% dei Punti Nascita per anno

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Attivazione corsi regionali per formatori aziendali),
Entro Dicembre 2020 (Attivazione di corsi specifici presso almeno 4 delle AASSLL regionali),
Entro Dicembre 2021 (Attivazione di corsi specifici presso tutte le AASSLL),
Entro Dicembre 2020 (allattamento 3° e 6° mese)
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

1.1.5 L'età della transizione della presa in carico

L'interesse per la fase di "transizione" e la necessità di approfondire tutti gli aspetti ad essa correlati, nascono fondamentalmente da tre ordini di fattori:

- Aumento dell'aspettativa dei piccoli pazienti con gravi malattie;
- Rivalutazione del concetto di "cura";
- Frammentazione della gestione medica.

Tra le criticità si rileva la mancanza di comunicazione tra pediatri ed internisti/specialisti dell'adulto, unitamente alle rispettive differenze nella gestione e nel trattamento della patologia cronica.

È da considerare centrale l'assistenza adolescenziale accanto a quella pediatrica. Attualmente l'adolescente viene comunemente accolto in strutture dell'adulto con evidenti problemi di accoglienza, conformata più ad una popolazione adulta.

La transizione ai servizi per adulti può dunque risultare particolarmente problematica comportando anche disagio per i pazienti e le famiglie e talora un peggioramento clinico ed evolutivo.

La Regione Campania individua come obiettivi fondanti l'adozione di due modelli:

- Il modello disease-based che consente a ragazzi con specifiche patologie di transitare per un determinato periodo in un ambulatorio co-gestito da un sub-specialista pediatra e da uno specialista dell'adulto; tipico esempio di questa modalità di transizione è l'ambulatorio diabetologico condiviso (joint-clinic);
- Il secondo modello prevede spazi dedicati ai ragazzi dove siano presenti figure tutoriali esperte non di patologia specialistica ma di area assistenziale.

Indipendentemente dal modello, devono essere sempre tenute presenti alcune considerazioni di ordine generale:

- L'età del trasferimento deve avvenire in modo flessibile, tenendo conto, da un lato, della normativa nazionale e della convenzione internazionale che indica in 18 anni il limite dell'età pediatrica, dall'altro delle condizioni cliniche, della maturità raggiunta dall'adolescente e della sua capacità di comprensione e di auto-gestione della malattia;
- Il periodo di preparazione e il programma di educazione alla transizione deve essere iniziato già nella prima parte dell'adolescenza;
- Il processo di trasferimento deve essere un'azione congiunta con la struttura degli adulti destinata a seguire in futuro il paziente, che permetta una reciproca conoscenza e un passaggio coordinato di

fonte: http://burc.regione.campania.it

consegne tra le due equipe mediche. Un ruolo importante deve essere svolto anche dal personale infermieristico.

Appare quindi oggi sempre più indispensabile che i vari "attori" che possono svolgere un ruolo nella fase della transizione (personale sanitario e amministrativo, società scientifiche, responsabili di strutture sanitarie, associazioni di genitori, etc.) elaborino, nelle varie realtà in cui i pazienti si trovano a vivere, dei percorsi che da un lato facilitino il passaggio dall'organizzazione pediatrica a quella dell'adulto e che dall'altro garantiscano il completo soddisfacimento di quel concetto di "care" globale.

Pertanto, consentire margini di libertà di scelta all'adolescente e alla famiglia significa aver rispetto per esigenze e valutazioni che coinvolgono la sfera sanitaria ma anche quella psicologica e sociale.

La Regione Campania, nella programmazione per gli anni 2019-2021, intende promuovere l'organizzazione di percorsi di transizione per il passaggio dalle cure pediatriche alla medicina dell'adulto consapevole che esso rappresenta una criticità per tutti gli attori coinvolti (pazienti, genitori, operatori sanitari).

Obiettivi e Indicatori

a. Valutare l'aderenza e la persistenza del percorso di cura, attraverso l'attivazione di canali comunicativi preferenziali e prestabiliti informatizzati tra Specialisti del Centro di Riferimento per patologia, i centri aziendali dedicati alle malattie croniche in età evolutiva, i MMG e le Farmacie

- Numero di percorsi regionali di transizione attivati per le principali patologie croniche

b. Attivazione di un Team di transizione del paziente pediatrico presso ogni azienda

- Numero di Team di transizione attivati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020 (Attivazione processi informatizzati di diagnosi, cura e di transizione dei pazienti affetti da malattie croniche in età evolutiva);
Entro Dicembre 2021 (Attivazione percorsi regionali di transizione per le principali patologie croniche)

b. Entro Dicembre 2021

1.2 Il paziente cronico e/o fragile

La Regione Campania è ancora lontana dal programmare un modello assistenziale costruito per categorie omogenee e forse, nella esplicita volontà di sostenere un modello universale, non penserà in un prossimo futuro di volerlo realizzare, in quanto sceglie di tutelare la salute e non finanziare la malattia.

Tuttavia non può non riconoscere e dunque affiancare in un'unica dimensione, le assonanze e i fattori comuni di condizioni quali la cronicità e la fragilità. Di per sé concetti apparentemente non coerenti (la cronicità evoca una situazione duratura e ingravescente, mentre la fragilità si accomuna a una sensazione di stacco improvviso capace di creare un danno che però non è inaspettato), risultano invece rispondenti a dei minimi comun denominatori più di quanto appaia ad un superficiale giudizio.

Entrambe le condizioni rispondono ad una scala di valutazione multidimensionale e polispecialistica e coinvolgono sicuramente oltre al paziente, la sua dimensione domestica e familiare, il suo ambito lavorativo se ancora abile al lavoro, la sua domanda di salute che si esprime prevalentemente in ambito territoriale, nei

fonte: http://burc.regione.campania.it

servizi distrettuali, meno spesso nella dimensione ospedaliera, sfociando spesso nel welfare sociale per il necessario supporto alla complessità.

La cronicità è espressione tuttavia di una patologia identificata, la cui evoluzione naturale è storia conosciuta dalla medicina e si inquadra in genere perfettamente nel disegno di un percorso diagnostico terapeutico valido di massima per tutti i pazienti.

La fragilità attiene a fenomeni di scompenso psico-fisico generalmente temporanei o limitati nel tempo o può, nel tempo, sovrapporsi ad una cronicità complicandone la storia naturale, anzi rendendola meno prevedibile.

Due facce di una stessa medaglia nella nostra visione perché necessitanti di un percorso complessivo di presa in carico multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale, insomma un team.

Entrambe richiedono integrazioni di servizi con un primario gestore del processo che la Regione Campania individua nel Medico di Medicina Generale o nel Pediatra di Libera Scelta.

Da essi parte un nucleo assistenziale che si deve sviluppare intorno al paziente, a complessità crescente e con l'ingresso successivo nel team di cura di tutte quelle professionalità utili ad affrontare le tematiche assistenziali e socio-sanitarie che si presentano. È intorno a questo nucleo centrale Medico/Paziente che si dipanano i setting assistenziali domiciliari, residenziali, ambulatoriali, alternandosi nella variabilità dell'espressione della malattia e ricondotti sempre all'unità dal case manager.

La Regione Campania riconosce come propedeutica nei processi assistenziali di cronicità e di fragilità la figura del case manager, descritto nel corrispondente PDTA di cura, identificandolo nel MMG/PLS o nell'infermiere professionale in UCCP, nell'ambulatorio distrettuale, o delle cure domiciliari. Ad esso la Regione Campania si impegna a destinare attività di formazione per una corretta espressione del ruolo.

1.2.1 La presa in carico del paziente

Il paziente territoriale cronico/fragile è preso in carico dal proprio MMG/PLS che conosce la storia clinica, le condizioni socio-ambientali e familiari, desideri e aspettative.

Il rapporto Medico/Paziente è regolamentato dal Codice deontologico, dalle normative nazionali in materia professionale, dagli Accordi Nazionali e Regionali, dalle leggi in materia di privacy e di trasparenza.

La presa in carico avviene di norma nell'ordinario rapporto MMG/PLS che nel triennio a venire si arricchisce per la costituzione di aggregati funzionali (AFT) o organizzati (UCCP) individuati sull'intero territorio regionale.

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento di clinical governance che, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche nei contesti reali, permette di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi incrementando l'appropriatezza, contribuendo al disinvestimento da sprechi e inefficienze e migliorando gli esiti di salute. Tuttavia, l'efficacia dei PDTA è fortemente condizionata dal rigore metodologico utilizzato per la loro produzione e richiede sia un piano multifattoriale d'implementazione contesto-dipendente sia un adeguato set di indicatori per misurarne il reale impatto sui processi assistenziali e sugli outcome clinici, economici e umanistici.

Pertanto, a partire da suddette considerazioni e coerentemente con il Piano di sviluppo delle Cure Primarie, la Regione Campania ha avviato una attività di revisione/ progettazione dei PDTA a partire dalle patologie cronico-degenerative.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il punto di partenza è stata l'analisi delle criticità riscontrate nell'applicazione dei PDTA ad oggi adottati.

E' emerso che le maggiori criticità erano rappresentate da:

- Una disomogeneità nella stesura dei singoli PDTA;
- Un limitato coinvolgimento dei medici di Assistenza Primaria;
- Una limitata integrazione fra i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- Una difficoltà nel monitoraggio del percorso assistenziale;
- Una applicazione del percorso assistenziale a macchia di leopardo spesso legata alla parziale adesione dei Medici di Assistenza primaria.

Dall'analisi delle suddette criticità ci si è posti come obiettivo prioritario:

- La definizione di un documento di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA;
- La revisione dell'Accordo Integrativo Regionale che prevedesse, nell'ambito dello sviluppo delle nuove forme organizzative (AFT-UCCP) il passaggio da un modello prestazionale ad un modello ad obiettivi, assegnati all'organizzazione e non al singolo MMG, per assicurare la presa in carico dei pazienti a partire da quelli affetti da patologie croniche a cui vincolare le risorse economiche già previste dall'AIR vigente.

Contestualmente la Regione ha avviato la revisione del PDTA sulla BPCO, approvato con DCA n. 24/2017, come provvedimento pilota che coniugasse le criticità emerse dall'analisi dell'applicazione dei PDTA già adottati e il nuovo Piano di sviluppo delle Cure Primarie che ha previsto, fra l'altro, che ogni AFT possa essere dotata delle risorse per l'erogazione della diagnostica strumentale di primo livello nell'ambito dei PDTA definiti a livello regionale. Con il DCA n. 1 del 17.01.2018 è stata approvata la revisione del PDTA sulla BPCO. E' stato dato, quindi, avvio alle attività di implementazione del PDTA sulla BPCO attraverso un progetto denominato "AGIRE" che ha previsto, fra l'altro, la formazione di due medici di Assistenza Primaria per ogni AFT a cui affidare l'effettuazione della spirometria di I livello nell'ambito del percorso assistenziale.

Il progetto si propone di realizzare il Piano Operativo del PDTA BPCO, migliorare l'appropriatezza diagnostica e l'aderenza terapeutica realizzando un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico (PIC) del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica pneumologica.

In questo contesto un ruolo centrale è sviluppato dal Distretto, come elemento di snodo organizzativo che, attraverso le nuove strutture delle Cure Primarie, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), si attiva coerentemente con i contenuti del PDTA per:

- Definire gli obiettivi di salute della BPCO e la loro priorità nel contesto sanitario locale;
- Individuare le risorse strumentali e formative necessarie alla realizzazione del percorso del paziente;
- Definire e comunicare l'organizzazione di dettaglio del Percorso del Paziente e la localizzazione dei setting sanitari;
- Assicurare l'integrazione con gli strumenti di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
- Effettuare il monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo ed esito di competenza.

I servizi distrettuali devono organizzarsi per la presa in carico e la gestione proattiva delle principali aree di bisogno multidimensionale e dei principali raggruppamenti di patologia, con servizi multiprofessionali ad accesso diretto (Capo IV DPCM LEA 12/01/2017) che seguono il paziente in tutto il percorso di cura, collegandosi al sistema delle cure primarie, alla diagnostica, ai servizi sociosanitari, al sistema delle cure domiciliari, alla rete della terapia del dolore, al sistema delle cure palliative. In questo ambito va tra l'altro

riposizionato il ruolo dei professionisti specialisti ambulatoriali che devono contribuire alla presa in carico del paziente: essi devono rendere prestazioni specialistiche ai servizi distrettuali o alla medicina di base che hanno in carico il paziente, laddove richiesto dai percorsi di cura, secondo le modalità previste dalle norme (prescrizione con quesito o sospetto diagnostico – art. 15 DPCM LEA 12/01/2017); ma possono e devono partecipare attivamente e quale parte integrante ai servizi distrettuali che fanno la presa in carico dei pazienti, mantenendo l'accesso diretto per contribuire a garantire tutte le prestazioni che sono previste per ciascun area di bisogno.

La presa in carico unitaria e continua deve garantire l'accompagnamento del paziente anche cronico lungo tutta l'evoluzione della patologia e della condizione di bisogno assistenziale: fanno parte integrante di essa il contrasto al dolore, e le cure palliative.

La porta di ingresso al distretto si conferma essere la PUA. La Porta Unitaria di Accesso, costituita ai sensi ai sensi della DGRC n. 790/2012, con funzioni di accoglienza e primo orientamento: la porta di accesso al sistema deve essere unitaria e il Distretto deve essere l'unico gate-keeper (la proprietà organizzativa deve essere di un unico centro). Non può, infatti, attuarsi la funzione di committenza del Distretto se l'accesso al sistema è disperso. Non esistono funzioni di accesso unitario per settori o per aree di intervento; sarebbe una contraddizione della funzione di unitarietà ed univocità. Deve essere superata la criticità di porte di accesso settoriali. La PUA, oltre ad essere un "luogo funzionale", è anche un "luogo fisico", facilmente accessibile ed identificabile, nonché accogliente. La PUA svolge sia funzioni di front- office, con attività di accoglienza dei cittadini, sia funzioni di back-office, con attività di monitoraggio dei casi, di archiviazione e tenuta delle cartelle utenti, di mappatura delle risorse territoriali, della modulistica e delle modalità di accesso ai servizi.

Le sedi di presa in carico delle tematiche complesse sono confermate nelle Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale e Multidisciplinare (UVMM) e nelle Unità di Valutazione Bisogni Riabilitativi (UVBR) che devono essere garantire in tutti i distretti, in forma multi-disciplinare e multi professionale.

L'UVMM, già denominata in precedenti atti regionali quale Unità di Valutazione Integrata (UVI), per i bisogni complessi, effettua la valutazione multidimensionale impiegando un'equipe multiprofessionale costituita da personale fisso, ovvero sempre presente alle sedute di valutazione indipendentemente dall'utente (è il caso del delegato alla spesa del Distretto, dell'Ambito/Comune, ecc.) e da personale variabile, ovvero personale presente in funzione dell'utente in valutazione (MMG/PLS, AS, utente/care giver, medico specialista ecc.). La UVMM risulta composta dal Direttore del Distretto o un suo delegato, da medici specialisti per patologia, sia ospedalieri che territoriali, il MMMG/PLS del paziente, l'assistente sociale; essa rappresenta una categoria logica, non un gruppo di persone; può declinarsi in percorsi geriatrici, per minori, per dimissioni protette, malattie cronico degenerative, disagio, tossicodipendenza, Cure Domiciliari non prestazionali. La UVMM non è solo un momento clinico, ma è anche, e soprattutto, un allocatore di risorse. E' l'UVMM, infatti, che stabilisce in quale ambito di cura va posizionato il caso; e non garantisce soltanto l'accesso, ma anche la mobilità all'interno del sistema, in quanto l'approccio migliore è quello che consente di muoversi virtuosamente verso momenti assistenziali che a parità di efficacia individuano la ricerca di efficienza quale fattore discriminante. Fatta eccezione per l'accesso dell'utente ai servizi specialistici tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e il caso di urgenza che prevede un proprio specifico percorso di accesso ai servizi, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale costituisce l'unico punto di accesso a tutti i servizi in rete di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale a qualsiasi tipologia essi appartengano. Protocolli definiti con il Presidio Ospedaliero di riferimento potranno individuare percorsi che includono come

fonte: http://burc.regione.campania.it

momento di risposta erogativa il ricovero, e questo comporterà la partecipazione alla UVMM anche di professionalità ospedaliere competenti per patologia. Tale assetto consentirà il miglior livello di governo-orientamento della domanda.

Per quanto riguarda la presa in carico dei servizi socio sanitari si rimanda agli specifici paragrafi.

1.2.2 Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS

Le AFT sono state già individuate sul territorio delle 7 Aziende Sanitarie Locali, come di seguito riportato:

ASL	Numero AFT
AV	12
BN	10
CE	24
NA1	31
NA2	29
NA3	30
SA	45
Totale	**181**

Tabella 4: Numero AFT per area

Al loro interno sono individuati, oltre al coordinatore, come per legge, medici referenti per le maggiori patologie croniche:

- Cardiovascolari;
- Respiratorie;
- Metaboliche.

Come già previsto dal progetto "AGIRE" applicativo del PDTA per la BPCO, la Regione, all'atto dell'adozione di nuovi PDTA, si impegna a istituire percorsi formativi all'interno dei nuclei di AFT affinché per le principali patologie croniche sia definito un medico referente che funga da consulente di primo livello per la patologia in esame. Attraverso percorsi di telemedicina e teleconsulenza, il referente di AFT è collegato a specialisti attivi nelle UCCP o in livelli superiori, anche ospedalieri, per consulti, consulenze o per il passaggio in cura in caso di stato complesso della patologia. Sistemi informatici di rete permetteranno il colloquio tra professionisti, la trasmissione di referti, immagini, documentazioni, secondo le vigenti norme di privacy, archiviate in un sistema cloud confluente infine nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Come per l'area adulti, anche per l'area pediatrica, si programma la costituzione delle AFT.

Entro il 31.12.2019 tali AFT saranno individuate dalle AASSLL Campane, nel rispetto di indicatori organizzativi riferiti alla disponibilità sul territorio dei PLS ed all'utenza da soddisfare.

Per quanto riguarda le UCCP pediatriche, esse sono state già programmate nel DCA n. 103/2018 (Piano della Rete Ospedaliera) in forma sperimentale per soddisfare un bisogno assistenziale intermedio, tale da intercettare inappropriati afflussi all'AORN Santobono ed ai presidi aziendali regionali.

Nel richiamato DCA n. 103/2018 sono state programmate le seguenti UCCP pediatriche:

- Presso l'ASL Napoli 1 Centro nella sede dell'ex presidio Annunziata;
- Presso l'ASL Napoli 3 Sud nel comune di Torre del Greco.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il modello organizzativo delle UCCP pediatriche ricalca quello già predisposto per le UCCP adulto.

Obiettivi e Indicatori

a. La Regione impegna le Aziende Sanitarie Locali a costituire di fatto le AFT già individuate, identificando i 3 referenti per le macroaree sopra specificate

- Implementazione completa delle AFT

b. Per condizioni più complesse, la Regione istituisce le UCCP per gestire una medicina territoriale di rango, capace di governare la cronicità, agire in prevenzione, monitorare stati di salute borderline, assicurare un'assistenza specialistica di I e II livello, comprensiva di una diagnostica essenziale e di un'assistenza infermieristica specializzata, così come dettagliatamente descritto nel Decreto Dirigenziale n. 53/2017

- Attivazione delle UCCP

La regolamentazione contrattuale per le prestazioni rese in tali ambiti dai Medici Convenzionati viene regolata nell'ambito delle attività previste negli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (costituzione delle AFT)
b. Entro Giugno 2020 (attivazione del 35% delle UCCP);
Entro Dicembre 2020 (attivazione del 70% delle UCCP);
Entro Dicembre 2021 (attivazione di tutte le UCCP)

1.2.3 Piano Regionale di Riorganizzazione delle cure primarie

La Regione Campania con D.D. n. 53 del 05.03.2018 ha approvato il Piano di sviluppo delle Cure Primarie. Con suddetto Piano sono state definite le modalità di sviluppo delle AFT e delle UCCP di riferimento nonché i relativi obiettivi assistenziali. Per quanto riguarda lo sviluppo delle AFT elementi ritenuti essenziali per una loro funzionale individuazione sono stati:

- La densità abitativa;
- Le condizioni oro-geografiche del territorio;
- La salvaguardia dell'attuale organizzazione delle cure primarie (medicine di gruppo e medici in rete) che rappresenta la base organizzativa dei MMG su cui riaggregarli in AFT.

Il quadro variegato che ne risulta in Regione, non può che essere supportato con una organizzazione flessibile delle AFT che necessariamente, per assicurare obiettivi comuni, deve prevedere forme di evoluzione diverse a seconda della estensione e delle caratteristiche oro-geografiche del territorio per rendere agevolmente fruibile il servizio nell'interesse dell'assistito ed in particolare per le fasce deboli quali anziani e cronici.

In tal senso, in relazione alle necessità assistenziali legate alla facilità di accesso ai servizi da parte degli assistiti nonché ad esigenze organizzative in funzione di obiettivi pre-definiti, nelle AFT è stato previsto lo sviluppo di una sede unica di riferimento a complessità crescente (che può rappresentare il primo livello di integrazione con le altre figure professionali nell'ambito di attività di medicina di iniziativa) o multisedi, comunque con una di riferimento (che garantisca coordinamento, condivisione ed audit).

Contestualmente si è condivisa, con le OO.SS. di categoria, una piattaforma regionale che ha individuato gli elementi essenziali su cui avviare la trattativa per il rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale.

Tale piattaforma ha previsto come obiettivi prioritari:

- Il passaggio da un modello prestazionale ad un modello ad obiettivi, assegnati all'organizzazione e non al singolo MMG, per assicurare la presa in carico dei pazienti a partire da quelli affetti da patologie croniche anche attraverso attività di medicina di iniziativa;
- La definizione degli obiettivi nell'ambito dell'attività di prevenzione e relative modalità di partecipazione;
- Le modalità di erogazione della diagnostica di I livello finalizzata al perseguimento dei PDTA;
- La ridefinizione dei flussi informativi epidemiologici;
- La ridefinizione dell'assistenza domiciliare per assicurare gli obiettivi previsti dai LEA (potenziamento dell'ADI e dell'assistenza residenziale);
- La definizione di un Sistema Informativo della Medicina Generale integrato con il SIR ed ha individuato come unità elementare semplice della AFT, per garantire i suddetti obiettivi, il Medico di Medicina Generale con il supporto di un collaboratore di studio e di professionalità sanitarie infermieristiche.

Con Decreto Presidenziale n. 6 del 16.01.2019 è stata costituita la "Delegazione trattante di parte pubblica per il rinnovo dell'AIR" ed è stato dato avvio alla contrattazione con le OO.SS. di categoria.

Obiettivi e Indicatori

a. Acquisizione Piani Operativi Aziendali

- Numero di Piani Operativi Aziendali

b. Valutazione e validazione dei Piani Operativi

- Numero di Piani Operativi Aziendali Approvati

c. Acquisizione provvedimenti di individuazione delle AFT della Medicina Generale

- ATF costituite

d. Sottoscrizione dell'AIR

- Numero di OO.SS. di categoria inserite in piattaforma

e. Avvio delle attività delle AFT su obiettivi specifici a partire dalla presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle AFT

f. Individuazione delle UCCP di riferimento

- UCCP costituite

g. Strutturazione ed avvio delle attività delle UCCP

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle UCCP

h. Consolidamento delle attività delle AFT/UCCP in funzione degli ulteriori PDTA individuati in relazione alle esigenze assistenziali emergenti

- Raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalle AFT/UCCP

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
b. Entro Novembre 2019
c. Entro Giugno 2019
d. Entro Novembre 2019
e. Entro Marzo 2020
f. Entro Giugno 2020
g. Entro Dicembre 2020
h. Entro Dicembre 2021

1.2.4 I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Con i Programmi Operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021, si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la declinazione puntuale e l'aggiornamento dei fabbisogni in base alla popolazione residente al 01.01.2018 (fonte dati ISTAT) per ciascun setting assistenziale. Inoltre sono state avviate azioni di riqualificazione del sistema attraverso la ridefinizione dei requisiti e vocazioni assistenziali, coerentemente con il progetto Mattoni e il DPCM 17/01/2017 (Aggiornamento dei LEA).

Tali azioni hanno già consentito un progressivo incremento di offerta di strutture e posti letto di nuova autorizzazione, ad un aggiornamento e sistematizzazione della disciplina per i setting residenziali R1, R3, R2D, RD2, e la disciplina per l'accreditamento progressivo della nuova offerta autorizzata. Inoltre è in fase di approvazione il decreto commissariale per le unità di cure estensive (R2).

I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura del femore e BPCO) individuano le modalità e condizioni di appropriato ricorso ai setting residenziali e semiresidenziali, nonché ambulatoriali e domiciliari sociosanitari quali naturali e ordinari strumenti di assistenza in continuità e coerenza con i percorsi di cura.

Confermando il quadro programmatorio di riferimento già impostato con i Programmi Operativi 2016-2018, complessivamente l'intervento nell'area della disabilità e della non autosufficienza per il triennio tende ad un incremento numerico della disponibilità di posti letto per i setting più carenti (RD1, RD2, R2, R3, semiresidenziale Adulti e Anziani), ed ad una generale qualificazione e riqualificazione volta a definire una loro vocazione meno assistenziale e più terapeutico e/o riabilitativa, posizionando tali servizi a pieno titolo nei percorsi di cura e gestione delle cronicità, quali livelli intermedi qualificati tra l'ospedale, per acuzie e post acuzie, e il domicilio, e viceversa.

Nel Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 è dettagliato il programma di incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale distinto per i diversi setting ed intensità di cure. Complessivamente, alla fine del triennio si prevedono ca. 3.600 PL (residenziale e semiresidenziale) per l'Assistenza agli Adulti e anziani non autosufficienti e ca. 2.600 PL (residenziale e semiresidenziale) per l'Assistenza ai Disabili.

fonte: http://burc.regione.campania.it

A. Area Disabilità

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 34 DPCM 12/01/2017 Aggiornamento LEA) sono caratterizzati in Campania dalla presenza storica e consolidata di servizi per la Riabilitazione estensiva cosiddetta ex art. 26, e da una quota significativa di RSA per Disabili.

Il sistema d'offerta si presenta con le seguenti caratteristiche:

- Servizi per la riabilitazione residenziali e semiresidenziali: esclusivamente privati accreditati; disomogenea distribuzione territoriale di ciascun setting. La vocazione riabilitativa vera e propria risulta spesso debole a favore della lungo assistenza: l'adozione di Decreti Commissariali per la definizione di percorsi riabilitativi per alcune patologie ad alto impatto disabilitante (Ictus, BPCO, Frattura di femore) con significative azioni di accompagnamento e indirizzo regionale alle aziende sanitarie sta inducendo il sistema ad utilizzare più pienamente e appropriatamente il cospicuo potenziale produttivo;
- Servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali: in parte essi sono disponibili in quanto tali; in buona parte però le prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali vengono erogate da strutture ex art. 26, che provvisoriamente sono abilitate a erogare tali prestazioni (con corrispondente remunerazione) laddove la permanenza in struttura superi i 240 giorni. Di fatto i setting residenziali e semiresidenziali per disabili sono sostanzialmente lo sbocco della riabilitazione, che in gran parte accoglie i pazienti per periodi lunghi. I percorsi in atto di accreditamento definitivo e di riconversione dei posti letto di ex art. 26 in eccesso consentiranno di avere strutture che avranno una specifica vocazione assistenziale e avere setting più chiari e separati.
  Dei circa 1.800 posti letto semiresidenziali e in piccola parte residenziali in eccesso, è già definito, e in parte realizzato, il programma di riconversione per circa 1.300 posti letto per 6 AASSLL, prevalentemente in Centri Diurni integrati per disabili e per anziani, ma anche in RSA Disabili e RSA adulti/anziani e in R1. Entro il 2020 si prevede di concludere il programma per tutte le AASSLL;
- Connotazione prevalente di lunga assistenza, e non inserita in percorsi di cura. Il monitoraggio puntuale del bisogno assistenziale sociosanitario ha evidenziato l'opportunità, per decongestionare i setting riabilitativi e aumentarne l'appropriatezza, di ampliare l'offerta di Centri Diurni (semiresidenziale) per disabili portando così il fabbisogno complessivo per la semiresidenzialità allo 0,50 per mille.

Per l'area della disabilità, è prevista l'implementazione/riqualificazione dei livelli di assistenza riabilitativa del sistema regionale in modo da realizzare un'offerta per intensità di cure, centrata sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, idonea ad assicurare la realizzazione dei percorsi riabilitativi e l'appropriata erogazione di tutte le tipologie di trattamenti previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza per le persone con disabilità. Già dai Programmi Operativi 2016-2018 è stato programmato il fabbisogno dell'offerta diviso per intensità di cura, e gradualmente si sta sviluppando la disciplina e gli indirizzi per la sua realizzazione (DCA n. 97/2018, in corso la definizione degli altri setting).

E' già programmato l'aggiornamento della disciplina delle attività residenziali di riabilitazione extraospedaliera, con la definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'erogazione dei trattamenti intensivi di riabilitazione extraospedaliera (RD1) e criteri di eleggibilità e di accesso, che si aggiungano e in parte riqualificano la riabilitazione estensiva attiva con la denominazione di ex art. 26.

Obiettivi e Indicatori

a. Attivazione dei setting RD1 e RD2

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Disciplina dei setting RD1, e RD2

b. Incremento giornate assistenza

- Indicatore 10.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

c. Completamento programma di riconversione eccesso ex art. 26

- Predisposizione ed adozione atti per la riconversione di posti letto

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2021
c. Entro Dicembre 2020

B. Area Non autosufficienza e Anziani

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Area Non autosufficienza e Anziani si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

In Campania l'assistenza per la Non Autosufficienza si caratterizza per la disponibilità di strutture residenziali Residenze Sanitarie Assistite e di Centri Diurni Integrati per Anziani.

L'offerta presenta sia strutture private accreditate che pubbliche. Tuttora i Posti letto attivi sono circa 1.600, ancora scarsi in rapporto alla popolazione anziana residente e rispetto al fabbisogno programmato (Cfr. Programmi operativi 2016-2018 e il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021). Inoltre esse presentano un tasso di occupazione del 53%.

Le RSA per Anziani sono riconducibili alla classificazione R3 del progetto Mattoni utilizzata dal flusso FAR del NSIS. Le prestazioni sono remunerate in compartecipazione con i Comuni/Ambiti sociali o con gli utenti se hanno condizioni economiche adeguate.

E' attiva anche la tipologia R1, che comprende le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), che in generale è rivolta a tutte le condizioni che patologie caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario.

Non è disciplinata in Campania, e quindi non sono attivi posti letto, la tipologia di accoglienza residenziale R2 per i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, per persone con bisogni di elevata tutela sanitaria e presenza infermieristica sulle 24 ore.

Sono invece decisamente scarsi i Centri Diurni per Anziani, prevalentemente pubblici.

La situazione generale, per effetto del governo dell'offerta e del fabbisogno, nonché della progressiva attuazione di quanto già programmato con i Programmi Operativi 2016-2018, presenta diversi punti di forza precondizioni per un netto e significativo miglioramento del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale.

È stata ampliata la tipologia di utenza eleggibile per l'accesso, e aggiornati e qualificati i requisiti per R1 e R3, non limitandola più ai soli stati vegetativi e ai soli anziani, bensì a tutti gli adulti non autosufficienti, con diversi livelli di bisogno assistenziale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sono state disciplinate le procedure per l'accreditamento di nuove strutture R3, che nell'ultimo triennio sono state autorizzate.

È in corso di elaborazione la disciplina per il livello R2 e per i Centri Diurni.

Le AASSLL presentano tutte servizi distrettuali per l'assistenza agli anziani, che possono facilmente evolvere verso la presa in carico degli adulti non autosufficienti in generale.

Obiettivi e Indicatori

a. Attivazione del setting R2

- Disciplina del setting R2

b. Incremento posti letto R3 e R2D

- Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio

c. Incremento giornate assistenza

- Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2021
c. Entro Dicembre 2020

C. Area Terminalità e Cure palliative

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Area Terminalità e cure palliative si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

L'offerta residenziale in Hospice presenta ad oggi 154 posti letto attivi, di cui 2 di Hospice Pediatrico, che fa migliorare la performance regionale all'indicatore 11 della griglia LEA.

Non è attivo il setting di Day Hospice.

E' necessario rafforzare e qualificare la presa in carico del paziente attraverso il rafforzamento dei Coordinamenti aziendali per le cure palliative e il loro raccordo con la rete oncologica e i servizi per la non autosufficienza. I coordinamenti aziendali, che coordinano la rete aziendale per le cure palliative, devono essere costituiti con le funzioni indicate dalla Legge n. 38/2010 e da delibera regionale n. 275 del 2011.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione dei coordinamenti aziendali per le cure palliative

- Atti organizzativi delle AASSLL

b. Incremento dei posti letto attivi Hospice

- Numero posti letto attivi

c. Attivazione Day Hospice

- Disciplina del setting Day Hospice

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2021

1.2.5 L'assistenza domiciliare

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa all'Assistenza domiciliare si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

Le Cure Domiciliari Integrate in Campania hanno raggiunto livelli più che adeguati (2,67% anziani trattati in ADI su popolazione anziana residente – anno 2017), come mostra il trend in crescita negli ultimi anni dell'indicatore S05 della griglia LEA, che già dal 2016 ha superato la soglia attesa di 1,88% di anziani over 65 anni in trattamento come risulta dal SIAD, non solo per effetto della migliore alimentazione del flusso informativo.

I valori dell'indicatore S04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – risultano al di sotto dei valori attesi, specialmente per i livelli di minore intensità CIA 1 e 2, ma tale performance come si comprende da un'analisi più accurata dei dati, mostra che ciò è vero soltanto per i soggetti sotto i 65 anni di età, per i quali invece la presa in carico è adeguata in tutti i livelli di intensità assistenziale.

I livelli di intensità 3 e 4 (cure palliative) sono allineati ai livelli attesi (da questionario LEA).

La lettura congiunta dei dati mostra come il sistema sia in grado di offrire assistenza sufficiente e adeguata, come risultato di una maggiore vocazione all'assistenza storicamente rivolta agli anziani e a bisogni di maggiore complessità. Questa connotazione è da considerarsi fattore di qualità del sistema erogatore, quale presupposto di miglioramento quali-quantitativo delle cure domiciliari integrate.

Ferma restando la scelta regionale di privilegiare la popolazione anziana e con bisogni complessi e più intensivi di assistenza, è opportuno incrementare in generale la capacità di presa in carico in cure domiciliari integrate compresi i livelli di minore intensità e anche a favore di aree di bisogno ulteriori, specialmente gli Adulti nelle fasce di età maggiormente a rischio di insorgenza di patologie in grado di determinare condizioni di non autosufficienza nelle fasi successive (es. patologie neurodegenerative), di minori e disabili complessi con elevato bisogno di assistenza medica e infermieristica.

Il sistema delle Cure domiciliari integrate, con una capacità di trattamenti complessi superiore a quella delle RSA (si vedano le prestazioni erogate in RSA e quelle in ADI come da Decreto n. 11/2013), può rafforzare in tal modo il proprio ruolo di vero e proprio luogo di cura, all'interno dei percorsi di cura e di presa in carico delle patologie complesse e croniche.

Obiettivi e Indicatori

a. Incremento delle prese in carico erogate per pazienti under 65 anni
- SIAD 04 – Distribuzione dell'assistenza per intensità di cura – per tutti i soggetti e under 65 anni

b. Incremento prestazioni mediche per cure palliative domiciliari
- Numero di prese in carico domiciliari per 1.000 abitanti, per intensità di cura – Questionario LEA
- Accessi medici palliativisti flusso SIAD

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Entro Dicembre 2021

1.2.6 La Salute Mentale

Per l'assetto organizzativo, l'offerta e la valorizzazione di spesa relativa alla Salute mentale si rimanda al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

L'orientamento all'innalzamento della qualità dei servizi, soprattutto nella loro capacità di presa in carico globale e riabilitativa, induce a sviluppare e sostenere la diffusione di programmi di salute mentale improntati alla recovery e all'innalzamento del funzionamento sociale, anche in accordo al PANSM 2013, affinché i sevizi di salute mentale aggiornino i loro modelli operativi.

Obiettivi e Indicatori

a. Sviluppo dei PDTA per Esordi Psicotici e Schizofrenia, e per DCA, finalizzati ad ottenere il più alto grado di recovery dell'utente
- Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare
- Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos)

b. Riduzione del numero di TSO e di ospedalizzazione
- Indicatori rilevati da SISM

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Adozione dei PDTA per Esordi Psicotici, Schizofrenia e Disturbi Comportamento Alimentare)
Entro Dicembre 2021 (Misurazione degli esiti e della recovery con specifici strumenti (es. RAS, Recoverystar, HoNos)
b. Entro Dicembre 2021

1.2.7 I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva

Il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM)", approvato in Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica e semiresidenzialità terapeutica per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa ed assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre la disomogeneità.

Nella seduta del 13.11.2014, la Conferenza Unificata ha approvato il documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", recepito dalla regione Campania con DCA n. 45/2015.

Sulla scorta degli indirizzi nazionali, con il citato decreto commissariale è stata emanata la disciplina relativa alle "Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico in Regione Campania: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.)".

fonte: http://burc.regione.campania.it

L'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, di definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è garantita, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l'individuazione precoce e proattiva del disturbo, l'accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico multidisciplinari attraverso la definizione, l'attuazione e la verifica di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività elencati nel citato articolo.

L'art. 32 del citato DPCM individua i trattamenti terapeutico-riabilitativi da garantire in regime residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale.

La Regione Campania intende proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza il Piano Territoriale attualmente vigente, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc).

L'obiettivo prioritario è quello di proseguire con il rafforzamento e qualificazione dei servizi territoriali per la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coerenza con il Piano Territoriale attualmente vigente e il suo aggiornamento 2019-2021, dove è ribadita la priorità della costituzione dei servizi pubblici territoriali per le finalità di cui all'art. 25 e art. 32 del DPCM 12.01.2017, per la diagnosi dei disturbi e la presa in carico globale e multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, integrando in programmi individualizzati i vari interventi (riabilitativi e socioriabilitativi, terapeutici, farmacologici, psicologici e psicoterapeutici, ecc.).

Si rinvia al Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021 e ai Programmi Operativi 2016-2018, anche per la complessiva programmazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale, ivi inclusa la programmazione per i SIRMIV e SISEM.

Obiettivi e Indicatori

a. Completamento dell'attivazione dei Coordinamenti Aziendali

- Atti delle aziende di costituzione

b. Costituzione e attivazione delle unità distrettuali, almeno una per azienda completa di tutte le figure professionali

- Atti delle aziende di costituzione

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Giugno 2020

1.2.8 Le dipendenze patologiche

Gli indicatori LEA non mostrano particolari criticità del sistema di erogazione.

Le azioni regionali degli ultimi anni hanno inteso aumentare la capacità del sistema di lavorare per obiettivi e programmi.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Campania ha inteso attuare azioni strategiche in materia di qualificazione del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria per le Dipendenze Patologiche attraverso l'approvazione di Atti che hanno disciplinato indirizzi specifici di organizzazione sia sul versante pubblico che su quello del privato accreditato.

Con DCA n. 86/2016 è stato approvato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche teso al potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) promuovendo la capillarizzazione territoriale e la riqualificazione professionale e strutturale.

In modo complementare, secondo obiettivi di qualificazione anche del sistema privato di cura, e una logica di presa in carico integrata, con DCA n. 76/2017 si è provveduto all'approvazione di nuovi requisiti strutturali ed organizzativi oltre all'adeguamento delle tariffe connesso alla qualità dei nuovi requisiti, dei servizi residenziali e semiresidenziale del privato provvisoriamente accreditato. Successivamente con Decreti del Commissario ad acta nn. 32, 39 e 40 si è provveduto all'accreditamento definitivo di tutte le Comunità Terapeutiche provvisoriamente accreditate. Con queste azioni, tra loro strettamente interconnesse, si è voluto dare una sistematizzazione qualitativa al sistema di offerta pubblico privato in ragione dei nuovi bisogni di salute emergenti e nel rispetto del DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA).

Tutte le azioni regionali avviate sono sistematicamente verificate e monitorate per il buon andamento dello stato di attuazione al fine di poter adeguare gli interventi a fronte di eventuali criticità che dovessero emergere.

I cittadini in carico per Dipendenza da sostanze è rilevato attraverso il Sistema Informativo Dipendenze (SID), mentre il numero di cittadini in carico per disturbo da gioco d'azzardo da anni è monitorato attraverso una rilevazione semestrale con tutte le AASSLL.

Inoltre al fine di adeguare il sistema di offerta alla domanda reale del bisogno di salute si è conclusa una puntuale ricognizione degli invii in Comunità diviso per tipologia assistenziale da cui è emersa l'esigenza di un aggiornamento del fabbisogno delle diverse tipologie di assistenza residenziale e semiresidenziale, come da Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021.

Obiettivi e Indicatori

a. Completamento accreditamento definitivo e riconversione delle comunità terapeutiche secondo il nuovo fabbisogno programmato

- Adozione Decreti

b. Definizione requisiti comunità terapeutica per cittadini con disturbo da gioco d'azzardo

- Adozione Decreto

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Ottobre 2021

1.2.9 Le malattie rare

La Regione Campania ha programmato l'organizzazione delle malattie rare sulla Legge n. 279/2001 che prevede:

- Organizzazione di rete nazionale (basata su reti regionali) delle malattie rare, con identificazione di presidi di riferimento ed expertise per gruppi/singole patologie;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Creazione di registro nazionale (presso Istituto Superiore di Sanità), in cui confluiscono i dati dei vari registri regionali;
- Esenzione alla partecipazione dei costi delle prestazioni sanitarie (art. 5) e facilitazione in merito alla fornitura dei farmaci specifici ed all'accesso ai trapianti (art. 6);
- Adozione di criteri di appropriatezza ed efficacia come guida per la prescrizione delle prestazioni, a partire dall'elaborazione di protocolli (PDTA) da parte dei presidi e/o centri interregionali.

La storia delle patologie rare in Campania nasce con istituzione del Tavolo Tecnico regionale nel 2002, con l'istituzione del CCMR presso l'AOU Federico II nel 2009, e con l'attivazione del registro regionale nel 2011.

Successivamente nel 2012 è stato istituito (e rinnovato nel 2016) il Gruppo Tecnico di Lavoro degli Esperti in MR, sono stati organizzati corsi per medici e operatori delle AASSLL (2012/2016), sono stati predisposti PDTA per alcune MR (2014). Nel 2016 sono state istruite le domande per endorsement ministeriale per i Centri di Riferimento Europei. Una forte e sinergica collaborazione con le Associazioni dei pazienti ha rinsaldato la programmazione con i bisogni reali e ha migliorato i percorsi diagnostici e di cura.

Il recente DPCM 12.01.2017 (nuovi LEA) ha implementato il precedente elenco delle patologie rare presenti nella L. n. 279/2001, ed esenti alla partecipazione dei costi delle prestazioni sanitarie. Nello stesso anno, il Tavolo Tecnico Regionale ha prodotto il primo "Piano regionale Malattie Rare e Percorso Diagnostico-Assistenziale del Malato raro" (DCA n. 48/2017).

L'anno 2018 è stato denso di cambiamenti, a cominciare dalla riorganizzazione del CCMR, con la sua nuova collocazione presso l'Ospedale Monaldi dell'AORN Dei Colli (DGCR n. 5 del 16.01.2018), e la definizione del nuovo staff direttivo (DCA n. 32 del 01.02.2018) alla implementazione del DCA n. 48/2017 con un nuovo decreto (DCA n. 61/2018) che rispondesse alla richieste del MEF; alla creazione dei tavoli di lavoro per aree tematiche, per rispondere agli obiettivi del DCA n. 61/2018 (definizione della rete; implementazione registro e flussi; PDTA e percorsi di presa in carico).

Di seguito vengono elencati i principali obiettivi raggiunti da gennaio 2018:

- Riorganizzazione del CCMR (DGCR n. 5/2018; DCA n. 32/2018);
- Organizzazione CCMR con personale dedicato (delibera AO Monaldi n. 10 del 04.07.2018);
- Implementazione Piano Regionale Malattie Rare (DCA n. 61/2018);
- Attivazione tavoli di lavoro per obiettivi DCA 48/2017 e n. 61/2018:
  - Creazione RETE Hub/Spoke;
  - Implementazione Registro;
  - Definizione PDTA;
  - Rete emergenze malattie rare;
- Telemedicina nelle malattie rare (DCA n. 30/2018);
- Rete MEC (D.D. n. 198 del 14.09.2018);
- Partecipazione al Progetto CREA Sanità per lo studio nazionale sui farmaci orfani.

Il modello assistenziale previsto per la Rete è quello Hub/Spoke a complessità crescente ma ben diffuso sul territorio campano per garantire la maggiore accessibilità ai servizi e la maggiore omogeneità di erogazione di prestazioni.

Conoscere il territorio e le sue potenzialità

Conoscere le potenzialità della Rete campana è stato uno degli obiettivi nati nel 2018 e che la Regione intende proseguire ed ampliare negli anni a venire, considerata la complessità e la multidisciplinarietà del tema. Sono state promosse le seguenti azioni:

- Mappatura della Ricerca in Campania (con organizzazione di 2 Congressi annuali);
- Mappatura Associazioni in Campania: Collaborazioni con Forum, UNIAMO, Cittadinanza attiva, associazioni indipendenti;
- Promozione Campagna di screening per il sospetto precoce di una Malattia Rara: "I 3 campanelli di allarme per le malattie rare", per pediatri/medici di base;
- Creazione di Guida/Fad per utilizzo registro malattie rare;
- Primo corso ASL su malattie rare - 3 Dicembre 2018, ASL Avellino.

Gli obiettivi principali per il futuro, definiti anche nel DCA n. 48/18 e DCA n. 61/18 sono incentrati su implementazione di:

- Centro Coordinamento malattie rare: implementazione del CCMR con nuove figure (assistente sociale) ed operatori volontari (medici in formazione: specializzazioni in igiene, medicina delle comunità, medicina del lavoro; farmacologi etc); collegamento del CCMR con le realtà aziendali dei presidi e del territorio; collegamento con il coordinamento delle associazioni; supporto alle iniziative regionali e del tavolo tecnico malattie rare;
- Rete Assistenziale: creazione rete Hub—>Hub; Hub—>Spoke; unità multidisciplinari; ambulatori ed unità dedicate; CUP dedicati;
- Registro: implementazione registro e collegamento agli altri flussi sanitari; omogeneità certificatori-prescrittori; analisi e correzione su prevalenza/frequenza certificati e mobilità;
- PDTA: definizione PDTA (e PAI, progetti individualizzati) come percorso e strumenti di presa in carico, al fine di favorire una "mobilità attiva";
- Ricerca: creazione del network della ricerca (collaborazione centri ricerca, attrazione fondi nazionali, europei, internazionali), collegamento presidi assistenziali con centri ricerca;
- Associazioni: creazione coordinamento associazioni campane;
- Formazione: implementazione corsi formazione medici di base, pediatri, medici del territorio/ASL;
- Informazione: implementazione di tutti i processi informativi (web e non web based);
- Prevenzione: creazione di sportelli informativi, brochure, campagne di prevenzione.

Obiettivi e Indicatori

a. Rete Assistenziale:

- Attivazione di tutti i certificatori alla luce del DPCM e del DGR n. 523/2017;
- Presa in carico assistenziale multidisciplinare;
- Implementazione diagnosi genetica negli Hub;
- Collegamento con territorio e case-manager (MMG e PLS);
- Rete emergenze;
- Contrasto alla migrazione sanitaria

Definizione e collegamento della Rete (Hub-Hub; Hub-Spoke; UNIT Multidisciplinari), con divisione in Macro Aree a seconda della popolazione e presidi/centri territoriali

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Definizione ambulatori malattie rare negli 11 presidi della rete (CUP dedicato, collegato con CUP regionale)
- Implementazione Reti Europee (ERN)
- Collegamento presidi con rete genetica
- Definizione rete emergenze per le malattie rare

Finalità: Costruzione della rete assistenziale (creazione 11 Hub, rete Hub-Spoke, rete emergenze, potenziamento connessioni con rete europea, ERN), applicando i PDTA realizzati.

b. Registro:

- Collegamento presidi ed ASL; possibilità di implementazione con modulo presa in carico e prescrizione (gestione completa flussi sanitari);
- Decodificare la bassa prevalenza malattie rare (0,29% Regione Campania vs 0,53 Regione Puglia; dati OSSFOR - CREA SANITA');
- Attività svolta in collegamento con AREA VASTA – VENETO
- Attivazione di tutti i certificatori alla luce del DPCM e del DGR n. 523/2017

- Collegamento Registro ad Anagrafe Sanitaria
- Implementazione Registro con Modulo presa in carico
- Implementazione Registro con Modulo prescrizione

Finalità: Riduzione della spesa/mobilità sanitaria, con collegamento dei flussi sanitari campani (come nel "modello Veneto") e miglioramento netto dell'offerta: diagnosi, presa in carico, spesa farmaceutica, anagrafe sanitaria.

c. PDTA:

- Rendere omogenei e validare a livello regionale alcuni PDTA già presenti a livello aziendale;
- Costruire Percorsi multidisciplinari intra- e/o inter-aziendali;
- Costruire la governance dei piani terapeutici;
- Migliorare la prescrizione farmaci fascia C;
- Attivare un CUP dedicato;
- Individuare per ogni Azienda Sanitaria personale e spazi per la realizzazione di ambulatori dedicati

- Definizione percorso regionale malato raro
- Definizione 30 PDTA regionali (patologie specifiche)
- Definizione percorsi aziendali

Finalità: identificazione PDTA e percorsi di diagnosi, presa in carico e terapia per persone con malattie rare.

d. Ricerca:

- Rafforzare i Centri ricerca con riconoscimento nazionale ed internazionale;
- Identificare e sostenere nuovi Centri;
- Costruire il network;
- Aumentare informazione/interazione tra i Centri nazionali ed Europei

- Anagrafe della Ricerca
- Implementazione informazione - Database Sito CCMR

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Network presidi - centri ricerca (“malattie senza diagnosi - unknown diagnosis disea-se” e “sviluppo di nuove terapie”)

Finalità: creazione di network clinica-ricerca.

e. Associazioni:

- Rafforzare la Collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum malattie rare);
- Costruire una anagrafe associazioni e integrare le nuove realtà emergenti

- Anagrafe delle Associazioni
- Creazione coordinamento associazioni malattie rare

Finalità: definizione chiara del panorama associativo; creazione di un Coordinamento di Associazioni (Forum, UNIAMO, Cittadinanza Attiva, Associazioni indipendenti), che si incontri con CCMR e Regione periodicamente, e che esprima visione comune.

f. Formazione:

- Integrare la collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum malattie rare);
- Predisporre programmi di formazione per medici e pediatri di base, medici ASL, specialisti;
- Predisporre una formazione specifica per la fase di transizione

- Corso/Congresso Medici Rete
- Corso ASL
- Master Campano/Internazionale malattie rare

Finalità: formazione medici e operatori sanitari; collaborazione con Regione e rettori per formazione medici specializzandi; collaborazione con direttori aziendali per formazione specifica.

g. Informazione:

- Garantire attenzione alle richieste di informazione per le malattie rare;
- Istituire e gestire un sito internet CCMR

- Implementazione Sito
- Eventi/brochure informativa

Finalità: informazione medici, operatori sanitari, cittadini

h. Prevenzione:

- Promuovere attenzione mediatica alle malattie rare;
- Utilizzare il sito internet CCMR per diffondere informazioni a utenti e operatori sanitari

- Screening metabolico
- Sportelli Informativi ASL e creazione "RETE ASL"
- Campagna di screening

Finalità: campagna di screening; screening neonatale

Scadenze

b. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
12 mesi (Entro Dicembre 2019)
16 mesi (Entro Aprile 2020)

fonte: http://burc.regione.campania.it

24 mesi (Entro Dicembre 2020)

c. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)

d. 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)

e. Entro Dicembre 2019)
Entro Dicembre 2020

f. 6 mesi (Entro Giugno 2019)
6 mesi (Entro Giugno 2019) – Scadenza Rispettata

g. 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020) – Scadenza Rispettata

h. 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019) – Scadenza Rispettata

i. Entro Giugno 2020

1.3 Il paziente oncologico

La Regione Campania ha programmato con DCA n. 98/2016 la propria Rete Oncologica, i cui assi portanti sono rappresentati da:

- Centralità del paziente;
- Presa in carico integrata Ospedale/Territorio;
- Approccio Multidisciplinare;
- Innovazione.

L'attenzione crescente ai bisogni complessi del paziente oncologico, comprese le sfide legate alla lungo-sopravvivenza e la progressiva cronicizzazione configurano le dimensioni entro cui dispiegare l'azione programmatoria per il prossimo triennio.

Il Piano di riorganizzazione della ROC ha inteso rimodulare e riqualificare l'offerta al fine di garantire all'utenza oncologica della Regione il livello di assistenza di qualità che preveda:

- Equità di accesso;
- Appropriatezza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- Integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera;
- Procedure di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficacia ed economicità.

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici si stima una incidenza di neoplasie annue pari a oltre 30.000 casi con un tasso di mortalità in Campania che oggi si discosta decisamente dalla media nazionale.

La scarsa organizzazione del percorso diagnostico terapeutico per la maggior parte delle neoplasie oncologiche e la mancata sistematizzazione della domanda e dell'offerta, sono stati le principali cause del fenomeno della migrazione sanitaria.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La frammentazione delle casistiche in un numero eccessivo di strutture, in particolare per la chirurgia, rappresenta probabilmente, una delle principali cause della maggiore mortalità che la Regione Campania intende superare e migliorare.

Altri fattori di criticità evidenziano:

- La bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e colon-retto;
- Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura;
- Frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Per superare tutto questo e offrire ai propri cittadini una adeguata sanità in area oncologica, la Regione Campania ha avviato la costruzione della propria Rete regionale già nel corso nell'anno 2018, predisponendo una serie di documenti costitutivi, programmatori, organizzativi e tecnici che rappresentano le infrastrutture della ROC.

1.3.1 Implementazione delle reti oncologiche

I documenti finora prodotti, quali necessari fondamenti per l'implementazione e la governance della ROC sono costituiti da:

- DCA n. 98 del 20.09.2016, che ha istituito della Rete Oncologica Campana, secondo il modello del Comprensive Cancer Center Network individuando quattro PDTA per i tumori coperti da screening;
- DCA n. 19 del 05.03.2018, che ha aggiornato i preesistenti 4 PDTA e ne ha definito in tutto 13 (65% dei tumori incidenti in Campania) e definito un cronoprogramma per le azioni successive;
- DCA n. 89 del 05.11.2018, che ha ampliato il numero dei PDTA, portandoli a 19 e inserito documenti tecnici relativi a nutrizione e tumori eredo familiari.

La Regione ha inoltre approntato la mappa dei GOM istituiti e afferenti alla ROC.

Di seguito sono riportati gli obiettivi per il prossimo triennio, suddivisi in obiettivi generali della rete e obiettivi specifici.

A. <u>Obiettivi generali</u>

Lo strumento di governo della ROC è rappresentato dalla Piattaforma informatica realizzata in house che permette accesso differenziato a operatori e utenti che condividono l'esecuzione del PDTA del rispettivo paziente.

Altri livelli di accesso sono previsti per gli utenti/cittadini/pazienti per le necessarie informazioni.

In piattaforma saranno disponibili tutti i documenti tecnici prodotti dalla ROC per idonea consultazione.

Ogni procedura di accesso e di trasmissione dati sarà protetta in ordine alla privacy come previsto per legge.

La piattaforma interconnette in maniera interattiva e tracciante tutti gli snodi della rete, siano essi territoriali, ospedalieri, domiciliari, affinché l'intero processo di presa in carico possa essere trasparente e dominato.

L'implementazione della piattaforma informatica della ROC e la contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio rappresentano l'end point dell'implementazione della ROC.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione della piattaforma informatica della ROC e contestuale attivazione dei GOM programmati con relativa interoperabilità ospedale/territorio

- Numero di GOM attivi sulla piattaforma valutati alla fine di ogni semestre
- Numero di MMG attivi in piattaforma

b. Riduzione della frammentazione chirurgica ai sensi del PNE

- Adozione documento di programmazione mappe chirurgiche della ROC

Scadenze

a. Entro Gennaio 2020
b. Entro Settembre 2019

B. Innovazione Tecnologica

La Regione intende promuovere lo sviluppo dell'innovazione tecnologica regionale sviluppando specifici programmi di acquisizione e razionalizzazione per le seguenti necessità:

- Acceleratori lineari;
- Protonterapia.

Obiettivi e Indicatori

a. Acquisizione e razionalizzazione ore di funzionamento acceleratori lineari

- Documento tecnico Radioterapia
- Numero ore di attività: % di crescita annua radioterapia pubblica
- Attivazione programma di Protonterapia

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

C. Innovazione Organizzativo-Programmatica

La Regione Campania intende conseguire nel prossimo triennio nuovi obiettivi di qualità dei percorsi assistenziali ed il miglioramento continuo dei processi.

A tal fine programma di predisporre:

- Piano regionale della chirurgia robotica;
- Valutazione di fattibilità per un laboratorio centralizzato provinciale robotizzato per la preparazione farmaci antineoplastici;
- Certificazione SGQ PDTA, UMACA e Anatomia Patologica;
- Revisione periodica della mappa dei nodi della ROC.

Obiettivi e Indicatori

a. Migliorare i percorsi assistenziali in un'ottica di qualità dei processi

- Piano regionale della chirurgia robotica

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero di Certificazioni di qualità dei processi diagnostico-assistenziali
- Revisione periodica della mappa

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020

D. <u>Innovazione Clinica</u>

1. Realizzazione del Centro di immuno-oncologia

Le terapie immuno-oncologiche promettono benefici duraturi e la speranza di una sopravvivenza a lungo termine e di qualità per pazienti che prima avevano ben poche alternative di trattamento disponibili. Ad esempio, fino a un quinto dei pazienti con melanoma metastatico trattati con le terapie immuno-oncologiche è risultato ancora in vita dopo dieci anni. In passato, nessun altro trattamento era mai stato in grado di prolungare la vita di questi pazienti.

La seconda frontiera dell'immunoterapia è costituita dai CAR-T. Si tratta di un ramo di ricerca più giovane rispetto agli inibitori di checkpoint. Rappresenta un approccio diverso rispetto all'immunoterapia e consiste nell'ingegnerizzare i linfociti T del paziente per fare in modo che i nuovi recettori, su di essi generati, siano in grado di riconoscere le cellule malate. Questi farmaci sperimentali sono stati già testati con successo in pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta - dove mostrano oltre il 90% di successo nei bambini che resistono alle terapie tradizionali o che vanno incontro a una recidiva dopo le cure. Pertanto, le terapie immuno-oncologiche sono potenzialmente in grado di rivoluzionare il trattamento di molti tumori e possono avere un impatto positivo fondamentale sulla capacità del paziente di tornare alla vita lavorativa e di condurre un'esistenza sana e produttiva

Tuttavia, la scienza immuno-oncologica è tuttora in evoluzione, per cui, si programma di dotare la Regione Campania di un centro di immuno-oncologia per offrire a tutti i cittadini della Regione innovative ed efficaci cure contro i tumori.

Il nuovo centro è previsto che operi nell'ambito della ricerca traslazionale per fondere la ricerca di base e quella clinica con l'attività terapeutica e viene programmato presso l'IRCCS Pascale, in quanto lo stesso Istituto:

- Risulta attualmente Centro in grado di offrire le garanzie, richieste da AIFA in associazione alla Società di Ematologia e Fondazione Italiana Linfomi, per la somministrazione a base di CAR-T cells in termini di sicurezza dei pazienti, adeguata conservazione del prodotto e razionalizzazione dei costi;
- Assiste annualmente oltre 200 pazienti affetti da linfoma non-Hodgkin, maturando dunque un'esperienza documentata e disponendo di competenze e strutture adeguate alla somministrazione del prodotto;
- Ha già attivo da anni un percorso certificato JACIE per la somministrazione di terapie cellulari avanzate, con esecuzione di un adeguato numero di procedure all'anno.

Esso dovrà provvedere a:

- Definizione di opportuni percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti;
- Sviluppo preclinico e clinico di nuovi prodotti di terapia cellulare e di altre modalità immunoterapeutica nelle diverse patologie oncologiche;
- Progettazione e l'esecuzione di test di valutazione della risposta immunologica per studi clinici e preclinici;

- Coordinamento delle attività di raccolta materiale biologico destinato alle attività di ricerca in ambito biomedico; analisi della flora batterica intestinale e correlazione con la tumorigenesi;
- Sviluppo di vaccini antitumorali, terapia virale oncolitica, adoptive cell therapy, CAR-T cell therapy nei tumori solidi;
- Aggiornamento continuo del personale sui temi di maggior rilievo immunologico e oncologico, attraverso seminari, corsi e congressi e collaborazioni strette e costanti con i laboratori di riferimento in campo internazionale.

Obiettivi e Indicatori

a. Innovazione clinica mediante realizzazione di un Centro di Immunoncologia per offrire a tutti i campani innovative ed efficaci cure contro i tumori, accesso alle cure nell'ambito della Medicina di Precisione e rilancio della ricerca traslazionale e della sperimentazione clinica

- Realizzazione del Centro Regionale di Immunoncologia

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

2. Realizzazione della Rete della Medicina di Precisione

La Medicina di Precisione in oncologia si basa sull'impiego di farmaci in grado di bloccare specifici meccanismi molecolari coinvolti nella progressione neoplastica e di biomarcatori per la selezione dei pazienti. I farmaci a bersaglio molecolare agiscono sui processi che consentono alla cellula neoplastica di sopravvivere e proliferare in maniera continua, di invadere tessuti e formare metastasi a distanza, di indurre la formazione di nuovi vasi sanguigni e di sfuggire alla attività del sistema immune. I biomarcatori sono caratteristiche del tumore che ci consentono di identificare i pazienti che possono beneficiare di specifici farmaci e sono spesso rappresentati da alterazioni genetico-molecolari della neoplasia. Dato che i tumori possono utilizzare diversi meccanismi molecolari per la loro crescita, solo la combinazione di biomarcatori e farmaci a bersaglio molecolare consente la realizzazione della Medicina di Precisione in oncologia.

L'introduzione nella pratica clinica di farmaci a bersaglio molecolare e biomarcatori ha avuto un impatto significativo sulla sopravvivenza di pazienti con neoplasie avanzate, per i quali spesso non sono disponibili valide alternative terapeutiche. Recentemente, agenti a bersaglio molecolare si sono dimostrati efficaci anche in pazienti con malattia resecabile ad alto rischio di recidiva. Inoltre, numerosi farmaci molecolari e corrispondenti biomarcatori sono in corso di sperimentazione clinica. Alcuni di questi agenti hanno dimostrato elevata efficacia clinica in pazienti con specifiche alterazioni genetico-molecolari, indipendentemente dalla localizzazione e dalla istologia del tumore. Ci si attende, pertanto, che la frazione di pazienti che nel prossimo futuro sarà trattata con farmaci mirati alle alterazioni genetico-molecolari delle neoplasie aumenti in maniera significativa.

Per garantire l'accesso ai farmaci biomolecolari, è indispensabile che i pazienti oncologici siano analizzati per la presenza dei biomarcatori approvati in pratica clinica. Una caratterizzazione genetico-molecolare estesa dei pazienti oncologici offre la possibilità di accesso a nuovi farmaci attraverso la sperimentazione clinica e costituisce il presupposto per la rapida introduzione di nuove terapie nella pratica clinica. Tuttavia, la selezione dei pazienti da sottoporre a screening genetico-molecolare, la interpretazione dei dati e la successiva scelta

fonte: http://burc.regione.campania.it

terapeutica richiedono una forte interazione tra le varie professionalità che hanno in carica il paziente oncologico.

Obiettivi e Indicatori

a. Accesso alle cure nell'ambito della medicina di precisione

- Incremento annuo del numero di pazienti trattati con farmaci molecolari e analizzati per biomarcatori

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

3. Ricerca traslazionale e sperimentazione clinica

Si intende rilanciare la ricerca come obiettivo prioritario della rete:

- Creazione nella piattaforma ROC dell'osservatorio delle sperimentazioni attive in Regione;
- Creazione di gruppo interaziendale per la selezione dei pazienti arruolabili in studi di fase 1 nei centri regionali abilitati;
- Creazione di un gruppo interaziendale per lo sviluppo della immunoterapia e dell'impiego del CAR-T nell'ambito delle neoplasie solide;
- Creazione di un gruppo interaziendale per la identificazione delle mutazioni potenzialmente target nei tumori solidi.

Obiettivi e Indicatori

a. Rilancio della ricerca traslazionale e della sperimentazione clinica

- Numero di pazienti trattati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021

E. <u>Piano sviluppo chirurgie oncologiche</u>

L'offerta per l'attività chirurgica inerente le patologie epatobilio-pancreatiche, polmone ed ovaio risulta attualmente carente. Nel triennio si intende colmare queste carenze. Si costituiranno centri di alta specializzazione ove si concentreranno gli investimenti.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione centri di alta specializzazione

- Numero nuovi centri di alta specializzazione

Scadenze

a. Annuale – Dicembre 2019-2020-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

F. Affiancamento chirurgie esistenti

Così come già individuato nel DCA n. 98/2016, e sulla base delle risultanze del costituito tavolo di lavoro regionale ad hoc con le Aziende Sanitarie Locali, sono stati già programmati interventi di affiancamento biennali per le chirurgie dei Presidi Ospedalieri aderenti ai GOM, al fine di raggiungere i cut-off minimi previsti.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione centri di alta specializzazione

- Numero nuovi centri di alta specializzazione
- Riduzione tasso di migrazione sanitaria per le patologie individuate

b. Incremento nuove chirurgie

- Incremento del numero di nuove chirurgie che superano annualmente i cut-off minimi previsti
- Riduzione tasso di migrazione sanitaria per le patologie individuate

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Arruolamento)
b. Entro Dicembre 2021 (Valutazione effetto sulla migrazione sanitaria)

1.3.2 Implementazione dei PDTA

Nel corso del 2017 e dei primi mesi del 2018 si è provveduto a condividere, con tutti gli oncologi dei CORP/CORPUS della Regione 19 PDTA, che coprono oltre il 90% della patologia oncologica, oltre il trattamento antiemesi in corso di chemioterapia, la radioterapia, nonché, i requisiti minimi del referto anatomopatologico, al fine di uniformare e rendere omogenei i comportamenti in ambito regionale.

In prospettiva triennale, le traiettorie programmatorio/gestionali relativamente ai PDTA prevedono:

- La revisione annuale, legata alle innovazioni cliniche e dei processi di cura dei PDTA pubblicati nei DCA di Marzo (DCA n. 19/2018) e Novembre (DCA n. 89/2018);
- Il monitoraggio e la valutazione, attraverso la piattaforma informatica della ROC, individuando, anche sulla base delle indicazioni di AGENAS nonché di gruppi di lavoro ad hoc costituiti e confermati nel DCA n. 89 del 5.11.2018, una serie di indicatori di processo e, via via, di esito, nella logica del miglioramento continuo della Qualità;
- La valorizzazione economica.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione PDTA adottati con DCA n. 19/2018 e n. 49/2018 con revisione annuale del processo

- Numero di PDTA che rispettano almeno il 75% degli indicatori
- Codifica in piattaforma dei 6 indicatori di processo e almeno 2 di esito

b. Revisione annuale dei PDTA

- % dei PDTA revisionati (ottimale oltre il 50%)

c. Valorizzazione economica dei PDTA

- Numero di PDTA valorizzati economicamente (ottimale oltre il 50% nel triennio)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Revisione annuale del 100% dei PDTA)
Entro Dicembre 2019 (Immissione in piattaforma degli indicatori)
Da Novembre 2020 (Monitoraggio dei PDTA per il rispetto degli indicatori)
b. Entro Novembre 2020 (Monitoraggio di almeno il 50% dei PDTA sul rispetto degli indicatori)
c. Entro Dicembre 2019

1.3.3 Il paziente oncologico in età pediatrica

In Campania la popolazione residente di età compresa tra 0 e 19 anni è di circa 1.250.000 unità, pari al 21,9% della popolazione totale. Su tale popolazione incide per il 16,7% l'età pediatrica (tra 0 e 14 anni, circa 900.000 soggetti) e per il 5,2% quella adolescenziale (tra 15 e 19 anni, circa 350.000 di soggetti).

L'incidenza stimata dei tumori maligni (malattie emolinfoproliferative o tumori solidi) è di circa 170 nuovi casi per anno e per milione in età pediatrica, e 293 in età adolescenziale.

Si stimano pertanto, tra i residenti campani con età inferiore ai 19 anni, circa 265 casi di nuove diagnosi di tumore maligno per anno.

Attualmente in Regione Campania la risposta assistenziale è garantita principalmente da due Centri di III livello (Ematologia ed Oncologia pediatrica della AOU Vanvitelli e Dipartimento di Oncologia dell'AORN Santobono-Pausilipon), riconosciuti dalla Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica (AIEOP).

Circa il 24% dei ricoveri in ambito oncologico nell'età pediatrica ed il 35% di quelli in età adolescenziale sono effettuati fuori regione, con un alto costo sociale ed un impatto sulla mobilità passiva di circa tre milioni di euro all'anno.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione di un Polo Unico Regionale di III livello per l'Oncologia Pediatrica mediante Protocollo di Intesa tra la AOU Vanvitelli e l'AORN Santobono-Pausilipon, con una attività di "Oncologia ed onco ematologia pediatrica" e conseguente Centro AIEOP unico, che costituirà il secondo centro nazionale per numerosità dei casi

- Indice della migrazione extraregionale per neoplasie infantili e trapianto di midollo (Riduzione, entro il termine di vigenza del Piano triennale del 40%)
- Indicatori di processo e di esito per la valutazione degli standard AIEOP

b. Costituzione della Rete Pediatrica Regionale per l'Oncologia Pediatrica, in analogia e collegamento con la già costituita Rete Oncologica Regionale

- Sviluppare, con la direzione del costituendo Hub Unico Regionale, azioni di formazione, organizzazione ed integrazione dei percorsi assistenziali, per la costituzione di un centro Spoke in ciascuna provincia;
- Integrare, nella logica di rete, altre funzioni relative all'iter diagnostico terapeutico, anche appartenenti ad altri ambiti assistenziali (Pediatria di Libera Scelta, funzione di salvaguardia della fertilità, funzione di Assistenza Domiciliare, funzione di Terapia del Dolore e cure Palliative/Hospice, funzione di sorveglianza dei "fuori terapia", attività del volontariato)

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Affidamento, entro il termine di vigenza del Piano triennale di almeno il 60% dei pazienti a percorsi assistenziali decentrati nel post-diagnosi

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Formalizzazione della costituzione del Polo Unico)
Entro Dicembre 2020 (Unificazione dei reparti di degenza)
Entro Dicembre 2021 (Completamento delle dotazioni tecnologiche)

b. Entro Giugno 2020 (Avvio del programma di formazione per gli Spoke e le articolazioni territoriali)
Entro Giugno 2021 (Definizione dei PDTA e delle "regole di ingaggio" della rete)
Entro Dicembre 2021 (Prima presa in carico di pazienti oncologici nei centri Spoke)

1.4 Il paziente acuto e post-acuto

L'assistenza in ambito ospedaliero ha rappresentato in Regione Campania negli anni passati il riferimento centrale dei processi di cura, in maniera sicuramente distorta ed inappropriata, fino a generare tassi di ospedalizzazione non giustificabili, di per sé portatori di un gravame di risorse che seguivano passivamente l'andamento della domanda. Un territorio da sempre poco credibile, se non per particolari esperienze legate alle individualità piuttosto che all'organizzazione, distretti scarsamente organizzati e poco accoglienti, rimodellati spesso su residui di vecchie USL e pertanto immodificati nel loro compito anche rispetto all'immaginario dell'utente, hanno contribuito a dirottare sempre di più il paziente verso l'ospedale. Una scarsa rispondenza dei servizi di continuità assistenziale e le poche effettive esperienze di rete della medicina generale non hanno mai fatto sentire al cittadino la presenza di una quota di servizio sanitario che non fosse l'ospedale.

Ormai da due anni la Regione Campania è impegnata in un forte cambiamento e una decisa riorganizzazione del territorio chiamato a svolgere il proprio compito quotidiano di supporto al bisogno e di governo della domanda di salute, ma anche riappropriandosi del ruolo di promotore di processi di prevenzione e riabilitazione, di assistenza residenziale e semiresidenziale, in sinergia e integrazione con il settore sociale, fino alla domiciliarità delle cure ed alla gestione della terminalità. È diventata credibile e fortemente richiesta l'assistenza domiciliare, seppure necessitante ancora di omogeneizzazione dei percorsi e dei processi di presa in carico, così come delle forme di prestazione dei servizi. Un'analisi della domanda e dell'appropriatezza dei setting di cure ha permesso anche di tradurre in PACC i 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza dal mese di agosto 2018.

Queste ed altre azioni altrove descritte hanno permesso di ricondurre verso una specificità assistenziale delimitata a percorsi di emergenza e urgenza la domanda di assistenza ospedaliera che nel 2018 si attesta sotto i 160 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il riorientamento della domanda si associa ad una ricostruzione della Rete Ospedaliera, riconfigurata secondo gli standard nazionali previsti dal D.M. n. 70/2015, che permette il varo di livelli crescenti di strutture ospedaliere, nella garanzia delle proporzioni per bacini di utenze e ricondotti alla normalità per discipline quali punti di erogazione, in una sana e corretta integrazione con il privato accreditato e gli ospedali religiosi.

1.4.1 Realizzazione del Piano ospedaliero 2019-2021

Con DCA n. 103/2018 la Regione Campania riceve l'approvazione Ministeriale del Piano della Rete Ospedaliera, come da verbale della seduta congiunta dell'11.04.2019 trasmesso nel corso del mese di maggio

fonte: http://burc.regione.campania.it

2019. A partire da tale periodo la Regione Campania produce il proprio cronoprogramma di attivazione del Piano Ospedaliero per la compiuta realizzazione dello stesso entro il triennio 2019-2021.

In conseguenza del nuovo DCA è necessario attivare i seguenti processi di aggiornamento documentale e valutazione tecnica:

- Attivazione di uno specifico studio per la valutazione dei dati Volumi ed Esiti, basati sulla disamina delle SDO 2018 e I semestre 2019, finalizzati alla individuazione delle ulteriori UOC eccedenti come da cronoprogramma;
- Costituzione della Commissione regionale di valutazione dei nuovi Atti Aziendali discendenti dall'applicazione del DCA n. 103/2018;
- Monitoraggio della applicazione delle Reti Tempo dipendenti e completamento del processo istruttorio per le reti Ictus e Trauma.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione Gruppo di lavoro per la valutazione Volumi/esiti finalizzato alla individuazione delle UOC eccedenti

- Costituzione e avvio Gruppo di lavoro
- DCA con individuazione UOC eccedenti, tenendo conto anche della vigenza contrattuale dei titolari di S.C.

b. Ricezione e valutazione Atti Aziendali prodotti in applicazione del DCA n. 103/2018

- Costituzione Commissione Regionale per la valutazione Atti Aziendali

c. Attivazione dei nuovi DEA di I livello come previsti nella rinnovata programmazione

- N. DEA di I livello attivati

d. Riduzione dei punti di erogazione in eccesso, sia in esito al DCA n. 103/2018 che in applicazione del processo di valutazione Volumi/esiti

- Documento di programmazione per l'individuazione dei punti di erogazione in eccesso

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019
Entro Novembre 2019 (Richiesta dati e analisi SDO 2018 e I semestre 2019)
Entro Dicembre 2019 (Individuazione UOC eccedenti)

b. Entro Novembre 2019 (Costituzione Commissione Regionale)
Entro Dicembre 2019 (Ricezione degli Atti Aziendali)
Entro 90 giorni dall'approvazione della rete territoriale adozione degli Atti Aziendali

c. Entro 2 mesi dall'approvazione dei rispettivi Atti Aziendali (Richiesta alle AASSLL di predisporre un cronoprogramma per l'attivazione dei DEA di I livello di nuova programmazione)

d. Entro Giugno 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

1.4.2 Adeguamento e sviluppo delle reti tempo-dipendenti

La riconfigurazione della Rete Ospedaliera dell'Emergenza/urgenza permette di conseguenza l'identificazione dei Nodi delle Reti tempo/dipendenti e la conseguente capacità di migliorare la qualità dell'assistenza nel rispetto dei tempi previsti per le procedure d'urgenza salvavita.

Una coerente programmazione di edilizia ospedaliera sorregge la programmazione regionale e permette nel triennio la sua completa implementazione, in ordine alle strutture ed alle necessarie tecnologie, sia in ammodernamento che in innovazione.

A. Rete Cardiologica

Con DCA n. 64/2018 è stata adottata la Rete Cardiologica Campana in funzione dell'organizzazione della Rete Ospedaliera vigente. Attiva dall'agosto 2018 copre completamente l'intero territorio regionale. Il modello organizzativo è quello Hub/Spoke e vede l'ingresso nel sistema dell'emergenza/urgenza sia delle AOU che di alcune strutture private accreditate (alcune dotate di Pronto Soccorso, altre con accettazione h24 per le urgenze cardiologiche). Tuttavia la rete approvata con DCA n. 64/2018, a seguito dell'approvazione della nuova programmazione della Rete Ospedaliera, viene soggetta a rielaborazione per alcuni punti che hanno modificato la loro collocazione nella matrice dell'emergenza/urgenza.

I percorsi assistenziali sono governati da specifici PDTA allegati al documento di programmazione, supportati da collegamenti informatizzati capaci di trasmissione di rilevazioni ecografiche con lettura da remoto e successiva valutazione per la presa in carico corretta del paziente.

Il sistema 118 integra perfettamente la Rete IMA ed è coordinato ai bacini di utenza collegati ai rispettivi Spoke e Hub.

Sono previste azioni periodiche di monitoraggio dell'efficienza del sistema a carico di una struttura di coordinamento regionale, così come sono previste azioni di "manutenzione" della rete a cadenza annuale.

È programmata una azione di comunicazione e informazione al cittadino per la conoscenza del sistema e per diffondere nozioni di promozione della salute e conoscenza delle modalità di allerta della Rete.

Sono aperti vari tavoli tecnici per la gestione del post-acuto sia rispetto alla Sindrome Coronarica acuta, sia allo Scompenso Cardiaco che alla Fibrillazione Atriale, per la presa in carico post-evento.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione coordinamento regionale
- Insediamento coordinamento regionale

b. Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
- Report di monitoraggio

c. Valutazione annuale ed eventuali azioni correttive
- Report di valutazione

d. Azione di informazione e comunicazione regionale
- Campagne informative e di comunicazione

e. Adozione PDTA per il post-acuto

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Decreto di adozione

f. Implementazione dei PDTA del post-acuto

- Grado di implementazione dei PDTA

Scadenza

a. Entro 30 giorni dal DCA di adozione del Piano Ospedaliero (Insediamento coordinamento regionale)
b. Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
c. Annuale – Gennaio 2019-2020-2021 (Valutazione ed eventuali azioni correttive)
d. Entro 3 mesi dal DCA di revisione rete IMA (Azione di informazione e comunicazione regionale)
e. Entro dicembre 2019 (Adozione PDTA per il post-acuto)
f. Implementazione dei PDTA del post-acuto nel 2020/2021 con valutazioni e monitoraggio di indicatori preordinati

B. Rete Ictus

Nel documento di programmazione della Rete Ospedaliera è previsto un modello macro di rete Ictus coerente con i punti di erogazione delle discipline afferenti alla Rete. Nel frattempo varie disposizioni di carattere organizzativo, per la gestione transitoria, fino alla implementazione della Rete sono state emanate a livello regionale. Ciò anche in considerazione della recente attivazione dell'emergenza nella struttura Ospedale del Mare.

L'obiettivo regionale è quello di decretare l'assetto della rete Ictus al fine di garantire a ogni cittadino di ricevere la migliore assistenza ovunque si verifichi l'evento, garantendo equità di accesso a ciascuno.

Il modello organizzativo previsto è quello Hub/Spoke, governato mediante PDTA basati su evidenze scientifiche.

L'obiettivo è garantire la trombolisi sistemica entro 3 ore dall'esordio dei sintomi e ricovero in stroke unit e, ove necessario trattamenti endovascolari d'urgenza in unità di Neuroradiologia Interventistica e/o Neurochirurgia.

All'esito della definizione finale della Rete dell'Emergenza/urgenza la Regione Campania decreta la rete ICTUS corredandola di documenti tecnici e PDTA per l'uniformità dell'assistenza, tenendo conto dei bacini di utenza e del correlato sistema 118.

La Rete Ictus viene necessariamente collegata, mediante specifico PDTA, alla disciplina di Neuroriabilitazione (codice 75) e altri setting del post-acuto e dell'assistenza territoriale, come previsto dal DCA n. 23/2015.

Obiettivi e Indicatori

a. Istruttoria per la definizione della Rete Ictus in funzione del DCA n. 103/2018

- Adozione linee guida per la Rete Ictus in coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 103/2018

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019 – Scadenza Rispettata

fonte: http://burc.regione.campania.it

C. Rete Trauma

Nel documento di programmazione della Rete Ospedaliera è previsto un modello macro di rete trauma coerente con i punti di erogazione delle discipline afferenti alla Rete. Sono stati infatti identificati i vari punti a diversa intensità di assistenza (CTS, CTZ e PST) correlati alla tipologia di presidio, secondo le prescrizione del D.M. n. 70/2015.

Nel frattempo varie disposizioni di carattere organizzativo, per la gestione transitoria, fino alla implementazione della Rete, così come approvata dal Ministero, sono state emanate a livello regionale.

Particolare attenzione è stata riservata alla gestione dei traumi maggiori prevedendo la costituzione in ogni PS di un Trauma Team, anche in considerazione della recente attivazione dell'emergenza nella struttura Ospedale del Mare.

L'obiettivo regionale è quello di decretare l'assetto della rete Trauma al fine di garantire a ogni cittadino di ricevere la migliore assistenza ovunque si verifichi l'evento, garantendo equità di accesso a ciascuno.

La Regione deve strutturare specifici PDTA per il Trauma maggiore, per il Trauma in età pediatrico e per altre tipologie specifiche di paziente o di condizione clinica. Sono già adottate schede tecniche di rilevazione della gravità del Trauma, condivise con un Gruppo di lavoro centrale che costituiranno la base per l'adozione di documenti tecnici strutturati complessivi clinici e organizzativi.

La rete Trauma viene necessariamente collegata per la gestione del post-acuto alle discipline codice 56 ed all'assistenza territoriale per l'area riabilitazione, come da specifico DCA n. 69/2017.

Obiettivi e Indicatori

a. Istruttoria per la definizione della Rete Trauma in funzione del DCA n. 103/2018

- Adozione linee guida per la Rete Trauma in coerenza con quanto stabilito dal DCA n. 103/2018

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019

1.4.3 L'utilizzo appropriato della degenza post-acuta

In Regione Campania con il nuovo Piano della Rete Ospedaliera, l'assistenza si arricchisce di una componente finora trascurata: la degenza post-acuta e l'alta specialità riabilitativa. Tali discipline a lungo neglette e poco considerate sono invece una delle chiavi di volta del sistema dell'emergenza/urgenza perché consentono un fluido percorso del paziente da un'assistenza ad alta intensità di cura verso un'assistenza dove la degenza è più protratta ma orientata al recupero ed alla riabilitazione, necessari complementi alla buona esecuzione di PDTA predefiniti.

La Regione Campania, in armonia con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», promuove un uso appropriato dell'ospedale che garantisca al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Evidenze della letteratura dimostrano che tanto più è tempestiva la presa in carico globale del paziente in fase acuta tanto più valido può essere il risultato raggiungibile in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni (secondari e terziari).

Come evidenziato dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato con Accordo Stato-Regioni-Province autonome il 10 febbraio 2011, la comprovata efficacia della tempestività e precocità dell'intervento riabilitativo esige che all'interno delle organizzazioni ospedaliere, pubbliche e private, sia garantito un modello organizzativo idoneo ad assicurare la precoce valutazione multidisciplinare del bisogno riabilitativo della persona già nelle UU.OO di degenza per acuti ai fini dell'erogazione tempestiva dei trattamenti necessari e dell'attivazione del percorso assistenziale più appropriato.

Risulta fondamentale in tale fase l'individuazione, nell'ambito della definizione del Progetto riabilitativo individuale, del setting di cura più appropriato per la fase post-acuta, che tenga conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

La riabilitazione post-acuta in regime di ricovero ospedaliero è riservata alle persone che richiedono un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore ed è appropriata nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti, ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante.

E' articolata in:

- Riabilitazione intensiva, rivolta a persone con disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;
- Riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore.

La Riabilitazione Intensiva viene erogata in U.O. di Recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) e in U.O. di Alta Specializzazione: Neuroriabilitazione (cod. 75) e Unità Spinale (cod. 28).

Tale tipologia di assistenza è di norma erogata nella fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutizzazione e recidive dell'evento patologico.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva in regime di ricovero ospedaliero e di lungodegenza post-acuzie sono erogate nelle U.O. cod. 60.

Con il nuovo Piano di programmazione della rete ospedaliera la Regione Campania ha previsto un significativo potenziamento dei posti letto per tali tipologie di assistenza al fine di soddisfare la domanda di assistenza post acuzie, ridurre le giornate di degenza inappropriata nei reparti per acuti nonché ridurre il rilevante fenomeno di mobilità passiva.

Risulta necessario migliorare l'offerta qualitativa della riabilitazione ospedaliera attraverso la definizione di specifici standard strutturali, tecnologici ed organizzativi per tali tipologie di assistenza.

Per il miglioramento dell'appropriatezza e l'efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera la Regione Campania, ha già definito linee di indirizzo su specifici percorsi di presa in carico della persona con patologie a rilevante impatto sulla disabilità (ictus, frattura di femore, BPCO) individuando, tra gli indicatori di performance, il trasferimento dei pazienti con bisogno di riabilitazione ospedaliera direttamente dai reparti per acuti.

Si provvederà, in coerenza con il decreto ministeriale sui criteri di appropriatezza per l'accesso alla riabilitazione ospedaliera, all'adozione di atti di indirizzo regionali sui criteri di eleggibilità dei pazienti ai fini dell'ammissione ai trattamenti ospedalieri, sotto il profilo di:

- Severità della condizione clinica/evento morboso/trauma causa del ricovero ospedaliero;
- Intensità/complessità dell'assistenza necessaria.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione disciplina regionale sui requisiti specifici dei setting di riabilitazione ospedaliera e relativi criteri di eleggibilità dei pazienti

- Numero requisiti setting di riabilitazione ospedaliera e criteri di eleggibilità dei pazienti

b. Incremento numero pazienti, ricoverati in setting di riabilitazione ospedaliera, trasferiti direttamente dalle UUOO di degenza per acuti

- % di SDO, relative a ricoveri in reparti per acuti, riportanti il seguenti codice di "modalità di dimissione": "8" = trasferimento ad istituto di riabilitazione
- % di SDO, relative a ricoveri in setting di riabilitazione ospedaliera, con i seguenti codici di "provenienza" del paziente": "4" = trasferito da istituto pubblico; "5" = trasferito da istituto privato accreditato; "6" = trasferito da istituto privato non accreditato; "7" = trasferito nello stesso istituto da altro tipo attività di ricovero o da altro reg. di ricovero

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Definizione requisiti specifici setting di riabilitazione ospedaliera e criteri di eleggibilità dei pazienti)

b. Annuale - Entro Giugno 2020-2021 (Verifica % pazienti ricoverati in reparti/strutture di riabilitazione ospedaliera trasferiti direttamente dalle UUOO di degenza per acuti)

1.4.4 Il sistema trasfusionale regionale

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce in materia di attività trasfusionale servizi e prestazioni individuate dall'art. 5 della legge 21 ottobre 2005 n. 219, così come recepiti dal DPCM n. 15 del 12.01.2017, prestazioni che rappresentano LEA.

Il D.M. n. 70/2015 prevede che le strutture trasfusionali siano organizzate e dimensionate in base all'ambito territoriale di riferimento ed alla complessità del presidio di appartenenza. Il dimensionamento dei poli di lavorazione e qualificazione biologica viene programmato sulla base degli standard previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Campania con DCA n. 42/2014 aveva definito la propria Rete Trasfusionale in funzione della preesistente Rete Ospedaliera ed aveva provveduto ad istituire i Dipartimenti sovraziendali di Medicina Trasfusionale.

L'attuale revisione della Rete Ospedaliera con l'identificazione di nuovi DEA di I livello richiederà una rimodulazione della Rete Trasfusionale, il loro dimensionamento, una nuova governance e una rimodulazione delle competenze.

E' necessario che la nuova Rete sia in grado di fronteggiare tutti i compiti di supporto trasfusionale corrente ed al contempo sappia rispondere alle esigenze emergenti connesse con i nuovi obblighi (accreditamento e rispondenza alle linee guida delle Buone norme di fabbricazione – GPGs).

La riorganizzazione della rete ospedaliera, e la auspicabile riduzione della mobilità sanitaria rimoduleranno i fabbisogni ed in tale ottica va garantita la sostenibilità del Sistema.

Una completa integrazione con le reti cliniche (urgenza-emergenza-trapianti) risulta strategica al fine di poter garantire sia le attività di diagnosi e cura che le attività di produzione, con particolare riguardo alla funzionalità dei Poli di lavorazione e qualificazione biologica, su cui impattano considerevolmente gli adempimenti previsti dal sistema regolatorio e di controllo di matrice europea, soprattutto per quanto riguarda la produzione di plasma per uso industriale.

L'integrazione con le Reti Cliniche renderà altresì indispensabile la ridefinizione delle competenze sulla terapia aferetica sia all'interno della disciplina trasfusionale sia nel rapporto con le atre discipline allo scopo di evitare sprechi e duplicazioni.

Così come accaduto in tutto il paese, anche in Campania si è verificato un calo di donazioni a causa soprattutto di:

- Modifiche demografiche con aumento della popolazione anziana le cui necessità assistenziali assorbono una maggiore quota di fabbisogno trasfusionale e contestuale riduzione delle fasce di età giovanili che riducono il turn over dei donatori periodici. La minore sensibilità delle fasce giovanili della popolazione unite a stili di vita non sempre sani non garantisce il necessario ricambio tra le generazioni;
- Una evoluzione del quadro epidemiologico delle malattie trasmissibili, soprattutto per i patogeni emergenti, conseguente alla mobilità dei cittadini e ai mutamenti climatici ed alle conseguenti misure restrittive sulle donazioni per tener conto della sicurezza trasfusionale;
- Una maggiore difficoltà per il reclutamento di nuovi donatori periodici e organizzazioni delle raccolte.

Ciò impone uno sforzo promozionale concordato a livello centrale che metta in sicurezza l'autosufficienza regionale.

Occorre inoltre conferire nuovo impulso e una rinnovata organizzazione alla Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali per una programmazione ed un monitoraggio centrale ed efficace delle attività della rete trasfusionale realizzando una piena integrazione della suddetta struttura all'interno dell'organizzazione regionale.

Realizzando il dettato legislativo che prevede una piena integrazione della struttura di coordinamento delle attività trasfusionale all'interno dell'organizzazione regionale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Va necessariamente consolidato e manutenuto il processo di accreditamento con i risultati raggiunti nel corso del 2017 e 2018, garantendo le strutture con gli standard previsti dal D.M. n. 70/2015, così come è necessario procedere ad un importante adeguamento dei sistemi infrastrutturali di rete (reti informatiche e reti di trasporto).

Vanno iniziati i processi di accentramento produttivo e consolidati quelli di validazione biologica, previsti dalla programmazione regionale.

Una costante attività di Formazione a tutti i livelli del personale afferente all'intero Sistema Trasfusionale va programmata periodicamente secondo un piano formativo regionale ed aziendale.

Azioni di integrazione forte con il settore Farmaceutico regionale sono finalizzate ad uno stretto monitoraggio ed una più razionale distribuzione dei plasmaderivati ottenuti in conto lavorazione, con conseguente contenimento della spesa, tramite un coordinamento con la Direzione dell'area Regionale farmaceutica.

È necessaria inoltre una stretta integrazione con il Centro Regionale Trapianti per la governance relativa alla raccolta di cellule staminali.

Infine, è necessario procedere alla revisione delle procedure di autorizzazione-accreditamento istituzionale, ispezione e controllo, con audit di parte seconda, al fine di rendere coerenti i percorsi di autorizzazione-accreditamento istituzionale e ispezioni e controllo così come previste dalla Regione e quelli di parte seconda previsti dalle Aziende di frazionamento industriale del plasma, ai fini della qualificazione dei Servizi Trasfusionali come fornitori di materia prima per i plasmaderivati prodotti in "conto lavorazione" da plasma nazionale, anche in prospettiva delle ridefinizione nazionale dei criteri di accreditamento.

Obiettivi e Indicatori

a. Informatizzazione della rete trasfusionale in conformità al decreto n. 42/2014 e accentramento delle attività di lavorazione nei tre poli individuati dal decreto n. 42/2014

- Configurazione informatica di almeno un polo di lavorazione
- Avvio della gara di informatizzazione rete trasfusionale regionale
- Consegna di una scheda di rilevazione dello stato dei requisiti strutturali e tecnologici di almeno 2 poli di lavorazione
- Conclusione gara informatizzazione
- Ristrutturazione poli di lavorazione
- Accentramento nei tre poli di lavorazione

b. Messa in atto di una campagna promozionale per la donazione di sangue e plasma Regionale su base semestrale o annuale e monitoraggio trimestrale dei dati di produzione e consumo di emazie e richiesta di un piano di attività per i Strutture Trasfusionali (ST) con deficit di produzione maggiore al 5% rispetto al pari periodo dell'anno scorso

- Partenza della campagna promozionale estiva e riduzione del 50% delle UO con deficit di produzione emazie maggiori del:
  - 5% nel 2019;
  - 80% nel 2020;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- 100% nel 2021

c. Riorganizzazione della struttura tecno-amministrativa per la Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC)

- Adozione del regolamento di funzionamento SRC e reperimento nuova sede

d. Conclusione dell'intero percorso di audit di verifica e AC requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi delle ST e delle unità di raccolta (UdR) fisse e mobili

- Accreditamento regionale di almeno 90% delle strutture visitate

e. Organizzazione di corsi di formazione annuali per:

- Personale operante nelle UdR;
- Personale infermieristico delle ST;
- Personale tecnico delle ST;
- Personale medico e biologo delle ST;

- Effettuazione di almeno tre corsi nel 2019

f. Formalizzazione dei debiti informativi delle farmacie verso la SRC e implementazione di protocolli per il buon uso degli emoderivati

- Invio e ritorno delle scadenze di rilevazione:
  - 50% di farmacie nel 2019;
  - 75% di farmacie nel 2020;
  - 95% di farmacie nel 2021
- N. protocolli buon uso emoderivati

g. Accreditamento Jacie Fact per le unità di raccolta Cellule Staminali

- Individuazione delle unità di raccolta delle cellule staminali periferiche e midollari
- Verifica dei fabbisogni tecnologici/strutturali
- Formazione della Commissione congiunta CRT/SRC e stesura della pianificazione degli accreditamenti Jacie Fact
- Accreditamento o riaccreditamento Jacie Fact 7.0 di tutte le unità di raccolta

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019-2020-2021
b. Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2019-2020-2021
f. Entro Dicembre 2019-2020-2021
g. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

2. Programma 2: La salute nelle comunità

2.1 La salute nella comunità

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015, e successivo DCA n. 36 del 01.06.2016 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, predisposto secondo indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 approvato con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Al momento la Regione è stata certificata dal Ministero della Salute circa il raggiungimento del livello programmato degli obiettivi previsti dallo stesso piano per il 2017.

È stata approvata, in sede di Conferenza Stato-Regioni-PA, la proroga della vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 a tutto il 2019. Tale approvazione ha previsto la possibilità di rimodulazione parziale delle progettualità inserite nei Piani Regionali, tenuto conto delle criticità evidenziate nel triennio in corso.

Il Piano Regionale della Prevenzione definisce un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, attraverso interventi, volti a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita (approccio life-course), nei luoghi di vita e di lavoro (approccio per setting) con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile, ponendo le popolazioni e gli individui al centro delle azioni.

L'elemento strategico di innovazione, che sarà ribadito nel prossimo PRP, sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione (nella sua generale declinazione su tutti i servizi sociosanitari del territorio, sviluppata e/o orientata dai Dipartimenti di Prevenzione) affermando il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del Welfare.

La pianificazione regionale, pertanto, è stata orientata al superamento della frammentarietà di singole azioni progettuali focalizzate su singoli obiettivi e ha privilegiato una logica di piani/programmi/azioni tra loro coerenti, coordinati e sinergici creando o rinforzando le condizioni, anche organizzative, affinché i PRP si incardinassero nella più ampia programmazione regionale e aziendale e nei relativi sistemi di monitoraggio.

2.1.1 Monitoraggio interventi promozione alla salute

Al fine di assicurare un'idonea governance aziendale della funzione per la promozione della salute, ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 501 del 01.08.2017 è disposta l'istituzione del Coordinamento delle attività di Educazione e Promozione della Salute (EPS) che trova collocazione unitaria in tutte le Aziende Sanitarie Locali nel Dipartimento di Prevenzione, con funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, supporto metodologico, valutazione e monitoraggio delle attività di educazione e promozione della salute.

Tra i compiti del Coordinamento è previsto quello di effettuare annualmente una rilevazione delle attività di promozione in essere realizzate dalle strutture aziendali di competenza sui diversi temi e nei diversi setting (comunità, scuola, luoghi di lavoro e strutture sanitarie) e delle nuove proposte di intervento e valutarle sulla base dei criteri di buone prassi (di cui agli allegati 3 e 4 del DGR n. 501/2017) e dei risultati raggiunti e/o previsti.

fonte: http://burc.regione.campania.it

In base degli esiti del lavoro di rilevazione e valutazione delle attività di EPS le AASSLL elaborano il "Programma attuativo aziendale intersettoriale di promozione ed educazione alla salute" ed il "Catalogo delle attività di EPS offerte alle scuole".

Al fine di avere un quadro delle attività di promozione della salute attuate su tutto il territorio regionale dalle AASSLL, nei diversi setting per temi e fasce di età, la Regione Campania si è posta l'obiettivo di realizzare un Sistema di Monitoraggio Regionale sugli interventi di Promozione alla Salute.

Il Sistema di Monitoraggio ha quindi lo scopo di rilevare i dati sulle attività individuate quali buone prassi per temi/setting/ target che si sono realizzate in ciascuna azienda e permettere alle AASSLL ed alla Regione la realizzazione di report quantitativi/qualitativi dove si riportano anche i punti di forza e le criticità emerse nel corso della realizzazione delle attività al fine di valorizzare, rafforzare ed estendere quanto di significativo e utile è in atto e poter intraprendere azioni per il superamento delle criticità riscontrate.

Obiettivi e Indicatori

a. Pianificazione e realizzazione di un sistema di monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute codificati come buone pratiche realizzati nei diversi setting da ciascuna AA.SS.LL

- Coinvolgimento del Gruppo di Coordinamento Regionale per la Promozione della Salute istituito con D.D. n. 12 del 24.01.2018 per l'individuazione degli indicatori per temi/setting/target
- Creazione di un data base per il monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute
- Trasmissione alle AA.SS.LL per la compilazione

Scadenze

a. Entro Gennaio 2019 – Scadenza Rispettata

2.1.2 La promozione della salute

Per il raggiungimento degli obiettivi di promozione alla salute di cui al Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 prorogato al 2019, sono previste azioni su molteplici tematiche con particolar riferimento agli interventi finalizzati all'implementazione del programma "Guadagnare Salute" che ha l'obiettivo di promuovere e facilitare l'assunzione di abitudini e stili di vita salutari nell'ottica della prevenzione delle principali MCNT (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, obesità, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali la sedentarietà, la scarsa attività fisica, la scorretta alimentazione, il fumo di tabacco e l'abuso di alcol.

Tenuto conto del preoccupante aumento in Regione Campania, già dall'età pediatrica, di sovrappeso-obesità, ipertensione e diabete, condizioni strettamente correlate con l'alimentazione e con l'insufficiente attività fisica, in un'ottica di intersettorialità si prevede la stipula di accordi a livello regionale con istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute al fine di facilitare l'adozione di stili di vita sani nella prospettiva di "Salute in tutte le Politiche".

In particolare emerge la necessità di rivolgere particolare attenzione ai problemi peculiari legati alla sedentarietà di tutte le fasce di età della popolazione, secondo un approccio life course.

A tal fine si reputa necessario stipulare un Protocollo di intesa con il CONI Campania, nell'ambito delle specifiche prerogative sancite dall'atto statutario dell'Ente medesimo, che può quindi svolgere un ruolo

fonte: http://burc.regione.campania.it

importante nel favorire comportamenti salutari in tutte le fasce di età promuovendo l'attività fisica e sportiva, nonché l'educazione ad una corretta alimentazione e ad uno stile di vita sano.

Obiettivi e Indicatori

a. Monitoraggio degli interventi di promozione della Salute codificati come buone pratiche realizzati per ciascun tema oggetto di EPS da ciascuna AA.SS.LL

- Realizzazione di un Report aziendale sullo stato di implementazione delle attività previste sul territorio delle AASSLL
- Trasmissione Report aziendali alla Regione

b. Coinvolgimento del CONI della Campania al fine di favorire e promuovere progetti ed iniziative comuni a sostegno della attività motoria e dei corretti stili di vita, che preveda che il CONI si impegni a rendere gli spazi propri o di enti affiliati contesti promotori di salute contrastando il tabagismo, l'uso di sostanze psicoattive o dopanti, il consumo di alimenti non salutari (ad esempio snack ipercalorici, bibite dolci, etc.)

- Costituzione di un gruppo di lavoro composta da esperti individuati a livello regionale e da rappresentanti del CONI
- Elaborazione e condivisione di una proposta di Intesa tra Regione Campania e Comitato Regionale CONI della Campania in tema di Promozione della Salute
- Sottoscrizione di un protocollo di Intesa tra Regione Campania e CONI della Campania e approvazione con delibera della Giunta regionale

Scadenze

a. Annuale – Entro Marzo 2019-2020-2021
b. Entro Dicembre 2019

2.1.3 La medicina di genere

L'evoluzione della Medicina nel corso degli ultimi 30 anni ha orientato le cure verso una maggiore personalizzazione, specie nelle terapie innovative che giungono a studiare variabili biologiche inevitabilmente (e finalmente) correlate anche al genere. Insieme ad altre considerazioni relative a considerazioni socio-culturali ed ambientali, il tema della Medicina di Genere si sta presentando allo studio ed all'osservazione della sanità con una nuova forza. Incidenza e prevalenza di alcune patologie differenziate per genere non possono più sottacere l'individuazione di un settore di ricerca e approfondimento in tale direzione: la Regione Campania non intende sottrarsi a una riflessione sull'argomento, orientando parte della sua programmazione ad una visione prospettica differenziata, capace di esaltare in positivo le differenze prestando attenzione ad una disparità di fondo di fatto esistente.

Non è ideologico rappresentare quanto alcune patologie decorrano nella loro storia naturale in maniera differenziata nel genere femminile, così come l'efficacia terapeutica e gli esiti di salute esprimano una rappresentazione difforme rispetto all'atteso, tenendo conto che la maggior parte dei trials clinici vengono condotti su pazienti di genere maschile e su essi viene generalmente orientata la ricerca.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sostanziare i motivi di una differenza di genere non è compito della Regione Campania, piuttosto dei propri ricercatori che sono chiamati ad approfondire il tema e valorizzare intuizioni e risultati di ricerca che possano migliorare il livello di salute dei propri cittadini.

Tenendo conto che il 51% della popolazione campana è costituita da popolazione di sesso femminile, diventa doveroso aprire questo tema ed affrontarlo in maniera strutturata, nel perseguire anche su questo argomento un percorso di equità.

La Regione Campania intende dunque sostenere e sostanziare la forza di una Medicina di Genere che nell'approfondimento delle tematiche scientifiche, sostenute da Evidenze e Ricerca, permetta di configurare un approccio a sensibilità differenziata verso i pazienti, individuando aree specifiche e indicatori appropriati per una sanità più vicina al genere femminile, così come è universalmente riconosciuta la necessità di una medicina in età pediatrica che riconosce nel bambino specificità cliniche, metaboliche, psichiche del tutto non riconducibili ad un mero frazionamento di individuo.

È abbastanza diffusa la consapevolezza che le donne accedono di meno ai servizi sanitari e spendono di meno in out of pocket per se stesse, generando per sé outcome più negativi rispetto ai pazienti di sesso maschile.

"La medicina di genere vuole descrivere le differenze nella prevenzione, nella diagnostica e nella terapia di tutte le malattie, e non necessariamente quelle che prevalgono in un sesso o nell'altro o le patologie dell'apparato riproduttivo" recita un incipit di un documento del Ministero della Salute.

La Regione Campania, nel voler adottare e implementare il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" (in attuazione art. 3, co. 1, Legge 11.1.2018, n. 3), programma dunque l'istituzione di un Gruppo di Lavoro dedicato che avrà come obiettivi la promozione di:

- Ricerca scientifica rivolta al genere femminile;
- Formazione e informazione agli operatori sanitari sulla Medicina di Genere;
- Aumento dell'inserimento delle donne nei trials clinici;
- Approfondimenti nei PDTA di percorsi dedicati al genere femminile:
- Individuazione sistematica del genere nella raccolta dati per studi di utilizzo e accessibilità dei servizi sanitari.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione di gruppi di Lavoro interdisciplinari e su tematiche specifiche

- Numero gruppi di lavoro istituiti

b. Produzione linee di indirizzo regionali

- Numero linee guida regionali prodotte

c. Informazione e formazione al personale sanitario sulle tematiche di Medicina di genere

- Numero di eventi divulgativi regionali ed aziendali

d. Conoscere e valutare le attività di ricerca dedicate alla medicina di genere

- Ricognizione delle attività ospedaliere e territoriali esistenti rivolte alla Medicina di genere

e. Costituire una rete con le Associazioni di cittadini /pazienti per la ricezione delle istanze assistenziali

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Proposta di accordo di collaborazione con Associazioni di cittadini/Pazienti e n.ro accordi sottoscritti/anno

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Almeno 1 per anno)
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Valutazione delle attività)
d. Entro Giugno 2020 (Richiesta alle Aziende di ricognizione dell'offerta assistenziale in materia)
Entro Dicembre 2019-2020-2021 (Realizzazione di una mappa dell'offerta sanitaria aggiornata)
e. Entro Giugno 2020

2.1.4 La genitorialità consapevole

L'ambito della genitorialità ha visto un profondo cambiamento nell'attuale clima culturale e sociale. Tali modificazioni, in modo particolare, hanno portato ad un diverso modo di vivere la maternità con richieste di assistenza da parte di donne gravide e puerpere sempre più complesse e difficili da soddisfare. I cambiamenti nel modo di vivere questo evento e nelle richieste di assistenza impattano in modo importante sia sul personale del SSR che sullo stato emotivo della donna e della coppia.

La DG per la Tutela della Salute e coordinamento del SSR ha programmato e condiviso con i Dipartimenti Materno-Infantili delle 7 Aziende Sanitarie Locali il sostegno alla genitorialità consapevole attraverso un percorso di implementazione e potenziamento delle attività territoriali (da erogare in ciascuna ASL sulla base della popolazione residente).

Nell'ambito della implementazione dei servizi territoriali, la Regione Campania sta rivolgendo particolare attenzione alle attività multidisciplinari svolte dai Consultori Familiari, istituiti dalla Legge 29 luglio 1975, n. 405.

La Legge n. 34/1996 prevede un Consultorio Familiare (CCFF) ogni 20 mila abitanti e la norma richiamata nei LEA mira a garantire alla donna e al partner, durante tutto il percorso nascita, le prestazioni erogate gratuitamente dalla struttura dedicata del SSR.

Il piano regionale di sostegno alla genitorialità consapevole e all'intero percorso nascita mira ad aumentare la consapevolezza della popolazione circa le attività di sostegno alla coppia sin dal periodo del concepimento fino ai primi anni di vita del bambino.

Il DPCM 12 gennaio 2017, nel ridefinire i nuovi LEA, ha delineato all'articolo 24, una riqualificazione delle attività consultoriali relativa ai seguenti ambiti:

- Maternità, paternità e procreazione responsabile; consulenza preconcezionale;
- Sterilità e infertilità, procreazione medicalmente assistita;
- Tutela della salute della donna, diagnosi precoce dei tumori genitali femminili;
- Assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro;
- Corsi di accompagnamento alla nascita;
- Promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'assistenza del neonato;
- Percorso IVG: presa in carico della donna con sostegno psicologico pre e post IVG e offerta attiva e gratuita di metodi contraccettivi per la riduzione delle IVG ripetute;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- Consulenza e assistenza degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- Assistenza ai minori e ai nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi, anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti.

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziamento dell'offerta dei servizi attraverso l'estensione degli orari di apertura pomeridiani e/o sabato mattina

- Numero dei consultori regionali estende l'orario di apertura al pubblico (Aumento di almeno il 30%)

b. Monitorare le attività offerte dai consultori familiari regionali

- Sviluppo di un software informatizzato unico regionale per il monitoraggio delle attività

c. Garantire maternità, paternità e procreazione responsabile con consulenza preconcezionale, e cura della sterilità e infertilità (procreazione medicalmente assistita PMA), attraverso la predisposizione di apposite linee di indirizzo

- Linee di indirizzo regionali su PMA omologa ed eterologa

d. Tutelare la salute della donna attraverso la diagnosi precoce dei tumori genitali femminili, attraverso la predisposizione di apposite linee di indirizzo

- Linee di indirizzo regionali sullo screening per HPV

e. Aumentare di almeno il 10 % il numero di gravide che effettuano la vaccinazione antinfluenzale e DtP

- Indicatore desumibile dall'anagrafe vaccinale regionale opportunamente implementata dai centri vaccinali e dalle U.O. di Ginecologia e ostetricia

f. Offrire una assistenza qualificata ai minori e ai nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi, anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti, con l'obiettivo di aumentare del 10% il numero di minori e nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi presi in carico dai servizi aziendali dedicati anche attraverso accordi di convenzioni con enti e associazioni preposti

- Numero di minori e nuclei familiari in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi presi in carico dai servizi aziendali dedicati

g. Consulenza e assistenza degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche, con l'obiettivo di aumentare di almeno il 10%/anno il numero di adolescenti che hanno effettuato una consulenza di supporto psicologico presso ciascuna ASL nel periodo 2019-2021

- Numero di adolescenti che hanno effettuato una consulenza di supporto psicologico presso ciascuna ASL

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Giugno 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Entro Dicembre 2021
f. Entro Dicembre 2020
g. Entro Dicembre 2021

2.1.5 La salute nei luoghi di lavoro

A. Azioni di miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro

La completa definizione ed implementazione dei presupposti normativi indicati dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. (insediamento e regolare funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. n. 81/2008 ed ex DPCM 21.12.2007, dell'Ufficio Operativo Regionale (UOR) e degli Organismi Provinciali (OP) con i relativi Nuclei Operativi Integrati (NOI) ex DPCM 21.12.2007) consente alla Regione Campania di programmare l'attività territoriale specifica indicando priorità ed obiettivi cui puntare ai Servizi Igiene e Medicina del Lavoro (SIMLI) e Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (SPSAL) dei Dipartimenti di Prevenzione delle sette AASSLL. Così pure il raggiungimento annuale, fin dalla loro istituzione, degli obiettivi indicati dal Comitato ex art. 5 D.Lgs. n. 81/2008, favorisce il monitoraggio degli eventi infortunistici e tecnopatici che si verificano.

Per la Regione Campania la Policy per la sicurezza e salute sui luoghi di lavoro costituisce un riferimento fondamentale ed essenziale finalizzato alla comprensione dei principi cui si ispira ogni azione dell'organizzazione, nell'ottica della salute e sicurezza di tutti, e a cui tutti devono attenersi in rapporto al proprio ruolo e alle responsabilità assunte, senza tralasciare di mettere a disposizione risorse organizzative, strumentali ed economiche con l'obiettivo di migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, attraverso i Servizi delle AASSLL si punterà in particolare a:

- Ridurre al minimo i rischi per la salute e sicurezza di tutto il personale che accede ai luoghi di lavoro;
- Migliorare in modo continuativo le prestazioni in relazione alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e le relative modalità di gestione;
- Promuovere in tutta la Regione una "cultura della sicurezza", cioè l'adozione di comportamenti basati sulla tutela della propria e altrui sicurezza e salute, attraverso continui programmi di formazione e informazione.

Le strategie che saranno adottate affinché tali obiettivi vengano raggiunti, mirano ad attivare un Sistema di Gestione della Sicurezza e Salute sul luogo di Lavoro (SGSSL), come parte integrante di tutte le organizzazioni lavorative. Ci si impegnerà ad affrontare gli aspetti della sicurezza di tutte le attività aziendali esistenti e la programmazione futura, come aspetti rilevanti della propria attività attraverso una verifica della organizzazione delle strutture aziendali così come previsto dalla normativa vigente: Datore di lavoro, Dirigenti, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Preposti, Addetti alla sicurezza, Personale dipendente, in modo tale che tutti siano partecipi, secondo le proprie responsabilità e competenze, per raggiungere gli obiettivi di sicurezza loro assegnati.

Sarà assicurato un ruolo prioritario all'informazione sui rischi aziendali affinché sia diffusa a tutti i lavoratori e alla formazione degli stessi attraverso aggiornamenti specifici in riferimento alla mansione svolta, garantendo la consultazione dei lavoratori, anche attraverso il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), in merito agli aspetti della sicurezza e salute sul lavoro.

La recentissima approvazione del disegno di legge da parte del Consiglio dei Ministri, di ratifica della Convenzione n. 187 del 2006 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro di Ginevra sul "Quadro

fonte: http://burc.regione.campania.it

promozionale per la salute e sicurezza sul lavoro" darà la possibilità ai Servizi operanti nelle 7 AASSLL di avviare programmi di approfondimento sulla promozione della salute. Definita nel 1986 dalla Carta di Ottawa come un processo che permette alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla, la promozione della salute sul posto di lavoro. In coerenza a quanto esposto nell'Atto di Indirizzo per l'anno 2019 del Ministero della Salute, adottato il 27 settembre 2018, saranno programmate azioni di promozione della salute sui luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro in modo da incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo ed in buona salute, creando condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani, e di quelli con malattie croniche o disabilità. Saranno predisposti specifici programmi formativi tendenti a considerare l'età come un aspetto della diversità nella valutazione dei rischi.

Obiettivi e Indicatori

a. Avviare programmi di approfondimento sulla promozione della salute sui luoghi di lavoro finalizzati al miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro in modo da incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo ed in buona salute, creando condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani, e di quelli con malattie croniche o disabilità

- Numero di programmi di approfondimento adottatati da ciascuna ASL
- Numero di corsi di formazione per tutto il personale SIML e SPSAL

b. Creazione di una banca dati e stampa di opuscoli sulle risultanze degli audit e delle ricerche effettuate

- Numero di aziende coinvolte nel programma informativo attraverso la distribuzione degli opuscoli

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Creazione di scheda – questionario e individuazione delle aziende da sottoporre allo studio)
Entro Giugno 2020 (Acquisizione del numero di lavoratori del campione distinto per sesso, età, mansioni, tipologia contrattuale tramite audit effettuati presso le aziende a campione)
Entro Giugno 2020 (Distribuzione schede-questionari e ritiro delle schede)
Entro Dicembre 2020 (Formazione del personale RSPP, ASPP, DL, RLS, MC atta a promuovere il raggiungimento di una migliore cultura dell'organizzazione aziendale attraverso la conoscenza dei rischi degli specifici comparti in riferimento all'età anagrafica dei lavoratori)

b. Entro Giugno 2020 (Distribuzione degli opuscoli al personale delle aziende ai Datori di lavoro e Medici competenti e associazioni datoriali)
Entro Giugno 2021 (Elaborazione e studio epidemiologico dei dati)

B. Azioni di miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro

Il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro nella Regione Campania passa necessariamente attraverso la assoluta conoscenza delle criticità presenti sul territorio e non può prescindere da una fotografia puntuale dello stato di salute della popolazione lavorativa.

Gli ultimi anni, caratterizzati da un quadro di notevole recessione economica, hanno visto una decisa trasformazione economica del tessuto produttivo nazionale e regionale, con una crescita dei rapporti di lavoro a tempo determinato ed una grande dilatazione degli impieghi a tempo parziale, favorendo lo sviluppo di molte attività nel settore terziario e l'impiego di professioni a bassa qualifica.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il quadro occupazionale si presenta quindi notevolmente più invecchiato e più istruito rispetto a prima, con un aumento relativo della presenza straniera e femminile specialmente nei settori alberghiero e della ristorazione in generale, oltre che nell'agricoltura e nei servizi.

In tale contest il gap territoriale si è accentuato a sfavore delle regioni meridionali.

In questo contesto generale particolare attenzione va rivolta al settore dell'Edilizia, tenendo ben presente il calo del numero delle imprese con la perdita di migliaia di posti di lavoro che ha determinato l'impoverimento del settore con possibili ripercussioni sulla sicurezza.

Risulta di tutta evidenza quindi che la programmazione della prevenzione non può prescindere da tali considerazioni, e che le azioni da mettere in campo non possano non tenere presente il profondo cambiamento in atto nel mondo del lavoro.

Per fare ciò si dovrebbero concentrare le risorse organizzative, strumentali ed economiche al fine di ottenere la conoscenza quanto più precisa possibile delle patologie cronico-degenerative presenti nella popolazione lavorativa, in aggiunta al dato sulle patologie professionali favorendo l'emersione di quelle sotto notificate in Campania, con particolare riferimento a quelle gravi (Neoplasie), alle attività a maggior rischio (Agricoltura ed Edilizia), alle patologie stress lavoro-correlate e muscolo-scheletriche, alla esposizione ad agenti cancerogeni.

Obiettivi e Indicatori

a. Approfondire la conoscenza del contesto socio-economico, occupazionale ed epidemiologico al fine di legare le azioni di prevenzione all'analisi territoriale

- N. di aziende e lavoratori coinvolte nel programma formativo

b. Avviare programmi di approfondimento volti alla riduzione delle cause di malattie professionali ed alla emersione di quelle sotto notificate ed alla riduzione di infortuni legati alla condizione di salute dei lavoratori

- % di incremento del numero di malattie professionali notificate nella popolazione lavorativa analizzata
- % di riduzione degli infortuni sul lavoro

Scadenze

a. Entro Giugno 2020 (Stipula di accordi tra la Regione Campania attraverso il Coordinamento ex art. 7 e gli enti Inail, Inps e Camera di Commercio)
Entro Dicembre 2020 (Analisi del contesto socio economico ed epidemiologico delle aziende della Regione Campania nei comparti Edilizia, Agricoltura e Servizi attraverso il coinvolgimento delle banche dati Inail, Inps e Camera di Commercio)
Entro Giugno 2021 (Valutazione della popolazione lavorativa con particolare riferimento al livello di qualificazione professionale attraverso l'analisi delle banche dati)
Entro Dicembre 2021 (Sensibilizzazione delle aziende attraverso i D.L. per una formazione specifica e un addestramento mirato del personale sotto qualificato attraverso gli enti bilaterali)

b. Entro Giugno 2020 (Analisi delle banche dati Inail art. 40(segnalazioni Medici Competenti) e flussi informativi)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Entro Dicembre 2020 (Analisi dei dati con il coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei Medici Competenti degli RLS, RSPP e D, L)
Entro Dicembre 2021 (Pubblicazione di un report dei risultati emersi per una migliore attività di vigilanza da parte dei servizi IMl e PSAL delle AASSLL)

2.1.6 La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria

Le attività di controllo mirate a garantire la salubrità degli alimenti ad uso umano, incluse le acque potabili, nonché gli alimenti destinati all'alimentazione zootecnica, sono pianificate nei Piani pluriennali Nazionali Integrati (PNI) e nelle relative appendici regionali (PRI) ai sensi dell'articolo 41 del Regolamento (CE) n. 882/2004, oggi articolo 109 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Il PRI definisce gli obiettivi e la politica regionale in materia di sicurezza alimentare, la sanità pubblica veterinaria e la sanità delle piante, descrivendo il Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali (S.G.C.U.) svolti nel corso del periodo di vigenza. Il PRI include anche gli obiettivi strategici e operativi del Piano Regionale di Prevenzione. I controlli sono mirati a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, diretti o veicolati dall'ambiente, a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori. Le strutture regionali incardinate nella Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del SSR ed i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL rappresentano le Autorità Competenti (AC) nella programmazione ed attuazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. n. 193/2007. I laboratori dedicati all'esecuzione delle analisi ufficiali sono individuati dal PRI nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno e nell'ARPAC. In Regione Campania tali AC, sia di livello regionale che territoriale, sono certificate UNI EN ISO 9001:2015 ed utilizzano esclusivamente procedure documentate standardizzate in tutto il territorio regionale. I dati relativi alle attività di controllo, espletate ogni anno dalle AASSLL sulla base di documenti di programmazione regionale e territoriale (DPAR – DPAT), elaborati secondo criteri di priorità in relazione alle risorse disponibili, sono inseriti in tempo reale in un sistema informatico gestionale (GISA) che alimenta le banche dati regionali. I dati sui controlli, estratti ed analizzati dall'Osservatorio Regionale per la sicurezza alimentare (ORSA), struttura di supporto alla Regione, consentono funzione di monitoraggio e programmazione oggettivamente efficaci. Il monitoraggio prevede una cadenza trimestrale, eventualmente intensificata in occasione di particolari criticità. Il sistema GISA consente, altresì, anche alle AASSLL l'estrazione dei dati per monitorare l'andamento degli obiettivi operativi assegnati dalla programmazione regionale. Il sistema GISA è, altresì, adeguato alla cooperazione con gli altri sistemi informativi della PA, in particolare del Ministero della Salute e prevede l'inserimento delle attività anche di altri organi di controllo (NAS, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza, Nucleo anti Frodi, Capitaneria di Porto, Polizia stradale).

Il "Macroprocesso C.U." del Sistema di Gestione dei Controlli Ufficiali può essere così schematizzato:

fonte: http://burc.regione.campania.it

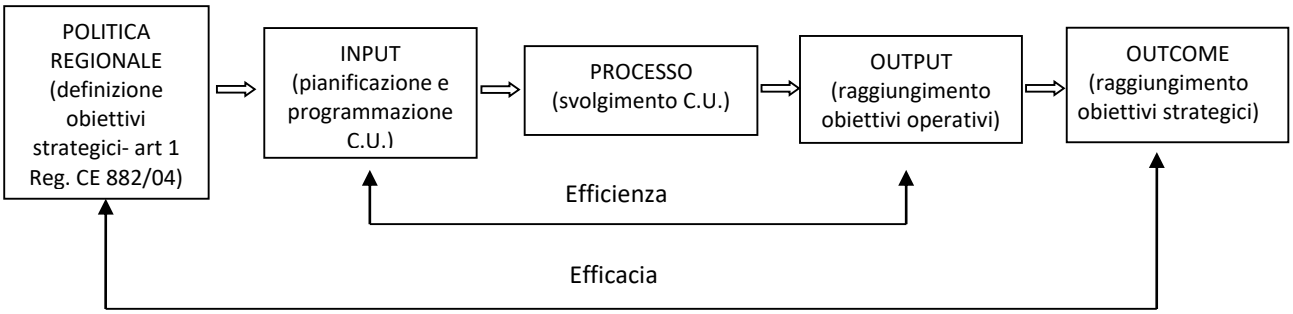


Figura 7: Macroprocesso C.U.

Il PRI prevede la classificazione dei campi in macroaree e settori, è necessario a livello regionale applicare un'articolazione più specifica e dettagliata che rappresenti meglio la realtà e gli obiettivi regionali. Pertanto, l'elenco delle macroaree e settori riportato nel PNI è stato sostanzialmente ampliato suddividendo alcuni settori e prevedendone altri specifici, in modo da rappresentare al meglio la realtà e gli obiettivi regionali. Tale elenco, riportato schematicamente di seguito, funge anche quale "audit universe", cioè definisce gli argomenti degli audit interni di settore ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento (UE) n. 625/2017.

Macroaree							
Alimenti	**Sanità animale**	**Mangimi**	**Benessere animale**	**Sanità delle piante**	**Sottoprodotti**	**Farmaci veterinari**	**Altro**
Settori							
Sicurezza degli alimenti di origine animale	**Anagrafe**	**Mangimi**	**Benessere Animale**	**Controlli sul territorio**	**Sottoprodotti di origine animale**	**Farmacovigilanza**	**Zoonosi nell'uomo e M.T.A.**
Sicurezza degli alimenti NON di origine animale	Malattie infettive e parassitarie		Speriment. Animale	Fitosanitari	Materiale specifico a rischio	Farmacosorveglianza	Ambiente
Qualità merceologica	Riproduzione animale						Igiene urbana veterinaria e lotta al randagismo
Produzioni Agroalimentari Regolamentate							Sistemi rapidi d'allerta
Acque Potabili e Minerali							
Nutrizione umana							
Alimenti destinati ad una alimentazione particolare							
Materiali a contatto con gli alimenti (MOCA)							

Tabella 5: Elenco delle macro-aree e dei settori

Ai fini di una corretta programmazione dei controlli ufficiali, tutti gli stabilimenti/aziende le cui attività ineriscono la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria sono categorizzati in base al rischio accertato o ex ante.

Sono previste cinque classi di rischio a cui corrispondono appropriate frequenze, modalità, tecniche ed intensità dei controlli ufficiali a farsi, secondo il criterio che ad un più alto rischio corrisponde una maggiore frequenza ed intensità di controllo. Le categorie sono divise in base ad un punteggio assegnato in occasione della sorveglianza, calcolato automaticamente attraverso check list inserite nel sistema informatico GISA, secondo il seguente schema:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Categorie di rischio	
da 0 a 150	Categoria di rischio 1
da 151 a 250	Categoria di rischio 2
da 251 a 350	Categoria di rischio 3
da 351 a 450	Categoria di rischio 4
oltre 451	Categoria di rischio 5

Tabella 6: Categorie di rischio

Ad un punteggio più elevato corrisponde un rischio più elevato e le imprese rientranti in tale categoria sono soggette a controlli più frequenti (ispezioni, audit) rispetto a quelle di categoria di rischio inferiore. Tale criterio di programmazione consente di mirare i controlli e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse dell'AC.

Per consentire una adeguata distribuzione del personale addetto alle attività di controllo è stato standardizzato a livello regionale un sistema di calcolo delle performance, sia individuali che di struttura, che consente valutare la congruità del personale disponibile e di elaborare il piano triennale dei fabbisogni delle AASSLL per garantire l'esaustivo espletamento delle attività di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Il sistema, approvato in occasione del Piano Regionale Integrato 2011-2014 (DGRC n. 377/2011), ha subito nel PRI 2015-2018 (DGRC n. 617/2015), poi prorogato a tutto il 2019, i necessari correttivi sulla base di alcune criticità emerse nel corso della sua applicazione. Il sistema consente di verificare, in occasione della programmazione regionale annuale, le potenzialità dei servizi territoriali a livello capillare e di intervenire sulle Direzioni strategiche aziendali, qualora emergano carenze di personale, per sollecitare il reclutamento nelle forme previste.

Alla valutazione di carattere quantitativo delle risorse umane, attraverso il citato sistema di calcolo delle performance, si associa il monitoraggio sulla qualità delle prestazioni attraverso il Piano degli audit interni (Regione → AASSLL) e delle attività di verifica dell'efficacia. Il sistema regionale di verifica dell'efficacia dei controlli prevede, infatti, sia audit interni, sia apposite "supervisioni" secondo le procedure stabilite con il Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro sanitario DCA n. 97/2010, effettuati dal Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (Nu.Re.C.U.). La Regione (ACR) trasmette alle AASSLL (ACL) un programma di audit e di supervisioni elaborato secondo i seguenti criteri:

- Nei quattro anni tutte le AASSLL e tutti i settori del "audit universe";
- Valutazione del rischio legato a pericoli emergenti del territorio;
- Follow up di audit precedenti.

Alcune tipologie di supervisione previste dal DCA n. 97/2010, come quelle per valutare il livello di know how del personale sanitario e quelle mediante simulazione, sono effettuate, sia a livello regionale che territoriale per garantire processi di miglioramento e di uniformità, con il supporto tecnico-scientifico di personale del Polo Didattico Integrato (PI), attivato con la DGRC n. 867/2010, che integra tra l'Università, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZSM) ed il Sistema Sanitario regionale, per migliorare contestualmente sia la didattica che il livello qualitativo dei controlli ufficiali.

Tale sistema regionale di gestione degli audit interni e supervisione ai sensi degli art. 4 punto 6 e art. 8 paragrafo 3 del Reg. CE 882/2004, prevede un percorso di gestione dei conflitti d'interesse. In particolare, il

fonte: http://burc.regione.campania.it

personale del Nu.Re.C.U. viene escluso dall'esecuzione di tali attività presso l'ASL di provenienza e, inoltre, tutto il personale del Nucleo regionale sottoscrive all'atto della notifica del piano annuale di audit un apposito modello (MOD. H – Nu.Re.C.U.) per la dichiarazione di assenza/presenza di conflitti di interessi.

Il livello qualitativo delle prestazioni del personale medico e veterinario incaricato dell'esecuzione dei controlli ufficiali viene elevato attraverso un'intensa attività di formazione. Quest'ultima, oltre che nelle iniziative delle singole AASSLL, trova attuazione nel Piano formativo annuale regionale la affidato sia l'IZSM che, per le materie di rispettiva competenza, ai Centri di riferimento regionali, sedi operative del Polo Didattico Integrato. Il Piano formativo regionale viene elaborato sia in relazione alle nuove normative e procedure, sia sulla base delle criticità afferenti le performance del personale sanitario rilevate nelle relazioni del PRI relative agli anni precedenti. In tal senso nel corso del 2019 è stato inserito nel piano, tra gli altri, il corso "I controlli ufficiali in attuazione del Regolamento UE 625/2017" per garantire i necessari approfondimenti sulle novità introdotte dalla citata normativa comunitaria, la cui entrata in vigore è stabilita nel 1° gennaio 2020. Il corso prevede anche una sezione specifica sulla certificazione ufficiale per i prodotti alimentari destinati all'esportazione (Capo VII del Regolamento n. 625/2017).

Il sistema regionale prevede una programmazione basata sui rischi sia a livello regionale, attraverso l'analisi dei dati pregressi delle attività di controllo a cura dell'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare (ORSA) nonché la declinazione degli obiettivi strategici nazionale e regionali, sia locale dalle stesse AASSLL, nell'elaborazione dei propri documenti di programmazione attraverso l'approfondita conoscenza delle realtà territoriali, agevolata dall'anagrafica del sistema informatico GISA che include la categorizzazione delle imprese sulla base del rischio. Particolare attenzione nella programmazione regionale assume la ristorazione pubblica e collettiva, per la quale è stato attivato dalla Giunta regionale (DGRC n. 97/2017) uno dei Centri di Riferimento Regionale (CRIPAT) del Polo Didattico Integrato, che affianca la Regione nella programmazione e le AASSLL nella fase operativa, anche attraverso la definizione di procedure standard ed una formazione specifica, alimentando quel processo di crescita in tutta la Regione nella gestione del rischio legato a questo delicato settore della filiera alimentare.

Per garantire l'efficienza e l'efficacia del sistema dei controlli occorre anche adeguare i laboratori ufficiali alle esigenze di campionamento previste dal Piano Regionale Integrato. A tale scopo la programmazione regionale prevede una fase preliminare di confronto con l'IZSM di Portici e l'ARPAC, al fine di ottimizzare le risorse ed evitare ritardi nella refertazione delle analisi, attraverso l'efficienza e la coerenza delle analisi della rete dei laboratori ufficiali. Per assicurare che le prove analitiche siano accreditate (art. 37 reg. 625/2017) è previsto che i campioni prelevati dalle AASSLL, seppur sempre accettati presso le sedi provinciali ove insiste l'ASL, siano trasferiti a cura dei laboratori presso le sedi in grado di eseguire le analisi con metodo accreditato, anche attraverso la rete nazionale degli IIZZSS e delle ARPA.

Tra gli obiettivi strategici regionali è prioritario l'ottenimento per la Regione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da brucellosi, tubercolosi e leucosi bovina enzootica. Tale obiettivo comporta la puntuale esecuzione delle profilassi di Stato che, tuttavia, nel settore bufalino trova difficoltà legate alla particolare sensibilità della specie e a carenze nelle misure di biosicurezza aziendali in alcune aree delle province di Caserta e Salerno, nelle quali insiste la maggior parte del patrimonio bufalino. Attraverso la consulenza dell'IZSS e la condivisione con il Ministero della Salute ed i competenti centri di riferimento nazionali è stato elaborato un Piano straordinario che prevede misure particolari quali:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Definizione e standardizzazione delle misure di biosicurezza per gli allevamenti bufalini per contrastare l'ingresso e l'uscita degli agenti patogeni;
- Identificazione delle aree a rischio attraverso criteri di natura epidemiologica nelle quali attuare misure straordinarie;
- Protocolli diagnostici maggiormente efficaci nell'identificazione degli animali infetti della specie bufalina;
- Realizzazione della banca genetica dell'intero patrimonio bufalino campano per contrastare le movimentazioni irregolari e la sostituzione di capi infetti con i sani.

Anche in materia di igiene urbana veterinaria e di prevenzione e controllo del fenomeno del randagismo la Regione ha inteso dotarsi di un Centro regionale di riferimento (DGRC n. 209/2010 - CRIUV), considerandone le attività di particolare interesse per le ripercussioni sia di carattere sanitario che sociale. Oltre alle funzioni tipiche dei Centri di riferimento, quali l'affiancamento, la formazione del personale delle AASSLL, il CRIUV eroga prestazioni di elevata complessità e monitora costantemente tutti i canili presenti nel territorio regionale, assicurandone il rispetto delle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, nonché l'esatto allineamento con l'anagrafe canina regionale.

Altro obiettivo strategico è il controllo del fenomeno dell'antimicrobico resistenza in attuazione dell'intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra le Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 recante il "Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" che declina indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome. In questo contesto si colloca il DMS dell'8 febbraio 2019 concernente le modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità del farmaco veterinario e dei mangimi medicati. Ai fini del controllo della ricetta elettronica in termini numerici e di congruenza con i farmaci prescritti, è stato attivato un piano di monitoraggio di farmacosorveglianza che prevede il controllo del 33% all'anno delle aziende zootecniche, così da garantire in tre anni il controllo dell'intero patrimonio zootecnico. In merito alle aziende zootecniche con autorizzazione alla scorta farmaci, così come le parafarmacie, le farmacie, i depositi, sia con vendita all'ingrosso che al dettaglio, e le strutture veterinarie con scorta, il controllo è attuato con cadenza annuale sul 100% delle imprese esistenti. Nel corso dei controlli ufficiali viene verificata l'appropriatezza e la congruenza della ricetta. In sostanza non essendo prevista più la ricetta cartacea, presso le AASSLL non corre più l'obbligo di registrare e numerare le ricette in quanto tale compito è già assolto dal sistema elettronico nazionale, che consente un conteggio puntuale ed immediato di tutto ciò che riguarda il farmaco veterinario.

Obiettivi e Indicatori

a. Gestione del rischio delle filiere agro-alimentari e della rete idrica potabile

- Riduzione del livello medio della categoria di rischio assegnato alle imprese del settore agro-alimentare

b. Eradicazione delle malattie infettive degli animali con riduzione del fenomeno del 10% rispetto all'anno precedente

- Numero aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi
- Riduzione del 10% della prevalenza di infezione dell'anno precedente per la tubercolosi e brucellosi

c. Riduzione del fenomeno del randagismo canino e delle popolazioni sinantropiche

- Riduzione numero dei cani vaganti con allineamento agli indici nazionali

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2021

2.1.7 La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale

Scopo primario della sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale è favorire azioni di prevenzione primaria: identificare possibili fonti ambientali di rischio per la salute delle popolazioni e proporne la loro rimozione e/o mitigazione. L'identificazione di possibili correlazioni tra fonti di rischio e salute, ricerca che richiede tempi spesso lunghi e procedure complesse.

Una corretta e non generica sorveglianza epidemiologica mirata si concretizza attraverso:

- Identificazione puntuale, di aree territoriali a rischio specifico per fattori di rischio puntuali; analisi della letteratura evidenziano che in genere si tratta di microaree geografiche e non di macro aree di grandi dimensioni;
- Identificazione, nelle aree identificate a rischio, di effetti sanitari definiti e con possibile correlazione ai fattori di rischio individuati;
- Indicazione di misure puntuali, sanitarie e non, mirate a fornire una risposta specifica al problema rilevato ed al rischio identificato.

A queste considerazioni di carattere generale, si aggiungono alcune considerazioni riferite alla patologia oncologica. Questa si caratterizza per essere una patologia cronico degenerativa a genesi multifattoriale e con lunghi tempi di latenza: in tale multifattorialità l'ambiente può rivestire un ruolo determinante. Negli studi di epidemiologia oncologica appare opportuno, inoltre, considerare che a fronte di una generica definizione di "patologia neoplastica" ci si confronta quotidianamente con oltre 230 diversi tipi di tumori tra loro distinti per cancerogenesi, sedi/organi interessati, tempi di latenza. La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale implica la conoscenza e la puntuale definizione degli elementi in studio, tra cui i principali:

- Caratterizzazione del rischio ambientale riferito al territorio che si va a sorvegliare: tipologia dell'inquinante rilevato e sue vie di diffusione;
- Complessità delle interazioni ambiente/cancro che si vanno a realizzare: vie di trasmissione inquinante/soggetto esposto, tempi di esposizione, fattori confondenti;
- Strumenti di epidemiologia che si intendono utilizzare: tipologia degli indicatori di rischio e degli indicatori di esito, metodologie di analisi, misure per la definizione del rischio.

La realizzazione dei punti sopra indicati implica come pre-condizione la messa a sistema dei flussi informativi sanitari da utilizzare in ambito di sorveglianza epidemiologica: Schede di Dimissioni Ospedaliere, dati di incidenza oncologica, di mortalità, generale e causa specifica, dati riferiti a malformazioni congenite.

Infine va detto che gli studi e le analisi condotte nell'ambito della epidemiologia da rischio ambientale si configurano inizialmente come studi descrittivi di popolazione, finalizzati alla sola descrizione degli eventi osservati ed alla possibile rilevazione di correlazioni tra dato sanitario e dati ambientali; solo studi successivi, di carattere analitico e con utilizzo di dati personali e non di popolazione, disegnati ad hoc sulla base delle ipotesi di correlazioni fatte dagli studi descrittivi, potranno entrare nel merito di possibili nessi di causalità tra evento sanitario rilevato e fattore di rischio individuato.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Campania ha provveduto già a costituire a tal fine un gruppo di lavoro permanente, coordinato dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coordinamento Sistema Sanitario Regionale, che veda al suo interno l'Agenzia Regionale protezione Ambientale (ARPA), l'Istituto Sperimentale Zooprofilattico Meridionale (IZSM), i responsabili degli otto Registri Tumori attivi in Campania, il responsabile del Registro regionale delle malformazioni, i responsabili dei Servizi di Epidemiologia Aziendali.

Tale Gruppo ha già avviato i processi che sono propedeutici agli obiettivi sotto elencati, programmati per il triennio 2019-2021.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementare sull'intero territorio regionale un sistema di sorveglianza epidemiologica continua correlata a rischio ambientale. Strutturazione per fini epidemiologici dei flussi informativi regionali in ambito sanitario: Schede di Dimissione Ospedaliera, dati di mortalità generale e specifici per causa, dati di incidenza oncologica prodotti dalla Rete di Registrazione Oncologica Regionale, dati prodotti dal Registro Regionale delle malformazioni e difetti congeniti

- Pubblicazione di un atlante regionale di incidenza oncologica, con dettaglio comunale, per il periodo 2008/2013
- Pubblicazione di un atlante regionale di mortalità generale e specifico per causa, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2015
- Pubblicazione di un atlante regionale dei Ricoveri Ospedalieri, con dettaglio comunale, per il periodo 2006/2017
- Pubblicazione di un report regionale riferito alle malformazioni e difetti congeniti per il periodo 2003/2015
- Pubblicazione di un report descrittivo riferito alle fonti di rischio ambientale regionali aggiornato al 2017

b. Linkage dati di incidenza oncologica, mortalità generale e specifica per causa, ricoveri ospedalieri, malformazioni e difetti congeniti, con dati ambientali con un dettaglio comunale

- Pubblicazione di un report regionale sui risultati del linkage dati effettuato

c. Georeferenzazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale, in almeno una ASL regionale

- Pubblicazione di mappe di rischio ambientale dell'ASL di riferimento con dettaglio comunale e sub-comunale su dati di incidenza oncologica e mortalità generale e specifica per causa
- Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale e per particella censuale
- Pubblicazione di mappe riferite alla rilevazione, se presente, di cluster di incidenza e mortalità oncologica in aree limitrofe a fonti di rischio ambientale nel raggio di 500, 1000 e 3000 metri

d. Georeferenzazione e linkage dei dati di incidenza e mortalità oncologica con dati ambientali, con dettaglio di particella censuale, su una estensione territoriale di riferimento di almeno il 50 % della popolazione regionale

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Ricerca, e pubblicazione se presenti, di cluster di incidenza e mortalità oncologica con dettaglio comunale e per particella censuale su una estensione territoriale di riferimento di almeno il 50 % della popolazione regionale;
- Ricerca, e pubblicazione se presenti, di cluster di incidenza e mortalità oncologica in aree limitrofe a fonti di rischio ambientale nel raggio di 500, 1000 e 3000 metri

Scadenze

a. Entro Giugno 2019 (con aggiornamento biennali) – Scadenza Rispettata
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2020
d. Entro Dicembre 2021

2.1.8 Mai più Terra dei fuochi: La nuova visione della Regione Campania

La Legge n. 6/2014 investe in Sanità su modelli preordinati che tuttavia sono stati programmati e realizzati in applicazione del DCA n. 38/2016.

È parere di questa Regione Campania, alla luce delle attività svolte e dei risultati ottenuti, nonché della mancata soluzione del quesito relativo al nesso di causalità tra rifiuti e tumori, che così come impostato, l'intervento non sia stato predisposto nella sua complessità. Le attività previste dal documento tecnico sono pressoché routinarie, poco rispondenti ad una straordinarietà di azione che la popolazione attende.

L'impostazione del DCA n. 38/2016 basata su proposta dell'ISS non ha impattato ancora positivamente sugli stili di vita della popolazione, sulle buone pratiche di salute, sul consenso culturale alla prevenzione ed alla cura di sé.

La Regione ha compreso che pur nella continuità della visione e delle azioni previste dalla Legge n. 6/2014, per quanto riguarda l'area sanitaria, occorre modificare approcci e paradigmi, passando da interventi settoriali, a silos, ad interventi integrati ed in parte combacianti, tali da intercettare ogni possibile interconnessione tra i determinanti di salute che impattano sulla popolazione, a cominciare dallo studio delle matrici ambientali.

Il nuovo paradigma che si intende sostenere ed esplorare è la valutazione sull'impatto salute, dei diversi fattori ambientali, delle loro inferenze, interferenze e sovrapposizioni, che costituiscono nel loro insieme la reale mappa del rischio dei cittadini campani.

I vari tavoli aperti con le Procure hanno permesso ai tecnici della Regione Campania di ragionare anche con il livello giudiziario e sistematizzare una serie di dati che fino a ieri erano frammentati e incompleti.

La Regione Campania pertanto con Deliberazione di Giunta n. 180 del 24.04.2019 ha approvato il nuovo modello di attività, in adesione al Piano di Azione per il contrasto ai roghi dei rifiuti sottoscritto con il Governo Italiano presso la Prefettura di Caserta nell'ottobre del 2018. La Deliberazione n. 180/2019 ha come oggetto "Approvazione del Documento Programmatico 2019-2021: Programma di attività di implementazione del Piano di Azione per il contrasto dei roghi dei rifiuti. Monitoraggio ambientale, studio ed approfondimento della salute della popolazione residente in aree a rischio".

In questo programma, che riflette in particolare l'azione 1.2 del Piano di Azione per il contrasto ai roghi dei rifiuti, vengono anzitutto coinvolti tutti i principali azionisti della salute in Campania, sia sotto il profilo dell'assistenza che della ricerca, del mondo accademico, dell'ambiente.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Le azioni principali previste possono così riassumersi:

- Conoscenza e analisi dell'ambiente normalmente non esplorato dai comuni programmi di lavoro (acqua di rete VS acqua dei pozzi ad uso irriguo e domestico);
- Monitoraggio dinamico che segue riscontri diretti oltre che le indicazioni programmatiche di routine;
- Individuazione di potenziali sorgenti di contaminazione, di vario tipo e dimensione, superando l'attribuzione amministrativa comunale alla Terra dei Fuochi e le distorsioni da essa generata;
- Innovazione metodologica nelle procedure di sanità pubblica (nuovo approccio alla popolazione in tema di screening);
- Correlazione tra dati ambientali e coorti di pazienti per la costruzione di modelli di valutazione di esposizione;
- Dall'analisi ambientale alla produzione di linee guida e costruzione di data base regionali (Catasto pozzi emungimento acque);
- Ricerca e sperimentazione di metodologie efficaci per bonificare le matrici ambientali;
- Campionamento dell'area con ENEA per la ricerca di pesticidi e idrocarburi (per l'individuazione di zone ad alto tasso di urbanizzazione e fenomeni di combustione illecita: campioni giornalieri per 1 anno);
- Individuazione sorgenti emissive – studi di biomonitoraggio;
- Azioni di miglioramento delle bonifiche ambientali;
- Innovazione nella ricerca sanitaria nel campo della medicina traslazionale;
- Sperimentazione nuovi modelli di approccio allo screening con il contributo consapevole del cittadino.

L'esperienza SEPS nel 2015 rappresenta il solco metodologico su cui si inserisce il presente Piano. Dallo studio di coorte prospettico individuato in SPES si transita con il nuovo Piano verso uno studio caso/controllo per la stima del rischio aggiuntivo di malattia in presenza di determinati livelli di contaminazione.

Sui soggetti malati si valuterà l'impatto dell'efficacia dei servizi sanitari (equità, rispetto dei PDTA, ecc).

Si prevede un'ulteriore azione di ricerca: SPEL, e cioè studio su esposti per motivi lavorativi (benzinai, operatori settore rifiuti, ecc.).

L'ambito della ricerca prevede infine azioni in materia di trattamento aria e acqua, studi retrospettivi sul consumo delle acque, Water Safety Plans.

Resta da definire, in uno con il Ministero della Salute, l'ISS e con la mediazione degli Uffici della Presidenza del Consiglio, il contributo alla valutazione epidemiologica, che deve essere reso dai MMG. La Regione attiverà pertanto, all'atto dell'accordo, una specifica programmazione.

Si rappresenta tuttavia che già nella bozza di AIR, all'esame della delegazione trattante insediata presso la Direzione Generale Tutela della Salute, è stata prevista la partecipazione dei MMG a programmi di sorveglianza epidemiologica.

Obiettivi e Indicatori

a. Adozione atto di programmazione

- Adozione del Piano Regionale con Delibera di Giunta
- Adozione Decreto Dirigenziale di programma esecutivo e impegno di spesa

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Definizione, in uno con il Ministero della Salute, l'ISS e con la mediazione degli Uffici della Presidenza del Consiglio, il contributo alla valutazione epidemiologica, che deve essere reso dai MMG

- Sottoscrizione procedure nazionali
- Incontri di lavori per la programmazione regionale della procedura concordata a livello nazionale
- Accordo regionale integrativo

c. Conoscenza e analisi dell'ambiente normalmente non esplorato dai comuni programmi di lavoro (acqua di rete VS acqua dei pozzi ad uso irriguo e domestico) con monitoraggio dinamico da riscontri diretti

- Numero pozzi esaminati/ numero pozzi censiti
- Catasto pozzi emungimento acque Regione Campania
- Emanazione Linee Guida regionali

d. Innovazione metodologica nelle procedure di sanità pubblica (nuovo approccio alla popolazione in tema di screening)

- Numero pazienti screenati per colon retto con nuovo approccio/numero pazienti totali screenati con vecchie procedure

e. Campionamento dell'area con ENEA per la ricerca di pesticidi e idrocarburi (per l'individuazione di zone ad alto tasso di urbanizzazione e fenomeni di combustione illecita)

- Campioni giornalieri per 1 anno

f. Studio su esposti per motivi lavorativi (benzinai, operatori settore rifiuti, ecc.)

- Adesione almeno del 70% della popolazione target

Scadenze

a. Entro Ottobre 2019 (Adozione con Delibera di Giunta)
Entro Ottobre 2019 (Adozione Decreto dirigenziale)

b. Entro Dicembre 2019 (Adozione procedure nazionali)
Entro Dicembre 2019 (Adozione accordo regionale integrative)

c. Avvio delle attività da Dicembre 2019
Entro Dicembre 2020 (Progressione in step semestrali con aggiornamento / conclusione)

d. Entro Gennaio 2020 (Avvio nuova procedura)
Aggiornamento in step semestrali: gennaio/luglio - valutazione annuale

e. Entro Gennaio 2020 (Avvio attività)
Entro Dicembre 2020 (Conclusione attività di campionamento)
Entro Marzo 2021 (Risultati)

f. Entro Gennaio 2020 (Definizione procedure di campionamento)
Entro Febbraio 2020 (Predisposizione della metodologia di osservazione)
Entro Marzo 2020 (Avvio sorveglianza)

fonte: http://burc.regione.campania.it

3. Programma 3: Le leve strategiche dello sviluppo del SSR

3.1 Le politiche di prevenzione

Le attività di prevenzione rappresentano uno dei punti strategici e caratterizzanti delle politiche sanitarie del SSR; e ciò per un doppio ordine di motivazioni:

- Prioritaria salvaguardia dello stato di benessere delle comunità;
- Sostenibilità di costi sempre più alti dei percorsi di diagnosi e cura delle malattie.

Per tali motivi le attività di prevenzione si dispiegano in numerosissimi campi di azione e secondo le classiche declinazioni di prevenzione primaria, rimozione e/o attenuazione dei fattori determinanti le malattie, secondaria, anticipazione diagnostica, e terziaria, prevenzione dei fattori di possibile complicanze di patologie in atto e gestione di deficit e disabilità funzionali. Le attività di prevenzione su cui è impegnato il SSR sono descritte e valutate in modo puntuale nel Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGRC n. 860 del 29.12.2015 e DCA n. 2 del 10.02.2016.

3.1.1 Prevenzione malattie croniche non trasmissibili

Il PRP 2014-2018 include principalmente azioni finalizzate all'implementazione di programmi di Promozione della Salute che mirano all'assunzione di sani stili di vita in contrasto verso i principali determinanti delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT): cattiva alimentazione, sedentarietà, fumo, l'abuso di alcol.

In particolare, nel Programma B, è prevista l'Azione B.5, "Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT attraverso un adeguamento del sistema d'individuazione del target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico "con l'identificazione e la presa in carico dei pazienti a rischio di MCNT.

Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" con interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50".

Tale approccio si basa sulla scelta di intervenire principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e a facilitare la scelta di stili di vita corretti. In presenza, invece, di soggetti con già fattori di rischio comportamentali o intermedi, la scelta strategica è di diffondere le tecniche del counseling motivazionale, indirizzando i soggetti verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare) o terapeutico specifici (es. prescrizione attività fisica).

Nello specifico il programma B del PRP 2014-2018 prevede una serie di interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50". Ciò rappresenta un'opportunità nel campo della prevenzione perché propone accanto all'analisi del rischio cardiovascolare (sul modello della "carta del rischio") una valutazione degli stili di vita e di una serie di parametri (pressione arteriosa, altezza, peso, BMI, ecc.) su popolazione sana nella coorte dei 50enni al fine di indirizzare i soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Tale coorte di età che risulta essere per il 70% bisognosa di interventi preventivi, è quella maggiormente sensibile e disponibile al cambiamento.

Tale studio quindi, in una prima fase sperimentale, si rivolge ai soggetti 50enni di entrambi i sessi, iscritti all'anagrafe sanitaria di almeno due Aziende Sanitarie Locali della Regione con il coinvolgimento del personale del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto Sanitario delle AASSLL in collaborazione con i Medici di Medicina Generale attraverso specifici percorsi di prevenzione con l'obiettivo principale di ridurre il rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine attraverso il cambiamento degli stili di vita e/o l'individuazione ed il trattamento di soggetti ipertesi, iperglicemici e ipercolesterolemici misconosciuti.

Successivamente al termine della fase sperimentale, è prevista l'estensione delle metodologie e delle pratiche al resto delle AASSLL Campane ed a tutta la popolazione target 45-60 anni.

Il programma B - azione B.5 del PRP 2014-2018 prevede attività finalizzate all'identificazione e alla presa in carico dei soggetti a rischio di MCNT al fine di ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e ulteriore disabilità in tali soggetti, anche attraverso la promozione e la diffusione dell'attività fisica, utile per la prevenzione di numerose patologie e disturbi e per la promozione del benessere. Visto che esperienze positive hanno evidenziato che le attività di promozione dell'esercizio fisico possono essere non solo efficaci, ma anche sostenibili e riproducibili nell'ambito di modelli organizzativi adatti alla realtà del Sistema Sanitario Regionale della Campania, nell'ambito delle attività di promozione della salute previsto dal programma B.5, è implementata la promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) per soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale. Tale forma di attività fisica, rivolta ai soggetti con fattori di rischio o affetti da MCNT (in particolare, diabete, sovrappeso/obesità, cardiopatie) in fase stabilizzata, nonché ai soggetti anziani (anche per la prevenzione delle cadute, evento che spesso ha esiti gravi o infausti), prevede la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate individuando obiettivi da perseguire, metodologie da adottare e target da privilegiare.

Obiettivi e Indicatori

a. Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT attraverso "lo studio di fattibilità regionale del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT" che prevede interventi volti alla valutazione attiva del rischio cardiovascolare e di prevenzione delle malattie cardiovascolari nei soggetti cinquantenni in linea col Progetto CCM "Cardio 50"

- Numero di soggetti ad alto rischio individuati ed avviati agli ambulatori/centri di cardiologia per la valutazione, la diagnosi e la terapia
- Numero di counselling sull'adozione di corretti stili di vita promossi nei soggetti a rischio medio
- Numero materiale informativo sulle conoscenze e l'adozione di corretti stili di vita consegnato ai soggetti a rischio basso

b. Promozione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) alle caratteristiche di soggetti con patologie croniche stabilizzate, condizioni di fragilità, fattori di rischio, età avanzata, ridotta autonomia funzionale con la costruzione di una rete territoriale di strutture che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero di strutture, individuazione da parte delle AASSLL, che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale

Scadenze

a. Entro Dicembre 2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

Promozione dell'accesso della popolazione immigrata agli screening oncologici

La particolare rappresentatività della popolazione immigrata in Regione Campania richiede specifici interventi in materia di prevenzione delle malattie croniche in questa popolazione.

Obiettivo della Regione Campania è la promozione dell'accesso della popolazione immigrata e delle categorie vulnerabili agli screening oncologici con il miglioramento dell'offerta dei programmi organizzati di screening attraverso interventi culturalmente competenti e innovativi ed azioni dirette di sensibilizzazione e di informazione, rivolte agli immigrati e alle altre categorie vulnerabili, utilizzando sia le ICT che gli strumenti tradizionali di comunicazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Mappatura degli immigrati (per cittadinanza) presenti nei rispettivi bacini di utenza delle AASSLL Campane con l'utilizzo dei GIS, delle mappe e dei report per la conoscenza delle caratteristiche socio-demografiche (per cittadinanza) dei bacini di utenza dei servizi sanitari, per migliorare l'incontro tra "offerta" sanitaria e "domanda" da parte dei gruppi vulnerabili
- Realizzazione di due mappe tematiche (statica e dinamica)
- Realizzazione di n. 2 report regionali immigrati

b. Fornire agli operatori dei servizi, ai mediatori interculturali, agli operatori della scuola, ai medici di medicina generale ecc., strumenti e competenze necessarie per informare e sensibilizzare immigrati e altre categorie vulnerabili, in maniera culturalmente competente, sugli screening oncologici
- Realizzazione n. 10 Percorsi di formazione/azione destinati agli operatori dei servizi screening, MMG, istituzioni scolastiche, farmacisti, leaders di comunità mediatori interculturali
- Realizzazione minimo n.150 persone che superano i test di apprendimento/n. totale persone sottoposte a test

c. Sensibilizzare e informare la popolazione immigrata e le categorie vulnerabili riguardo agli screening oncologici
- Almeno il 20% di persone target che scaricano la App/n. di persone target in Regione
- Almeno il 20% di persone target che visualizzano lo spot video/n. di persone target risultanti dalle mappe tematiche prodotte dalla Regione

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

3.1.2 Prevenzione patologie oncologiche

La prevenzione delle patologie oncologiche, così come tutte le patologie croniche non trasmissibili, si esplica prioritariamente in attività di prevenzione primaria che, nello specifico, sono principalmente rappresentate dalla lotta al fumo di tabacco, attivo e passivo, e dalla messa in atto di azioni finalizzate alla educazione a corretti stili di vita, quali attività fisica e corretta alimentazione.

Oltre a tali attività di prevenzione primaria il campo dove maggiormente, e più immediatamente, è possibile acquisire risultatiti tangibili è il campo della prevenzione secondaria: anticipazione diagnostica di patologie oncologiche in fase preclinica; tale azione si traduce, in molti casi, in guarigione clinica ed in altri in un significativo aumento della sopravvivenza netta per malattia. Tali risultati sono ampiamente dimostrati per tre patologie neoplastiche: tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina, per i quali sono stati validati gli specifici Screening Organizzati di Popolazione.

La sopravvivenza oncologica e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologia oncologica, sono significativamente influenzati da due elementi prioritari: anticipazione diagnostica e qualità del successivo percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Relativamente ai tre tumori per i quali sono stati validati gli screening organizzati di popolazione, la Regione Campania presenta un significativo differenziale (negativo) della sopravvivenza oncologica rispetto al POOL Italiano dei Registri Tumori (dati AIRTUM): mammella -3,5, cervice uterina -2,5, colon retto -5,5 punti percentuali di sopravvivenza netta a cinque anni dalla diagnosi; inoltre, in riferimento al tumore del colon retto, non si evidenzia in Campania il trend temporale in diminuzione del tasso di incidenza annuo, trend che è influenzato da un efficiente screening organizzato di popolazione e che è presente in altre macroaree geografiche dell'Italia.

Obiettivo della presente linea di attività è strutturare sull'intero territorio regionale un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori oggetto di screening organizzati di popolazione, mirato a: anticipare la diagnosi del tumore della mammella e migliorare la sopravvivenza oncologica e qualità di vita alle pazienti affette da tale neoplasia; ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina e del colon retto attraverso la rilevazione e rimozione delle rispettive lesioni precancerose, spostare le diagnosi iniziali di tali tumori agli stadi iniziali della malattia, migliorare la sopravvivenza e qualità di vita dei pazienti affetti da tali patologie.

In merito alla sopravvivenza va rilevato che attualmente la Regione Campania, rispetto alle altre regioni italiane, presenta una sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi significativamente più bassa, rispetto alla media nazionale, proprio per i tumori screening detected. Nel caso del tumore del colon retto e della cervice uterina lo screening non solo ha dimostrato una potente azione di anticipazione diagnostica e aumento della sopravvivenza, ma anche una significativa azione di prevenzione primaria: con la rimozione precoce di lesioni precancerose se ne impedisce la progressione verso la cancerizzazione, ottenendo l'importante risultato della riduzione della incidenza dei tumori del colon – retto e della cervice uterina.

Relativamente allo screening della cervice uterina la Regione Campania ne ha avviato il passaggio dal Pap test al test HPV per la popolazione in età 30/64 anni.

In coerenza con quanto stabilito nel "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021" la Regione, entro 90 giorni dalla sua approvazione, definisce un Programma Regionale degli screening oncologici, comprensivo sia della ricognizione che del potenziamento dei singoli centri che effettuano tali screening. Per pervenire a tale programma è già in corso di adozione un apposito decreto commissariale con il quale, da un lato, si avvia la ricognizione della struttura di offerta per screening oncologici da parte delle

fonte: http://burc.regione.campania.it

AASSLL, le quali dovranno far pervenire alla Regione la mappatura dell'esistente entro 30 giorni dalla data di adozione del DCA, e, dall'altro, si delineano le seguenti linee di indirizzo sulla base delle quali verrà poi definito il programma regionale soprarichiamato:

- Costituire, entro 30 giorni dall'adozione del documento di Programmazione Regionale, un gruppo di Coordinamento regionale degli screening;
- Provvedere, attraverso l'analisi delle criticità attualmente presenti, alla standardizzazione dei processi ed all'unificazione delle procedure di accesso attraverso:
- La definizione puntuale dei carichi di lavoro attesi, inerenti le singole procedure dei programmi di screening, relativamente al I e II livello, per ciascuna ASL;
- La definizione degli standard relativi alle figure professionali da dedicare alle specifiche attività, con relativo monte ore da impegnare in rapporto ai carichi di lavoro attesi;
- Le modalità di accesso allo screening, le procedure di invito e di chiamata, le azioni di recall e quant'altro necessario per raggiungere elevati livelli di adesione;
- Il monitoraggio dell'aderenza delle attività di screening a quanto previsto nei corrispettivi PDTA di patologia oncologica;
- Strutturare sull'intero territorio regionale, un efficiente sistema di anticipazione diagnostica per i tre tumori screening detected, mirato a migliorare la sopravvivenza oncologica per i tumori della mammella, migliorare la sopravvivenza e ridurre l'incidenza relativamente ai tumori della cervice uterina e del colon retto;
- Attribuire la responsabilità - non delegabile - di governance e di risultato al Direttore Sanitario Aziendale, il Direttore Sanitario risponde direttamente al Direttore Generale per la corretta allocazione delle risorse umane, strumentali e logistiche come da programmazione regionale ed entrambi rispondono del raggiungimento dell'obiettivo aziendale e regionale. Il mancato soddisfacimento dell'obiettivo regionale sarà sanzionato, ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 del Patto per la salute 2010-2014;
- Coinvolgere i MMG nel percorso di sensibilizzazione e di chiamata attiva della popolazione target, con adesione obbligatoria alle campagne di screening promosse dalla Regione, utilizzando procedure concordate attraverso accordi definiti nel Comitato Regionale ex art. 24 e nelle forme e modalità previste nel redigendo AIR;
- Dare impulso allo screening HPV secondo quanto previsto dal DCA n. 39 del 03.05.2019 "Approvazione Linee di indirizzo per lo Screening del cervico-carcinoma con TEST HPV DNA";
- Implementare i processi informatici, a supporto della rete screening, attraverso la realizzazione della Piattaforma unica, a livello regionale, per la gestione dello screening oncologico, nell'ambito del Sistema Informativo Sanità Campania - SINFONIA. L'intervento già deliberato con la delibera n. 123 del 2 aprile 2019 prevede il potenziamento della capacità di Regione Campania in termini di governance e di efficacia nell'erogazione delle campagne di screening oncologico, utilizzando la leva tecnologica con la realizzazione di una piattaforma regionale dedicata. Tale piattaforma digitale consente sia la gestione dei programmi di screening, grazie ad un sistema standardizzato, sia il monitoraggio a livello locale e regionale delle attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle AASSLL;
- Condurre analisi epidemiologiche e comportamentali, anche per l'identificazione di determinanti socio-ambientali che determinano resistenza culturale all'adesione alle campagne di screening e profilare le persone "non aderenti" al fine di predisporre azioni mirate per migliorare la loro adesione ai test, anche mediante i principi dell'Health Equity Audit.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivi e Indicatori

a. Analisi dei processi dell'attuale organizzazione regionale degli screening organizzati di popolazione

- Relazione su criticità e punti di forza delle attuali procedure

b. Rimodulazione procedure operative

- Screening del colon retto - raggiungimento di una estensione dell'85% (1.513.842 persone da raggiungere) e di una adesione al 60% (908.305 persone da screenare)
- Screening della mammella fascia di età 50/69 anni - raggiungimento di una estensione dell'85% (671.666 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (403.000 donne da screenare)
- Screening della mammella fascia di età 45/49 (target 228.000 donne)
- Raggiungimento per fascia di età 45/49 anni, indicata nel DCA n. 38/2016, di una estensione dell'85% (194.000 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (116.771 donne da screenare)
- Screening della cervice uterine - raggiungimento di una estensione dell'85% (157.361 donne da raggiungere) e di una adesione del 60% (94.416 donne da screenare)
- Relazione su carichi di lavoro e definizione figure professionali dedicate
- Documento regionale di rimodulazione procedure operative nella gestione degli screening organizzati di popolazione

c. Programmazione di corsi di formazione annuali per i tre screening da condurre in collaborazione con le Università Regionali e l'Osservatorio Nazionale Screening; particolare attenzione sarà dedicata alla formazione degli operatori dello screening del cervicocarcinoma in considerazione del passaggio dello screening dal Pap Test all'HPV test, su tutto il territorio regionale

- Documento di formalizzazione corsi di formazione

d. Anticipazione diagnostica e miglioramento della sopravvivenza oncologica dei tre tumori oggetto di screening organizzato di popolazione

- Aumento significativo su base regionale delle percentuali di stadiazione iniziali delle neoplasie oggetto di screening
- Raggiungimento per i tre screening di una estensione reale dell'85% e di una adesione del 60%
- Formalizzazione da parte delle singole AASSLL regionali di PDTA interaziendali e dei relativi GOM relativamente ai tumori oggetto di screening

e. Implementazione sull'intero territorio regionale dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni

- Decreto regionale relativo alla implementazione dello screening per il cervico carcinoma con test HPV/DNA nella fascia di popolazione 30-64 anni

f. Identificazione delle famiglie a rischio genetico, come previsto dal PDTA dei tumori eredo familiari, in modo universale per i pazienti affetti da K ovaio e colon, e secondo categorie di rischio per la mammella. Si istituirà un registro delle mutazioni incidenti sul territorio regionale. I centri di genomica regionali saranno messi in rete per soddisfare i bisogni di prevenzione eredo-familiare per colon mammella e ovaio

- Numero di famiglie a rischio identificate rispetto all'atteso regionale

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Giugno 2020 (Applicazione a regime Dicembre 2021)
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2021
e. Entro Dicembre 2020
f. Entro Giugno 2020 (identificazione e potenziamento dei centri di genomica);
Nel biennio 2020-2021 (copertura globale della valutazione del rischio per colon-retto, mammella e ovaio)

3.1.3 Prevenzione malattie infettive e diffusive

Nonostante il cambiamento e il miglioramento dell'epidemiologia delle malattie infettive verificatosi negli ultimi decenni, seppur con sfumature diverse, queste hanno ancora oggi un peso importante sullo stato di salute della popolazione generale.

La sorveglianza sanitaria nei confronti delle malattie infettive e diffusive assume una notevole importanza strategica nell'ambito del sistema sanitario regionale: una buona sorveglianza consente sia di conoscere l'andamento epidemiologico delle malattie, sia di programmare e valutare l'efficacia dei servizi addetti alla prevenzione e al controllo del contagio.

La sorveglianza ed il controllo devono garantire l'immediata raccolta sistematica dei dati, la loro aggregazione ed analisi e il ritorno e la diffusione delle informazioni che consentono azioni di prevenzione e di contenimento delle stesse.

L'instaurarsi di una buona comunicazione, anche in relazione a eventi acuti di cui si sospetti la natura infettiva, tra Sanità (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione), Scuola, Famiglia e ambienti ricreativi, può migliorare la tempestività della sorveglianza sanitaria permettendo interventi preventivi, post esposizione, coordinati ed efficaci.

Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la loro prevenzione primaria, è rappresentato dalla vaccinazione.

Il presente programma include azioni orientate al miglioramento del sistema di sorveglianza, segnalazione, di accertamento diagnostico e di notifica delle malattie infettive.

A tal fine è necessario creare percorsi integrati con le AASSLL, specie con i consultori materno infantili, i centri vaccinali, identificando anche i farmacisti territoriali quali facilitatori nella somministrazione delle vaccinazione e nella formazione ed informazione anche in merito alla vaccinovigilanza.

La vaccinovigilanza è l'insieme delle attività di farmacovigilanza rivolte alla raccolta, valutazione ed analisi degli eventi avversi che seguono l'immunizzazione (Adverse Event Following Immunization - AEFI) e rappresenta un valido strumento volto a rendere sicuro l'uso dei vaccini, verificando costantemente efficacia e tollerabilità.

Obiettivi e Indicatori

a. Predisposizione di eventi informativi e incremento di campagne divulgative alla popolazione in tema di screening e vaccini

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero eventi formativi (almeno 2 eventi formativi/anno) e numero campagne divulgative (almeno 1 campagna divulgativa/anno)

b. Promozione attività di ricerca in termini di vaccinovigilanza

- Tipologia e numero di attività

c. Azioni finalizzate a migliorare le segnalazioni e la notifica delle malattie infettive al fine di controllarne e ridurne la diffusione, coinvolgendo i vari settori dell'Area Sanitaria (Direzioni Aziendali, Direzioni dei Distretti, Direzioni P.O. ed A.O.), i MMG/PLS e i laboratori. Adeguata comunicazione tra i diversi attori e sistematico monitoraggio delle attività.

- Numero incontri formativi rivolti al personale sull'inserimento della segnalazione delle malattie infettive nel PREMAL
- Realizzazione di un Sistema di alert precoce per l'identificazione certa dell'agente patogeno

d. Completa informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale per le vaccinazioni obbligatorie e l'adesione a quella nazionale.

- Numero di aziende che hanno completato l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali e l'adeguamento dei software

e. L'interoperabilità con il sistema informatizzato delle notifiche delle malattie infettive (PREMAL) e con l'anagrafe vaccinale regionale (GEVA) sia per una migliore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie infettive a livello regionale sia per la valutazione dell'efficacia degli interventi

- Realizzazione di un sistema di scambi informazioni tra PREMAL e GEVA

f. Diffondere le procedure al fine di contenere le malattie infettive attraverso la pubblicazione sui siti web regionali/aziendali di materiale informativo appositamente predisposto

- Numero materiale informativo per contenere le malattie infettive caricati su siti web regionali
- Numero materiale informativo per contenere le malattie infettive caricati su siti web aziendali

g. Messa a punto di una FAD gratuita sulle Linee di Indirizzo regionali sull'uso di antibiotici rivolta agli operatori delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere e Universitarie

- Numero linee di Indirizzo regionali e della FAD da parte di tutte le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere

Scadenza

a. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
b. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Entro Dicembre 2019 (Realizzazione di almeno un incontro annuale per azienda formativo ed informativo rivolto al personale sanitario coinvolto)
Entro Dicembre 2020 (Realizzazione del sistema di alert)
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2019
f. Entro Dicembre 2019 (Pubblicazione sul sito web regionale di materiale informativo per contenere le malattie infettive)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Entro Dicembre 2020 (Pubblicazione sul sito web aziendale di materiale informativo per contenere le malattie infettive)

g. Entro Dicembre 2020

3.2 La gestione e la valorizzazione delle risorse umane

3.2.1 I percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi

La formazione continua nelle organizzazione in sanità ha visto negli anni una sempre maggiore attenzione alla sostenibilità dei servizi erogati rispetto ai costi crescenti legati all'invecchiamento della popolazione, della sempre più ampia offerta di soluzioni diagnostiche/terapeutiche innovative e costose (che ne pregiudicano l'equità), all'analisi dei bisogni, alla progettazione, alla realizzazione e valutazione formativa che la Regione Campania ha promosso attraverso la gestione della formazione nelle Aziende sanitarie e Ospedaliere. Tuttavia è necessario adeguare l'offerta formativa, la sua equità e porre una particolare attenzione allo sviluppo di modalità innovative di apprendimento (e-learning, formazione sul campo) al fine di rendere la formazione sempre più vicina ai differenti e molteplici destinatari, nonché ai bisogni del cittadino/paziente consentendo agli operatori tutti di rispondere prontamente alle richieste dei medesimi anche alla luce dei nuovi LEA.

I percorsi formativi già attuati dalla Regione Campania hanno visto nel corso dell'anno 2018 l'emanazione del nuovo programma didattico del Corso di Formazione di Medicina Generale.

Il suddetto corso di formazione è teso a formare i futuri Medici di Medicina Generale, figure professionali indispensabili nel nuovo percorso che la Regione si accinge ad intraprendere con al centro il paziente ed un'assistenza territoriale che consenta una risposta immediata e qualitativamente più appropriata. Sono stati previsti percorsi formativi innovativi che consentono al medico nella programmazione formativa di essere operativo rispetto agli indirizzi regionali tesi alla prevenzione ed alla promozione della salute.

Obiettivi ed indicatori

a. È necessario individuare, attraverso l'analisi dei fabbisogni formativi e delle esigenze regionali, linee strategiche per rafforzare e sviluppare una programmazione che sia in grado di rispondere alle politiche regionali di evoluzione degli standard ospedalieri e sviluppo degli standard relativi all'assistenza territoriale. Con l'ausilio della Commissione Regionale ECM e dell'Osservatorio Regionale ECM saranno definiti e sviluppati, anche attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche dedicate, modelli e strumenti a supporto della progettazione e valutazione formativa

- Numero linee di indirizzo regionali orientate all'integrazione dei bisogni formativi
- Strumenti volti a supportare l'attività di progettazione e valutazione dei fabbisogni formativi per migliorare la qualità dell'assistenza territoriale da parte delle Aziende Sanitarie

b. I processi formativi regionali saranno orientati a garantire delle connessioni tra il sistema aziendale di governo della formazione e lo sviluppo professionale all'interno delle strutture aziendali, in linea con la programmazione sanitaria regionale del triennio 2019 – 2021

- Numero processi formativi sviluppati per il miglioramento dell'assistenza territoriale

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019 (Analisi fabbisogni formativi per il miglioramento dell'assistenza territoriale);
Entro Dicembre 2020 (Piattaforma regionale di e-learning finalizzata alla connessione tra il sistema aziendale di governo della formazione e la programmazione sanitaria regionale)

a. Entro Dicembre 2021

3.2.2 I fabbisogni di personale

A seguito delle osservazioni dei Ministeri competenti fatte pervenire con il verbale del Tavolo di verifica del 25 luglio 2019, la Regione ha trasmesso da ultimo la nota n. 204 del 31.10.2019 con la quale ha provveduto a ritrasmettere le tabelle del personale in servizio al 31.12.2017 corrette dei refusi segnalati nel suddetto verbale.

Nel verbale del tavolo di verifica del 18 luglio 2018, Tavolo e Comitato rammentano che la corretta valutazione dei piani di fabbisogno di personale presuppone il completamento dell'attività programmatoria della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, ai sensi del D.M. n. 70/2015.

Nelle more delle valutazioni ministeriali, al fine di adempiere a quanto richiesto dal D.M. del 8.5.2018 in materia, la Regione, con nota prot. 513158 del 3.8.2018, aveva invitato le Aziende sanitarie a procedere all'adozione, in via provvisoria, del piano triennale di fabbisogno del personale e di trasmettere lo stesso all'Amministrazione regionale al fine di effettuare la valutazione dello stesso.

La Regione aveva quindi proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro deputato alla valutazione istruttoria dei Piani Triennali dei fabbisogni di personale. Tale valutazione si è conclusa con l'emanazione dei DCA di approvazione dei PTFP 2018-2020 di ciascuna azienda nel rispetto dei parametri stabiliti dal DCA n. 67/2016, del tetto di spesa, del D.M. n. 70/2015 e del D.L. n. 161/2014, già trasmessi su piattaforma SIVEAS.

Nell'anno 2019, come stabilito dai DCA di approvazione dei PTFP 2018-2020 le aziende stanno procedendo alla predisposizione delle attività istruttorie per i PTFP 2019-2021 che saranno rimodulati in base al personale in servizio al 31.12.2018 assicurando, nell'ottica della programmazione regionale, l'implementazione della prevenzione, promozione della salute e assistenza sul territorio anche alla luce dei nuovi LEA. E' infatti noto che a seguito del blocco del turn over, negli ultimi dieci anni si è registrato un notevole depauperamento delle risorse umane e consequenziale riduzione dell'offerta sanitaria che ha contribuito alla congestione delle attività ospedaliere. Inoltre a seguito dell'intervento normativo in materia previdenziale si sta procedendo alla valutazione dell'impatto che lo stesso avrà nell'ambito del personale del SSR (quota 100 e opzione donna).

Pertanto la strategia regionale sarà orientata alla rimodulazione del fabbisogno di personale per tutti i Livelli di Assistenza al fine di rendere operative le AFT e UCCP consentendo un'adeguata risposta preventiva e assistenziale più vicina alle esigenze del cittadino/paziente che consentirà contestualmente un miglioramento dell'assistenza ospedaliera.

La rimodulazione del fabbisogno terrà conto dei risultati ottenuti attraverso le azioni già avviate di ricollocazione di personale specialistico in linea con le indicazioni dei tavoli ministeriali.

Obiettivi e Indicatori

a. Valutazione e approvazione regionale dei PTFP Aziendali 2019-2021

- Numero dei PTFP Aziendali approvati dalla Regione (17 PFTP approvati per il triennio 2019-2021)

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Rideterminazione del fabbisogno regionale sia ospedaliero che distrettuale che della prevenzione, con particolare attenzione alla determinazione di standard più attinenti al miglioramento dell'attività di prevenzione e promozione della salute e assistenza erogata dai Distretti e l'attivazione delle AFT e UCCP per l'integrazione dei servizi

- Definizione di uno standard regionale per la declinazione del fabbisogno di personale

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019

3.2.3 Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

La Regione Campania ha adottato con DCA n. 63/2010 le linee di indirizzo per la determinazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale per definire procedure omogenee tra le aziende sanitarie al fine di razionalizzare e contenere la spesa del personale con particolare riferimento al blocco del turn-over ed in ossequio al principio che l'ammontare complessivo dei fondi correttamente determinato non possa essere superiore rispetto a quello dell'anno 2010.

Al fine di verificare l'esatta applicazione del DCA n. 63/2010 è stato costituito un apposito Organismo Regionale, di seguito Commissione Fondi (costituito con DCA n. 72/2010, pubblicato sul BURC n. 81/2010 e integrato con DCA n. 14/2011 e 101/2012).

Le attività della Commissione Fondi sono confluite nella "Commissione regionale per il monitoraggio della spesa del personale del SSR", di seguito Commissione Personale, istituito con Decreto Commissariale n. 11/2017, pubblicato sul BURC n. 20 del 06.02.2017.

A seguito dell'emanazione del CCNL Area Comparto 2016/2018 e dell'emanazione del D.Lgs. n. 75/2017, sono state predisposte le Linee Guida per la determinazione dei fondi contrattuali anno 2018, nonché le linee di indirizzo e la corretta applicazione di alcuni istituti contrattuali aventi rilevanza sui costi del personale, giusto DCA n. 98/2018.

Già dall'anno 2016 la Struttura Commissariale ribadisce alle Aziende Sanitarie che in base a quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 165/2001, l'erogazione di risorse in misura superiore all'importo deliberato sui fondi della contrattazione integrativa costituisce danno erariale.

Pur rilevando quanto disposto dall'art. 40, comma 3 quinquies, del Decreto Legislativo n. 165/2001 ultimo periodo, in cui si dispone che: "In caso di accertato superamento di vincoli finanziari da parte (…) del Ministero dell'economia e delle finanze è fatto altresì obbligo di recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva", si evidenzia come molte Aziende non abbiano potuto provvedere al recupero rappresentando le situazioni di criticità nell'erogazione delle attività dirette ad assicurare i livelli minimi di assistenza, scaturenti dalla progressiva riduzione del personale in servizio e che hanno comportato il ricorso a forme di lavoro surrettizie, quali l'erogazione di ore di straordinario, sempre rapportato alla necessità di assicurare i LEA.

Tuttavia qualora si siano rilevati sforamenti tra il valore deliberato dei fondi contrattuali ed il costo sostenuto, la Commissione Fondi ha predisposto ed inviato alle Aziende Sanitarie interessate, per il tramite della struttura regionale, specifica richiesta di chiarimenti in merito alle misure idonee adottate oppure da adottare affinché l'Azienda proceda a ricondurre la spesa all'interno dei fondi deliberati.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Da ultimo, le Aziende Sanitarie sono state compulsate a disporre tutte le misure ritenute necessarie, con particolare riferimento a quelle previste con il Decreto Commissariale n. 98/2018, affinché per l'anno 2019 non vengano erogate risorse superiori agli importi deliberati dei fondi della contrattazione integrativa.

Si rileva, altresì, che a seguito delle azioni messe in campo dall'amministrazione regionale e nonostante il blocco del turn over si è registrata una graduale e progressiva riduzione dello sforamento tra deliberato ed erogato che ha visto il passaggio da uno sforamento pari a 62.664 €/000 del 2012 ad uno sforamento pari a 32.551 €/000 del 2015, fino ad uno sforamento negli anni 2016 e 2017 pari rispettivamente a ca. 14.928 €/000 e 14.705 €/000.

La Direzione Generale Tutela della Salute, con l'ausilio della Commissione spesa del personale continua ad effettuare una puntuale attività di monitoraggio diretta a verificare il ridimensionamento del fenomeno dello sforamento tra fondi deliberati rispetto ai costi sostenuti, richiedendo il recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva anche per il triennio 2019-2021, invitando le Aziende Sanitarie a portare a recupero, fatta salva la garanzia dei LEA, l'avanzo relativo al fondo fasce e al fondo specificità medica già in sede di costituzione del bilancio provvisorio. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno procedere, inoltre, con riferimento ai fondi della premialità alla eventuale relativa decurtazione finalizzata al recupero contemperando la necessità di continuare a riconoscere, sebbene in misura inferiore, la qualità delle prestazioni rese e la produttività.

Laddove si verifichino scostamenti rilevanti o situazioni anomale la Direzione Generale Tutela della salute dovrà attivare l'Ufficio Ispettivo Regionale con la previsione di visite in loco da parte di personale regionale supportato dall'Advisor, al fine di effettuare verifiche approfondite e prevedere azioni correttive.

Attraverso l'attività di monitoraggio effettuata dalla Commissione spesa del personale ed il progressivo reclutamento posto in essere in esecuzione dei Piani triennali del Fabbisogno del Personale, si prevde un'ulteriore progressiva riduzione dello sforamento tra fondi deliberati e costi sostenuti, fino al completo azzeramento dello stesso entro il 2021.

Obiettivo e Indicatori

a. Monitoraggio del valore dei fondi della contrattazione integrativa da parte della Commissione Personale

- Report andamento del valore dei fondi della contrattazione integrativa

b. Verifica della corretta determinazione dei fondi contrattuali aziendali per gli anni 2019, 2020 e 2021 da parte della Commissione Personale

- Delibere di adeguamento dei fondi contrattuali alle risultanze della verifica regionale

c. Monitoraggio trimestrale da parte della Commissione Personale per tutte le Aziende Sanitarie che presentano scostamenti significativi e verifica del rispetto degli obiettivi indicati nelle relazioni predisposte al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta

- Scostamento economico tra erogato di competenza e deliberato

d. Progressiva riduzione dello sforamento tra fondo deliberato e costi sostenuti

- Delta costo sostenuto-fondo deliberato

e. Monitoraggio istituti contrattuali da parte della Commissione Personale aventi riflessi sui fondi contrattuali

- Monitoraggio istituti contrattuali aventi riflessi sui fondi contrattuali

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Annuale
b. Annuale
c. Trimestrale
d. Entro Dicembre 2021 (Completo azzeramento dello sforamento)
e. Annuale

3.2.4 Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento sia delle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro che delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze).

Con riferimento alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro, ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie è richiesta un'attività di monitoraggio volta a:

- Verificare che l'attività lavorativa erogata in regime di prestazioni aggiuntive sia espletata al di fuori dell'orario di servizio;
- Implementare nel sistema informativo un processo di rilevazione automatico delle presenze mediante codici di identificazione del ruolo, profilo e unità operative/dipartimentali del personale;
- Procedere ad una progressiva riduzione di tale voce di costo contestuale all'implementazione delle procedure di reclutamento di nuovo personale.

In particolare è disposto il seguente abbattimento per le prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Attraverso il processo di reclutamento, la Regione ha, inoltre, come obiettivo una progressiva riduzione delle altre voci di costo che concorrono ad aggravare la spesa di personale e ad incrementare il costo sul bilancio in termini di fattore lavoro, come lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative e consulenze.

In particolare è disposto il seguente abbattimento del costo delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze):

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Obiettivo e Indicatori

a. Riduzione della spesa delle Aziende Sanitarie per prestazioni aggiuntive
- Percentuale di riduzione della spesa per prestazioni aggiuntive rispetto a quella dell'anno precedente

b. Riduzione da parte delle Aziende Sanitarie dei costi delle forme di lavoro alternative

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Percentuale di riduzione della spesa delle forme di lavoro alternative rispetto a quella dell'anno precedente

Scadenza

a. Entro Dicembre 2019 (Riduzione del 10% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2020 (Riduzione del 30% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2021 (Riduzione del 50% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2018)

b. Entro Dicembre 2019 (Riduzione del 10% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2020 (Riduzione del 30% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)
Entro Dicembre 2021 (Riduzione del 50% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2018)

fonte: http://burc.regione.campania.it

3.2.5 Contenimento costi Specialisti ambulatoriali

In materia di specialisti ambulatoriali la Regione Campania, ha intrapreso una più rigorosa azione di ricognizione degli specialisti in servizio, attraverso la predisposizione di un Data Base prontamente trasmesso a tutte le Aziende Sanitarie per acquisire il dettaglio del numero di specialisti allocati, il rispettivo monte ore settimanali assegnato, presso una o più Aziende, l'ente pagatore, la sussistenza di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato.

La Commissione regionale per il monitoraggio della spesa del personale del SSR, a seguito della raccolta dei suddetti dati, ha quindi focalizzato la sua attenzione sulla collocazione degli specialisti ambulatoriali nelle Aziende, al fine di programmare un'eventuale ricollocazione in altre sedi del personale specialista ambulatoriale impropriamente utilizzato.

In materia è stato adottato il DCA n. 55/2019 con il quale è stato istituito il flusso del personale convenzionato. Tale flusso permetterà di effettuare un monitoraggio periodico sulle unità di personale in servizio e sulla loro effettiva allocazione al fine di avviare, una volta rilevate le criticità, tutte le azioni necessarie previste dall'ACN vigente anche attraverso tavoli di concertazione con le organizzazioni sindacali di categoria, per una progressiva riduzione del costo di tale tipologia di personale.

La Regione sta inoltre procedendo all'elaborazione di un DCA che, a valenza triennale, operi una riduzione della spesa degli specialisti ambulatoriali, tenendo conto dei PTFP e del loro relativo trend assunzionale, tanto al fine di coniugare gli equilibri economico-finanziari con l'esigenza di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Obiettivo e Indicatori

a. Istituzione Flusso personale convenzionato

- DCA di istituzione

b. Monitoraggio costo e allocazione personale specialista ambulatoriale

- Tabelle correttamente prodotte e caricate su piattaforma regionale dalle Aziende Sanitarie

Scadenza

a. Entro Luglio 2019 (Emanato DCA 55/2019)
b. Entro Marzo 2020 (Caricamento Flusso del personale convenzionato relativo all'anno 2019)

3.3 Gli investimenti in sanità

3.3.1 Strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia

In materia di investimenti sanitari in infrastrutture e tecnologie, si evidenzia che in data 23.08.2019 è stato sottoscritto l'accordo di programma III fase – II stralcio ex art. 20 della L. 67/88, per l'importo complessivo di 1.083.450 €/000, mentre è in istruttoria, da parte del Ministero della Salute, la proposta di utilizzo dei fondi ripartiti dal D.M. 6 dicembre 2017 per la riqualificazione ed ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia.

Si tratta di programmazioni che vanno ad aggiungersi ai seguenti finanziamenti per investimenti, recentemente accordati alla Regione Campania:

fonte: http://burc.regione.campania.it

- art. 20 della Legge n. 67/88 III Fase – I stralcio;
- FSC 2014/2020;
- Fondi ripartiti con Decreto del Ministero della Salute 28.12.2012 per il superamento degli ex ospedali psichiatrici giudiziari;
- Fondi di cui alla Delibera C.I.P.E. n. 16 dell'8 marzo 2013 per l'adeguamento alla normativa antincendio;
- Risorse del POR FESR Campania 2014/2020.

Consegue che tra i programmi già approvati ed i programmi in via di definizione, nei prossimi anni si potranno utilizzare complessivamente ca. 1.500.000 €/000, da convogliare per il rinnovo e l'ammodernamento dell'offerta sanitaria pubblica della Regione Campania, nonché per adeguamenti normativi e il rinnovo e/o potenziamento del parco tecnologico.

L'assenza di piani di investimento sanitari, tenuto conto del lunghissimo periodo trascorso dall'ultimo Accordo di programma, concernente la seconda fase dell'art. 20, sottoscritto il 28 dicembre del 2000, ha portato al degrado graduale di tante strutture ospedaliere e sanitarie della Campania, nonché all'obsolescenza delle dotazioni tecnologiche. Ciò ha provocato alcune delle criticità che hanno contraddistinto la sanità campana negli ultimi anni, oltre ad una forte mobilità sanitaria passiva e a lunghe liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali.

I nuovi programmi di investimento riguardano, nello specifico, i seguenti ambiti:

Offerta ospedaliera

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera, è prevista:

- La realizzazione di 5 ospedali in sostituzione di 6 ospedali realizzati tra gli anni 50 e 70 (AOU Ruggi di Salerno, P.O. San Paolo di Napoli dell'ASL Napoli 1, P.O. di Giugliano dell'ASL Napoli 2, P.O. di Sessa Aurunca dell'ASL Caserta, P.O. della Penisola Sorrentina dell'ASL Napoli 3, quest'ultimo in sostituzione del P.O. di Vico Equense e del P.O. di Sorrento);
- L'ampliamento di 8 ospedali (P.O. Incurabili dell'ASL Napoli 1 Centro; P.O. Pozzuoli e P.O. Ischia dell'ASL Napoli 2 Nord; P.O. Nola, Gragnano, Boscotrecase dell'ASL Napoli 3 Sud; P.O. Marcianise dell'ASL Caserta; P.O. Pagani dell'ASL Salerno);
- La ristrutturazione di circa 30 ospedali.

Sono previsti, inoltre, interventi di efficientamento energetico per 6 aziende ospedaliere (AO Cardarelli, AOU Federico II, AOU Ruggi, AO San Pio, AO Dei Colli, AO Santobono-Pausilipon) con risorse del POR FESR Campania 2014/2010 e con i contributi resi disponibili dal decreto interministeriale 16.02.2016, più noto come Conto Termico 2.0.

Offerta territoriale

Tra le nuove strutture territoriali programmate, si evidenziano:

- La realizzazione del SPS di Quarto e di una UCCP a Frattamaggiore (ASL Napoli 2 Nord);
- La realizzazione del D.S. di Atripalda e del D.S. di Baiano (ASL Avellino);
- La costruzione del dipartimento di prevenzione, della nuova sede centrale amministrativa dell'ASL Benevento, la costruzione della sede del D.S. e di un poliambulatorio nel Comune di Montesarchio (ASL Benevento);

- La realizzazione della “Cittadella della Salute” di Aversa per numerose attività territoriali e per il recupero e il reinserimento di soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze (ASL Caserta);
- La costruzione di una RSA a Roccadaspide e il completamento di un’altra a Pagani nell’ASL di Salerno;
- La realizzazione delle nuove sedi dei Distretti di Eboli, Vallo della Lucania, Mercato San Severino e Capaccio (ASL Salerno);
- La riconversione e l’adeguamento del Presidio S.S. Annunziata con la realizzazione di un nuovo modello di integrazione ospedale territorio nell’area pediatrica, anche attraverso una UCCP Pediatrica;
- La riconversione dell’Ospedale di Capua in Ospedale di Comunità;
- Il completamento dell’Hospice di Cerreto Sannita.

Sono anche programmati interventi strutturali di potenziamento dei servizi territoriali dei dipartimenti di salute mentale (DSM) a supporto della rete di servizi per il superamento degli OPG, con le risorse di cui al Decreto Ministero della Salute 28.12.2012 avente ad oggetto “Riparto del finanziamento di cui all’art. 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22.12.2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17.02.2012, per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, programmate con il con DCA n. 47 del 15.05.2013, come modificato dal DCA n. 104 del 30.09.2014 (Programma approvato con il D.M. 9 ottobre 2013 e dal D.M. del 14 novembre 2017).

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi programmati.

Interventi programmati								
TIPOLOGIA	**Distretti Sanitari**	**UCCP**	**RSA**	**Hospice**	**Ospedali di comunità**	**SPS**	**Ambulatori polispecialistici**	**TOTALE**
Nuova costruzione	7	1	1	-	-	1	1	11
Ristrutturazione	-	-	-	-	-	-	1	1
Ampliamento	-	-	-	-	-	-	-	-
Completamento	-	-	1	1	-	-	-	2
Riconversione	-	1	-	-	1	1	-	3
Totale	**7**	**2**	**2**	**1**	**1**	**2**	**2**	**17**

Tabella 8: Interventi programmati

Aggiornamento e potenziamento del parco tecnologico

Per garantire l’efficacia del processo di riorganizzazione sanitaria regionale non si può prescindere dalla valutazione della qualità delle dotazioni tecnologiche attualmente in dote alle Aziende, specie quelle territoriali. La garanzia di dotazioni tecnologiche moderne ed efficienti, coniugata all’ammodernamento dei sistemi informativi che consentano in tempo reale la trasmissione dei dati sanitari necessari, anche a supporto di una corretta diagnostica, specie per quei presidi dislocati in zone disagiate o con attività in deroga, consentirà di elevare la parità di accesso ai servizi sanitari, al momento fortemente disattesa.

Contestualmente alla realizzazione degli interventi, la Regione procederà all’adeguamento del fabbisogno in linea con le disposizioni relative all’HTA (Health Technology Assesment), al fine di adeguare il parco tecnologico alle nuove tecnologie anche per la riduzione del rischio clinico.

Si evidenzia, a tal proposito, la recente costituzione del Nucleo regionale di HTA in sostituzione della precedente Commissione, con nuove professionalità ed ulteriori funzioni, anche per supportare la nuova fase degli investimenti in tecnologia.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per gli interventi che prevedono l'acquisto di attrezzature, e, principalmente, nei casi di nuova implementazione, le Aziende sanitarie proponenti hanno attestato la sostenibilità organizzativa, anche in termini di risorse professionali e strumentali, degli investimenti, nonché la loro coerenza con la programmazione sanitaria aziendale.

Nei vari programma di investimento, una quota di ca. 330.000 €/000 è destinata all'ammodernamento tecnologico. Per quanto riguarda le grandi attrezzature, monitorate attraverso l'apposito flusso NSIS, si evidenzia che l'acquisto è finalizzato alla sostituzione di macchine vetuste, tranne nei casi in cui non vi sia una specifica autorizzazione regionale alla nuova implementazione.

Si evidenzia che i piani di fornitura delle tecnologie biomediche sono coerenti con la programmazione sanitaria regionale, che ne garantiscono la piena rispondenza all'Accordo di Programma. Si specifica, inoltre, che le tecnologie che saranno acquistate saranno installate nei presidi sanitari aziendali e dagli stessi presidi, direttamente, usufruite.

Si segnalano, tra gli altri, l'acquisto di tecnologie per ca. 300.000 €/000, tra cui circa 15 TAC, 15 acceleratori lineari, 6 RM, 5 mammografi, 3 sistemi di chirurgia endoscopica, 4 ecotomografi, 3 PET/TC, ecc.

I succitati programmi di investimento consentiranno di conseguire i seguenti risultati:

- Rispetto delle normative da parte di tutte le strutture sanitarie (standard delle strutture sanitarie, antincendio, antisismica), con una conseguente maggiore sicurezza sia dei pazienti che degli operatori sanitari;
- Riduzione del gap esistente nell'offerta ospedaliera, con la creazione di gran parte dei posti letto mancanti;
- Maggiore efficienza di gestione degli ospedali, attraverso la costruzione di nuovi ospedali progettati secondo i più avanzati orientamenti dell'edilizia sanitaria, che prevedono lo sviluppo orizzontale della struttura, con riduzione dei costi di gestione ed un innalzamento della qualità dell'assistenza;
- Aggiornamento del parco tecnologico e potenziamento dei punti di offerta, con conseguente riduzione delle liste di attesa, maggiore attrattività delle strutture regionali, riduzione della mobilità sanitaria passiva;
- Efficientamento energetico delle strutture, attraverso interventi finalizzati per il risparmio energetico;
- Attivazione di strutture territoriali;
- Riduzione di accessi ospedalieri inappropriati e miglioramento della qualità dell'assistenza, più contigua al paziente, attraverso la realizzazione di strutture territoriali e la ristrutturazione di quelle esistenti.

La realizzazione di alcuni investimenti e principalmente dei nuovi ospedali si dispiega su un orizzonte temporale che va oltre la durata triennale dei programmi operativi.

Obiettivi e Indicatori

a. Aggiornamento del parco tecnologico

- Quota attrezzature acquistate su totale programmato

b. Rispetto delle normative da parte di tutte le strutture sanitarie (standard delle strutture sanitarie, antincendio, antisismica)

- Verifiche vulnerabilità eseguite su totale ospedali da sottoporre a verifica

c. Costruzione di nuovi ospedali progettati secondo i più avanzati orientamenti dell'edilizia sanitaria

- N. progettazioni per lavori affidate su totale interventi programmati

fonte: http://burc.regione.campania.it

d. Efficientamento energetico delle strutture, attraverso interventi finalizzati per il risparmio energetico

- Spesa per interventi di efficientamento energetico su totale programmato

e. Attivazione di strutture territoriali

- Realizzazione di strutture territoriali / totale strutture programmate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020 (Acquisto e collaudo di almeno il 50%)
Entro Dicembre 2021 (Acquisto e collaudo di almeno l'80%)
b. Entro Dicembre 2019 (Verifiche su almeno il 10% degli ospedali)
Entro Dicembre 2020 (Verifiche su almeno il 70% degli ospedali)
Entro Dicembre 2021 (Verifiche sul 100% degli ospedali)
c. Entro Dicembre 2019 (Progettazioni affidate su almeno il 10% degli interventi)
Entro Dicembre 2020 (Progettazioni affidate su almeno il 60% degli interventi)
Entro Dicembre 2021 (Progettazioni affidate sul 100% degli interventi)
d. Entro Dicembre 2019 (Almeno il 10% della spesa)
Entro Dicembre 2020 (Almeno il 70% della spesa)
Entro Dicembre 2021 (100% della spesa)
e. Entro Dicembre 2019 (almeno il 10% degli affidamenti di progettazione)
Entro Dicembre 2020 (80% degli affidamenti progettazione)
Entro Dicembre 2021 (100% degli affidamenti progettazione)
Entro Dicembre 2020 (almeno il 10% di strutture realizzate)
Entro Dicembre 2021 (almeno il 50% di strutture realizzate)

3.3.2 La valutazione di nuovi strumenti finanziari oltre il FSR

Come evidenziato nel precedente paragrafo, la Regione Campania, al fine di garantire il soddisfacimento del fabbisogno degli investimenti sanitari, effettua la propria programmazione utilizzando, in modo complementare, le varie fonti di finanziamento disponibili.

La principale fonte di finanziamento degli investimenti sanitari è rappresentata dalle risorse ex art. 20 della L. n. 67/88. Su tale aspetto, come già rappresentato, si rappresenta che in data 23.08.2019 è stato sottoscritto l'accordo di programma III fase – II stralcio ex art. 20 della L. n. 67/88, per l'importo complessivo di 1.083.450 €/000.

Esaurita la terza fase degli investimenti, la Regione si riserva di programmare le risorse attribuite dall'art. 1, comma 555, della L. n. 145 del 30.12.2018 (Legge di bilancio 2019), ammontanti, per la Campania a 378.951 €/000. L'attuazione dei due Accordi di programma della terza fase coinvolgerà, verosimilmente, tutte le aziende sanitarie e le strutture sanitarie centrali in un'intensa ed impegnativa attività di attuazione.

Nel precedente paragrafo, si è evidenziato il ricorso ai fondi europei di cui al POR FESR Campania 2014/2020 e ai contributi di cui al Conto termico 2.0, gestiti dal Gestore dei Servizi Energetici S.p.A. (GSE) - MEF / MISE.

Si rappresenta, a tal proposito, che nell'ambito della programmazione POR FESR Campania 2014/2020 è stato previsto l'Obiettivo Specifico 4.1 - Azione 4.1.1- "Promozione dell'eco-efficienza e riduzione di consumi di energia primaria negli edifici e strutture pubbliche: interventi di ristrutturazione di singoli edifici o complessi

fonte: http://burc.regione.campania.it

di edifici, installazione di sistemi intelligenti di telecontrollo, regolazione, gestione, monitoraggio e ottimizzazione dei consumi energetici (smart buildings) e delle emissioni inquinanti anche attraverso l'utilizzo di mix tecnologici". Con delibera regionale sono stati programmati 23.671 €/000 destinandoli ad interventi di efficientamento energetico per la riduzione dei consumi energetici delle aziende ospedaliere.
Successivamente, in vista di ulteriori fonti di finanziamento degli investimenti in sanità, ci si è soffermati sulle opportunità offerte dal decreto interministeriale 16.02.2016, più noto come Conto Termico 2.0, che promuove la realizzazione di interventi di efficienza energetica, rilevando che gli incentivi erogati da tale fonte siano cumulabili con le risorse del POR FESR Campania 2014/2020. Pertanto, si è chiesto alle Aziende sanitarie Beneficiarie dei finanziamento POR FESR di valutare la possibilità di potenziare gli interventi programmati, avvalendosi anche dei contributi resi disponibili dal Conto Termico 2.0, al fine di massimizzarne gli effetti, in termini di riduzione dell'impatto ambientale e di risparmio energetico. Le Aziende hanno, pertanto, presentato nuovi progetti di fattibilità utilizzando in modo sinergico le citate fonti di finanziamento, aggiungendo quote di cofinanziamento aziendale.

Ne consegue che l'ammontare complessivo degli investimenti programmati per l'efficientamento energetico ammonta ad 26.678 €/000, di cui: € 23.100 €/000 a valere sul POR FESR Campania 2014/2020 (rispetto ad 23.671 €/000 programmati); € 2.627 €/000 finanziati con il Conto Termico 2.0 e risorse aziendali per € 950 €/000 per un complessivo di € 26.678 €/000, come dettagliato nella seguente tabella.

Beneficiario	Titolo	Costo totale del progetto	Quota ammessa a finanziamento POR FESR 2014/2020	Quota Conto Termico	Quota Beneficiario
AO Cardarelli	Interventi su padiglione D di raffrescamento da fonte rinnovabile (solar cooling) e di riduzione dei consumi elettrici con lampade ad alta efficienza (LED)	2.631.000	2.460.500	170.500	-
AO Dei Colli	Intervento di ecoefficienza e riduzione dei consumi di energia primaria, attraverso l'adeguamento dell'involucro edilizio ed il potenziamento del sistema impiantistico nel P.O. C.T.O.	6.717.783	6.000.000	652.530	65.253
AOU Federico II	Realizzazione di cappotto termico in poliuretano espanso	4.000.000	3.200.000	800.000	-
AOU S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	Cogenerazione - Trigenerazione nel P.O. Ruggi e Cogenerazione - Impianto Fotovoltaico - Cappotto termico – Lampade a Led (relamping) nel P.O. Da Procida	9.840.000	9.440.000	400.000	-
AO San Pio	Lavori di risanamento per risparmio energetico delle Strutture Ospedaliere	3.489.589	2.000.000	604.820	884.769
TOTALI		**26.678.372**	**23.100.500**	**2.627.850**	**950.022**

Tabella 9: Importo Investimenti programmati

Nella successiva tabella, vengono riportati i cronoprogrammi dei succitati interventi.

CRONOPROGRAMMI INTERVENTI	Approvazione del progetto esecutivo	Aggiudicazione lavori	Fine lavori	Collaudo
AO Cardarelli	gen-20	giu-20	set-21	feb-22
AO Dei Colli	feb-20	ott-20	mag-22	lug-22
AOU Federico II	lug-18	nov-20	mar-22	mag-22
AOU S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	mag-20	set-20	mag-21	lug-21
AO San Pio	giu-18	giu-20	set-21	ott-21

***Tabella 10: Cronoprogramma Interventi programmat*i**

Per quanto riguarda, invece, strumenti che prevedano il coinvolgimento di partner privati nella realizzazione del progetto (PPP), la tipologia degli investimenti in corso di programmazione non prevede la realizzazione di

fonte: http://burc.regione.campania.it

opere "calde", intese come quelle opere potenzialmente capaci di creare flussi di cassa, ossia entrate corrisposte dagli utenti/clienti/cittadini che utilizzano l'opera dietro un pagamento e che, pertanto, garantiscono un'autonoma sostenibilità all'investimento del partner privato. Gli investimenti in sanità non presentano, almeno in questo momento, interesse per gli investitori privati, né tale interesse risulta incentivato dalla Regione, in mancanza di positive esperienze.

Si valuterà, eventualmente, il ricorso alle opportunità di finanziamento per le tecnologie di efficientamento energetico offerte dalle società di servizi energetici ESCo (Energy Service Company) e/o ad ipotesi di project financing, in grado di consentire la realizzazione di interventi da parte delle aziende sanitarie, con positive ricadute sull'ambiente e sui costi aziendali.

Si evidenzia, infine, che gli investimenti da realizzare con le succitate risorse (POR FESR/Conto Termico 2.0), sono, esclusivamente, finalizzati a migliorare l'efficienza energetica, per lavori definiti e completi dal punto di vista tecnico-costruttivo. Essi non si sovrappongono né sono complementari agli interventi previsti nella III fase dell'art. 20 della L. n. 67/88 (I e II stralcio).

3.4 La politica del farmaco e dei dispositivi medici

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quel che concerne la governance farmaceutica intende intraprendere le seguenti azioni:

- Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata;
- Monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche;
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti;
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari;
- Attuazione della Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata;
- Farmacia dei servizi;
- Dispositivi Medici.

3.4.1 Farmaceutica territoriale: monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

I dati OSMED 2018, in merito alla spesa lorda procapite pesata erogata in regime convenzionato mostrano che la Regione Campania ha una spesa procapite lorda ben superiore rispetto alla media nazionale. Pertanto, tutte le azioni che la Regione Campania intende mettere in atto sono volte a ricondurre la spesa procapite lorda convenzionata entro la media nazionale.

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica campana è stata implementata una piattaforma di analisi dei dati (così come previsto dalla Delibera n. 10/2017 e dalla Delibera n. 276/2017) in grado di fornire risultati aggregati su tre distinti livelli: ASL, Distretto Sanitario di Base e Medico Prescrittore.

Tale reportistica sviluppata, nel prossimo triennio comprenderà: dati di spesa e consumo; indicatori di benchmarking riferiti a ciascuno dei tre livelli di analisi (ASL, DSB, MMG) con possibilità di effettuare ulteriori approfondimenti ove necessario; indicatori relativi ai farmaci equivalenti; indicatori relativi al consumo di antibiotici (J01) così come previsto dal Decreto n. 138/2018.

Periodicamente, tale reportistica verrà inviata ai responsabili delle AASSLL competenti che dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni in base alle specifiche richieste.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Attraverso tale sistema la Regione Campania potrà valutare ciclicamente gli esiti delle politiche sanitarie attuate in modo da poter assegnare a ciascuna AASSLL specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata della Regione Campania entro i tetti programmati.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna AASSLL

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori che ciascuna ASL dovrà monitorare relativamente: alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa; alla percentuale di farmaci equivalenti da implementare; alla fuga in convenzionata

b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che monitori la spesa ed il consumo della farmaceutica convenzionata

- Numero di report prodotti relativi la spesa ed il consumo dei farmaci con particolare riferimento a dati di spesa e di consumo relativi la spesa farmaceutica convenzionata stratificati per ASL, DSB e MMG

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro Giugno 2019

3.4.2 Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie

La cronicità oggigiorno rappresenta una delle sfide prioritarie per i Servizi Sanitari Regionali. Alla luce del nuovo Piano Nazionale della cronicità risulta fondamentale che la governance farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati, abbia come mission quella di garantire al paziente un percorso di cura appropriato implementando l'aderenza alle terapie farmacologiche. Pertanto, la Regione Campania, nel prossimo triennio 2019-2021, intende mettere in atto tutte le strategie volte al monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche al fine di migliorare la stessa ed ottimizzare la spesa farmaceutica, entro i tetti di spesa finanziati.

A tal fine, così come previsto dalla Delibera n. 276/2017 si chiederà alle strutture preposte quali il CIRFF di creare un sistema di monitoraggio che vada a valutare l'aderenza alle terapie farmacologiche per le principali patologie croniche in modo da intervenire tempestivamente sulle eventuali inappropriatezze prescrittive riscontrate.

In particolare, saranno oggetto di valutazione l'aderenza alle terapie nelle seguenti patologie croniche: Diabete, Osteoporosi, Asma e BPCO (con possibilità di integrarne ulteriori).

Inoltre, al fine di coinvolgere quanto più possibile il paziente nei percorsi di cura sarà fornita una piattaforma informatica volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione di nuovi obiettivi da assegnare per singola AASSLL inerenti la farmaceutica territoriale erogata in regime convenzionale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori relativi alle % di aderenza alle terapie croniche delle patologie in oggetto

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Realizzazione di Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp./CIRFF che valuti l'aderenza alle terapie farmacologiche

- Numero di report prodotti

c. Realizzazione di una piattaforma volta al miglioramento dell'aderenza alle terapie

- Divulgazione dell'applicazione informativa regionale MiCuro

Scadenze

a. Entro Marzo 2020

b. Entro Marzo 2020

c. Entro Giugno 2019

3.4.3 Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

L'incremento dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica all'interno del tetto di spesa programmato (7,96%), oltre che quella a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale è posta per legge in capo allo stesso. Pertanto, scopo della Regione sarà quello di potenziare le azioni di monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata della Regione rispetto al periodo dell'anno precedente, verso l'andamento nazionale e all'interno della Regione per singola AASSLL. Attraverso i dati mensili rilevabili dal sistema TS-Sogei, con il supporto del CIRFF verranno effettuate analisi dettagliate per singola classe di farmaco. Le analisi troveranno il proprio razionale anche dalla variabilità dei consumi per classi di farmaci specifici e ad alto impatto prescrittivo.

Verranno intraprese anche azioni correlate ad una corretta informazione relativamente ai farmaci equivalenti al fine di incrementare consapevolmente l'utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

Obiettivi e Indicatori

a. Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini

- Campagne formative/informative realizzate di concerto con il settore comunicazione supportate dai dati rilevati dal Centro Regionale di Farmacovigilanza relativamente alle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci equivalenti e non

b. Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna AASSLL

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori che ciascuna ASL dovrà monitorare relativamente alle 5 classi terapeutiche a maggiore spesa al fine di aumentare la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti e diminuire la spesa farmaceutica (almeno del 5%/anno)

Scadenze

a. Campagne formative/informative a cadenza almeno annuale

b. Entro Marzo 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

3.4.4 Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

I farmaci biosimilari, oggigiorno, rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, la Regione Campania per il triennio 2019-2021 ha l'obiettivo di potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

L'incentivo all'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naive, dove il medico deve indicare attraverso la piattaforma informatica regionale prescrittiva le motivazioni al non utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso nell'anagrafe delle gare messe in essere dalla centrale di committenza So.Re.Sa. SpA, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (switch terapeutico) secondo quanto indicato nel secondo position paper redatto dall'AIFA.

In particolare, la Regione, attraverso il sistema informatico prescrittivo regionale (piani terapeutici informatizzati), consentirà alle Direzioni Generali delle AASS di valutare l'andamento prescrittivo per singolo Centro Prescrittore, per singolo Medico afferente allo stesso, per singolo farmaco e per specifica indicazione terapeutica.

Le valutazioni prescrittive che verranno richieste alle Direzioni Generali delle AASS dovranno tenere conto dell'andamento prescrittivo dei farmaci biosimilari rispetto ai corrispondenti farmaci biologici originator per singola indicazione terapeutica.

Inoltre, verrà valutato per singola indicazione terapeutica anche l'andamento prescrittivo del biosimilare verso altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica.

Inoltre, le direzioni generali relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi % di utilizzo di biosimilari indicati dalla Regione in seno alle verifiche trimestrali che effettuano presso la Direzione Generale Salute.

Obiettivi e Indicatori

a. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica

- Numero di report prodotti secondo quanto elaborato nel 2018 con il Pharma Campania Report

b. Definizione di nuovi obiettivi volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari. Il disposto indicherà le % di utilizzo dei farmaci biosimilari che le AASS. dovranno raggiungere. Le % saranno diverse per singolo farmaco e varieranno in maniera % per anno, in quanto terranno conto sia degli obiettivi raggiunti nell'anno precedente che della patologia

- Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori

c. Realizzazione di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari volti all'utilizzo del farmaco a minor costo

- Predisposizione di criteri di gara differenziati concordati con la centrale di committenza So.Re.Sa. SpA che consentano un contenimento della spesa

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019–2020-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Entro Marzo 2020
c. Entro Dicembre 2019 e revisioni periodiche

3.4.5 Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

Con il DCA n. 97/2016 è stato definito l'elenco unico dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto e la tariffa massima di remunerazione in tutta la Regione Campania.

Ciò nonostante per quel che concerne la logistica distributiva dei farmaci dispensati in DPC, ad oggi, ogni ASL utilizza un proprio magazzino per lo stoccaggio e la distribuzione e diverse forme retributive. Al fine di ottimizzare l'intero processo, si prevede la centralizzazione della logistica del farmaco, con abbattimento delle scorte e dei relativi scaduti con un notevole minor impiego di capitale per la Regione Campania oltre che di risorse umane per singola AASSLL.

La centralizzazione permetterà di ridurre ulteriormente la fuga in convenzionata dei farmaci A-PHT in quanto si centralizzeranno gli acquisti per l'intera Regione, ottimizzando i tempi necessari correlati alle procedure di gara. La centralizzazione permetterà di minimizzare i tempi di acquisizione dei farmaci A-PHT quando introdotti per la prima volta sul mercato (nuove classi di farmaci A-PHT). La stesa procedura permetterà di ottimizzare anche i tempi di acquisizione dei farmaci quando si esauriscono i contratti degli stessi già in essere a causa di variazione dei consumi dovuti per delle variazioni prescrittive, rotture di stock da parte delle Aziende Farmaceutiche ecc.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione ed attuazione del modello di logistica regionale centralizzata dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto
  - Predisposizione di un Decreto Regionale

b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio attraverso il Sistema Informatico Regionale Sani.Arp/CIRFF che valuti l'utilizzo dei farmaci in DPC
  - Numero di report prodotti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2019

3.4.6 Farmacia dei Servizi

La rivalutazione della assistenza sul territorio, capace di fornire al cittadino un'assistenza immediata, evitando quando non necessari i costi dei ricoveri ospedalieri, ha portato a favorire iniziative di grande rilievo pratico per la tutela della salute del cittadino per ogni fascia di età. Pertanto, la Regione Campania, per il triennio 2019-2021, intende promuovere il ruolo della Farmacia Territoriale quale centro socio-sanitario polifunzionale di servizi. In particolare, saranno promossi:

- **Servizi di informazione sui farmaci e di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale**: le farmacie del territorio opportunamente formate, mediante specifici corsi ECM, ed in seguito attrezzate potranno rappresentare delle vere e proprie "postazioni di servizio" per effettuare informazione

fonte: http://burc.regione.campania.it

sul corretto utilizzo del farmaco nonché campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale;

- **Assistenza Farmaceutica Domiciliare Integrata (ADFI) in particolari tipologie di pazienti:** lo scopo è quello di fornire un servizio di consegna domiciliare di farmaci, dispositivi medici e servizi sanitari in generale, al fine di ridurre le esigenze di carattere sanitario di quei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio in maniera continuativa (pazienti anziani ultrasettantenni, disabili, malati cronici) e non autonomi ad accedere alla farmacia e allo studio del MMG, previa libera scelta da parte del paziente della farmacia che effettua il servizio. In tal modo si consentirà al paziente una maggiore aderenza alle terapie e si eviteranno i possibili danni o traumi allo stesso in cui potenzialmente può incorrere se costretto a dover uscire dalla propria abitazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Promozione di servizi di informazione sui farmaci e di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale

- Numero di farmacie che attivano il servizio
- Numero di campagne di prevenzione attuate
- Numero di pazienti che hanno effettuato lo screening

b. Promuovere l'Assistenza Farmaceutica Domiciliare Integrata (ADFI) in particolari tipologie di pazienti

- Numero di farmacie che attivano il servizio

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020
b. Entro Dicembre 2020

3.4.7 Dispositivi medici

La crescita esponenziale del numero e della varietà delle tecnologie mediche disponibili sul mercato costituisce una grande opportunità sia per gli operatori del SSR che per il benessere e la qualità di vita dei pazienti. La Regione Campania, per il triennio 2019-2021, in materia di dispositivi medici predisporrà l'implementazione di un'anagrafica regionale unica e la creazione di un sistema di monitoraggio dell'uso dei device che consenta di definire gli ambiti di uso appropriato e i risultati ottenuti nel contesto di reale applicazione.

Obiettivi e Indicatori

a. Creazione del nuovo sistema di monitoraggio dell'introduzione e dell'uso dei device

- Attuazione del nuovo sistema monitoraggio

b. Predisposizione di una Anagrafica Unica Regionale dei Dispositivi Medici

- Implementazione anagrafica regionale dei dispositivi medici

c. Condivisione linee guida, indicazioni d'uso e protocolli

- Numero linee guida, indicazioni d'uso e protocolli (almeno due all'anno)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2020

3.4.8 Il nuovo modello di logistica regionale

Il progetto di logistica del farmaco è stato preso in carico ed è stato individuato il modello operativo (1 Hub centrale + 6 magazzini territoriali); sono state individuate le specifiche tecniche delle attività da svolgere nell'ambito del progetto, quali: magazzino unico e nodi di primo livello, sistema di trasporto e sistema informativo.

Per quanto riguarda invece il sistema di automazione, è in corso la definizione del dimensionamento. A tale scopo sono stati ultimati i sopralluoghi tecnici nelle principali farmacie ospedaliere con la duplice finalità di rilevare il possibile utilizzo come nodi di primo livello e di rilevare il livello di automazione già presente. Il risultato finale restituisce un quadro di forte disomogeneità dei sistemi di automazione presenti nelle differenti realtà aziendali, che impone valutazioni in merito alle attività preliminari da porre in essere a carico di quelle aziende ad oggi non dotate di alcun sistema. L'approfondimento in corso suggerisce l'esperimento di soluzioni pilota da scalare su base regionale sulla scorta degli esiti.

Con riferimento al cronoprogramma dell'investimento ed alla copertura finanziaria, è stata condotta una analisi finalizzata a verificare l'assoggettabilità a contributo degli investimenti programmati nell'ambito della programmazione unitaria (Fondi POR FESR). Dai primi riscontri degli uffici regionali preposti si registrano difficoltà di accesso ai fondi della programmazione. In ragione di ciò è in corso di valutazione una variante progettuale che tenga conto della difficoltà a stanziare l'investimento iniziale, contemplando l'utilizzo di contratti di concessione ai sensi degli artt. 180 e s.s. del Codice degli Appalti. E' inoltre in corso un aggiornamento dello studio di fattibilità generale al fine di valutare l'utilità di avviare un progetto pilota in uno dei magazzini visitati e risultati idonei, al fine di stimare sul campo eventuali problematiche operative dalla progettazione al collaudo, minimizzando nel contempo l'investimento iniziale. Una volta validato e standardizzato il format dell'intervento si procederà ad estenderlo su vasta scala.

Su entrambe le ipotesi è in corso una valutazione degli uffici regionali competenti.

3.5 La gestione delle liste di attesa

La Regione Campania, nel corso di questi ultimi anni, ha emanato numerose disposizioni per garantire l'adozione delle classi di priorità previste dal Piano Nazionale e Regionale di governo delle liste di attesa.

A rafforzare l'azione di governo dei tempi di attesa, in data 8 agosto 2017 la Regione Campania ha approvato il DCA n. 34 "Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste d'attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018" che ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sentinella, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Il DCA n. 34/2017 ha previsto azioni, obiettivi e tempi di attuazione degli stessi.

Con successivo DCA n. 47/2017 è stato istituito, tra gli altri, un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale mediante il quale è costantemente monitorata l'attuazione delle Linee Guida sulle liste di

fonte: http://burc.regione.campania.it

attesa di cui al DCA n. 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori) nonché incontri continui di briefing con i referenti aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

In relazione agli obiettivi previsti dal DCA n. 34/2017 in tutte le Aziende Sanitarie è stato nominato un referente unico per le liste di attesa e si è proceduto ad informatizzare le agende aziendali, a strutturarle in modo da tenere separati i primi accessi dagli accessi successivi e l'attività istituzionale da quella libera professionale, nonché ad organizzale secondo le classi di priorità.

Le Aziende per garantire il rispetto dei tempi d'attesa, hanno proceduto all'implementazione dell'offering ambulatoriale, in base alle classi di priorità, grazie ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale, regolamentazione dell'attività in overbooking, apertura supplementare di sedute ambulatoriali nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia), attività di recall e proceduto alla sospensione temporanea dell'attività libera professionale tesa ad una riduzione del 70% del disallineamento dei tempi di attesa tra attività istituzionale e attività intramoenia.

A tal fine con DCA n. 56/2019 è stato modificato, anche alla luce del PNGLA 2019-2021, il DCA n. 95 del 05.11.2018, già a integrazione e modifica del DCA n. 60/2018. Con tale decreto la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria e, con successivo DD n. 24/2019, ha costituito l'Organismo Paritetico ALPI.

A supporto delle attività di governo dei tempi d'attesa, la Regione ha implementato l'adozione di una Piattaforma regionale per il monitoraggio delle Liste di Attesa in grado di monitorare in tempo reale e/o in intervalli di tempo codificati, la prima disponibilità e la performance delle prestazioni per ciascuna Azienda.

La Piattaforma liste di attesa consente l'estrazione dei dati del monitoraggio ex ante previsto dal Questionario LEA nonché l'analisi delle performance anche in funzione degli obiettivi previsti dal monitoraggio ex post. Oltre il cruscotto "Monitoraggio ex ante", essa comprende i seguenti cruscotti:

- Performance prenotati;
- Performance erogati;
- Performance ricoveri;
- Prima disponibilità;
- Monitoraggio Volumi Istituzionali/ALPI;

ed include una sezione "Trasparenza" che presenta un cruscotto "Liste di attesa performance" da dove si evince la percentuale di garanzia dei tempi di attesa e un cruscotto "Liste di attesa prime disponibilità" che consente al cittadino di accedere in tempo reale alla prima disponibilità per ogni prestazione di ciascuna Azienda Sanitaria.

Con DD n. 93/2019, è stata recepita l'Intesa del 21 febbraio 2019 sul PNGLA 2019-2021 e promosso, quale strumento di governo clinico, il modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con DCA n. 52/2019 la Regione ha provveduto all'adozione del PRGLA 2019-2021 in linea con il PNGLA 2019-2021.

Il Piano regionale mira, tra l'altro, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte di MMG, PLS e specialisti, prevedendo modelli di

fonte: http://burc.regione.campania.it

gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei PDTA coerentemente con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione delle Cure Primarie. Inoltre, il Piano Regionale prevede la revisione degli ambiti territoriali e la realizzazione dei Percorsi di Tutela a Garanzia del cittadino in collaborazione sia con altre strutture Pubbliche che con le strutture accreditate presenti sul territorio.

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Liste di Attesa, la Struttura regionale nell'analizzare gli aspetti organizzativi, gestionali e tecnologici dei CUP delle Aziende Sanitarie Campane ha evidenziato la necessità di dotare la Regione Campania di un sistema CUP regionale che sia assolutamente compliant con il modello di riferimento nazionale e che consenta una visione completa e unificata della rete di offerta dei servizi sanitari, così come previsto dalle Linee guida nazionali, predisposte dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e su cui è stata acquisita, il 29 aprile 2010, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP – Linee guida nazionali". Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010).

Primo obiettivo è consentire ai cittadini di prenotare le prestazioni sanitarie presso una qualunque struttura sanitaria pubblica appartenente al SSR o alle strutture private accreditate (che entrano a far parte del circuito del CUP), inserite nel contesto territoriale di appartenenza del cittadino. Il primo livello cercherà di contemperare sia la celerità di erogazione della prestazione che il rispetto del vincolo territoriale. Nel caso non siano disponibili strutture sanitarie (sia pubbliche che del privato accreditato), che possano erogare le prestazioni in tempi compatibili con quelli previsti dalla legge, saranno prospettate al cittadino una serie di possibili alternative, che terranno conto sia del contesto territoriale che del rispetto delle liste di attesa, attingendo dall'elenco delle strutture comunque prossime geograficamente rispetto alla residenza del cittadino.

A breve verrà attivato il CUP regionale che sostituirà gradualmente entro il 2020 tutti i CUP aziendali.

Obiettivi e Indicatori

a. Costituzione Organismo Paritetico Regionale
- Numero di riunioni

b. Recepimento dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021
- Adozione del Decreto Dirigenziale

c. Adozione del PRGLA 2019-2021 con DCA
- Emanazione DCA

d. Adozione Piattaforma Regionale Liste di Attesa
- Numero di utenze attivate

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019

fonte: http://burc.regione.campania.it

4. Programma 4: Strumenti per la qualità del SSR

4.1 Il setting assistenziale specialistico-ambulatoriale

La Regione Campania, al fine garantire ai cittadini un sistema di offerta di prestazioni specialistiche adeguato ai bisogni nonché facilmente e tempestivamente accessibile, intende intraprendere nel triennio 2019-2021 le azioni volte al perseguimento degli obiettivi ritenuti strategici:

- Organizzazione più efficiente del sistema di offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica da attuarsi nell'ambito del più ampio progetto di sviluppo delle cure primarie basato sulla programmazione/attivazione delle AFT e delle UCCP. Infatti nelle UCCP l'assistenza ambulatoriale specialistica è assicurata all'interno di una organizzazione che, per la presenza di diverse figure professionali, garantisce la gestione integrata del paziente e la continuità dell'assistenza in rapporto alle necessità. Una efficiente organizzazione delle UCCP nell'ambito delle cure primarie costituisce inoltre un indispensabile filtro per gli accessi impropri alla rete ospedaliera e la governance nelle riacutizzazioni delle cronicità;
- Rimodulazione, laddove necessario, dell'offerta di prestazioni specialistiche in strutture pubbliche e private accreditate e relativa distribuzione delle risorse che tenga conto dell'analisi del fabbisogno regionale. Il documento di programmazione regionale per la rilevazione del fabbisogno, in adozione, ha tenuto conto della mutata situazione demografica ed epidemiologica, dell'introduzione di nuove potenzialità terapeutiche e diagnostiche che richiedono una riconfigurazione globale dell'offerta sanitaria, nonché dei nuovi criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica che richiedono la necessaria rivalutazione della disponibilità e della allocazione delle risorse. Laddove presenti sono stati utilizzati i valori standard di erogazione di prestazioni, derivanti da studi nazionali e ministeriali. La rimodulazione dell'offerta in rapporto al fabbisogno consente di perseguire l'obiettivo del pieno e tempestivo soddisfacimento della domanda espressa dai cittadini. Consente infatti di scongiurare la sospensione della erogazione di prestazioni specialistiche da parte delle strutture private accreditate in caso di superamento del numero massimo di prestazioni programmate in rapporto ai limiti di spesa fissati annualmente;
- Rilevazione corretta e completa, attraverso il flusso informativo Tessera Sanitaria delle prestazioni rese negli ambulatori territoriali ed ospedalieri pubblici al fine di consentire un attento monitoraggio del livello quantitativo e qualitativo dell'offerta di assistenza specialistica erogata. La corretta implementazione dei flussi informativi consente di perseguire due obiettivi strategici: valutare l'effettiva presa in carico dei pazienti nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici e valutare il fabbisogno e l'offerta al fine di procedere ad eventuali interventi di riorganizzazione;
- Organizzazione del sistema dei controlli al fine di fornire linee di indirizzo comuni a tutte le Strutture del Servizio Sanitario Regionale per il controllo delle prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate dai produttori pubblici e privati, definendo un sistema omogeneo e condiviso a livello regionale a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa.

Obiettivi e Indicatori

a. Adozione del documento che definisce la metodologia per la definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale e che programma l'offerta

- Adozione DCA di programmazione

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Implementazione delle UCCP

- N. UCCP programmate/Numero UCCP attivate

c. Allineamento, per le strutture private accreditate che erogano prestazioni di assistenza specialistica, tra i volumi di prestazioni erogate e i volumi di prestazioni programmate finalizzato alla riduzione dei casi di mancata erogazione delle prestazioni per sforamento del budget

- Adozione del documento di programmazione delle prestazioni

d. Miglioramento qualitativo dell'alimentazione dei flussi del Sistema Tessera Sanitaria con riduzione dello scostamento tra il valore dei ticket delle prestazioni ambulatoriali riscosso presso le strutture pubbliche trascritti nel modello CE ed il valore dei ticket registrati sul Sistema Tessera Sanitaria

- Valore ticket modello CE / valore ticket flusso art. 50

e. Incremento 20% rispetto all'anno 2017, del numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica registrati sul Sistema Tessera Sanitaria

- Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture pubbliche registrate sul Sistema Tessera Sanitaria

f. Implementazione delle linee operative sulle attività di controllo

- Predisposizione e adozione delle linee di indirizzo sul sistema dei controlli
- Numero incontri con i referenti aziendali e NOC
- Numero dei report sui controlli

Scadenze

a. Entro Settembre 2019 (con revisione biennale) – DCA in adozione
b. Entro dicembre 2019 (35%);
Entro Dicembre 2020 (70%);
Entro Dicembre 2021 (Completa attivazione)
c. Annuale - Entro il 31 Dicembre 2019-2020-2021
d. Da febbraio 2020 per il triennio di vigenza del piano
e. Da settembre 2019 per il triennio di vigenza del piano
f. Per l'anno 2020 e anno 2021

4.2 La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti chiarisce che: "La scarsa sicurezza dei pazienti rappresenta un grave problema per la sanità pubblica ed un elevato onere economico per le scarse risorse sanitarie disponibili. Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici".

L'erogazione di prestazioni sanitarie in modo sicuro ed efficace richiede interventi multidimensionali ed articolate relazioni che coinvolgono, in primo luogo, i pazienti e i professionisti, ma che si estendono ai diversi livelli del sistema. Tra le diverse questioni di politica sanitaria che devono essere affrontate, quelle riguardanti la qualità e la sicurezza delle cure con le correlate strategie di integrazione e collaborazione, occupano una posizione prioritaria nei sistemi sanitari dei vari Paesi.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'intera struttura sanitaria e, poiché dipende dalle interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Nell'ambito delle azioni da mettere in atto per garantire la sicurezza dei pazienti rientra anche la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

La necessità di promuovere nel Sistema Sanitario Regionale l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico di carattere sistemico a garanzia della sicurezza dei pazienti è contemplata in numerosi atti nazionali intervenuti a disciplinare la specifica materia.

La Regione Campania in ottemperanza alle direttive nazionali ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di risk management, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori attuando il programma Regionale di Gestione del Rischio declinato nei Programmi Operativi precedenti.

Sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- Le Aziende sanitarie ed ospedaliere campane si sono dotate di una struttura interna per la gestione del Rischio clinico con individuazione di referenti e/o Coordinatori aziendali per la Gestione del Rischio Clinico (GRC), che costituiscono una rete regionale;
- Tra gli obiettivi fissati per la valutazione dei Direttori Generali sono stati previsti, nelle rispettive delibere di nomina, specifici obiettivi per il rischio clinico;
- Sono stati resi operativi strumenti e metodologie manageriali per una strategia di governo del rischio clinico. In particolare, sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";

fonte: http://burc.regione.campania.it

- E' stato attivato il flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);
- Sono stati realizzati diversi percorsi regionali ed aziendali di formazione, qualificazione, accompagnamento e tutoraggio, rivolti agli operatori sanitari, opportunamente differenziati in base a specifiche esigenze, profili professionali e posizioni organizzative;
- E' stato definito un programma informativo/formativo regionale rivolto alle Aziende sanitarie ed ospedaliere campane con l'obiettivo di implementare localmente le raccomandazioni ministeriali, in particolare, quelle relative alla prevenzione dei rischi in chirurgia;
- Nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni legate all'assistenza sanitaria è stato pubblicato un piano regionale che ha visto la realizzazione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, l'adesione ad uno studio di prevalenza europeo, la istituzione di un Sistema Regionale di sorveglianza delle Antibiotico Resistenze;
- Realizzazione report di monitoraggio della diffusione del "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist";
- Monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- Approvazione di un Decreto Commissariale relativo alla centralizzazione dei farmaci antiblastici ed alla adozione della Scheda unica o Foglio unico di terapia;
- Pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze;
- Istituzione, con Decreto Commissariale di un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella;
- Piano Regionale per la prevenzione delle cadute di pazienti ospedalizzati;
- Sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";
- Delibera di Giunta n. 767 del 28.12.2016 "Linee di Indirizzo e Coordinamento per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania sull'uso appropriato degli Antibiotici e sul controllo delle infezioni da organismi multi-resistenti, per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018"; essa ha inoltre predisposto l'integrazione, ai sensi della DGRC n. 767/2016, della "Commissione tecnica di sorveglianza sul rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria e sull'antibiotico resistenza", istituita con DD n. 49 del 30.08.2012.

Il Programma regionale per la gestione del rischio clinico, che viene definito per le annualità 2019-2021 si pone l'obiettivo di consolidare il modello regionale di gestione del rischio e di implementare azioni per la sicurezza dei pazienti e buone pratiche, in applicazione delle Raccomandazioni elaborate dal Ministero della Salute e delle linee di indirizzo regionale. Inoltre, tenuto conto delle novità normative introdotte in materia dalla citata Legge n. 24/2017 si pone l'obiettivo di istituire il "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente".

Obiettivi e Indicatori

a. Istituire il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Decreto Commissariale di istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente

b. Fornire alle aziende indicazioni univoche per la stesura del piano annuale risk management (parm) e per gli adempimenti previsti dalla Legge n. 24/2017 relativamente alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

- Numero documenti di indirizzo emessi per le Aziende sanitarie

c. Monitorare l'Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali nelle aziende

- Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni in ogni azienda

d. Integrare il piano regionale cadute con la definizione ed emissione di linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute in ambito pediatrico

- Decreto Regionale emissione linee di indirizzo

e. Monitorare il piano regionale cadute attraverso gli indicatori forniti nel documento di indirizzo alle aziende

- Report annuale di attività

f. Monitorare la reale attuazione dei Piani di miglioramento comunicati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella

- Report annuale di attività

g. Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali: Completa implementazione del numero di raccomandazioni ministeriali presso ogni Azienda Sanitaria

- Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie delle 17 Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, da parte del 100% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione

h. Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici: Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale

- Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche

i. Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici: Recepimento e attuazione, da parte delle Aziende Sanitarie, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana

- Numero di Aziende Sanitarie che hanno recepito e attuato le linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2019
e. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
f. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

g. Entro Dicembre 2019 (Conseguimento dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali da parte delle Aziende Sanitarie)

h. Entro Dicembre 2019 (Indicatore da raggiungere al 100%)

i. Entro Dicembre 2019 (Recepimento e attuazione, da parte di tutte le Aziende Sanitarie, delle linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antiblastici)

4.3 La comunicazione sanitaria

La Regione Campania ritiene fondamentale per l'area sanitaria strutturare processi di comunicazione specifici. La Comunicazione Sanitaria rivolta al cittadino permette di informare, accrescere le competenze, divulgare informazioni sanitarie appropriate ai fini di attivare processi di empowerment dello stesso conoscenza e prevenzione, promozione della salute e conoscenza della diversificazione dell'offerta sanitaria, modalità di accesso e facilitazioni di percorso sono gli obiettivi di una buona comunicazione sanitaria.

L'obiettivo reale è quello di determinare, attraverso un buon livello di empowerment, la riduzione di patologie e la fidelizzazione al sistema sanitario Pubblico con conseguente soddisfazione dell'utente e anche appropriata allocazione della spesa sanitaria.

La Regione Campania programma di commissionare e produrre campagne di comunicazione specifiche su temi di grande impatto sociosanitario tali da poter indurre cambiamenti positivi nell'approccio degli individui alla salute o prevenire cambiamenti negativi rispetto al peggioramento dello stato di salute della popolazione residente nella Regione.

La sanità campana riconosce la necessità di dover essere sempre più presente sul territorio, essere riconosciuta come Istituzione vicina al cittadino ed attenta ai suoi bisogni di salute: pertanto la comunicazione includerà le Associazioni dei pazienti, i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali, gli Ordini professionali (Medici, Veterinari, Farmacisti, Biologi, Professioni Sanitarie) e tutti gli attori che a contatto con la gente ne accolgono le richieste e le problematiche inerenti la salute.

Ogni iniziativa che riguardi la Comunicazione sarà condivisa con le Aziende Sanitarie nel rispetto e nella considerazione della diversità territoriale. Lo scopo è dare la stessa opportunità a tutti coloro che vivono nella Regione Campania.

Obiettivi e Indicatori

a. Fornire informazioni specifiche e dettagliate rispetto alle cure, messaggi chiari, semplici ma professionalmente corretti, tali da combattere le false credenze e le fake news che troppo spesso provengono dai media e dalla rete. L'uso di immagini e slogan facilmente identificabili faciliteranno la creazione di community e imprimendosi nell'immaginario collettivo aiuteranno il sistema sanitario regionale alla fidelizzazione del cittadino/paziente: egli stesso naturalmente, per contro, riceverà la possibilità reale di riscoprire una sanità che programma, agisce, funziona, nell'interesse di quanti vi si rivolgono

- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria Regionale con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Formare e coinvolgere i cittadini più giovani. La prevenzione e l'orientamento a stili di vita corretti devono necessariamente iniziare in giovane età, per questo il processo di empowerment deve iniziare con la scolarizzazione, fino a far divenire i giovani maestri e motore di cambiamento del mondo adulto

- Redazione annuale di un Piano della Comunicazione Sanitaria Regionale con indicatori di volta in volta individuati in relazione agli scopi e finalità delle singole Campagne di Comunicazione

Per la realizzazione di quanto programmato, si ritiene indispensabile l'acquisizione di nuovi linguaggi e di nuove modalità di comunicazione che utilizzino i canali più vicini al mondo dei giovani, ad esempio l'utilizzo di testimonial che possano essere influenzer o blogger capaci di raggiungere con messaggi positivi un più vasto pubblico giovane.
Saranno utilizzati i diversi canali della comunicazione, prodotti editoriali, cartellonistica, campagne media mediante i giornali, la radio, la televisione; differenziando di volta in volta il messaggio in base all'argomento, alla finalità ed al target.
L'uso dei social network ha apportato un profondo cambiamento nella prospettiva dell'organizzazione, passando da una comunicazione top-down a una comunicazione orizzontale, dando la possibilità ai cittadini di parlare sui profili social delle AASSLL.
Il web sociale sta perciò emergendo sempre più come grande repository di informazioni sulla salute e come spazio di dialogo, condivisione e partecipazione dei cittadini/pazienti: in virtù di ciò è necessario che la comunicazione istituzionale si aggiorni, si adegui e si "impossessi" di questi nuovi canali per utilizzarli al meglio per veicolare informazioni e messaggi corretti

c. Rivolgere maggior attenzione alla comunicazione tra medici, operatori e pazienti. Percorsi di Audit negli ospedali e nei Servizi territoriali, formazione agli operatori ed ai medici sono da programmare con previsione periodica affinché vi sia una maggior attenzione all'accoglienza dell'ammalato e una disponibilità professionale ai bisogni "umani"

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

d. La Relazione Medico/paziente va sostenuta e alimentata: scontato sembra l'approccio al paziente ed ai familiari che lo seguono, in realtà le regole della Comunicazione ci insegnano che particolare è e deve essere la relazione tra chi vive nella malattia un momento di particolare fragilità e chi questa fragilità accoglie; un linguaggio ed una modalità comunicativa altrettanto professionalmente attenta e precisa vanno rivolti ai familiari che accompagnano l'ammalato nel percorso di cura. Particolare considerazione all'acquisizione del consenso informato va curata con percorsi di formazione agli operatori sanitari. Il rispetto della privacy va perseguito con altrettanta attenzione e cura

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

e. "Umanizzazione delle cure" è una definizione spesso non totalmente accolta nella pratica, la Sanità campana desidera recuperare realmente l'aspetto "umano" della cura, accostandosi, oltre che con le competenze mediche e l'aggiornamento delle proprie strutture sanitarie, anche con una rinnovata capacità di accoglienza

- Numero interventi informativi e formativi prodotti dalle Aziende Sanitarie nel corso dell'anno, numero di pubblicazioni di buone pratiche e testi di divulgazione prodotti dalle Aziende Sanitarie

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Regione Predispone a inizio anno un Piano della Comunicazione Sanitaria a valenza Regionale su tematiche prescelte che saranno riprese dalle singole Aziende Sanitarie a seconda della specificità della mission aziendale e della popolazione di riferimento.

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Annuale – Entro Dicembre 2020-2021
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
e. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

4.4 La rete dei Laboratori di "Microbiologia e Virologia"

In Campo nazionale la materia del riordino delle strutture eroganti prestazioni di laboratorio è stata affrontata dalle "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale", emanate dall'AGENAS nel marzo 2009, e dai "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", recepiti in sede di Conferenza Stato-Regioni il 23.03.2011.

Anche il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 interviene sulla programmazione della rete dei Laboratori di analisi applicando Standard minimi e massimi del numero di strutture per singola disciplina, ma definendo criteri a sé stanti per i Laboratori di Microbiologia e Virologia: il provvedimento nazionale, infatti, mentre per i Laboratori di analisi non specialistici prevede un parametro di 1 struttura ogni 0,15 – 0,3 milioni di abitanti, per i Laboratori di Microbiologia e Virologia prevede invece 1 struttura ogni 0,6 – 1,2 milioni di abitanti.

Sulla base di tali standard, il DCA n. 103/2018 ha identificato di fatto 39 strutture pubbliche (37 Laboratori di analisi + 2 Patologie Cliniche) rispettando sostanzialmente il parametro nazionale di una struttura/0,15 ml abitanti, mentre ha identificato per ora solo 4 Strutture Complesse di Microbiologia e Virologia, applicando un parametro di una struttura ogni 1,5 ml abitanti, di fatto più restrittivo rispetto agli indirizzi dello stesso D.M. n. 70/2015.

Infatti quest'ultimo provvedimento, tenendo conto anche della necessità di trovare compatibilità con l'obiettivo generale di contenimento del numero complessivo di U.O.C. regionali, ha già identificato 4 Strutture Complesse di Microbiologia e Virologia, le quali tuttavia non sono le sole strutture chiamate oggi a soddisfare la domanda di prestazioni specialistiche in Campania. Di fatto, anche la maggior parte delle altre Strutture pubbliche non specialistiche di laboratorio, sia ospedaliere che territoriali, devono erogare anche prestazioni della Branca di Microbiologia e Virologia, per effetto della domanda sempre più ampia ed articolata.

In effetti, occorre considerare che l'attività diagnostica di Microbiologia e Virologia si colloca oggi in un contesto clinico-assistenziale di crescente complessità, contribuendo in generale al raggiungimento di diversi LEA.

Basti citare, solo a titolo esemplificativo:

- La progressiva diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, alla quale fa seguito l'accresciuta severità clinica dei processi infettivi in ambito ospedaliero;
- La necessità di rendere attuabili le Linee di indirizzo su alcuni screening, come quello sul cervico-carcinoma con HPV DNA;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- La necessità di migliorare le attività di prevenzione verso tutte le malattie infettive, ed in particolare di quelle che richiedono particolari misure preventive nella collettività, quali la tubercolosi o l'AIDS;
- L'emergente necessità di garantire il follow up delle nuove terapie anti HCV, ed in generale di assicurare la diagnostica virologica a supporto delle reti epatologiche;
- Le esigenze diagnostiche legate allo screening microbiologico e virologico per l'accesso dei pazienti alla Rete Trapianti;
- Alcuni aspetti delicati e complessi della diagnosi prenatale (es. approfondimenti del complesso TORCH), anche in funzione degli accertamenti collegati alla IVG;
- La necessità di assicurare adeguate attività diagnostiche nel caso di focolai epidemici, come ad esempio nei i casi di meningite, nonché nelle pandemie influenzali.

Una domanda così diffusa e complessa è oggi ripartita tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale, tenendo presente che i due ambiti possono sovrapporsi nella fase della continuità delle cure. A tale riguardo, nel dare corso ad un intervento di riordino della rete diagnostica di "Microbiologia e Virologia", occorre affrontare diverse criticità, alcune peculiari dell'ambito Ospedaliero, altre della Medicina territoriale.

In ambito ospedaliero:

- Va considerato che, a fronte delle accresciute necessità clinico-diagnostiche interne alla rete ospedaliera, non è ragionevole che su 9 grandi Aziende Ospedaliere ed Universitarie soltanto 4 debbano assicurare ai propri pazienti indagini di Microbiologia di profilo tecnico scientifico adeguato alle complesse esigenze clinico-assistenziali;
- Allo stesso modo, appare irrealistico che nessuno dei Presidi Ospedalieri sia in grado di garantire una sia pur minima diagnostica microbiologica autonoma, ormai indispensabile nel campo della gestione delle sepsi e nella gestione delle infezioni/colonizzazioni da batteri multi resistenti.

In ambito territoriale:

- Occorre considerare le attuali difficoltà nel dare adeguate risposte all'accresciuta domanda territoriale, anche per il relativo disinteresse da parte della rete privata verso molte di queste attività diagnostiche le quali, potendo risultare poco lucrative, restano spesso di esclusivo appannaggio pubblico;
- Queste ultime difficoltà sono accresciute dal fatto che la domanda proviene da un Territorio regionale molto vasto e complesso: basta citare, ad esempio, la grande dispersione territoriale che caratterizza la provincia di Salerno, con distanze tra le strutture che in certi casi superano i 100 km, oppure le grandi criticità urbanistiche e demografiche della Città Metropolitana di Napoli, con oltre 3 milioni di abitanti e la più alta densità di popolazione d'Europa.

Inoltre, il DCA n. 103/2018, se non adeguatamente integrato e dettagliato, rischia di restare scollegato da precedenti provvedimenti regionali istitutivi di alcune Reti regionali diagnostiche, già faticosamente strutturate, quali ad esempio:

- La Rete per la diagnosi delle infezioni da Micobatteri (TBC), di cui alla DGRC n. 1577/2010, che ha attribuito competenze e funzioni diagnostiche di II livello ad alcuni laboratori distribuiti su tutto il territorio regionale: tale rete già fatica a sopravvivere, per difficoltà sorte soprattutto nelle aree regionali periferiche, e rischia di essere ulteriormente compromessa da una disattenta interpretazione del DCA n. 103/2018;
- La Rete Regionale di Sorveglianza sull'antibiotico resistenza SIREAR, di cui alla DGRC n. 767/2016, per certi versi tra le più efficienti d'Italia, ma allo stesso tempo anche tra le più frammentate e dispersive. Nell'arco dei 10 anni impiegati a costruirla si è tentato di utilizzarla come possibile volano di

fonte: http://burc.regione.campania.it

deframmentazione e riorganizzazione della Rete Microbiologica campana, ma senza poter incidere più di tanto, in attesa di un provvedimento della forza istituzionale pari a quella del DCA n. 103/2018;

- La rete per lo screening del cervico-carcinoma con la determinazione del HPV DNA, di cui al il DCA n. 39 del 03.05.2019;
- La rete per l'offerta gratuita dei test per le infezioni da HIV, di cui alla DGRC n. 147/2016.

Pertanto, in Campania il panorama delle Strutture pubbliche regionali attualmente eroganti prestazioni diagnostiche nella Branca di Microbiologia e Virologia rende necessari ulteriori interventi di riordino, oltre quelli già avviati ai sensi del Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, con il DCA n. 103 del 28.12.2018 recante il Piano regionale di Programmazione della rete ospedaliera, in quanto la sottorete delle Strutture non specialistiche realmente operante risente oggi di una eccessiva frammentazione, di una forte disomogeneità organizzativa, talvolta di un background scientifico inadeguato, risultando spesso anche poco efficiente dal punto di vista gestionale.

Occorre pertanto integrare l'intervento organizzativo avviato con il DCA n. 103/2018, con un ulteriore provvedimento ad hoc, con il quale si realizzi un complessivo riordino delle attività diagnostica di "Microbiologia e Virologia", ridefinendo in termini di efficientamento ed integrazione l'assetto organizzativo della rete. Possibile pensare, ad esempio, ad una riorganizzazione dipartimentale, che si avvalga i un Hub regionale con funzioni di centrale informativa e di centrale acquisti, oltre che di coordinamento e programmazione delle attività in funzione della domanda.

Pertanto, con Decreto della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n. 136 del 29.05.2019, è stata costituita "Commissione Tecnica regionale per la riorganizzazione della Rete regionale dei Laboratori di Microbiologia e Virologia", che per ciascun ambito di intervento avrà il compito di proporre alla Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del SSR le analisi ed i Documenti tecnici necessari ad attuare i provvedimenti di riorganizzazione della rete.

Obiettivi e Indicatori

a. Assicurare la funzionalità delle Reti regionali diagnostiche già costituite o previste: la rete per la diagnosi di tubercolosi (DGRC n. 1577/2009), la rete di Sorveglianza sull'antibiotico resistenza SIREAR (DGRC n. 767/2016), la rete per l'offerta dei test per le infezioni da HIV (DGRC n. 147/2016), la rete per lo screening del cervicocarcinoma con HPV DNA, (DCA n. 39 del 03.05.2019), ecc.

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

b. Supportare altre reti assistenziali operative sia in ambito ospedaliero che territoriale (es. Rete regionale dei trapianti, Reti epatologiche, ecc.)

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

c. Garantire adeguate risposte all'accresciuta domanda territoriale, soprattutto a supporto di: attività consultoriali, screening, campagne vaccinali, prevenzione collettiva

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

d. Dare copertura ad un Territorio regionale che in alcune Aree Metropolitane è caratterizzato da alte densità abitative e forti criticità urbanistiche, in altre aree presenta forti dispersioni demografiche

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

fonte: http://burc.regione.campania.it

e. Garantire nel campo dell'infection control e della gestione delle sepsi una diagnostica microbiologica di base in tutti i Presidi Ospedalieri, e una diagnostica specialistica in alcuni Laboratori di Riferimento ospedalieri

- Emanazione di un provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

f. Migliorare il livello complessivo di efficienza economico gestionale e di appropriatezza diagnostica della rete attualmente operativa

- Approvazione del Bando e del Regolamento per la gara regionale

Scadenze

a, b, c, d, e

- Entro tre mesi: vengono definiti i fabbisogni di prestazioni specialistiche per tutto il territorio regionale attraverso una ricognizione svolta presso le aziende del SSR
- Entro tre mesi: vengono definite le prestazioni diagnostiche microbiologiche di base da garantire in ciascun Presidio Ospedaliero e quelle a più elevato livello specialistico da affidare ai Laboratori di riferimento ospedalieri; inoltre vengono individuate le prestazioni diagnostiche più aderenti ai fabbisogni del setting della medicina territoriale, da affidare anche ai Laboratori territoriali
- Entro sei mesi: vengono definiti i requisiti minimi tecnologici e organizzativi, gli standard di qualità, i rapporti quantitativi con il territorio e le capacità operative dei laboratori della rete
- Entro nove mesi: vengono individuati i Laboratori specialistici e definite le interazioni tra le strutture eroganti le prestazioni e le strutture richiedenti, attraverso un modello integrato il più possibile aderente alle Linee di indirizzo AGENAS, con particolare attenzione all'integrazione informatica ed al sistema di trasporto dei campioni
- Entro 12 mesi: viene emanato il provvedimento che individua la rete integrata ospedaliera e territoriale

f.

- Entro nove mesi: viene approvato il Capitolato di gara regionale
- Entro 12 mesi: vengono approvati il Bando ed il Regolamento per l'espletamento delle gare da parte della Centrale di Committenza regionale e delle Aziende

4.5 La rete della genetica medica

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato - Regioni (CSR) il 26 novembre 2009 riguardante "Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica" si stabilisce di promuovere ed adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a linee guida scientificamente validate che prevedano un'adeguata consulenza genetica pre e post test ed una comprensiva ed esaustiva informazione ai pazienti e ai familiari e di avviare una programmazione delle attività di genetica che definisca la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche delle strutture accreditate ed il loro adeguato assetto organizzativo, al fine di concentrare la casistica presso strutture e operatori che garantiscano un adeguato volume di attività associato ad un costante aggiornamento delle conoscenze e delle tecnologie.

Con la delibera n. 556 del 22 luglio 2010, la Regione Campania ha recepito gli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato - Regioni per l'attuazione delle linee guida per le attività di Genetica medica.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La Genetica Medica è una branca della Medicina ad alta specializzazione con aspetti peculiari ed esclusivi e nessuna delle sue attività specifiche può essere effettuata da strutture di altra specializzazione. E' una disciplina trasversale a tutte le altre branche mediche, in quanto le malattie ad etiologia genetica coinvolgono tutti gli organi ed apparati.
Come tutte le branche mediche, si avvale di laboratori altamente specializzati, oggi ancora più complessi sia dal punto di vista tecnologico che interpretativo ed è altamente complessa in quanto si occupa non solo della diagnosi e della terapia (quando possibile) di un singolo paziente ma estende le sue competenze ai suoi familiari.
In accordo con quanto stabilito dalle Linee Guida nazionali per le attività di Genetica Medica, le strutture di Genetica Medica offrono alle persone e alle loro famiglie la consulenza genetica ed i test genetici finalizzati ad individuare o escludere alterazioni associate a patologie genetiche.
Questi elementi rendono ragione della necessità di organizzare le attività di genetica in maniera strutturata e definire ruoli e responsabilità in percorsi multidisciplinari condivisi.
Pertanto la Regione Campania, con DCA n. 58 del 05.07.2018, ha istituito la Rete di Genetica Medica Clinica e di Laboratorio. Tale Rete Regionale è costituita dalle U.O. di Genetica Medica e dalle U.O. Laboratori di Genetica Medica, in relazione tra loro secondo il modello organizzativo di Coordinamento non gerarchico con struttura capofila.
Un Tavolo Tecnico Regionale permanente di Governance ha il compito di coordinare le attività di audit clinico delle strutture e monitorare i servizi erogati con l'obiettivo di rendere ottimali ed uniformi, all'interno del territorio regionale, i percorsi assistenziali per le persone con malattie genetiche, di garantire sostegno alle loro famiglie, di favorire lo sviluppo della ricerca e della diffusione delle conoscenze e di predisporre una carta regionale dei servizi disponibili.

Le linee di programma sono:

- Definizione delle reti funzionali con i relativi percorsi e dell'offering dei test genetici in relazione alle competenze e del expertise delle varie strutture regionali;
- Monitoraggio dei servizi erogati per la valutazione della qualità dei percorsi e dell'impatto sulla riduzione delle liste di attesa;
- Elaborazione di una carta regionale delle strutture, delle reti funzionale e prestazioni disponibili su carta e su web, dandone massima diffusione alle strutture del Servizio Sanitario Regionale, alle rappresentanze degli operatori sanitari e soprattutto alle Associazioni di pazienti;
- Definizione delle strategie migliori per la prevenzione dei rischi genetici nella popolazione;
- Attività volte a garantire l'uniformità dei processi e dei percorsi.

Obiettivi e Indicatori

a. Potenziamento con risorse umane delle strutture cliniche e di laboratorio pubbliche presenti in Regione

- Numero di avvisi di concorso pubblicati dalle aziende

b. Controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa attraverso i flussi regionali

- Inserimento dei pacchetti di prestazione realizzati per i vari test genetici sulla piattaforma Sinfonia
- % di richieste appropriate

c. Omogenizzazione dell'attività prescrittiva di test genetici con definizione di pacchetti di prestazioni

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero di pacchetti di prestazioni sviluppati

d. Costituzione gruppi di lavoro per la realizzazione delle reti funzionali (prenatale, oncologia, ematoncologia)

- N. di riunioni effettuate dai 3 gruppi di lavoro per la realizzazione delle reti funzionali

e. Elaborazione di PDTA per ciascuna delle attività specialistiche (prenatale, oncologia, ematoncologia)

- Numero di PDTA specialistici adottati

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Dicembre 2020
c. Entro Dicembre 2019
d. Entro Dicembre 2019
e. Entro Dicembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

5. Programma 5: I rapporti con i fornitori del SSR

5.1 Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie

Il Servizio Sanitario Nazionale, sin dalla propria istituzione, è organizzato in modo da favorire l'integrazione tra soggetti erogatori pubblici, privati e privati senza scopo di lucro. La normativa prevede una articolata relazione tra soggetti erogatori privati e SSN che individua i propri elementi costitutivi nelle autorizzazioni, nell'accreditamento istituzionale e negli accordi contrattuali.

Le autorizzazioni costituiscono il requisito di base per l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie o sociosanitarie e sottendono la presenza di standard minimi di sicurezza e qualità delle prestazioni.

L'accreditamento istituzionale costituisce il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale ed è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, alle strutture private lucrative e non lucrative e ai professionisti che ne facciano richiesta, in presenza di requisiti di qualificazione, della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e della verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Gli accordi contrattuali consentono alle strutture, preventivamente autorizzate ed oggetto di accreditamento istituzionale, l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La stipula di tali accordi attribuisce ai soggetti potenziali erogatori per conto del Servizio Sanitario Nazionale la qualifica di concessionari del pubblico servizio sanitario.

5.1.1 I Fabbisogni delle prestazioni sanitarie

Il sistema di accreditamento regionale campano è di tipo istituzionale e fortemente agganciato alla programmazione del fabbisogno sanitario e alle risorse pubbliche rese disponibili in sede di programmazione; uno dei requisiti di accoglimento della domanda di accreditamento è infatti la funzionalità alla programmazione svolta.

Tale collegamento è altresì confermato dal fatto che gli accordi che conseguono all'accreditamento sono stipulati dalle AASSLL per integrare i livelli di assistenza che esse garantiscono e devono osservare criteri relativi al grado di fabbisogno da soddisfare, alla qualità delle prestazioni da fornire e ai vincoli di carattere economico.

Infine, gli accordi sono stabiliti in osservanza delle tariffe definite in sede regionale, che condizionano anche le quantità di prestazioni da rendere a carico del Servizio Sanitario.

Si profila così un sistema di accreditamento dell'offerta privata che è integrativa e strumentale a quella pubblica.

Tratto caratterizzante del sistema regionale Campano, quindi, è il rapporto tra regolazione e programmazione dell'offerta, che, in questo contesto, si traduce nella correlazione tra programmazione e individuazione del fabbisogno sociale e sociosanitario e rilascio dell'accreditamento. Ne deriva che l'accreditamento, in quanto strumento selettore e regolatore dell'offerta, è riferito pienamente e prevalentemente ad un modello organizzativo ed è connesso al fabbisogno nonché alla disponibilità di bilancio.

In Regione Campania si sta concludendo la stagione della ridefinizione del Piano Ospedaliero, del Piano Territoriale e delle Reti Assistenziali Tempo Dipendente. In conseguenza di tale complessa riforma normativa

fonte: http://burc.regione.campania.it

e al fine di garantire, in ossequio alle disposizioni normative nazionali, una corretta governance del sistema di accreditamento istituzionale, strettamente connesso alle diverse fasi di programmazione della rete di assistenza, si considera opportuno individuare un unico percorso che consenta di rideterminare e rivalutare l'effettivo fabbisogno assistenziale regionale di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in relazione alla programmazione territoriale e regionale, alla luce del nuovo assetto territoriale determinato dai citati Piani assistenziali.

Obiettivi e indicatori

a. Aggiornare, a seguito della conclusione della nuova programmazione sanitaria e in relazione ai bacini territoriali delle Aziende Sanitarie, l'attuale fabbisogno autorizzatorio e di accreditamento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie relativamente alle attività ospedaliere ed extra-ospedaliere

- Predisposizione documento tecnico di analisi e definizione del fabbisogno sanitario autorizzativo e di accreditamento funzionale alle procedure connesse al sistema di accreditamento istituzionale

b. Emanare i provvedimenti periodici di programmazione delle attività connesse alla assegnazione dei budget alle strutture private per i diversi setting assistenziali e relativa attività di sottoscrizione dei contratti da parte delle AASSLL

- Completamento dei provvedimenti aventi ad oggetto tutti i setting assistenziali

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro la fine dell'anno precedente la Programmazione

5.1.2 Autorizzazioni ed accreditamenti

Il sistema delle autorizzazioni e degli accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie ha lo scopo di garantire ai cittadini prestazioni sicure e di qualità. Esso rappresenta oltre che un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori di prestazioni per conto del SSN anche uno strumento di miglioramento continuo della qualità.
Il processo è stato avviato in Campania con l'approvazione dei Regolamenti regionali 3/2006 e 1/2007 con i quali sono stati definiti i requisiti ulteriori generali e specifici e le procedure per il rilascio del provvedimento di accreditamento.
Per quanto attiene il rilascio degli accreditamenti istituzionali alle strutture private che hanno inoltrato richiesta ai sensi delle disposizioni di cui ai Regolamenti regionali 3/2016 e 1/2017 la Regione ha completato il percorso di accreditamento delle strutture di ricovero e delle strutture sanitarie ambulatoriali con la sola eccezione di 1 struttura di ricovero e di 7 strutture ambulatoriali per le quali si è in attesa della risoluzione del contenzioso in atto tra le strutture private e le aziende sanitarie competenti per territorio. Per tali tipologie di strutture la Regione pone come obiettivo per la conclusione del processo in atto entro il 31.12.2020.
La normativa nazionale in materia ha subito in seguito notevoli modifiche, principalmente finalizzate ad uniformare il sistema su tutto il territorio nazionale, attraverso l'adozione di modalità operative e requisiti di qualità omogenei. Sono intervenute, quindi, l'Intesa Stato Regioni del 2012 e l'Intesa Stato Regioni del 2015 che hanno introdotto nuovi requisiti generali di accreditamento ed hanno definito le modalità di funzionamento degli "Organismi Tecnicamente Accreditanti"
I nuovi requisiti rispondono alla necessità di verificare, in particolare, la presenza - nelle strutture sanitarie - di processi di controllo sulla qualità e sicurezza dell'organizzazione e dei servizi erogati, adottando un sistema in grado di fornire un livello di prestazioni qualitativamente più elevato e orientato al soddisfacimento dei

fonte: http://burc.regione.campania.it

bisogni dei cittadini. Pertanto il nuovo sistema di accreditamento si focalizza in particolare sui seguenti elementi: centralità del cittadino/ paziente, leadership, responsabilità e commitment, cultura del miglioramento, evidenza dei risultati delle prestazioni, utilizzo degli outcome per valutare quantità e qualità delle cure, propensione alle buone pratiche, trasparenza del sistema.
L'Organismo Tecnicamente Accreditante, in quanto organismo "terzo", garantisce il rispetto del principio di imparzialità e trasparenza e assicura che le procedure di verifica predeterminate siano omogenee e superino la variabilità organizzativa delle Regioni.
La Regione Campania, al fine di adeguare il proprio assetto normativo a quanto sancito dalle Intese Stato Regioni del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015, ha istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante e, con Decreto del Commissario ad Acta n. 22 del 5 febbraio 2019, ne ha regolamentato le modalità di funzionamento definendo in particolare:

- la missione e la funzione
- l'organizzazione interna
- le modalità di valutazione delle proprie attività anche al fine del loro miglioramento
- le modalità di scelta formazione addestramento aggiornamento e gestione dei valutatori

Nel rispetto delle scadenze previste nel crono programma sotto riportato, con DCA 51 del 4 luglio 2019, il percorso di adeguamento del sistema regionale alla normativa nazionale è proseguito attraverso la revisione ed aggiornamento dei requisiti ulteriori generali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. I requisiti già in uso, approvati con i citati Regolamenti 3/2006 e 1/2007, sono stati integrati con tutti quelli di cui alle Intese Stato/Regioni citate. E' stato pertanto approvato un documento unico integrato accompagnato dalle check list quali strumenti tecnici per la rilevazione - attestazione del possesso dei requisiti da parte dei team di valutatori.
Si procederà quindi ad una revisione dei requisiti ulteriori specifici delle diverse tipologie di strutture, già adottati con i Regolamenti del 2006 e del 2007, al fine di aggiornarli e integrarli, laddove necessario, in ragione di intervenuti provvedimenti normativi o in considerazione di eventuali innovazioni tecnologiche e strumentali.
La revisione del sistema di accreditamento regionale, che sta interessando sia i requisiti che il modello organizzativo e le procedure di accreditamento, rende necessaria la programmazione e la realizzazione di un corso con il quale formare nuovi valutatori e aggiornare i dirigenti già formati al fine di integrarli nel nuovo Organismo Tecnicamente Accreditante.
Per le strutture sanitarie private già accreditate o in attesa di risoluzione del contenzioso, i nuovi requisirti e le nuove procedure di accreditamento saranno applicati in fase di rinnovo dell'accreditamento.
Per l' accreditamento delle strutture private sociosanitarie, per quello delle strutture private sociosanitarie oggetto di riqualificazione dell'offerta assistenziale (quali le strutture residenziali e semiresidenziali dell'area adulti e anziani non autosufficienti e dell'area della disabilità e riabilitazione) e per l'accreditamento delle strutture private sociosanitarie che rispondono al riconoscimento di nuovi bisogni assistenziali (hospice ,ospedali di comunità) oggetto dei necessari aggiornamenti normativi che attengono ai requisiti, alle procedure, ai criteri di arruolamento ecc., il piano territoriale descrive analiticamente i percorsi attivati e le fasi da realizzare. In coerenza con quanto programmato nel piano territoriale 2019 – 2021 l'accreditamento di tali strutture sarà completato entro il 2021.
Inoltre in considerazione delle riconversioni in corso per alcune strutture private la Regione provvederà al rilascio dell'accreditamento istituzionale al termine del processo di riconversione e comunque entro il 2021.
Per quanto attiene l'accreditamento delle strutture pubbliche, sensi del comma 2 dell'art.4 del Regolamento Consiliare n.1 del 22 giugno 2007, è previsto per le strutture pubbliche che rientrano nei programmi degli interventi di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della L. 67/88 – Completamento della III fase, la conclusione del procedimento di accreditamento entro un anno dall'ultimazione di detti programmi. Pertanto viene fissata la scadenza del 31.12.2021 per le strutture pubbliche i cui lavori, finanziati dalla terza fase dell'art. 20 della legge

fonte: http://burc.regione.campania.it

67/88, e approvati con DCA 100 del 20.12.2019 terminano entro l'orizzonte temporale del citato Piano di investimenti.

Obiettivi e indicatori

a. Armonizzazione dei requisiti generali regionali di accreditamento con quanto richiesto dalla normativa nazionale

- Redazione documento tecnico che adegua le procedure e i requisiti generali di accreditamento alla normativa nazionale

b. Revisione e Integrazione dei requisiti regionali specifici di accreditamento delle diverse tipologie di strutture

- Redazione di un documento tecnico che aggiorna e integra i requisiti specifici di accreditamento

c. Formazione dei valutatori sulle nuove procedure e requisiti per l'accreditamento

- Realizzazione di un corso volto a formare i valutatori sulle nuove procedure e requisiti

d. Completamento delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie private (Case di Cura e strutture ambulatoriali)

- N. strutture accreditate / Numero di strutture da accreditare

e. *C*ompletamento delle procedure di accreditamento delle strutture sociosanitarie private e delle strutture private oggetto di riconversione

- N. strutture accreditate / N. strutture da accreditare

f*.* Accreditamento delle strutture pubbliche i cui lavori, finanziati dalla terza fase dell'art. 20 della legge 67/88, terminano entro l'orizzonte temporale del presente Piano triennale

- N. strutture pubbliche accreditate / N. Numero strutture pubbliche

Scadenze

a. Entro luglio 2019
b. Entro aprile 2020
c. Entro ottobre 2020
d. Entro dicembre 2020
e. Entro dicembre 2021
f. Entro dicembre 2021

5.2 Tempestività dei pagamenti

La Regione Campania, intende proseguire, nel triennio 2019-2021, le azioni volte al completamento della Centrale Unica di Pagamento ed alla riduzione dei tempi di pagamento.

Attualmente la Centrale Unica di Pagamento è attiva per tutti i tipi di pagamenti sulle Aziende Sanitarie. Alla progressiva entrata a regime del (SIAC) Sistema Informativo Amministrativo Contabile Sistema Informativo Amministrativo Contabile in ambiente SAP in tutte le aziende sanitarie si affiancherà l'entrata a regime dei servizi centralizzati di pagamento (CUP So.Re.Sa.) come da DCA 68/2019.

Nonostante per i debiti correnti delle aziende sanitarie si registrino ad oggi tempi di pagamento entro i 60 giorni, la presenza in PCC di stock residui di debitoria pregressa inficia le performances dell'ITP. La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione: i) entrata

fonte: http://burc.regione.campania.it

a regime del SIAC e nodo del MEF (NSO), che consentirà di consolidare e stabilizzare performances di pagamento sul corrente sotto i 60 giorni; ii) azzeramento della debitoria pregressa.

In merito alla residua posizione debitoria pregressa per alcune aziende, So.Re.Sa. ha realizzato e messo a disposizione delle Aziende Sanitarie e dei loro creditori una apposita piattaforma informatica, sulla quale far affluire con criteri standard le richieste di pagamento dei debiti pregressi, in modo da effettuare il monitoraggio dei fabbisogni finanziari straordinari di alcune Aziende in funzione dell'attività di riconoscimento / rifiuto del debito da parte delle AA.SS. Si confida che il supporto fornito dalla piattaforma possa consentire una più agevole chiusura delle partite debitorie non oggetto di contenzioso e/o di contestazioni.

Obiettivi e indicatori

a. Adozione del SIAC e successiva adesione alla Centrale dei Pagamenti da parte delle AASSLL che non hanno ancora aderito

- Numero aziende aderenti alla Centrale dei Pagamenti

b. Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale residuo del SSR ad un livello da considerare fisiologico

- Tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsti dalla legislazione vigente, con ulteriore riduzione (dicembre 2019) fino a completo azzeramento, entro dicembre 2020, dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP)

c. Stabilizzazione dell'ITP dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa

- Rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente da parte di ogni azienda per l'anno 2021 anche sul debito pregresso

Scadenze

a. Entro Luglio 2020 per l'adozione del SIAC
Entro Dicembre 2020 per l'adesione alla CUP di tutte le Aziende
b. Entro Giugno 2020 e per la durata del periodo di vigenza del Piano triennale 2019 - 2021
c. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

6. Programma 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR

Con il programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008, la Regione Campania ha previsto specifiche attività, finalizzate al ridisegno dei processi e delle procedure amministrativo contabili, alla definizione ed implementazione delle procedure di contabilità analitica a livello di singola azienda e gestione sanitaria accentrata ed alla realizzazione di una metodologia ed un modello regionale di controllo di gestione. Un'ulteriore azione intrapresa è stata l'avvio dell'estensione dell'attivazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile (di seguito SIAC) in tutti gli Enti e nella Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) che doterà il SSR di uno strumento tecnologico unico in grado di rilevare, gestire e, quindi, monitorare e controllare tutte le operazioni realizzate nelle strutture operanti a livello aziendale, offrendo la possibilità di indagare e analizzare il dato in tempo reale, sia nella prospettiva sintetica delle grandezze macro-aziendali e di sistema, sia nella prospettiva analitica delle grandezze micro-aziendali e di singola transazione.

L'adeguamento di tutte le procedure amministrativo contabili, come definito del DCA 63/2018, da applicare nel rispetto delle aree aziendali definite dal PAC (Parte Generale, Area Immobilizzazioni, Area Rimanenze, Area Crediti e Ricavi, Aree Disponibilità Liquide, Area Patrimonio Netto e Area Debiti e Costi), avrà il principale obiettivo di miglioramento dei processi aziendali delle Aziende Sanitarie, incidendo in maniera efficace sulla corretta definizione di ruoli e responsabilità. Tale attività inoltre rappresenta uno dei primi fondamentali passi nel percorso di certificabilità dei bilanci consentendo inoltre di monitorare nel corso del tempo lo stato di avanzamento di ogni singola Azienda.

Un altro importante obiettivo da raggiungere, previsto dal programma ex art. 79, su cui la Regione Campania ha investito fortemente, è rappresentato dallo sviluppo di un sistema di controllo interno contabile volto a garantire ad ogni Azienda Sanitaria del SSR la possibilità di valutare l'efficienza dei processi aziendali e l'attendibilità del sistema di informazioni economiche-finanziarie. Relativamente le procedure di contabilità analitica, l'implementazione di apposite linee guida a disposizione di tutte le Aziende Sanitarie, saranno necessarie per definire le modalità di alimentazione della contabilità analitica declinando anche le modalità di riconciliazione per ciascuno dei sottosistemi alimentanti, come ad esempio il processo di riconciliazione della stessa con la contabilità generale.

Relativamente lo sviluppo del SIAC, con riferimento alla GSA, sono state avviate attività volte al perfezionamento degli elementi operativi da implementare nell'ambito del SIAC, sviluppando gli elementi necessari all'adeguamento dei sistemi informativi, con l'obiettivo di creare un modello di integrazione e raccordo tra i documenti di programmazione aziendali (budget, rendiconto finanziario preventivo, ect) ed i documenti di programmazione sanitaria regionali (Programma Operativo, Bilancio preventivo Consolidato Sanità, Bilancio di previsione) e di implementare un modello di raccordo tra gli strumenti contabili presenti, come ad esempio il piano dei conti, e gli schemi di bilancio di cui ai Titoli I e III e Titolo II del D.Lgs 118/2011.

Obiettivi e Indicatori

a. Implementazione dell'impianto contabile necessario all'accompagnamento della Certificabilità dei Bilanci

- Monitoraggio dell'applicazione delle procedure amministrativo contabili adottate

b. Sviluppo ed avviamento operativo del sistema di controllo interno contabile

- Percentuale di implementazione del sistema di Internal Audit

fonte: http://burc.regione.campania.it

Scadenze

a. Entro Marzo 2020
b. Entro Marzo 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7. Programma 7: Modello di governance Sistema Informativo Sanitario

La Regione Campania, nel triennio 2019-2021, per quanto concerne la governance dei sistemi informativi, intende intraprendere le azioni volte al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e Realizzazione di un sistema di monitoraggio dei flussi sanitari a supporto della Direzione Generale Tutela della salute;
- Realizzazione del Sistema Anagrafi Centrali Sanitarie;
- Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino;
- Realizzazione interventi di Digitalizzazione in ambito sanitario.

7.1 Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale

Negli ultimi anni, la Regione Campania ha intrapreso una serie di progettualità per migliorare non solo la propria posizione in tema di adempimenti informativi ma, soprattutto, per sfruttare, dal punto di vista gestionale e manageriale, tutte le potenzialità e i benefici che un sistema informativo integrato e strutturato può generare. Con il progetto SINFONIA, in particolare, sta realizzando una piattaforma unica per raccogliere e sistematizzare tutti i flussi informativi del sistema sanitario regionale. È proprio in questo contesto che la presente progettualità si inserisce. Gli obiettivi che si perseguono, infatti, sono:

- Incrementare il potenziale in termini di capacità di analisi delle soluzioni di governo e gestione centralizzata dei flussi;
- Realizzare un set dinamico ed integrato di analisi (a partire dall'attività ospedaliera per poi estendersi agli ambiti dell'assistenza extra ospedaliera) fruibili attraverso dashboard evoluti basati sulla convergenza nella soluzione regionale del patrimonio informativo dei flussi che possa rappresentare, a tendere, la piattaforma di data analytics.

Attraverso l'uso delle tecnologie di data analytics applicate ai flussi informativi sanitari, infatti, è possibile prevedere l'impatto delle principali patologie sul Sistema Sanitario e mettere in atto strategie utili a gestire, in maniera ottimale, l'offerta di servizi sanitari, l'andamento dei costi sanitari ed assistenziali, nonché l'aumento di complessità nella gestione del paziente/assistito causata da una serie di fattori quali il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, l'aumento dell'aspettativa di vita e l'invecchiamento demografico.

L'analisi dei fenomeni, effettuata attraverso l'osservazione dei dati e supportata da adeguati modelli di analisi e dalle tecnologie applicate ai dati, consente, in ultima istanza, di specializzare gli strumenti a disposizione degli operatori sanitari per indirizzarli in modo ottimale nelle scelte terapeutiche che quotidianamente questi sono chiamati a compiere. Un enorme impulso che si articola quindi, in maniera sistematica e diffusa, su tutti i punti di decisione e di azione delle strutture sanitarie. Aumenta la capacità operativa del sistema di dare, con approccio sistemico, risposte sempre più calzanti alla casistica specifica del singolo paziente/assistito.

Obiettivi e Indicatori

a. Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e unificazione Banche dati nel sistema di accoglienza SINFONIA

- Qualità e tempestività di alimentazione dei flussi

fonte: http://burc.regione.campania.it

b. Creazione di un sistema di monitoraggio a supporto della Direzione Generale della Tutela della Salute per la verifica e per la programmazione sanitaria e realizzazione sistemi di cruscotti e data analytics del SSR campano

- Sistema di reportistica standard e cruscotto di monitoraggio

Scadenze

a. Annuale - Dicembre 2019-2020-2021
b. Dicembre 2019 (Con reportistica annuale)

7.2 Realizzazione del sistema Anagrafi Centrali Sanitarie e Creazione del Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA)

La realizzazione del sistema di anagrafi centrali sanitarie, rivolto ai cittadini e agli operatori del Servizio Sanitario della regione Campania, prevederà la creazione delle seguenti anagrafi:

- **Anagrafe Unica Regionale Assistiti (AUREA)**: contenente tutte le informazioni di carattere anagrafico-sanitario dei cittadini in modo da renderli i veri attori del processo assistenziale;
- **Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie (AUREAS):** contenente l'anagrafica di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Campania in modo da assolvere agli adempimenti della legge 326/2003 – articolo 50 e di catalogare in modo strutturato, tutte le strutture sanitarie regionali, i servizi disponibili, nonché tutte le informazioni utili per i cittadini e per gli operatori della sanità.
- **Anagrafe Unica Regionale degli Operatori Sanitari (AUREOS):** contenente tutte le informazioni relative agli operatori sanitari che interagiscono nel sistema e che appartengono al Servizio Sanitario Regionale, sia in ambito pubblico, che privato.

Inoltre, al fine di consentire la cooperazione di tutte le figure del comparto e di rispondere ai reali bisogni del cittadino, verrà realizzato il Sistema INFOrmativo SaNità CampaNIA (SINFONIA). La piattaforma mette in comunicazione tutto il network di operatori facenti capo alle aziende sanitarie pubbliche, alle strutture accreditate, agli uffici della sanità campana e ad altri organismi regionali, permettendo loro di operare come fornitori e fruitori di informazioni.

Particolare attenzione sarà rivolta alla gestione della mobilità sanitaria interregionale attiva e passiva, che consente alla sanità campana la valorizzazione delle prestazioni da addebitare alle altre Regioni e il controllo di quelle da erogare ad assistiti extraregionali, gestendo anche contestazioni e controdeduzioni.

Obiettivi e Indicatori

a. Avvio dell'Anagrafe Unica Regionale Assistiti (AUREA)

- Avvio nel 100% delle AASSL

b. Attivazione dei servizi di scelta e revoca dei MMG e PLS

- Numero servizi attivi di scelta e revoca dei MMG/PLS

Scadenze

a. Entro Gennaio 2020
b. Entro Giugno 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.3 Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino

L'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino sarà specificamente rivolta a:

- Definire le strategie di coinvolgimento degli operatori (MMG, PLS, Farmacie) nel percorso di attivazione del fascicolo;
- Creare le condizioni affinché il FSE possa essere alimentato in modo completo, corretto e continuativo dalle strutture che producono i documenti, gestendo in modo coordinato il percorso di adeguamento tecnico ed organizzativo delle strutture stesse;
- Coordinare le attività di promozione e formazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari.

Inoltre, al fine di rendere il cittadino il reale attore dell'intero percorso assistenziale, verrà attivata una specifica sezione all'interno del portale istituzionale della Regione Campania, interamente dedicato alla Sanità.

Tale portale rappresenterà il canale di comunicazione istituzionale per i pazienti, gli addetti ai lavori ed i media. Esso consentirà, sia ai cittadini che agli operatori sanitari, di accedere ai dati in esso archiviati, secondo policy di accesso e protezione delle informazioni che saranno definite a livello regionale, anche sulla base delle regole stabilite a livello nazionale per l'accesso ai servizi sanitari approvate dal Garante della Privacy.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione strategie di coinvolgimento (MMG, PLS e Farmacie) nel percorso di attivazione Fascicolo Elettronico
- Numero consensi acquisiti

b. ICT Assessment ASL LIS, RIS, CIS, stato di informatizzazione, presenza CDA2
- Numero strutture attivabili

c. Integrazione software Aziende Sanitarie ADT per CDA2, interoperabilità con INI
- Numero strutture interoperabili

d. Invio referti di laboratorio in CDA2
- Numero referti inviati

e. Attivazione Portale del Cittadino
- Numero servizi attivi

f. Piano di comunicazione
- Numero utenti

Scadenze

a. Entro Giugno 2020
b. Entro Giugno 2020
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Ottobre 2020
e. Entro Marzo 2020
f. Entro Marzo 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.4 Analisi, Progettazione e implementazione del CUP regionale

Tra le condizioni abilitanti dei percorsi volti al potenziamento dei LEA vi è anche la tecnologia, fattore indispensabile per una ottimale organizzazione dei processi erogativi delle prestazioni e per una più efficace fruizione da parte degli assistiti dei servizi offerti. Da tale consapevolezza ne è derivata la necessità di formulare un Programma Regionale di investimenti in Sanità Digitale che è stato concepito, per la prima volta, come un corpo organico di una pluralità di iniziative che nel loro insieme consentiranno di recuperare il gap tecnologico rispetto ai target richiesti dal Piano nazionale di sanità digitale e rispetto al livello di digitalizzazione dei SSR più evoluti.

Il contesto in cui si sviluppano le iniziative configura, di per sé, uno scenario molto articolato, rappresentato da una pluralità di entità giuridiche e organizzative coinvolte (la Regione, la So.Re.Sa., gli enti del SSR, la GSA), da una pluralità di ambiti nei quali si sviluppano le dinamiche evolutive del SSR (ambito economico, ambito degli adempimenti connessi ai Livelli Essenziali di Assistenza, ambito degli interventi di edilizia sanitaria, ambito di azione dei Programmi Operativi e dei piani sanitari settoriali), da una pluralità di vincoli connessi al regime dei Piani di rientro sanitari, alle esigenze di coordinamento a livello di SSN e agli obblighi informativi nei confronti dei ministeri vigilanti.

Per tutti questi motivi, l'obiettivo di tale linea di intervento è anche quella di coadiuvare lo sviluppo di una funzione centrale, presso la Direzione Generale Tutela della Salute e presso la So.Re.Sa. in grado di coordinare le iniziative di sviluppo tecnologico e digitalizzazione, mantenendo sempre evidenza e consapevolezza delle ricadute a livello di sistema e delle interazioni con tutte le altre iniziative che sostanziano le politiche regionali in ambito di salute.

In tale ambito la Regione Campania ha manifestato l'esigenza di avviare un programma di evoluzione del proprio sistema CUP che, mettendo al centro del progetto il cittadino, permetta di conseguire un miglioramento in termini di efficienza ed efficacia dei risultati (riduzione dei tempi di attesa, miglior rapporto domanda-offerta, customer satisfaction) ed economicità della gestione.

La razionalizzazione del servizio CUP, in un approccio di unificazione di soluzione e di processi su scala regionale, ha delle importanti ricadute in termini di consolidamento delle risorse, abilitando la razionalizzazione dell'approccio organizzativo e rimuovendo i possibili ostacoli (di integrazioni multiple tra sistemi eterogenei ex-post), per consentire, in tempi rapidi, di dare ai cittadini campani nuovi servizi e canali, omogenei su tutto il territorio regionale, per la prenotazione delle prestazioni.

Le direttrici fondamentali per la realizzazione del nuovo modello di CUP Regionale sono dunque da ricondursi a:

- Il consolidamento e la razionalizzazione a livello centrale dei processi e delle soluzioni tecnologiche;
- La maggiore vicinanza al cittadino, sia in termini di prossimità di nuovi canali (coinvolgimento di MMG e Farmacie, canali innovativi convergenti sul portale del cittadino di SINFONIA e su AIDA) sia in termini di omogeneità dell'esperienza di ingaggio per tutto il territorio;
- La capacità di integrare nativamente gli altri asset principali del nuovo ecosistema di servizi digitali del SSR (su tutti il SIAC e l'anagrafe regionale);
- L'abilitazione nativa di un livello superiore di controllo e monitoraggio di tutti i parametri legati ai processi CUP (a livello aziendale ma anche a livello Regionale; su tutto si pensi al monitoraggio delle liste d'attesa);
- La capacità di integrare strutturalmente il privato accreditato.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivi e Indicatori

a. Avvio dell'analisi funzionale e modellazione
- Numero soluzioni individuate

b. Avvio della reingegnerizzazione dei processi in ambito CUP
- Numero processi abilitati e/o implementati ex novo

c. Avvio dell'implementazione della componente CUP Centrale
- Numero componenti applicative realizzate

d. Avvio della gestione elettronica dei consensi al trattamento dei dati personali
- Numero consensi

e. Avvio del roll-out servizi CUP centralizzato presso le Aziende
- Numero record recuperati

f. Avvio del supporto e affiancamento operativo presso le Aziende
- Numero Aziende

g. Avvio del cruscotto di monitoraggio
- Numero processi monitorati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Aprile 2021
f. Entro Giugno 2021
g. Entro Dicembre 2020

7.5 Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale

Partendo da un caposaldo ben strutturato, cioè dalla disponibilità di una soluzione di Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) a supporto del governo delle attività di vaccinazione (soluzione basata sulla tecnologia della piattaforma GEVA), la Regione Campania intende valorizzare il sistema esistente, estendendone le funzionalità, le integrazioni, i servizi per poter dar seguito all'attuazione del PNPV 2017-2019 (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale).

L'obiettivo è offrire la disponibilità ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e ai servizi regionali competenti, di soluzioni e servizi volti al fine di garantire una gestione uniforme su tutto il territorio regionale della programmazione, pianificazione, accettazione, e consuntivazione delle attività di vaccinazione, nonché di rispondere alle finalità previste con la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la produzione di elaborati statistici e flussi informativi regionali e ministeriali, e l'alimentazione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini (AVN).

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per il raggiungimento di tale obiettivo, l'AVR dovrà essere dotata di una serie di funzionalità sottoelencate saranno, in tempi successivi con start come da scadenza corrispondente, rivolte agli operatori (sanitari e amministrativi) e ai cittadini, dovrà essere integrata con le componenti del sistema informativo regionale e quelle delle AASSLL, necessarie per garantire un'erogazione delle prestazioni omogenea sul territorio e coerente con le informazioni condivise, e dovrà mettere a disposizione tutti i dati necessari per il monitoraggio e la valutazione delle attività vaccinali circa la copertura della popolazione in rapporto al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV).

Obiettivi e Indicatori

a. Estrazione dati
- Numero record

b. Migrazione DB a Sistema SINFONIA – Porting nuova anagrafe
- Numero funzionalità

c. Open e Big Data – Integrazione portale regionale
- Numero data set

d. Calendario vaccinale dinamico e Prenotazioni
- Numero servizi attivati

e. Integrazione applicativi MMG e PLS
- Numero cartelle integrate

f. Cruscotto vaccinazioni, Statistiche aggregate MMG e PLS
- Numero funzionalità

g. Libretto vaccinale e bilanci di salute ed evoluzione dei primi 1000 giorni di vita
- Numero libretti attivi

h. Malattie infettive e sorveglianza regionale
- Numero segnalazioni

i. Gestione differenziata dei lotti: disattivazione/riattivazione del farmaco
- Numero attivazioni/disattivazioni

j. Gestione fabbisogno dei magazzini vaccinali
- Numero report

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Settembre 2020
e. Entro Settembre 2020
f. Entro Settembre 2020
g. Entro Dicembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

h. Entro Dicembre 2020
i. Entro Dicembre 2020
j. Entro Dicembre 2020

7.6 Piattaforma di gestione dello screening oncologico

I programmi di screening oncologico rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e devono essere garantiti alla totalità della popolazione target. Conseguentemente, la Regione Campania ha previsto di adottare, all'interno del Piano regionale di prevenzione e in recepimento delle direttive del Piano nazionale, delle azioni volte ad aumentare l'estensione reale dei programmi di screening, rispetto alla popolazione target e ha attivato delle azioni specifiche a riguardo, volte anche alla misurazione del livello di efficacia raggiunto. Tra le azioni attivate, si ricorda la campagna di informazione sul programma di prevenzione "Mi voglio bene", che prevede l'offerta di assistenza diagnostica tempestiva, specializzata e gratuita per tre tipi di screening che consentono la prevenzione del tumore alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto.

Gli screening oncologici costituiscono un percorso complesso, che coinvolge un elevato numero di professionalità e strutture che devono integrarsi per raggiungere gli obiettivi di salute proposti, ovvero la diminuzione della mortalità specifica e/o l'incidenza delle lesioni neoplastiche. Nell'ambito di tali percorsi organizzati, il soggetto destinatario è contattato dalla ASL di pertinenza e invitato a effettuare il test di screening e, in caso di test sospetto o positivo, il soggetto viene inserito in un percorso atto all'approfondimento diagnostico fino all'eventuale trattamento assistenziale/terapeutico (anche chirurgico) nelle strutture di riferimento. L'intero percorso deve essere monitorato e valutato attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito, sia a livello di singola ASL sia a livello regionale e quindi nazionale.

In riferimento allo screening oncologico, rientrano, quindi, tra gli obiettivi della Regione:

- Migliorare la capacità di copertura e coinvolgimento della popolazione target, integrando in un flusso unico i canali di ingaggio;
- Standardizzare ed omogeneizzare le modalità e i processi di erogazione delle prestazioni previste nei programmi di screening e gli strumenti informatici a supporto, garantendone la massima automazione ed efficienza;
- Monitorare le attività delle AASSLL ed effettuare dei controlli su tempi e performance dei programmi;
- Garantire la cooperazione di tutti gli attori che operano nell'erogazione dei programmi in un processo strutturato e organico che garantisca l'efficacia degli scambi informativi tra questi e gli altri soggetti coinvolti;
- Strutturare i necessari canali di integrazione a livello regionale e/o nazionale ingaggiando in modo strutturato le risorse legate alla ROC (Rete Oncologica Campana) o l'ONS (Osservatorio Nazionale Screening).

In tale contesto la Regione Campania è impegnata nell'analisi e nella progettazione di una nuova piattaforma software di gestione dei programmi di screening oncologico con l'obiettivo di:

- Dotare la Regione e le AASSLL di un sistema di governo delle informazioni unico e centralizzato in grado di accedere in modo federato alle informazioni logicamente e fisicamente distribuite;
- Permettere alle singole AASSLL di utilizzare un sistema standard per gestire i processi relativi ai programmi di screening, dall'individuazione e contatto della popolazione target (sfruttando le potenzialità

fonte: http://burc.regione.campania.it

di contatto omni-canale offerto dalle nuove tecnologie digitali), all'esecuzione dei test e alla registrazione degli esisti clinici/delle refertazioni, fino agli eventuali follow-up sanitari se necessari;

- Permettere alla Regione di monitorare centralmente le attività relative ai programmi di screening svolte sul territorio dalle AASSLL, effettuando dei controlli statistici su tempi e performance dei processi e delle valutazioni di lungo periodo sull'efficacia sanitaria delle azioni intraprese, nonché di adempiere alla reportistica informativa richiesta a livello nazionale o dagli altri soggetti preposti.
- Abilitare l'integrazione delle altre soluzioni dell'ecosistema di servizi digitali della sanità regionale per realizzare nuovi servizi legati per gestire ed erogare i programmi di screening (ad esempio l'integrazione con il nuovo modello di CUP regionale, con l'anagrafe regionale degli assistiti, con l'Hub regionale per la gestione e fruizione dei dati clinico/sanitari).

In sintonia con la Programmazione degli interventi di sanità digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania, la piattaforma software realizzata consentirà, in sintesi, di digitalizzare l'intera area degli screening oncologici, riconoscendo una centralità specifica al paziente e integrandosi con le altre piattaforme del SSR e/o previste dal Sistema Informativo Sanità Campania (SINFONIA).

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment dei processi di screening oncologico

- Numero procedure

b. Definizione del modello standard dei processi di screening oncologici e advisory strategico-funzionale verticale

- Numero fasi attività

c. Progettazione tecnica di dettaglio

- Numero interfacce

d. Implementazione della piattaforma software e integrazione

- Numero applicazioni

e. Supporto specialistico e supporto agli utenti

- Numero ticket

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Settembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.7 Sistema Informativo delle dipendenze e monitoraggio dell'assistenza riabilitativa

La Regione Campania, in tema di dipendenze, è organizzata in 7 AASSLL e 42 Serd (servizi per le Dipendenze).

Il monitoraggio sulle Dipendenze, realizzato dalla Regione Campania nell'ambito del SID (Sistema Informativo Dipendenze), avviene attraverso il sistema informativo HTH.

In seguito a diversi interventi di natura tecnologica e consulenziale, il sistema di monitoraggio dei dati sulle dipendenze è stato in grado di innalzare notevolmente la qualità del processo di alimentazione delle informazioni contenute all'interno del sistema HTH, con una inevitabile ricaduta in termini di efficacia sul debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

Ciò nonostante, permangono alcuni ambiti di miglioramento su cui intervenire e operare che rendono necessaria una riprogettazione del framework tecnologico-organizzativo attuale.

In particolare:

- Presenza di un sistema informativo non sempre rispondente alle specifiche esigenze che emergono dalle prassi operative adottate e di un'interfaccia poco user friendly rispetto alle aspettative degli utenti;
- Permanenza presso i Serd di modalità e strumenti sviluppati internamente per il monitoraggio delle attività e dei servizi erogati. Tali modalità sono spesso utilizzate in maniera parallela o sostitutiva ad HTH, contribuendo alla frammentazione informativa e ad una scarsa propensione al pieno utilizzo del sistema;
- Esistenza presso i Serd di Cartelle Cliniche Cartacee (diverse per ciascuna ASL), regolarmente utilizzate dagli operatori, con dati e informazioni non allineati con la struttura dati del sistema informativo.

Tali criticità obbligano spesso a sforzi consistenti da parte della Regione nel recuperare i dati e garantire così un buon livello qualitativo dei dati relativi alle dipendenze ai fini dell'invio al Ministero della Salute per il SIND.

La Regione Campania, nell'ambito degli interventi di sanità digitale del progetto SINFONIA sta mettendo in campo su tale attività:

- Re-ingegnerizzazione del sistema in uso per renderlo maggiormente rispondente alle esigenze del sistema regionale e dei relativi attori (Ente Regione, ASL e Serd);
- Affiancamento al processo di innovazione attraverso l'attivazione di azioni di accompagnamento;
- Supporto e formazione sia ai dipendenti regionali che agli operatori dei Serd.

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment organizzativo e affiancamento

- Numero processi da reingegnerizzare

b. Analisi e progettazione funzionale delle soluzioni da reingegnerizzare

- Numero funzionalità

c. Supporto strategico e funzionale

- Numero disallineamenti

d. Progettazione tecnica di dettaglio della soluzione

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Numero soluzioni

e. Implementazione soluzione target

- Numero componenti

f. Migrazione verso la soluzione reingegnerizzata

- Numero record

g. Messa in campo soluzione reingegnerizzata

- Numero utenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Marzo 2020
d. Entro Giugno 2020
e. Entro Settembre 2020
f. Entro Dicembre 2020
g. Entro Dicembre 2021

7.8 Cruscotti per il Monitoraggio delle Liste di Attesa e del Pronto Soccorso

La gestione delle liste di attesa e il relativo monitoraggio è stato più volte oggetto di regolamentazione a livello nazionale, come nella legge 23 dicembre 1994, nella legge 23 dicembre 2005, nel piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012 e in successivi aggiornamenti e nelle altre fonti emanate a livello di governo centrale e linee guida e indicazioni ministeriali. La Regione Campania a riguardo ha istituito, con il Decreto n. 34 del 8/8/2017, il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa), al quale spetta il compito di individuare le modalità più idonee per effettuare il monitoraggio periodico degli indicatori di performance relativi alle liste di attesa. Il rispetto dei tempi massimi previsti per le liste di attesa risulta, inoltre, strettamente correlato con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'efficacia nel governo delle liste di attesa richiede che le AASSLL siano in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita, in modo da abilitare un modello di programmazione sanitaria integrato nell'ambito della singola ASL e su scala regionale. Conseguentemente, nel citato Decreto n.34 del 8/8/2017, viene sottolineato che "risulta necessario utilizzare strumenti di misurazione che consentano la rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d'attesa e l'agevole comparazione tra diversi erogatori e tra differenti realtà territoriali".

Le AASSLL della Campania e la Regione hanno già cominciato nel tempo a dotarsi di strumenti per il monitoraggio delle liste di attesa. Rientra tra questi AsapBI, cruscotto applicativo inizialmente sviluppato per monitorare le performance e le liste di attesa, secondo le linee guida regionali, di un'Azienda Ospedaliera e successivamente esteso al monitoraggio delle liste di attesa a livello regionale.

In tale contesto si andrà a potenziare l'attuale soluzione regionale per il monitoraggio delle liste di attesa e si procederà con le attività di evoluzione e adeguamento in coerenza con l'evoluzione complessiva del modello di digitalizzazione della sanità campana con l'obiettivo di:

- Garantire la valorizzazione delle soluzioni già nelle disponibilità di Regione Campania;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Indirizzare le evoluzioni di tale soluzione in considerazione ed in coerenza con l'evoluzione del modello CUP Regionale prevista nel medesimo livello progettuale e la necessità di includere nel monitoraggio delle liste d'attese i dati relativi al privato convenzionato;
- Completare i cruscotti di monitoraggio delle liste di attesa ed estenderli in termini di capacità di analisi, monitoraggio e reportistica e di servizi sanitari presidiati, includendo ad esempio i dati relativi al pronto soccorso;
- Dare pieno adeguamento alle linee guida nazionali e regionali e garantire la coerenza dei flussi informativi in ambito, anche nell'ottica complessiva degli interventi di digitalizzazione del SSR.

Obiettivi e Indicatori

a. Definizione del modello di monitoraggio e advisory strategico funzionale
- Numero modelli individuati

b. Progettazione tecnica di dettaglio
- Numero processi da monitorare

c. Implementazione del sistema e integrazione
- Numero componenti

d. Gestione applicativa
- Numero report

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Settembre 2020

7.9 Cartella Clinica Elettronica - Hub per la fruizione dei dati clinico/sanitari nell'ecosistema SSR Campania e Catalogo CCE

La Regione ritiene indispensabile agevolare il processo di diffusione delle soluzioni di Cartella Clinica Elettronica sul territorio (attualmente la diffusione di CCE nelle strutture sanitarie è caratterizzata da una situazione "a macchia di leopardo"), al fine di ottimizzare i processi di convergenza e gestione di tutti i dati clinici dei pazienti e di abilitare, oltre alle dinamiche di alimentazione del FSE, la disponibilità per la fruizione, in servizi innovativi, dei dati clinico-sanitari.

In tale direzione si colloca la duplica azione di Regione Campania:

- La definizione e implementazione di un catalogo di CCE regionali;
- La parallela realizzazione di un Hub per la fruizione standardizzata dei dati clinico-sanitari nel SSR.

Le due azioni costituiscono i cardini del progetto regionale, che attraverso una strategia complessiva e partecipata di sviluppo dell'ecosistema dei servizi digitali del SSR, è volto a garantire:

- La coerenza della diffusione delle CCE;
- La rispondenza e funzionalità dell'adozione della CCE da parte delle aziende.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La progettazione e l'implementazione del catalogo regionale realizza, di fatto, la definizione del modello di conformità e qualificazione delle soluzioni di CCE affinchè siano, al di là dell'autonomia delle Aziende che le adottano, pienamente integrate in un paradigma regionale in cui partecipare in modo coerente alla costruzione di servizi innovativi per la fruizione di dati clinico sanitari.

L'Hub di integrazione delle CCE (e più in generale dei dati clinico sanitari) è l'oggetto che tecnologicamente realizza il tessuto connettivo standard per la disponibilità - in termini di servizi innovativi di fruizione – dei dati clinico sanitari.

Il modello così perseguito si caratterizza per la funzionalità e complementarietà al FSE e per l'essere incentrato, ancora una volta assecondando il fil rouge dell'intera iniziativa di digitalizzazione regionale, su principi di consolidamento e standardizzazione che creano valore di sistema, contrapponendosi alla frammentazione e alla diseconomicità di iniziative autonome, non rispondenti ad una logica coerente.

Il modello così perseguito ha il valore, inoltre, di considerare i dati (in questo caso quelli originati dalla CCE in particolare) dal punto di vista del loro potenziale nella costruzione di servizi innovativi per il cittadino e per gli operatori.

La costruzione dell'Hub è, infine, l'elemento abilitante per la valorizzazione tempestiva, sempre in termini di fruibilità per cittadino e operatori, del patrimonio dematerializzato delle Cartelle Cliniche Cartacee.

In quest'ottica l'Hub costituisce un asset chiave per la realizzazione di servizi innovativi e di prossimità a cittadini e operatori del SSR nel valorizzare la messa a sistema dei diversi interventi progettuali previsti per la digitalizzazione della sanità campana, implementando la necessaria cerniera tra l'ambito operativo clinico/sanitario e le sue ricadute in termini di flussi informativi rilevanti nei procedimenti amministrativi.

L'Hub costituisce dunque un formidabile acceleratore rispetto alla capacità dell'intero ecosistema di servizi digitali della sanità di produrre benefici per cittadini e operatori, valorizzando il potenziale di componenti principali quali l'FSE e incrementando ulteriormente le possibilità di governo (controllo e indirizzo) a livello regionale. La disponibilità di informazione clinico/sanitaria strutturata e standardizzata attraverso l'Hub consente inoltre di ottenere servizi di analytics orientati al controllo ed al supporto decisionale.

Obiettivi e Indicatori

a. Assessment soluzioni CCE

- Livelli di copertura

b. Definizione di un catalogo CCE

- Indicatore: numero soluzioni individuate

c. Piattaforma Hub di convergenza delle Cartelle Cliniche e dei Dati clinico/sanitari
Implementazione piattaforma di interoperabilità "Piattaforma Hub HIE – Health Information Exchange

- Numero componenti

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

7.9.1 Cartella Clinica Elettronica – Dashboard di supporto decisionale, moduli complementari e supporto alla diffusione

A valle della realizzazione del modello regionale per la CCE di cui all'intervento 7.9, basato sulla definizione del catalogo e sulla realizzazione parallela dell'Hub per la fruizione dei dati clinico-sanitari, potranno esser offerti, in rispondenza a quanto previsto nel piano dei fabbisogni, servizi volti a:

- Realizzare funzionalità e servizi evoluti di analytics orientati al controllo e al supporto decisionale;
- Sviluppare ulteriori moduli funzionali per le CCE disponibili a catalogo;
- Realizzare una implementazione aziendale pilota di CCE a catalogo;
- Supportare (in termini tecnici e organizzativi) l'adozione da parte delle Aziende delle soluzioni di CCE a catalogo.

Obiettivi e Indicatori

a. Servizi di Data Analytics basati su dati sanitari
- Numero componenti

b. Sviluppo moduli complementari CCE
- Numero moduli sviluppati

c. Implementazione delle soluzioni di CCE presso due strutture pilota
- Numero soluzioni implementate

d. Affiancamento operativo e change management nell'adozione della CCE
- Numero aziende

e. Re-engineering organizzativo informativo e di processo
- Numero processi

Scadenze

a. Entro Dicembre 2019
b. Entro Dicembre 2019
c. Entro Giugno 2020
d. Entro Dicembre 2021
e. Entro Dicembre 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

8. Programma 8: L'informazione e l'Audit come strumento di programmazione e indirizzo

La realizzazione di un sistema di monitoraggio dei flussi informativi, così come descritto precedentemente, ha come mission quella di: analizzare la spesa ed il consumo dei determinanti sanitari al fine di monitorare ed ottimizzare l'appropriatezza degli interventi in sanità (Health Tecnology Assessment); elaborare specifici indicatori a supporto della Direzione Generale per la definizione e verifica dei programmi sanitari nonché per recuperare l'appropriatezza; valutare l'impatto delle politiche sanitarie nella reale pratica clinica.

In tal modo sarà possibile fornire alla Governance Regionale un'informazione precisa e puntuale in modo da rendere il governo clinico, oltre a quello finanziario, il reale decisore. Al fine di trasferire le evidenze che emergono nella reale pratica clinica a tutti gli operatori sanitari, in modo da promuovere la qualità e migliorare gli esiti dell'assistenza, saranno messi in atto processi di audit clinico.

In particolare, saranno realizzati:

- Audit di processo, volti a valutare l'appropriatezza degli interventi clinico-assistenziali nella reale pratica clinica relativi alle patologie croniche (diabete, cardiovascolare, etc.) in cui sarà prevista la partecipazione delle associazioni di pazienti in modo da coinvolgerli attivamente nei processi assistenziali e decisionali;
- Audit di esito volti a misurare l'effetto che le attività di assistenza hanno avuto sulla salute dei pazienti.

Obiettivi e indicatori

a. Promuovere la qualità e migliorare gli esiti dell'assistenza attraverso una continua formazione/informazione a tutti gli operatori sanitari

- Numero di audit di processo attuati

Scadenze

a. Entro Dicembre 2020

fonte: http://burc.regione.campania.it

9. Programma 9: Governance per il Sistema Sanitario della Regione Campania

9.1 Assetto organizzativo del SSR

Quale presupposto del ragionamento sulla rivisitazione dell'assetto organizzativo del SSR della Regione Campania c'è l'idea che l'uscita dal Commissariamento, richiesta con la presentazione dei Programmi Operativi relativi al triennio 2019-2021, ed anche la futura uscita dal Piano di Rientro (PdR) non saranno definitive se la struttura regionale non diventerà autosufficiente nel realizzare e monitorare le azioni programmate e che, quindi, sia necessaria la progettazione di un'adeguata governance regionale a prescindere dai meccanismi straordinari di vigilanza e supporto previsti dalla fase commissariale e dal PdR.

Il dibattito sulla governance adeguata ad esercitare questa autonomia è centrale nella attuale fase del Servizio Sanitario Regionale (SSR) campano e non può prescindere dalla considerazione degli orientamenti di fondo (driver) per lo sviluppo della sanità campana.

9.1.1 I driver fondamentali per lo sviluppo della sanità campana

Secondo il citato piano triennale, i driver fondamentali su cui sviluppare la sanità campana sono:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano Esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione di reti assistenziali;
- Riorientamento dell'assistenza nella dimensione territoriale ed intermedia;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;
- Centralità del cittadino;
- Riduzione della mobilità passiva.

9.1.2 La Governance regionale

Questa sezione nonché il piano nel suo complesso e l'agire concreto di numerosi attori del sistema sanitario negli ultimi anni sembrano assumere che il punto centrale del futuro modello di governance regionale sia la creazione di un efficace sistema informativo a livello regionale che permetta al decisore regionale di:

- Conoscere praticamente in tempo reale quanti più dettagli possibili dell'attività amministrativa e sanitaria delle aziende;
- Aggregare questi dati, confrontarli e analizzarli per trarne conoscenza;
- Utilizzare questa conoscenza per attività di audit, programmazione sanitaria e indirizzo strategico.

Questa strada è largamente condivisibile. D'altronde sarebbe in ogni caso impensabile per la Direzione Generale regionale riprendere pienamente le sue funzioni senza disporre di dati affidabili e aggiornati per monitorare e programmare. Senza avere qui a disposizione lo spazio per elogiare a sufficienza gli aspetti positivi di questa impostazione e l'immenso e prezioso lavoro che le persone che lo portano avanti stanno

fonte: http://burc.regione.campania.it

svolgendo, di seguito si elencano le principali problematiche, ad oggi prevedibili, che sono state considerate e gestite nell'ambito della progettazione del nuovo assetto organizzativo:

- La complessità di far davvero funzionare procedure informatiche in modo tale che simultaneamente le considerino affidabili tutte le aziende per la loro attività quotidiana e la "holding regionale" per le esigenze di audit e programmazione, è alta.
- La disponibilità ed affidabilità dei dati è la premessa perché questa impostazione funzioni ma quello che conta davvero è saperli utilizzare efficacemente per effettuare valutazioni e prendere decisioni.
- Il sistema può essere costruito focalizzando l'attenzione di chi lo progetta e lo utilizza sull'uso dei dati come strumento operativo che facilita il coordinamento e il miglioramento continuo. Un approccio che punta al coinvolgimento delle aziende ha più probabilità di produrre decisioni migliori e concretamente attuate rispetto ad un approccio che pone l'accento sull'utilizzo dei dati a livello regionale come strumento di controllo.

9.1.3 Fotografia degli assetti istituzionali e modello proposto per la Regione Campania

A partire dal triennio 2008-2010, nel SSN si assiste a una progressiva evoluzione e trasformazione verso un sistema di holding regionali: le reti di aziende in competizione che erano state disegnate dal D.lgs. 502/92 sono progressivamente diventate, in ogni Regione, sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale.

Indagare gli assetti istituzionali e organizzativi con cui si stanno strutturando le capogruppo regionali in altre Regioni può essere utile per identificare elementi di interesse e confronto per delineare strategicamente la struttura più coerente per la Regione Campania. Non bisogna, quindi, assumere che siano necessariamente modelli efficaci e/o adattabili alle esigenze campane. Il ridisegno istituzionale dei SSR è stato spesso argomentato con la necessità di:

- Generare economie di scala e controllare le dinamiche della spesa;
- Garantire "logiche di sistema" con una programmazione unitaria;
- Affrontare la ridondanza, sovrapposizione, duplicazione di strutture di erogazione di servizi e cura (laboratorio unico, aggregazione di aree per intensità di cura);
- Riorientare i servizi verso filiere integrate di offerta (ad esempio, case della salute, ospedali di comunità, long term care, ambulatori di cure primarie, etc.).

In funzione della distribuzione dei poteri e dei profili di responsabilità tra il livello centrale e il livello locale si possono identificare le tipologie di "capogruppo" indicare nella tabella che segue.

fonte: http://burc.regione.campania.it

	POTERI E FUNZIONI DELLA CAPOGRUPPO	POTERI E FUNZIONI DELLE AZIENDE CONTROLLATE	PROFILI DI RESPONSABILITÀ DELLE AZIENDE CONTROLLATE
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali

Tabella 7 – Distribuzione poteri e profili di responsabilità

Diverse tipologie di capogruppo regionali hanno deciso di centralizzare servizi e aree strategiche, quali:

- Servizi di acquisto (Centrale Acquisti Lazio, EGAS Friuli Venezia Giulia, ESTAR Toscana);
- Pianificazione: obiettivi di sistema ed allocazione delle risorse (DEP Lazio Oss. Epid., ESTAV Toscana, AliSA Liguria, Lombardia);
- Strategie di sviluppo delle reti e delle principali macrostrutture a livello di ogni singola Azienda cui compete la traduzione operativa e la responsabilità gestionale;
- Gestione completa delle funzioni direzionali, lasciando alle Aziende solo le funzioni erogative di aderenza alle procedure predeterminate.

Rispetto alle classificazione proposte, lo studio condotto ha permesso di rilevare il posizionamento di alcune regioni italiane e di proporre, alla luce delle caratteristiche specifiche del contesto locale, un'ipotesi di posizionamento per il modello della Regione Campania.

	POTERI E FUNZIONI DELLA CAPOGRUPPO	POTERI E FUNZIONI DELLE AZIENDE CONTROLLATE	PROFILI DI RESPONSABILITÀ DELLE AZIENDE CONTROLLATE	fvg	liguria	lombardia	e. romagna	toscana	veneto	campania
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale							
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale			X	X			X
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale							
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali	X	X			X	X	

** Ipotesi di posizionamento del modello organizzativo del SSR campano*

Tabella 8: Posizionamento Regionii

La scelta del modello adottabile per la Regione Campania si poggia su alcune constatazioni di base:

- Rafforzamento dell'azione di governance regionale, parallela a quella aziendale, nel dominio della Direzione Generale Salute;
- Superamento della situazione critica dell'Assessorato, svuotato di personale da anni di blocco del turnover, con la copertura, attraverso le procedure in corso di finalizzazione, di molte posizioni chiave scoperte;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Blocco del turnover all'interno delle aziende che iniziano ad assumere nuove persone con conoscenze e competenze che hanno bisogno di tempo e investimenti per formarsi;
- Crescita dimensionale della So.Re.Sa che, grazie alla forma giuridica e alle competenze del management, ha iniziato a gestire un numero crescente di funzioni accentrate;
- Regione di grandi dimensioni con realtà aziendali molto diverse (es: Ospedale Cardarelli vs ASL di Benevento), un territorio complesso ed una storia recente che ha ridotto le opportunità di sviluppare competenze di governo strategico a livello aziendale e regionale.
- Rafforzamento dei sistemi operativi di coordinamento tra le parti del SSR, al massimo discutendo l'ulteriore accentramento di alcune limitate funzioni aziendali "no-core", piuttosto che ridiscutere la struttura organizzativa del sistema disegnando nuovi organismi o stravolgendo l'allocazione delle competenze tra quelli esistenti;
- Potenziamento dell'autonomia e delle competenze del middle management delle Aziende e della capogruppo.

La stessa rappresentazione può essere maggiormente articolata se si fa riferimento alle tre principali funzioni che devono essere considerate ai fini della conduzione di un sistema sanitario regionale: funzione sanitaria, funzione amministrativa e funzione logistica.

	Poteri e funzioni della capogruppo	Poteri e funzioni delle aziende controllate	Profili di responsabilità delle aziende controllate	fvg	liguria	lombardia	e. romagna	toscana	veneto	campania*
CENTRALE DI SERVIZIO	Offre servizi di supporto alle controllate	Aziende autonome: scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale							
CAPOGRUPPO DI PIANIFICAZIONE	Regola obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale			FxS FxL	FxS FxA FxL	FxS		FxS FxL
CAPOGRUPPO STRATEGICA	Definisce piani strategici	Sono autonome nella gestione (nella definizione delle tattiche)	Responsabilità gestionale	FxS	FxS	FxA			FxS	
CAPOGRUPPO DIREZIONALE	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali	FxA FxL	FxA FxL			FxA FxL	FxA FxL	FxA

FxS – Funzione Sanitaria
FxA – Funzione Amministrativa
FxL – Funzione Logistica

** Ipotesi di posizionamento delle funzioni esercitate*

Tabella 9: Distribuzione dei compiti

fonte: http://burc.regione.campania.it

La distribuzione dei compiti all'interno della capogruppo tra la Direzione Generale dell'Assessorato e So.Re.Sa.

Una volta operate le scelte sul ruolo della capogruppo è necessario dedicarsi all'assetto della capogruppo al cui interno oggi in Campania è possibile identificare due soggetti principali: la Direzione Generale dell'Assessorato e So.Re.Sa.. Come già discusso, So.Re.Sa. rispetto all'Assessorato è caratterizzata da maggiore flessibilità amministrativa e dal gestire una parte importante dei dati che servono alla programmazione. D'altra parte, l'Assessorato è il soggetto in ultima analisi giuridicamente legittimato alle attività di pianificazione e programmazione sanitaria e la minore flessibilità di un Assessorato rispetto ad una Spa è motivata anche dalla rilevanza pubblica delle decisioni che pone in essere.

La revisione dell'assetto istituzionale interno al livello centrale del SSR può ispirarsi a differenti modelli istituzionali. Tra questi, quello che maggiormente consente di valorizzare le peculiarità del contesto campano è il Modello ispirato al rafforzamento tecnico-specialistico di So.Re.Sa e al ruolo di supporto di questa alla funzione di Internal Audit

Tale modello, sulla base dell'analisi degli assetti istituzionali di altre esperienze (in particolare, Emilia-Romagna) prevede non solo un significativo rafforzamento del ruolo di So.Re.Sa. delle attività tecnico-amministrative di tipo specialistico, ma soprattutto un crescente ruolo nel supporto alla DG Salute nelle attività di controllo di gestione ed economico-finanziario, mantenendo una netta separazione con le attività di pianificazione strategica e programmazione sanitaria in capo alla Direzione Generale Sanità, alla quale fornisce costantemente i dati per la valutazione.

La Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale mantiene le attività di:

- Coordinamento, pianificazione e organizzazione del sistema sanitario regionale;
- Cura del governo economico finanziario del SSR;
- Attuazione e alla regolamentazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- Organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali;
- Coordinamento, programmazione e pianificazione degli interventi socio-sanitari nel campo delle dipendenze patologiche, della salute mentale, della riabilitazione e della non autosufficienza;
- Istruttoria relativa ai programmi di ricerca sanitaria;
- Altre attività previste dall'attuale disegno organizzativo (attività farmaceutiche e inerenti alla farmaco-vigilanza; adempimenti connessi ai sistemi informativi in materia sanitaria, alla prevenzione e all'igiene sanitaria, all'igiene dei luoghi di lavoro e alla prevenzione sanitaria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, alla sicurezza alimentare e all'assistenza veterinaria; programmazione e pianificazione degli interventi relativi all'assistenza consultoriale, alla tutela materno-infantile, alla medicina penitenziaria, alla medicina scolastica, alle malattie sociali e alla medicina dello sport.
- Attività di "Internal audit" di tipo contabile: monitoraggio del Servizio sanitario regionale, nelle sue componenti aziendali e coordinamento delle attività di Internal audit delle singole aziende.

Le attribuzioni tipiche di So.Re.Sa. in materia di centralizzazione degli acquisti e di accertamento del debito, sono ampliate attraverso nuove funzioni strategiche assegnate alla società, quali:

- Creazione Banca Dati Unificata;
- Centrale Unica di Pagamento;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Supporto alla Regione nelle procedure di Accreditamento Istituzionale delle Strutture del SSR;
- Supporto al controllo di gestione e pianificazione aziendale delle Strutture del SSR;
- Supporto alla DG Salute nelle attività di pianificazione e programmazione sanitaria, attraverso la produzione e l'analisi dei dati;
- Attività di "Internal audit" di tipo operativo: monitoraggio del Servizio sanitario regionale, nelle sue componenti aziendali e monitoraggio delle funzioni di controllo operativo delle singole aziende.

9.1.4 Governance delle Aziende sanitarie

Le Aziende Sanitarie campane sono 17, divise tra 7 AASSLL, 2 AOU, 1 AORN/AOU, 1 IRCCS, e 6 AORN (di cui una pediatrica). Esse nascono dalla fusione di Aziende più piccole, con aggregazione di presidi ospedalieri a vocazioni differenziate. Alcuni di essi hanno mantenuto il ruolo di P.S. nella rete ospedaliera. Delle 7 AASSLL solo una è esclusivamente territoriale (avendo solo presidi ospedalieri accreditati) e diventa per questo, in Regione Campania un laboratorio sperimentale per i LEA territoriali. Tutte le Aziende sono costantemente monitorate dagli Uffici regionali nei percorsi esecutivi.

Obiettivo e Indicatori

a. LA GOVERNANCE DI "SISTEMA": Data la diversità di mission, si ritiene che le Aziende Sanitarie campane si giovino anche di una governance comune "di Sistema". Un processo di governance aziendale in rete regionale non è ancora declinato in maniera formale ma resta necessario per rendere coerente la programmazione e la strategia regionale e poter mettere in relazione le Aziende con i contesti locali. Va perciò rafforzata l'azione di governance regionale corrente, parallela a quella aziendale, nel dominio della Direzione Generale Salute.

Azioni comuni da rafforzare per una buona governance di Sistema e rispondere al livello di complessità delle Aziende, sono rappresentate dalla possibilità per la Regione e insieme per le Aziende di:

- Predisporre e condividere percorsi amministrativo-contabili
- Accedere con diversi livelli di ingressi a piattaforme informatizzate regionali per la verifica della propria collocazione nell'ambito delle performance di sistema
- Predisporre e adottare percorsi clinico-assistenziali regionali (PDTA) e adattarli alla singola Azienda per una necessaria continuità assistenziale e riconciliazione terapeutica
- Predisporre l'adeguamento in coerenza temporale alle innovazioni amministrative e gestionali
- Individuare e condividere le best pratice per migliorare la qualità del sistema sanitario
- Individuare le criticità interaziendali e superarle con metodologia di concertazione e di indirizzo
- Monitorare l'andamento degli indicatori di performance, dei LEA, del PNE ed adottare indicazioni e azioni correttive ove necessario
- Monitorare gli indicatori economico-finanziari per il rispetto dei parametri programmati
- Condividere, mediante le infrastrutture di servizio, processi di approvvigionamento, trasporti, diagnostica centralizzata, preparazione farmaci, analisi e reportistica
- Promuovere e governare i processi di valutazione HTA
- Promuovere e sostenere la formazione manageriale diffusa, specie rivolta al middle management
- Monitorare il fenomeno della mobilità passiva e programmare strategie di intervento

Predisposizione di un documento regionale che renda ordinaria e sistematica questa azione di governance Regione/Aziende

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Accesso al cruscotto regionale

b. LE RELAZIONI INTERISTITUZIONALI: La Regione ritiene che i processi di governance propri delle Aziende siano già ampiamente nel dominio delle Direzioni strategiche, a cui restano affidate nella ordinaria quotidianità e per i necessari adattamenti correlati al bisogno organizzativo e gestionale aziendale.
Anche le relazioni con i Comuni sono ampiamente disciplinate dalle normative vigenti, sia attraverso il Collegio dei Sindaci sia dalla normativa 328/2000 relativa all'integrazione socio-sanitaria.

Le AASSLL normalmente si interfacciano con gli Enti e le Agenzie del territorio e tutti gli stakeholders per amplificare messaggi di prevenzione, diffondere buone pratiche in tema di salute, svolgere azioni di protezione di comunità ed interventi di sanità pubblica. In questa dimensione la Regione Campania auspica che tutte le proprie articolazioni e tutte le Direzioni che abbiano ad essere interfaccia con le Aziende Sanitarie offrano la massima collaborazione istituzionale per azioni condivise, finalizzate a migliorare la salute e l'empowerment del cittadino.

- Numero di protocolli di Intesa su tematiche di salute sottoscritti con Enti e Agenzia del territorio di riferimento

c. LE RELAZIONI INTERAZIENDALI: Fenomeni di condivisione di processi omologhi o complementari sono già attivi tra varie Aziende, ove per complementarietà di funzioni, ove per completamento di percorsi assistenziali, ove per la condivisione di risorse rispetto a processi comuni. Le sinergie organizzative risultano efficaci quando è condiviso un obiettivo o quando entrambe le Aziende trovano comunque un giovamento, anche diverso, ma preordinato.

La Regione intende promuovere e sviluppare percorsi di integrazioni interaziendali che conducano ad un miglioramento dei percorsi assistenziali, ad una economia di scala, all'appostamento appropriato di risorse. In tal senso valuterà con attenzione prioritaria forme di intesa programmatoria rispetto all'accesso a fondi dedicati.

- Protocolli di intesa e collaborazioni operative tra aziende per ottimizzazione delle risorse e/o miglioramento dei servizi

d. LE RELAZIONI TRA AZIENDE OMOLOGHE EXTRAREGIONE – i network sovraregionali: La complessità sanitaria e sociale rappresentata dalla assistenza specialistica e oncologica non può più trovare risposte coerenti e complete nelle singole organizzazioni, ma deve trovare nuove scale dimensionali entro cui organizzare la risposta erogativa. Pare perciò opportuno promuovere la creazione di Network sovraregionali per Aree Vaste di tipo funzionale, che rendano più velocemente percorribili gli sviluppi della ricerca, della assistenza, e delle sperimentazioni gestionali.
A tal fine, così come previste nella 288 regolatoria degli IRCCS, il Pascale di Napoli con il consenso della Regione Campania ha promosso la costituzione della rete "AMORe" - Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete - per mettere insieme le competenze di ricerca, professionali ed organizzative dei tre IRCCS oncologici del Sud Italia e, precisamente, l 'Istituto Pascale di Napoli, Giovanni Paolo II di Bari e il CROB di Rionero in Vulture. A questa unione ha chiesto di affiancarsi anche la Regione Calabria, con la partecipazione della Azienda Ospedaliera di Cosenza. L'obiettivo è la creazione di un Network sovraregionale: una sorta di Area Vasta Oncologica entro cui dispiegare innovative partecipazioni gestionali, sui temi di:

- Ricerca: le direzioni scientifiche hanno già condiviso la piattaforma informatica del catalogo prodotta e già sperimentata presso l'Istituto Pascale di Napoli, e questo consente ai ricercatori di poter dialogare

fonte: http://burc.regione.campania.it

tra loro con modalità fortemente innovativa, di valutare e condividere esiti di sperimentazioni, nonchè di esprimere pareri condivisi sulle nuove opportunità, e poter contare su bacini di potenziali pazienti con casistiche sempre più ampie e articolate

- Clinica: ci si propone la condivisione su scala allargata dei PDTA, e la loro certificazione, percorso questo già completato nel Pascale e IRCCS di Bari, per quanto concerne il PDTA per il carcinoma prostatico, e nel Pascale per il Ca del testicolo
- Infrastrutture: è prevista la adesione alla piattaforma informatica costruita in sede dal Pascale di Napoli e già in uso
- Consulenza/confronto: possibilità che i professionisti possano, su particolari patologie, effettuare tra di loro second opinion fino a poterne prevedere l'impiego sulla base di accordi trilaterali all'interno dei vari istituti
- Organizzazione: E' stata già avanzata ai Presidenti delle Regioni interessati ed al Ministero la richiesta per il comitato etico unico, dedicato ai tre IRCCS facenti parte dell'alleanza

- Condivisione di tutti i PDTA oggetto di decretazione regionale, nonché la rispettiva certificazione
- Accesso alla piattaforma
- Avvio consulenze in second opinion

Scadenza

a. Entro Settembre 2019 con revisione annuale (Predisposizione di un documento regionale che renda ordinaria e sistematica questa azione di governance Regione/Aziende); a partire da Dicembre 2019 (Accesso al cruscotto regionale)
b. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
c. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
d. Entro Dicembre 2020 (Condivisione di tutti i PDTA oggetto di decretazione regionale, nonché la rispettiva certificazione); A partire dal 2020 (Accesso alla piattaforma); A partire da Luglio 2019 (Avvio consulenze in second opinion)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Tendenziali 2019-2021

I Conti Economici tendenziali

Nel seguito, si riporta il dettaglio e le ipotesi di calcolo per la costruzione dei tendenziali 2019-2021.

Per la costruzione dei tendenziali 2019, per alcune voci di costo, è stato previsto un incremento rispetto al Consuntivo 2018 dell'1,2%, pari al Tasso di Inflazione Programmata (di seguito TIP), riportato in data 29 Ottobre 2019 sul sito del Dipartimento del Tesoro[1]. Mentre per la costruzione dei tendenziali 2020-2021, per alcune voci di costo, è stato previsto un incremento dell'0,8%, pari al TIP, rispetto al costo tendenziale dell'anno precedente.

Per le voci di costo relative al Personale dipendente e convenzionato, alla farmaceutica convenzionata, alle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, alla mobilità extra regionale e internazionale, ai prodotti farmaceutici, agli specialisti ambulatoriali, agli altri servizi sanitari e non sanitari, ai beni non sanitari, agli ammortamenti, al pay-back, agli accantonamenti per il personale convenzionato, al fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria e finanziaria, vengono forniti chiarimenti sui criteri utilizzati nel seguito del documento.

Per le voci di ricavo relative al F.S.R. indistinto e vincolato, alla mobilità extra regionale e internazionale e alle entrate, vengono forniti chiarimenti sui criteri utilizzati nel seguito del documento.

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinto

Per l'importo del FSR 2019 è stato riportato il valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88/2019 e n.90/2019. Per l'anno 2020-2021 tale quota è stata incrementata della stima di crescita del fondo sanitario nazionale (pari rispettivamente a ca. 2.000.000 €/000 per il 2020 e ca. 1.500.000 €/000 per il 2021), desumibile dalla Legge 145/18, moltiplicata per la quota di accesso per la Regione Campania desunta dall'Intesa n. 89/2019, pari a 9,32 %. Tale quota di accesso non tiene conto dell'incidenza percentuale, a favore della Regione Campania, relativa alla quota dello 0,25% dell'indistinto che negli ultimi anni è stata ripartita tra le regioni ai fini di riequilibrio, sostenendo in particolare le regioni Liguria e Campania, in quanto regioni che si distanziano maggiormente dall'indice di vecchia medio nazionale.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Per quanto riguarda i contributi a destinazione vincolata, per gli anni 2019 e 2021 è stato riportato il valore indicato dal Ministero della Salute, nell'ambito della comunicazione del giorno 08.11.2019.

Per il 2020, rispetto alle quote previste per il 2019 e 2021, sono stati aggiunti ulteriori 4.481 €/000 relativi al finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni

[1] Fonte: http://www.dt.tesoro.it/it/attivita_istituzionali/analisi_programmazione_economico_finanziaria/inflaz_programmata/

fonte: http://burc.regione.campania.it

assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislative dei 3 ottobre 2009 n. 153, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, come risultante dall'intesa della conferenza Stato-Regioni n. 33 del 2019.

Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro

Per il 2019-2020-2021 tale voce è pari a ca. 5.677 €/000 come da comunicazione del Ministero della Salute del giorno 8.11.2019.

Saldo mobilità extraregionale e internazionale in compensazione

Per il triennio 2019-2020-2021 le relative voci di ricavo e di costi sono state mantenute stabili in via prudenziale. A tal proposito è stato preso come riferimento per la mobilità extra-regionale il valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88 del 06.06.2019.

Il saldo della mobilità internazionale per l'anno 2019 è pari al valore risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 88 del 06.06.2019. Mentre per il biennio 2020-2021 è stata riportata una stima prudenziale del saldo pari a ca. -8.250 €/000, basato sugli addebiti riferiti agli anni 2013/2017.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati anni precedenti

Per la voce relativa all'utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato, il tendenziale degli anni 2019-2020-2021 è stato previsto pari a quanto iscritto nel CE al Consuntivo 2018 che ammonta a ca. 61.102 €/000.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il tendenziale degli anni 2019 e 2020 è stato previsto pari a quanto iscritto nel CE al Consuntivo 2018, mentre nel 2021 è stato previsto l'ulteriore utilizzo delle quote relative al gioco d'azzardo patologico ex legge 208/2015, riferite alle annualità 2016-2019, pari a ca. 18.150 €/000 a copertura dei costi operativi che saranno sostenuti nell'anno.

Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il tendenziale per gli anni 2019-2020-2021 è pari al valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, a cui è stata aggiunta la quota relativa al gioco d'azzardo patologico ex legge 208/2015, pari a ca. 4.655 €/000 e la quota relativa all'intesa CSR n. 151/2019 finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, pari a ca. 4.211 €/000. L'importo relativo al gioco patologico è stato accantonato nella voce "accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", per gli anni 2019-2020. La quota relativa all'intesa alla CSR n. 151/2019 è stata accantonata nella voce "accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", per gli anni 2019-2021.

Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro

Il tendenziale per il solo 2019 è pari a quanto riportato nel Consuntivo 2018 comprensiva la quota relativa al 2019 del Progetto ex Articolo 79. Tale importo è riportato anche per il solo 2019 tra le consulenze non sanitarie da privato. Per il 2020 il tendenziale è pari a quanto iscritto in sede di Consuntivo 2018 a cui è stata aggiunta

fonte: http://burc.regione.campania.it

una quota di ca. 3.751 €/000 relativa all'estensione per il 2020 del Progetto ex Articolo 79. Per il 2021 la voce è pari a quanto riportato nel Consuntivo 2018.

Altre entrate

Rispetto al Consuntivo 2018 per il tendenziale degli anni 2019-2020-2021, tali voci, compreso il saldo dell'intramoenia, sono state mantenute prudenzialmente stabili, al netto di fenomeni che si ritiene specifici dell'anno 2018 (riferibili alle voci "Altri proventi diversi" e "Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici" per un totale di 11.855 €/000).

Pay-back

La quota relativa al Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, per il tendenziale 2019-2020-2021, è stato posto pari a zero; mentre per l'ulteriore pay-back è stato riportato per il triennio 2019-2020-2021 il valore iscritto a CE in sede di Consuntivo 2018. Si precisa che, a titolo prudenziale, si è ritenuto opportuno non considerare nell'ambito di tale valorizzazione la quota relativa al fondo Pay-back farmaceutici anni 2013-2017 che ammonta a ca. 170 €/mln (come da nota del 20/09/2019 inviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze).

COSTI

Beni e Servizi

Per quanto riguarda la stima dell'andamento dei costi per beni e servizi, la stessa è stata effettuata come di seguito riportato:

- Il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto dei costi per i farmaci anti Epatite C, è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato di un tasso di crescita annuo pari al CAGR rilevato negli anni 2015-2016-2017 (3%). Il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici anti Epatite C invece è stato mantenuto costante nel triennio e pari al valore rilevato al Consuntivo.
- Il costo tendenziale 2020-2021 per l'acquisto degli altri beni sanitari, esclusi i prodotti farmaceutici e i dispositivi, è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018 (16,2%). Mentre per il 2019 il costo tendenziale è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per l'anno 2019.
- Il costo tendenziale per l'acquisto dei dispositivi è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per gli anni 2019-2021. Ciò tenuto conto anche degli andamenti dei conti economici trimestrali del 2019 (II e III Trimestre 2019).
- Il costo tendenziale per l'acquisto di beni non sanitari, è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP per gli anni 2019-2021.
- Il costo tendenziale per l'acquisto dei costi per servizi appaltati, utenze e consulenze (ad eccezione dell'indennità al personale universitario e degli specialisti ambulatoriali) è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del

fonte: http://burc.regione.campania.it

TIP per gli anni 2019-2021. Per il costo tendenziale del 2019 delle sole consulenze non sanitarie si è tenuto conto della quota relativa al progetto ex Art 79 pari a ca. 12.650 €/000.

- Il costo tendenziale degli specialisti ambulatoriali (sumai) è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno.
- Il costo tendenziale 2020-2021 degli altri servizi sanitari è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 3,5%, pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018. Il costo tendenziale 2019 è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno, tenuto conto dell'andamento dei dati del III Trimestre 2019.
- Il costo tendenziale 2020-2021 dei rimanenti servizi non sanitari è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 1,6%, pari al CAGR rilevato negli anni 2016-2017-2018. Il costo tendenziale 2019 è stato determinato a partire dal valore iscritto a CE al Consuntivo 2018, incrementato del TIP del relativo anno, tenuto conto dell'andamento dei dati del III Trimestre 2019. Si precisa che nell'ambito di tale valutazione si è tenuto conto della quota della convenzione So.Re.Sa., relativa all'anno 2019, pari a ca. 4.252 €/000.

Costo del Personale dipendente

Nei tendenziali del triennio 2019-2020-2021, il costo del personale dipendente è stato definito sulla base di quanto iscritto a CE nel Consuntivo 2018, al netto dello sforamento dei fondi contrattuali rilevati nel medesimo anno, stimando che le AA.SS. assumano il 100% del personale cessato dell'anno precedente.

Medicina di base

Il costo tendenziale 2019-2020-2021 della medicina di base è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

Farmaceutica convenzionata

Il costo tendenziale 2019-2020-2021 della farmaceutica convenzionata è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

Prestazioni sanitarie da privato

Per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica il costo tendenziale è stato costruito tenendo in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review, quindi procedendo all'abbattimento del 2% del valore rilevato al Consuntivo 2011. L'importo così determinato è stato mantenuto costante per il triennio 2019-2020-2021.

Per l'assistenza riabilitativa il valore tendenziale 2019-2020-2021 è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP del relativo anno.

Per l'assistenza psichiatrica e socio-sanitaria, il valore tendenziale 2019-2020-2021 è pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018, tale valore è stato mantenuto costante nel triennio di riferimento.

Per l'assistenza integrativa e protesica il valore tendenziale 2019-2020-2021 è stato determinato a partire dal valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018 incrementato di un tasso di crescita annuo, pari al valore del TIP del relativo anno.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Accantonamenti a fondi rischi

Il valore tendenziale degli accantonamenti a fondo rischi per il 2019-2020-2021 è stato stimato partendo dal dato iscritto nel CE al Consuntivo 2018, al netto degli accantonamenti operati in Gestione Sanitaria Accentrata per situazioni specifiche relative all'anno 2018.

Altri accantonamenti

Il valore tendenziale degli altri accantonamenti per il 2019-2020-2021 è pari al dato iscritto nel CE al Consuntivo 2018, al netto degli accantonamenti operati in Gestione Sanitaria Accentrata, pari a ca. 14.000 €/000.

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati

Per l'anno 2019 gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati, sono pari al valore rilevato al Consuntivo 2018. Per il 2020 la voce è pari al 70% del valore degli obiettivi di piano risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 89 del 06.06.2019, a tale importo sono stati aggiunti ulteriori 4.481 €/000 relativi al finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislative dei 3 ottobre 2009 n. 153, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, come risultante dall'intesa della conferenza Stato-Regioni n. 33 del 2019. Per il 2021 la voce è pari al 30% del valore degli obiettivi di piano risultante dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE delle risorse destinate al FSN per l'anno 2019 n. 89 del 06.06.2019.

Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati

Il costo tendenziale 2019 è pari al valore rilevato al Consuntivo 2018 incrementato delle quote relativa al gioco d'azzardo patologico 2016-2019 (ex legge 208/2015) pari a ca. 13.495 €/000 con riferimento agli anni 2016-2018 e a ca. 4.655 €/000 con riferimento all'anno 2019. A tale importo sono stati aggiunti ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019 (riferita alla riduzione dei tempi di attesa). Per il 2020 il costo tendenziale è pari al Consuntivo 2018 incrementato della quota relativa al gioco d'azzardo patologico 2020 (ex legge 208/2015) pari a ca. 4.655 €/000 e a ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019. Per il 2021 il valore è relativo a quanto iscritto nel Consuntivo 2018, a tale importo è stata aggiunta una quota pari a ca. 4.211 €/000 con riferimento agli importi dell'intesa CSR n. 151/2019.

Accantonamenti per rinnovi personale

Per il 2019 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale e dei relativi accantonamenti, rilevati in sede di Consuntivo 2018, moltiplicato per 1,3 % che costituisce la quota da applicare per il 2019. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018. Per il 2020 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale rilevato in sede di Consuntivo 2018 e degli accantonamenti tendenziali 2019, moltiplicato per 1,65 %. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018. Per il 2021 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente, ad eccezione del comparto, sono pari al valore del costo del personale rilevato in sede di Consuntivo 2018 e degli accantonamenti tendenziali 2020, moltiplicato per 1,9 %. A tale importo è stata aggiunta una quota pari al 3,48% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per il comparto gli accantonamenti per il personale dipendente comparto sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,3%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, al valore di costo e relativo accantonamento rilevato nel 2018. Per l'anno 2020 gli accantonamenti per il personale dipendente comparto sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,65%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, alla somma del costo e dei relativi accantonamenti tendenziali, riferiti al 2019. Per l'anno 2021 gli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato sono stati calcolati applicando la percentuale di rinnovo pari all'1,95%, desumibile dall'ultima legge di bilancio per l'anno 2019, alla somma del costo e dei relativi accantonamenti tendenziali, riferiti al 2020.

Per il 2019 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,3% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e del relativo accantonamento 2018.

Per il 2020 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,65% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e dell'accantonamento tendenziale 2019.

Per il 2021 gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato, ivi compresi sumai, sono pari al 3,48% della somma del costo rilevato in sede di Consuntivo 2015 e dello 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010. A tale importo sono state aggiunte le ulteriori due quote relative allo 0,75% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2010 e dell'1,9% del costo rilevato in sede di Consuntivo 2018 e dell'accantonamento tendenziale 2020.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Gli oneri e i proventi straordinari sono pari a quanto iscritto nel CE Consuntivo 2018, fatta eccezione per le insussistenze attive e passive stimate prudenzialmente pari a zero; delle altri sopravvenienze passive alle quali, solo per il 2019, è stata aggiunta una quota pari a 1.845 €/000, relativa agli stanziamenti degli STP, come da indicazioni del Ministero della Salute nell'ambito della comunicazione del giorno 08.11.2019 e delle altre sopravvenienze attive v/terzi. Queste ultime sono state incrementate con riferimento al solo costo tendenziale 2019 delle quote relative al GAP 2016-2018 pari a ca. 13.495 €/000 e al Pay-back 2017 pari a ca. 13.951 €/000.Tale quota non risulta rilevata sul Consuntivo 2017 e si riferisce alla quota accertata e riscossa nel 2017, ma non impegnata alla data di chiusura del Consolidato 2017 Sanità (novembre 2018), che su indicazioni ministeriali non era stata rilevata come ricavo dell'esercizio 2017. Tuttavia in sede di chiusura di rendiconto finanziario 2017 della Regione, avvenuta successivamente al tavolo di verifica Ministeriale di novembre 2018, a seguito di interpretazione dei principi di contabilità finanziaria da parte della Corte dei Conti, la predetta quota è stata oggetto di impegno tecnico a "sfondamento" e pertanto sul rendiconto finanziario 2017 risulta accertata, riscossa ed impegnata.

I proventi e gli oneri finanziari sono stati stimati pari al valore iscritto nel CE al Consuntivo 2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Le imposte, ad eccezione dell'IRAP, sono state stimate in crescita di un tasso annuo del 1,2%, mentre l'IRAP relativa al personale dipendente è pari al valore rilevato a Consuntivo 2018 a cui è stata aggiunta una quota pari all'8,5% degli accantonamenti del personale registrati in sede di Consuntivo 2018.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sintesi delle manovre di sviluppo e riqualificazione

Di seguito si riporta una tabella di sintesi in cui si evidenziano gli impatti economici delle singole manovre riportate all'interno del documento, e i risultati tendenziali e programmatici previsti per il prossimo triennio.

Si precisa che nella tabella di seguito i maggiori costi e/o i minori ricavi sono indicati con segno negativo mentre i maggiori ricavi e/o minori costi sono indicati con segno positivo, in modo da riflettere l'effetto del risultato economico.

Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione			
€/000	**2019**	**2020**	**2021**
Risultato economico tendenziale	**-6.334**	**151.926**	**275.465**
I servizi socio-sanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali	-6.220	-59.177	-132.579
Fabbisogno del personale	-24.187	-208.704	-482.074
Riduzione del personale flessibile	15.515	44.216	72.392
Gli investimenti in Sanità - capitalizzazioni	15.924	37.155	53.079
Gli investimenti in Sanità - ammortamenti	-15.924	-37.155	-53.079
Rettifica contributi - Investimenti articolo 20	-	-	8.000
La politica del farmaco	7.000	33.000	45.000
Accant./ Utilizzo Fondi potenziamento LEA	35.000	49.000	85.541
Utilizzo Fondi Vincolati - Anni precedenti (obiettivi di piano)	28.000	36.789	172.310
Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie	-46.711	-44.104	-41.476
Totale impatto manovre	**8.397**	**-148.980**	**-272.886**
Risultato economico programmatico	**2.062**	**2.946**	**2.579**

Tabella 10: Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione

Si precisa che, a titolo prudenziale, si è ritenuto opportuno non considerare nell'ambito di tale valorizzazione sia la quota relativa al fondo Pay-back farmaceutici anni 2013-2017 che ammonta a ca. 170.000 €/000 (come da nota del 20/09/2019 inviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze), sia lo smobilizzo della quota relativa al fondo rischi di ca. 22.000 €/000, iscritta in sede di Consuntivo 2018 su indicazioni del Ministero, riferita agli incassi del 2018 di rimborso del pay-back ospedaliero 2016.

fonte: http://burc.regione.campania.it

I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Ricognizione delle tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Ai fini della valorizzazione dell'impatto economico previsto per il triennio 2019-2021, a seguito dell'attivazione del piano territoriale, si è provveduto ad una ricognizione delle tariffe, disciplinate e in fase di definizione.

Di seguito il dettaglio delle tariffe e i relativi riferimenti normativi:

Riabilitazione	Tariffa	Quota a carico Utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Ambulatoriale	42,04 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Domiciliare	45,78 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Alto	183,53 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Medio	150,27 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Residenziale Base	141,65 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Alto livello	90,00 €	0%	DCA 153/2014	Conferma
Semiresidenziale - Medio livello	74,81 €	0%	DCA 153/2014	Conferma

Tabella 11: Tariffe Riabilitazione

Sociosanitario disabili non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - RD3	131,64 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	131,64 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - RD3	107,21 €	30%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	107,21 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2)				In fase di definizione
Centro Diurno	77,57 €	30%	DCA110/2014	Conferma

Tabella 12: Tariffe Disabilità

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sociosanitario Adulti/Anziani non autosufficienti	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Alto carico - R3	121,26 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	121,26 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale Medio carico - R3	105,83 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	105,83 €	0%	DCA110/2014	In fase di monitoraggio
Residenziale modulo Demenze	119,64 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno Anziani	64,93 €	50%	DCA110/2014	Conferma
Centro Diurno per Demenze	70,65 €	50%	DCA110/2014	Conferma
R2 estensiva	151,00 €	0%	DCA 74/2019	Conferma
Ospedale di comunità				In fase di definizione
Residenziale spettro autistico				In fase di definizione
R2D	173,00 €	0%	DCA 97/2018	Conferma
R2D con abbattimento dopo 60 gg	147,00 €	0%	DCA 97/2019	Conferma
R1 - SUAP	192,12 €	0%	DCA 79/2017	Conferma

Tabella 13: Tariffe Adulti non autosufficienti

Salute Mentale	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	196,14 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP2_Residenziale intensiva	176,67 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SRP3_Residenziale estensiva	161,06 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
Centro Diurno Psichiatrico	112,74 €	0%	DCA 11/2018	Conferma
SIRMIV intensiva	182,00 €	0%	DCA 45/2015	Conferma
SIRMIV estensiva	165,00 €	0%	DCA 45/2016	Conferma
SISEM	70,00 €	0%	DCA 45/2017	Conferma
Comunità Alloggio (compartecipato)	88,67 €	60%	DGRC 666/2011	Conferma

Tabella 14: Tariffe attività Salute Mentale

Hospice-Cure palliative	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Hospice	252,15 €	0%	DCA 128/2012	Conferma

Tabella 15: Tariffa Hospice (cure palliative)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Dipendenze patologiche	Tariffa	Quota a carico utente/Comune	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Residenziale Terapeutico riabilitativa	67,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	13,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Residenziale Pedagogica riabilitativa	54,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Residenziale Pedagogica giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	10,80 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza residenziale	80,75 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD residenziale	105,12 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi residenziale	111,89 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi residenziale	123,42 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Madre bambino residenziale	115,67 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico riabilitativa	41,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale Terapeutico giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	8,20 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA riabilitativa	32,00 €	0%	DCA 76/2017	Conferma
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA giornate di assenza max 30 gg (20% della tariffa intera)	6,40 €	0%	DM 19/02/1993	Conferma
Accoglienza semiresidenziale	42,65 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore TD semiresidenziale	68,54 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Doppia diagnosi semiresidenziale	73,79 €	0%	DCA 94/2012	Conferma
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	84,97 €	0%	DCA 94/2012	Conferma

Tabella 16: Tariffe Dipendenze Patologiche

Cure Domiciliari Integrate	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio
Cure domiciliari I livello	Basso	1.586,31 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	1.732,27 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	2.159,12 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari II livello	Basso	2.439,09 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.979,74 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.488,06 €	DCA 1/2013	Conferma
Cure domiciliari III livello	Basso	2.893,60 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	2.977,56 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.061,69 €	DCA 1/2013	Conferma

Tabella 17: Tariffe Cure Domiciliari Integrate

Cure Palliative Specialistiche (DCA 1/2013)	Livello di intensità	Tariffa	Rif. Normativo	Definizione-Conferma-Monitoraggio delle Tariffe
Cure Domiciliari Palliative	Basso	2.737,77 €	DCA 1/2013	Conferma
	Medio	3.191,49 €	DCA 1/2013	Conferma
	Alto	3.613,47 €	DCA 1/2013	Conferma
Le tariffe delle cure domiciliari palliative di base sono ricomprese nelle tariffe dei livelli assistenziali < 0,50				

Tabella 18: Tariffe Cure Palliative Specialistiche

fonte: http://burc.regione.campania.it

Valutazione dell'impatto economico

Nel presente paragrafo è stato elaborato l'impatto economico che lo sviluppo dell'assistenza territoriale avrà nell'arco del triennio 2019-2021, attraverso la valorizzazione a tariffa della nuova ed incrementale assistenza erogata. Le variabili produttive considerate al fine della valorizzazione sono:

- Posti letto
- Giornate erogate
- Prestazioni erogate

Nel Piano Territoriale, approvato con DCA n. 83/19, il fabbisogno per l'assistenza territoriale della Regione Campania è stato definito in termini di nuovi Posti letto e relative giornate/prestazioni erogabili, per i seguenti setting assistenziali:

- Adulti non autosufficienti;
- Disabilità;
- Salute Mentale;
- Dipendenze Patologiche;
- Hospice – cure palliative;
- Riabilitazione estensiva residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, cosiddetta ex art. 26;
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Per ogni setting sono state quantificate e valorizzate le diverse **intensità di cura** e **carico assistenziale**, laddove previste dalla normativa regionale, e le relative **Tariffe**, adottate o in corso di adozione, per la parte a carico del SSR.

Per il calcolo del differenziale tra il fabbisogno dei setting assistenziali relativo al Piano Territoriale e l'attuale offerta sono stati analizzati; i dati, estratti in data 09.09.2019, delle seguenti fonti:

- Attraverso i Flussi NSIS (STS e RIA) è stata possibile l'analisi sulla base della produzione effettiva (in termini di giornate) per l'assistenza sociosanitaria e riabilitativa;
- Attraverso il Flusso SIAD sono state estratte le prestazioni relative all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per l'anno 2018 sono state rilevate, quindi, le giornate erogate (tracciate attraverso i flussi informativi di cui sopra) mentre per il triennio successivo sono state stimate le giornate erogabili su una base di 365 giorni per i posti letto residenziali e su 300 giorni per i posti letto semiresidenziali, considerando in entrambi i casi un **Tasso di occupazione** dei posti letto al 75%.

Si stima di soddisfare, per i setting già disciplinati nel triennio 2019-2021 il 35% del valore economico emerso dall'analisi e di raggiungere il 100% negli anni successivi al 2021. Per i tre setting per i quali si disciplineranno, entro i 12 mesi, requisiti e le tariffe si prevede di attivarli nel corso del 2021.

La stima della ripartizione nel tempo delle nuove attivazioni è stata fatta considerando:

- L'effettiva capacità di Regione e AASSLL di sostenere il carico amministrativo legato ai procedimenti di autorizzazione e accreditamento dei nuovi setting;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- La sostenibilità economico-finanziaria del piano del comparto sanità tenendo conto sia dei Fondi all'uopo accantonati (cd. Fondo per Potenziamento LEA) sia del graduale riequilibrio delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio;
- Compatibilità economico-finanziaria relativa alla compartecipazione sociale a carico degli utenti e/o Comuni.

Nelle tabelle che seguono, si rappresenta, per singolo setting assistenziale, una sintesi della programmazione delle nuove attivazioni nel triennio 2019-2021, con il relativo impatto economico-finanziario di competenza:

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Fabbisogno Posti Letto (A)	Fabbisogno Giornate erogabili (A1)	Offerta Attuale Posti Letto (B)	Offerta Attuale Giornate Erogate (B1)	Valore Economico 2018	Posti Letto da attivare (E) = (A) - (B)	Giornate da attivare (F) = (A1) - (B1)
Totale							
Adulti non autosufficienti	**10.754**	**2.828.517**	**1.937**	**357.145**	**19.585.647**	**8.817**	**2.471.372**
Residenziale	8.388	2.296.192	1.757	343.618	19.117.573	6.631	1.952.574
R3	**4.947**	**1.354.204**	**1.667**	**337.429**	**19.117.573**	**3.280**	**1.016.775**
Residenziale Alto carico - R3	-	*268.806*	-	*66.979*	*4.060.918*	-	*201.827*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*11.604*	-	*2.891*	*350.618*	-	*8.713*
Residenziale Medio carico - R3	-	*865.906*	-	*215.759*	*11.416.893*	-	*650.147*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*14.324*	-	*3.569*	*377.709*	-	*10.755*
Residenziale modulo Demenze	-	*191.802*	-	*47.792*	*2.858.890*	-	*144.010*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	*1.763*	-	*439*	*52.545*	-	*1.323*
R2 Estensiva	**2.151**	**588.784**	**-**	**-**	**-**	**2.151**	**588.784**
R2 estensiva al netto di ODC	*1.651*	*451.909*	**-**	**-**	-	*1.651*	*451.909*
Ospedale di Comunità (*)	*500*	*136.875*	**-**	**-**	-	*500*	*136.875*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	**108**	**29.439**	**-**	**-**	-	**108**	**29.439**
R2D	**538**	**147.196**	**-**	**-**	**-**	**538**	**147.196**
R1	**295**	**80.756**	**-**	**-**	**-**	**295**	**80.756**
SUAP	**350**	**95.813**	**90**	**6.189**	**-**	**260**	**89.624**
Semiresidenziale	2.366	532.325	180	13.527	468.074	2.186	518.798
Centro Diurno Anziani	**2.043**	**459.736**	**150**	**3.415**	**110.874**	**1.893**	**456.320**
Centro Diurno per Demenze	**323**	**72.590**	**30**	**10.112**	**357.200**	**293**	**62.478**
Disabilità	**5.128**	**1.403.691**	**2.001**	**427.520**	**48.826.014**	**3.127**	**976.171**
Residenziale	2.214	606.139	1.172	306.443	26.622.673	1.042	299.696
RD3	**1.923**	**526.384**	**1.172**	**306.443**	**26.622.673**	**751**	**219.941**
Residenziale Alto carico - RD3	-	*278.832*	-	*162.327*	*15.434.309*	-	*116.505*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*356*	-	*207*	*28.161*	-	*149*
Residenziale Medio carico - RD3	-	*246.346*	-	*143.414*	*11.105.475*	-	*102.932*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	*850*	-	*495*	*54.728*	-	*355*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	**291**	**79.755**	**-**	**-**	-	**291**	**79.755**
Semiresidenziale	2.913	797.551	829	121.077	22.203.341	2.084	676.474
Centro Diurno	**2.913**	**797.551**	**829**	**121.077**	**22.203.341**	**2.084**	**676.474**
Salute Mentale	**3.550**	**921.990**	**3.247**	**839.385**	**96.043.868**	**303**	**82.605**
Residenziale	2.528	692.040	2.232	611.010	70.296.871	296	81.030
SIR	**1.309**	**358.339**	**1.263**	**345.746**	**59.225.900**	**46**	**12.593**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	*44.792*	-	*43.218*	*8.476.834*	-	*1.574*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	*134.377*	-	*129.655*	*22.906.121*	-	*4.722*
SRP3_Residenziale estensiva	-	*179.169*	-	*172.873*	*27.842.946*	-	*6.296*
Comunità Alloggio (compartecipato)	**1.175**	**321.656**	**925**	**253.219**	**8.981.163**	**250**	**68.438**
Semiresidenziale	1.022	229.950	1.015	228.375	25.746.998	7	1.575
Centro Diurno Psichiatrico	**1.022**	**229.950**	**1.015**	**228.375**	**25.746.998**	**7**	**1.575**
Hospice	**291**	**79.661**	**154**	**42.158**	**10.630.014**	**137**	**37.504**
Hospice	291	79.661	154	42.158	10.630.014	137	37.504
Dipendenze Patologiche	**1.355**	**344.509**	**575**	**151.264**	**9.129.551**	**780**	**193.245**
Residenziale	813	222.559	449	122.914	8.064.401	364	99.645
Residenziale Terapeutico	*284*	*77.745*	*401*	*109.774*	*7.354.841*	- *117*	- *32.029*
Residenziale Pedagogica	*106*	*29.018*	*48*	*13.140*	*709.560*	*58*	*15.878*
Accoglienza residenziale	*195*	*53.381*	-	-	-	*195*	*53.381*
Minore TD residenziale	*24*	*6.570*	-	-	-	*24*	*6.570*
Doppia diagnosi residenziale	*163*	*44.621*	-	-	-	*163*	*44.621*
Minore doppia diagnosi residenziale	*32*	*8.760*	-	-	-	*32*	*8.760*
Madre bambino residenziale	*9*	*2.464*	-	-	-	*9*	*2.464*
Semiresidenziale	542	121.950	126	28.350	1.065.150	416	93.600
Semiresidenziale Terapeutico	*191*	*42.975*	*78*	*17.550*	*719.550*	*113*	*25.425*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	*71*	*15.975*	*48*	*10.800*	*345.600*	*23*	*5.175*
Accoglienza semiresidenziale	*131*	*29.475*	-	-	-	*131*	*29.475*
Minore TD semiresidenziale	*17*	*3.825*	-	-	-	*17*	*3.825*
Doppia diagnosi semiresidenziale	*109*	*24.525*	-	-	-	*109*	*24.525*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	*23*	*5.175*	-	-	-	*23*	*5.175*
Riabilitazione	**2.331**	**643.188**	**3.540**	**722.599**	**269.818.685**	**462**	**129.349**
Residenziale estensiva	1.282	350.923	820	221.574	34.248.576	462	129.349
Residenziale Alto	-	*148.922*	-	*94.030*	*16.497.414*	-	*54.892*
Residenziale Medio	-	*92.263*	-	*58.255*	*8.368.553*	-	*34.008*
Residenziale Base	-	*109.738*	-	*69.289*	*9.382.610*	-	*40.449*
Semiresidenziale estensiva	1.049	287.119	2.720	495.878	16.396.108	- 1.671	- 208.759
Semiresidenziale - Alto livello	-	*75.606*	-	*130.579*	*4.930.598*	-	- *54.972*
Semiresidenziale - Medio livello	-	*211.512*	-	*365.299*	*11.465.510*	-	- *153.787*
Assistenza Domiciliare	**-**	**-**	**-**	**-**	**120.631.882**	**-**	**-**
CIA 1	-	-	-	-	15.658.500	-	-
CIA 2	-	-	-	-	61.988.916	-	-
CIA 3	-	-	-	-	10.144.751	-	-
CIA 4	-	-	-	-	32.839.715	-	-

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 19: Posti letto e giornate da attivare sulla base del fabbisogno e dell'offerta attuale

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Posti Letto 2019	Posti Letto 2020	Posti Letto 2021	Giornate 2019	Giornate 2020	Giornate 2021	Valore Economico Cumulato al 2019 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2020 (€/000)	Valore Economico Cumulato al 2021 (€/000)
Totale	-	**1.927**	**2.659**	-	**546.626**	**753.442**	**6.219.681**	**59.177.651**	**132.577.088**
Adulti non autosufficienti	-	**1.231**	**1.703**	-	**345.759**	**477.643**	-	**30.159.754**	**72.035.903**
Residenziale	-	904	1.265	-	267.939	373.883	-	27.606.533	66.078.385
R3	-	**492**	**656**	-	**152.516**	**203.355**	-	**8.641.047**	**20.162.443**
Residenziale Alto carico - R3	-	-	-	-	*30.274*	*40.365*	-	*1.835.515*	*4.282.867*
Residenziale Alto carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.307*	*1.743*	-	*158.478*	*369.781*
Residenziale Medio carico - R3	-	-	-	-	*97.522*	*130.029*	-	*5.160.378*	*12.040.882*
Residenziale Medio carico - R3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*1.613*	*2.151*	-	*170.723*	*398.353*
Residenziale modulo Demenze	-	-	-	-	*21.602*	*28.802*	-	*1.292.204*	*3.015.143*
Residenziale modulo Demenze - temporaneo	-	-	-	-	*199*	*265*	-	*23.750*	*55.416*
R2 Estensiva	-	**248**	**380**	-	**67.786**	**104.069**	-	10.235.744	25.252.153
R2 estensiva al netto di ODC	-	*248*	*330*	-	*67.786*	*90.382*	-	*10.235.744*	*23.883.403*
Ospedale di Comunità (*)	-	-	*50*	-	-	*13.688*	-	-	*1.368.750*
Residenziale Adulti Spettro autistico (*)	-	-	**11**	-	-	**2.944**	-	-	294.392
R2D	-	**81**	**108**	-	**22.079**	**29.439**	-	**3.819.738**	**8.912.721**
R1	-	**44**	**59**	-	**12.113**	**16.151**	-	**2.327.234**	**5.430.212**
SUAP	-	**39**	**52**	-	**13.444**	**17.925**	-	**2.582.770**	**6.026.463**
Semiresidenziale	-	328	437	-	77.820	103.760	-	2.553.222	5.957.518
Centro Diurno Anziani	-	**284**	**379**	-	**68.448**	**91.264**	-	**2.222.166**	**5.185.055**
Centro Diurno per Demenze	-	**44**	**59**	-	**9.372**	**12.496**	-	**331.055**	**772.463**
Disabilità	-	**425**	**596**	-	**134.462**	**187.259**	-	**8.287.500**	**22.288.440**
Residenziale	-	113	179	-	32.991	51.964	-	2.777.717	9.432.279
RD3	-	**113**	**150**	-	**32.991**	**43.988**	-	**2.777.717**	**7.956.809**
Residenziale Alto carico - RD3	-	-	-	-	*17.476*	*23.301*	-	*1.610.362*	*3.757.511*
Residenziale Alto carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*22*	*30*	-	*2.938*	*6.856*
Residenziale Medio carico - RD3	-	-	-	-	*15.440*	*20.586*	-	*1.158.706*	*2.703.648*
Residenziale Medio carico - RD3 ricoveri temporanei max 30 gg	-	-	-	-	*53*	*71*	-	*5.710*	*13.324*
Riabilitazione Intensiva (RD1) e Età evolutiva (RD2) (*)	-	-	**29**	-	-	**7.976**	-	-	1.475.470
Semiresidenziale	-	313	417	-	101.471	135.295	-	5.509.783	12.856.160
Centro Diurno	-	**313**	**417**	-	**101.471**	**135.295**	-	**5.509.783**	**12.856.160**
Salute Mentale	-	**45**	**61**	-	**12.391**	**16.521**	-	**714.298**	**1.666.695**
Residenziale	-	44	59	-	12.155	16.206	-	687.663	1.604.547
SIR	-	**7**	**9**	-	**1.889**	**2.519**	-	**323.562**	**754.978**
SRP1_Residenziale elevata attività assistenziale	-	-	-	-	*236*	*315*	-	*46.310*	*108.058*
SRP2_Residenziale intensiva (di cui 25% SRP1)	-	-	-	-	*708*	*944*	-	*125.140*	*291.994*
SRP3_Residenziale estensiva	-	-	-	-	*944*	*1.259*	-	*152.111*	*354.926*
Comunità Alloggio (compartecipato)	-	**38**	**50**	-	**10.266**	**13.688**	-	**364.101**	**849.569**
Semiresidenziale	-	1	1	-	236	315	-	26.635	62.148
Centro Diurno Psichiatrico	-	**1**	**1**	-	**236**	**315**	-	**26.635**	**62.148**
Hospice	-	**21**	**27**	**0**	**5626**	**7501**	-	**1.418.486**	**3.309.800**
Hospice	-	21	27	-	5.626	7.501	-	1.418.486	3.309.800
Dipendenze Patologiche	-	**135**	**179**	-	**28.987**	**38.649**	-	**2.257.225**	**5.266.858**
Residenziale	-	72	96	-	14.947	19.929	-	1.510.717	3.525.006
Residenziale Terapeutico	-	-	-	-	- *4.804*	- *6.406*	-	- *321.889*	- *751.074*
Residenziale Pedagogica	-	*9*	*12*	-	*2.382*	*3.176*	-	*128.608*	*300.085*
Accoglienza residenziale	-	*29*	*39*	-	*8.007*	*10.676*	-	*646.580*	*1.508.688*
Minore TD residenziale	-	*4*	*5*	-	*986*	*1.314*	-	*103.596*	*241.723*
Doppia diagnosi residenziale	-	*24*	*33*	-	*6.693*	*8.924*	-	*748.901*	*1.747.435*
Minore doppia diagnosi residenziale	-	*5*	*6*	-	*1.314*	*1.752*	-	*162.174*	*378.406*
Madre bambino residenziale	-	*1*	*2*	-	*370*	*493*	-	*42.747*	*99.744*
Semiresidenziale	-	62	83	-	14.040	18.720	-	746.508	1.741.852
Semiresidenziale Terapeutico	-	*17*	*23*	-	*3.814*	*5.085*	-	*156.364*	*364.849*
Semiresidenziale AREA PEDAGOGICA	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*24.840*	*57.960*
Accoglienza semiresidenziale	-	*20*	*26*	-	*4.421*	*5.895*	-	*188.566*	*439.988*
Minore TD semiresidenziale	-	*3*	*3*	-	*574*	*765*	-	*39.325*	*91.758*
Doppia diagnosi semiresidenziale	-	*16*	*22*	-	*3.679*	*4.905*	-	*271.455*	*633.395*
Minore doppia diagnosi semiresidenziale	-	*3*	*5*	-	*776*	*1.035*	-	*65.958*	*153.902*
Riabilitazione	-	**69**	**92**	-	**19.402**	**25.870**	-	**669.290**	**1.561.676**
Residenziale estensiva	-	69	92	-	19.402	25.870	-	3.137.139	7.319.990
Residenziale Alto	-	-	-	-	*8.234*	*10.978*	-	*1.511.148*	*3.526.012*
Residenziale Medio	-	-	-	-	*5.101*	*6.802*	-	*766.552*	*1.788.621*
Residenziale Base	-	-	-	-	*6.067*	*8.090*	-	*859.439*	*2.005.357*
Semiresidenziale estensiva	- 50	- 347	- 700	-	- 31.314	- 41.752	-	- 2.467.849	- 5.758.314
Semiresidenziale - Alto livello	-	-	-	-	- *8.246*	- *10.994*	-	- *742.126*	- *1.731.626*
Semiresidenziale - Medio livello	-	-	-	-	- *23.068*	- *30.757*	-	- *1.725.723*	- *4.026.687*
Assistenza Domiciliare	-	-	-	**0**	**0**	**0**	**6.219.681**	**15.671.099**	**26.447.716**
CIA 1	-	-	-	-	-	-	2.428.865	6.683.212	10.408.048
CIA 2	-	-	-	-	-	-	2.137.651	4.613.764	7.208.635
CIA 3	-	-	-	-	-	-	1.131.496	1.997.983	4.600.423
CIA 4	-	-	-	-	-	-	521.669	2.376.140	4.230.610

(*) Tariffe stimate sulla base dei lavori istruttori ancora in corso

Tabella 20: Valorizzazione dell'impatto economico nel triennio 2019-2021

A sostegno dello sviluppo del sistema socio-sanitario secondo le linee descritte nel Piano Territoriale, la Regione garantirà la erogazione delle prestazioni tramite sia strutture pubbliche che soggetti privati accreditati.

In particolare, in riferimento alle risorse umane necessarie a garantire l'assistenza territoriale pubblica programmata, il fabbisogno sarà totalmente soddisfatto attraverso l'attuazione del Piani triennali del Fabbisogno di personale, come già previsti nel presente piano.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Nel medio-lungo periodo le risorse economico-finanziarie necessarie al completo sviluppo ed al mantenimento sostenibile dell'assistenza territoriale campana, dovranno essere recuperate attraverso un graduale "spostamento" delle risorse dall'Ospedale verso il Territorio.

Nel breve periodo, si attingerà a fonti di finanziamento dedicate, quale quota parte del fondo per il potenziamento dei LEA, e dai processi di riconversione dei PL delle strutture private socio-sanitarie, così come programmati. Con riguardo alla prima fonte di finanziamento si fa riferimento, segnatamente, al **Fondo per il potenziamento dei LEA:** considerando le risorse presenti nello stato patrimoniale 2018, al netto delle risorse da destinare a specifiche ulteriori attività di potenziamento LEA, risultano disponibili ca. 170 €/mln.

In attesa delle nuove ripartizioni in termini di attività/attivazioni tra erogatori pubblici e privati, così come esplicitato nel piano territoriale, i predetti importi sono stati riportati nelle manovre e nei CE programmatici per un valore pari al 50% dell'importo totale nel conto BA1510 "Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione", conto utilizzato al solo fine di dare una specifica evidenza a tale previsione di spesa.

Il restante 50% è stato iscritto, invece, secondo lo schema riportato di seguito nei conti:

- BA0680 – "Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa (da privato intraregionale)";
- BA1140 – "Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria (da privato intraregionale)";
- BA0940 – "Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale (da privato intraregionale)".

Si precisa che le percentuali di ripartizione su indicate sono da intendersi quali ipotesi accademiche, in quanto le stesse saranno suscettibili di modifica a seguito dell'approvazione da parte della Regione dei piani attuati aziendale della rete territoriale. A seguito dell'attuazione dei predetti piani sarà perfezionata la quota di ripartizione tra pubblico e privato della nuova assistenza territoriale.

Inoltre si rappresenta che la stima della manovra relativa alle attività/attivazioni da parte degli erogatori pubblici (basata sul calcolo delle prestazioni a tariffa) è oltremodo prudenziale, atteso che la componente di costo inerente le risorse umane è già inclusa nella manovra "Fabbisogno del personale".

Assistenza territoriale: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2019	**2020**	**2021**
Area della disabilità e riabilitazione	*-*	*670*	1.562
Altro	*6.220*	*57.794*	*129.349*
Area strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali	*-*	*714*	1.667
Totale	6.220	59.178	132.577

Tabella 21: Valorizzazione manovre e CE programmatici

fonte: http://burc.regione.campania.it

Fabbisogno del personale

Attraverso l'applicazione della metodologia di determinazione delle dotazioni organiche di personale, emanata con DCA n. 67/2016, le aziende sanitarie della Regione hanno provveduto ad emanare i propri Piani Triennali di Fabbisogno di Personale per il triennio 2018/2020 parametrati rispetto al personale in servizio al 31.12.2017, nello specifico risultano autorizzate, oltre il personale cessato:

- n. 2.511 unità per l'anno 2018;
- n. 3.532 unità per l'anno 2019;
- n. 1.708 unità per l'anno 2020.

In considerazione dei piani delle singole aziende approvati con DCA, nonché delle reali tempistiche di immissione in servizio osservate al 30.09.2019, si è proceduto a valorizzare il fabbisogno di personale necessario al raggiungimento dello standard definito in base al suddetto DCA n. 67/2016, al netto del personale che cesserà negli anni di riferimento.

La suddetta valorizzazione è stata effettuata secondo la programmazione di seguito riportata:

- nell'anno 2018 sono stati immesse in servizio 2.511 unità di personale, così come autorizzate con i suddetti DCA, già ricomprese quindi nei valori tendenziali del costo del personale;
- per l'anno 2019, alla luce delle assunzioni effettivamente effettuate al 30.09.2019, si è proceduto a programmare l'immissione in servizio di 544 unità di personale, a fronte delle 3.532 unità di personale autorizzate con i suddetti DCA;
- per l'anno 2020, la programmazione prevede l'immissione in servizio di 4.696 unità di personale, pari alla somma delle unità autorizzate con i suddetti DCA per l'annualità in oggetto (1.708 unità) e le unità che residuano sulle autorizzazioni 2019 (2.988 unità);
- infine, nell'anno 2021, la programmazione prevede l'immissione in servizio di 3.169 unità di personale, pari alle unità necessarie al raggiungimento della dotazione standard regionale così come derivante dal DCA n. 67/2016.

Di seguito si riporta il dettaglio dei profili da assumere nel triennio 2019-2021.

PROFILI	FABBISOGNO 2019	FABBISOGNO 2020	FABBISOGNO 2021
RUOLO SANITARIO	**448**	**3.166**	**2.626**
Dirigenti Medici	294	1.060	869
Dirigenti Sanitari	17	170	92
Personale del comparto area sanitaria	137	1.936	1.665
RUOLO TECNICO	**56**	**930**	**240**
Dirigenti	1	22	6
Personale del comparto area tecnica	55	908	234
RUOLO PROFESSIONALE	**5**	**49**	**31**
Dirigenti	4	44	31
Personale del comparto area professionale	1	5	
RUOLO AMMINISTRATIVO	**35**	**551**	**272**
Dirigenti	7	101	41
Personale del comparto area amministrativo	28	450	231
TOTALE	**544**	**4.696**	**3.169**

Tabella 22: Dettaglio fabbisogni per profili

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il costo medio annuo è stato calcolato considerando i costi del personale a tempo indeterminato riportati a Consuntivo 2018, rispetto al personale in servizio al 31.12.2018.

Costo medio da CE	
Qualifica	**Ciosto medio annuo**
Dirigenti medici	104.006
Dirigenti non medici	90.125
Comparto	43.951

Tabella 23: Costo medio

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale entri in servizio a partire dal secondo semestre degli anni 2019-2021, per cui è stato considerato il 50% della manovra annuale prevista, tale ipotesi scaturisce dalla necessità di legare le procedure di reclutamento a quelle di riorganizzazione sia della nuova Rete ospedaliera (DCA n. 103/2018) sia della nuova rete territoriale (DCA 83/2019).

Si determinano quindi i valori riportati nella seguente tabella:

Stima impatto manovra			
	2019	**2020**	**2021**
Valorizzazione 2019	21.446	42.893	42.893
Valorizzazione 2020		142.811	285.623
Valorizzazione 2021			99.659
Valorizzazione	**21.446**	**185.704**	**428.174**

Tabella 24: Stima impatto manovra – fabbisogno

L'impatto economico stimato è pari a:

- maggiori costi per 21.446 €/000 nel 2019;
- maggiori costi per 185.704 €/000 nel 2020;
- maggiori costi per 428.174 €/000 nel 2021.

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che sulla base dell'aliquota di riferimento (8,5% del costo) calcolata rispetto al valore della manovra a cui è stata aggiunta la relativa quota di accantonamento per il mancato rinnovo del contratto 2016/2018, comporta maggiori oneri:

- ca. 1.886 €/000 nel 2019;
- ca. 16.334 €/000 nel 2020;
- ca. 37.661 €/000 nel 2021.

fonte: http://burc.regione.campania.it

IRAP			
	Manovra 2019	Manovra 2020	Manovra 2021
IRAP (8,5% della manovra)	1.886	16.334	37.661
Totale	**1.886**	**16.334**	**37.661**

Tabella 25: Stima impatto manovra IRAP

ınfine, la presente manovra comporterà costi aggiuntivi anche in relazione agli accantonamenti per rinnovi contrattuali, che applicando le percentuali di rinnovo desumibili dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017 per il triennio 2016/2018 (3,48%) e le percentuali desumibili dalla legge di bilancio 2019 per il triennio 2019-2021 (1,3% per il 2019, 1,65% per il 2020, 1,9% per il 2021) risultano, come di seguito dettagliate:

- ca. 856 €/000 nel 2019;
- ca. 6.666 €/000 nel 2020;
- ca. 16.237 €/000 nel 2021.

Si evidenzia che a seguito dell'attuazione della manovra esposta, i costi del personale risulteranno all'interno del tetto di spesa fissato, in base a quanto disposto dall'art. 11 comma 1 D.L. n. 35/2019, nel costo dell'anno 2004 ridotto del 1,4%.

Ai fini del suddetto comma 1, la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. La predetta spesa è considerata al netto degli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Utilizzo fondi vincolati anni precedenti

La Regione ha provveduto ad effettuare un'analisi volta al monitoraggio degli "utilizzi fondi vincolati anni precedenti" che si prevede saranno contabilizzati dalle Aziende nelle annualità 2019-2021.

Come già esposto in precedenza gli utilizzi relativi ai conti tendenziali 2019, 2020 e 2021 sono stati mantenuti costanti, pari al valore rilevato in sede di Consuntivo 2018 (pari a ca. 61.102 €/000).

Tale previsione tendenziale si basa sull'ipotesi di pieno utilizzo della quota incassata dei fondi vincolati (obiettivi di piano e piano della prevenzione) relativi alle annualità fino al 2018 (compreso) principalmente per la sola parte incassata dalla Regione, al 10 Ottobre 2019. Le manovre del triennio 2019-2021 riguardano utilizzi relativi ai fondi vincolati ad anni precedenti per un importo complessivo pari a ca. 420.406 €/000, di cui utilizzi maggiori di ca. 237.100 €/000 rispetto a quanto previsto dai conti tendenziali 2019,2020 e 2021.

Alle nuove attività sanitarie implementate tramite il maggior utilizzo dei fondi vincolati, relativi ad anni precedenti, corrisponde un incremento dei costi operativi. Tali costi non crescono in modo proporzionale ai ricavi in quanto le Aziende sono impegnate in un utilizzo più efficiente di tutte le risorse a disposizione. Si sottolinea infatti che la realizzazione di un progetto non comporta necessariamente un aumento direttamente proporzionale dei relativi costi, in quanto la maggior parte delle attività ad esso correlate rientrano nelle attività "ordinarie" di erogazione LEA.

Anni	Manovra €/000	Tendenziale €/000	Delta
Utilizzi 2019	89.102	61.102	28.000
Utilizzi 2020	97.890	61.102	36.789
Utilizzi 2021	233.412	61.102	172.310
Totale	**420.406**	**183.306**	**237.100**

Tabella 26: Dettaglio manovra

Di seguito si rappresenta il dettaglio degli utilizzi:

- **Utilizzi 2019**: ca. 89.102 €/000 di cui 56.305 €/000 quale residuo fondo delle quote incassate dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano triennio 2014-2016, e ca. 32.797 €/000 quale ca. il 35% della quota incassata sugli obiettivi di piano FSN 2017;
- **Utilizzi 2020**: ca. 97.890 €/000 imputabili principalmente a ca. 36.789 €/000 quale 45% delle quote incassate dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano sull'annualità FSN 2018 e ca. 61.102 €/000 quale 65% della quota residua incassata dalle singole AA.SS. sugli obiettivi di piano annualità FSN 2017
- **Utilizzi 2021**: ca. 233.412 €/000 imputabili principalmente a ca. 46.049 €/000 quale quota residua dei saldi degli obiettivi di piano dell'annualità 2014 che si prevede di incassare anche in considerazione del documento programmatico triennale 14-16 (DCA n.134 del 2016) e della trasmissione e rendicontazione dei progetti ai Ministeri competenti, ca. 45.963 €/000 quale 55% della quota residua incassata sugli obiettivi di piano annualità FSN 2018, ca. 82.000 €/000 corrispondente a ca. il 100% della quota residua degli obiettivi di piano annualità FSN 2019 e ca. 59.400 €/000 corrispondente al 70% della quota relativa agli obiettivi di piano annualità FSN 2020.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro ed alle forme di lavoro alternative

Ai fini del calcolo del risparmio potenziale derivante dall'abbattimento delle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall'orario di lavoro e delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), è stata ipotizzata una riduzione percentuale della spesa per singola AA.SS., rispetto a quella rilevata a Consuntivo 2018, alla luce della normativa europea sugli orari di lavoro ed alle procedure di reclutamento poste in essere dalla Regione in esecuzione dei Piani del Fabbisogno Triennali del Personale 2018/2020.

In particolare, per quanto riguarda le *prestazioni aggiuntive* erogate fuori dall'orario di lavoro il valore rilevato a Consuntivo 2018 è pari a 38.523 €/000 così suddiviso:

CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	CE CONS 2018
BA1380	***B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato***	**A**
BA1390	*B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000*	
201	*ASL AV*	1.550
202	*ASL BN*	163
203	*ASL CE*	-
204	*ASL NA1*	6.835
205	*ASL NA2*	1.833
206	*ASL NA3*	240
207	*ASL SA*	14.539
901	*AO CARDARELLI*	1.031
902	*AO SANTOBONO*	1.656
903	*AO DEI COLLI*	787
904	*AO RUGGI*	4.840
905	*AO MOSCATI*	2.090
906	*AO RUMMO*	717
907	*AO SAN SEBASTIANO*	754
908	*AOU SUN*	577
909	*AOU FEDERICO II*	873
910	*IRCCS PASCALE*	39
Totale		**38.523**

Tabella 27: Prestazioni aggiuntive Consuntivo 2018

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive nella misura:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il risparmio stimato per il triennio 2019-2021 è stato calcolato considerando i dati riportati dalle singole Aziende nel CE Consuntivo della voce nella voce “B.2.A.15.3.A) - Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000”.

Applicando le suddette percentuali di abbattimento delle prestazioni aggiuntive si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2019 a ca. 3.899 €/000;
- per il 2020 a ca. 11.789 €/000;
- per il 2021 a ca. 19.806 €/000.

Si precisa che a seguito di ricognizione, le Aziende della Regione hanno rappresentato, che ad oggi la mancata progressiva riduzione della voce di costo in oggetto, è dovuta principalmente sia ai tempi di conclusione delle procedure di reclutamento di personale nonché alla contestuale cessazione di personale dipendente a seguito dei collocamenti in quiescenza, nell’ultimo triennio il cui trend permane anche nel primo semestre 2019. Dall’analisi dei dati pervenuti è emerso che le aziende fanno ricorso alle prestazioni aggiuntive erogate fuori dall’orario di lavoro prevalentemente per le seguenti discipline:

- Anestesia e rianimazione;
- Medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza;
- Radiologia.

Si segnala che le avviate procedure concorsuali, sia a tempo indeterminato che determinato, registrano un numero insufficiente di domande di partecipazione rispetto al numero dei posti messi a concorso che non riescono a soddisfare le reali esigenze delle aziende e comportano di fatto, al fine di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza, l’utilizzo dell’istituto contrattuale di che trattasi.

A seguito dell’attuazione dei processi di reclutamento finalizzati alla copertura del fabbisogno di personale regionale, la Regione Campania ha come obiettivo una graduale riduzione anche dei costi legati al ricorso a *forme di lavoro alternative* (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), il cui valore rilevato Consuntivo 2018 è pari a 102.280 €/000 così suddiviso:

fonte: http://burc.regione.campania.it

Manovra 2019		
CODICE	**VOCE MODELLO CE (€/000)**	**CONSUNTIVO 2018**
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.641
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	18.697
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.025
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.520
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.441
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.118
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.660
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.178
Totale		**102.280**

Tabella 28: Forme di lavoro alternative Consuntivo 2018

E' disposto quindi a livello regionale un progressivo abbattimento dei costi destinati alle forme di lavoro alternative nella misura:

- 10% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2019;
- 30% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2020;
- 50% del costo sostenuto nel 2018, da realizzarsi entro il 2021.

Si rileva che la percentuale di riduzione prevista per l'anno 2019 risulta in linea con la proiezione dei costi registrati al III trimestre 2019, in quanto nell'ambito delle procedute di reclutamento le Aziende hanno privilegiato nei limiti consentiti la riduzione di tale forma di lavoro.

Manovra 2019				
CODICE	**VOCE MODELLO CE (€/000)**	**TENDENZIALE 2019**	**MANOVRA 2019**	**PROGRAMMATICO 2019**
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.805	1.381	12.424
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	18.922	1.892	17.030
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.481	3.848	34.633
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.598	660	5.938
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	28.276	2.828	25.448
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.131	113	1.018
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.740	674	6.066
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.204	220	1.984
Totale		**116.157**	**11.616**	**104.541**

fonte: http://burc.regione.campania.it

Manovra 2020				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2020	MANOVRA 2020	PROGRAMMATICO 2020
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13.915	4.175	9.740
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	19.073	5.722	13.351
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	38.789	11.637	27.152
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.651	1.995	4.656
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.751	4.725	11.026
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.140	342	798
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.794	2.038	4.756
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.222	667	1.555
Totale		**104.335**	**31.301**	**73.034**

Manovra 2021				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2021	MANOVRA 2021	PROGRAMMATICO 2021
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	14.026	7.013	7.013
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	19.226	9.613	9.613
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	39.099	19.550	19.549
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	6.704	3.352	3.352
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	15.877	7.939	7.938
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.149	575	574
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	6.848	3.424	3.424
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.240	1.120	1.120
Totale		**105.169**	**52.586**	**52.583**

Tabella 29 : Stima impatto manovra costi forme di lavoro alternative

Applicando le suddette percentuali di abbattimento ai costi legati al ricorso a forme di lavoro alternative si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2019 ammonterà a ca. 11.616 €/000;
- per il 2020 ammonterà a ca. 31.301 €/000;
- per il 2021 ammonterà a ca. 52.586 €/000.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Gli investimenti in Sanità

Di seguito si riporta l'impatto economico derivante dall'attuazione degli interventi previsti in materia di investimenti in Sanità.

A tal proposito sono stati analizzati gli investimenti programmati nell'ambito del DCA 100/18 "Documento programmatico accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari art 20 Legge 67/88" che ammontano a ca. 1.029.300 €/000, derivanti:

- dal residuo della Delibera Cipe n. 52/1998 per 417.800 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 65/2002 per 43.700 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 98/2008 per 255.200 €/000;
- dalla Delibera Cipe n. 97/2008 per 312.700 €/000.

Tali importi non comprendono la quota di cofinanziamento regionale pari a 54.173 €/mln, come di seguito dettagliato:

Quadro finanziario: Risorse disponibili [€/1000]				
Tipologia investimento	**Quota Stato**	**Quota Regione**	**Totale**	**Coefficiente ammortamento D.Lgs. 118/11**
	A	**B**	**C=A+B**	
Edilizia	914.296	48.121	962.417	3%
Attrezzature	114.982	6.052	121.034	20%
Totale	**1.029.278**	**54.173**	**1.083.450**	

Tabella 30: Quadro Finanziario

A tali tipologie di investimento sono stati applicati i coefficienti di ammortamento previsti dall'allegato 3 del D.Lgs.118/11, pari rispettivamente, al 20% per gli investimenti relativi alle attrezzature e al 3% per gli investimenti relativi all'edilizia.

La tabella di seguito riporta la valorizzazione economica della manovra che prevede per l'anno:

- 2019 l'attivazione del 30% degli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca.15.924 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11;
- 2020 l'attivazione del 70% degli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca. 37.155 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11;
- 2021 l'attivazione di tutti gli investimenti programmati cui corrisponde una quota di ammortamenti complessiva pari a ca. 53.079 €/000, opportunamente sterilizzati secondo le linee guida previste dal D.Lgs.118/11.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Sintesi manovra investimenti in Sanità [€/1000]			
	2019	**2020**	**2021**
A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	**15.924**	**37.155**	**53.079**
B.12.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	8.662	20.210	28.872
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7.262	16.945	24.207
Impatto a CE	-	-	-

Tabella 31: Sintesi manovra

Si precisa che per il 2021 tali investimenti trovano riscontro anche nella minore rettifica dei contributi FS per investimenti (stimata in ca. 8.000 €/000), dal momento che le Aziende ricorrono in misura inferiore al finanziamento corrente per la realizzazione degli investimenti.

fonte: http://burc.regione.campania.it

La politica del farmaco e dei dispositivi medici

Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari

L'utilizzo dei farmaci biosimilari rappresenta un obiettivo primario per la Regione Campania al fine di recuperare risorse. Attraverso l'utilizzo di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari e mediante una reportistica da inviare alle Direzioni Generali delle AA.SS. dalla quale si evince l'andamento prescrittivo dei Medici e la spesa sostenuta. La Regione mira a conseguire, nel triennio 2019-2021, risparmi potenziali di seguito dettagliato.

In sintesi sulla base della spesa sostenuta per alcune classi di biosimilari nell'anno 2018 considerando l'introduzione sul mercato di nuovi farmaci biosimilari ad alto impatto economico e di consumo si sono effettuate delle stime di risparmio.

Per il 2019 il risparmio è stimato in ca 11.708 €/000 così ripartiti:
- EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 62% al 70% di consumo). Risparmio: 2.533 €/000
- ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilaredal 20% al 35% di consumo). Risparmio: 3.686 €/000
- INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 42% al 70% di consumo). Risparmio 2.906 €/000
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 25% al 35% di consumo). Risparmio 2.583 €/000

Per il 2020 il risparmio è stimato in ca 37.820 €/000 così ripartiti:
- EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo).Risparmio 6.312 €/000
- ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo). Risparmio 3.686 €/000
- INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 70% al 90% di consumo). Risparmio 1.405 €/000
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo).Risparmio 2.583 €/000
- ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 25 % di consumo rispetto al biologico originator). Risparmio 8.574 €/000
- TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 50% di consumo rispetto al biologico originator). Risparmio 15.260 €/000

Per il 2021 il risparmio è stimato in ca 12.553 €/000 così ripartiti:
- RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo). Risparmio 1.284 €/000
- ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 25% al 50% di consumo). Risparmio 8.574 €/000

fonte: http://burc.regione.campania.it

- TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)
  - obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 50% al 70% di consumo). Risparmio 2.695 €/000

Analisi biosimilari - Risparmio simato [€/000]				
Dettaglio	2019	2020	2021	Totale
EPOETINA spesa anno 2018 (biosimilare 62% di consumo)	2.533	6.312		**8.845**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 62% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
ETANERCEPT spesa anno 2018 (biosimilare 20% di consumo)	3.686	3.686		**7.371**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 20% al 35% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo)				
INFLIXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 42% di consumo)	2.906	1.405		**4.311**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 42% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
RITUXIMAB spesa anno 2018 (biosimilare 25% di consumo)	2.583	2.583	1.284	**6.449**
Obiettivo anno 2019 (penetrazione biosimilare dal 25% al 35% di consumo)				
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare dal 35% al 70% di consumo)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 70% al 90% di consumo)				
ADALIMUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)		8.574	8.574	**17.148**
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 25% di consumo rispetto al biologico originator)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 25% al 50% di consumo)				
TRASTUZUMAB spesa anno 2018 (senza biosimilare)		15.260	2.695	**17.956**
Obiettivo anno 2020 (penetrazione biosimilare 50% di consumo rispetto al biologico originator)				
Obiettivo anno 2021 (penetrazione biosimilare dal 50% al 70% di consumo)				
Totale	**11.707**	**37.819**	**12.553**	**62.080**
Totale cumulato	**11.707**	**49.527**	**62.080**	

Tabella 32: Tabella di dettaglio

Ulteriori potenziali risparmi si effettueranno grazie all'utilizzo di altri biosimilari quali il pegfilgastrim i fattori di crescita leucocitari (questi ultimi già vedono un utilizzo % vicino al 90 in Regione Campania) EBPM.

Tenuto conto del risparmio atteso nel triennio 2019-2021, si è ritenuto comunque prudenziale considerare nell'ambito dei conti economici programmatici i seguenti risparmi:

- per il 2019 pari a ca. 6.000 €/000;
- per il 2020 pari a ca. 30.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2019);
- per il 2021 pari a ca. 40.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2020).

Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

L'attuazione del modello di logistica regionale centralizzata dei farmaci Distribuiti in nome e Per Conto rappresenta un obiettivo primario per la, Regione Campania al fine di recuperare risorse. Attraverso la riduzione della fuga dei farmaci A-PHT in regime di convenzionata la Regione mira a conseguire, nel triennio 2019-2021, risparmi potenziali per circa 5 €/000. La centralizzazione degli approvvigionamenti permette di

fonte: http://burc.regione.campania.it

ottimizzare le risorse economiche tanto per quanto concerne la residuale fuga dei farmaci in regime convenzionato tanto per quanto concerne la gestione delle giacenza e degli scaduti.

Il risparmio pari a ca. 5.000 €/000 è stato calcolato sull'ulteriore efficientamento del sistema, che permetterebbe di evitare la fuga in convenzione dei farmaci A-PHT, tale dato è stato elaborato dal CIRFF attraverso il report Pharma Campania Report anno 2018 al quale si aggiungerebbe il risparmio progressivo annuale correlato alle procedure centralizzate di acquisto e stoccaggio descritte nel presente Piano effettuate mediante una analisi dell'andamento degli acquisti, della gestione delle giacenze, degli indici di rotazione dei farmaci e dei consumi delle sette AA.SS.LLL. effettuata dal Gruppo di esperti Regionale DPC.

In sintesi nell'ambito dei conti economici programmatici si è ritenuto prudenziale considerare esclusivamente il risparmio di 5.000 €/000 così suddiviso:

- per il 2019 pari a ca. 1.000 €/000;
- per il 2020 pari a ca. 3.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2019);
- per il 2021 pari a ca. 5.000 €/000 (tenuto conto del risparmio 2020).

fonte: http://burc.regione.campania.it

Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie

In materia la Regione ha emanato:

- il DCA n.41 del 29/05/2018 avente ad oggetto "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macro-area della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78";
- il DCA n.43 del 31/05/2018 avente ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza termale e presa d'atto dei consuntivi della spesa termale 2015-2017";
- il DCA n.48 del 21/06/2018 avente ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera".;
- il DCA n.53 del 29/06/2018 avente ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice e SUAP" successivamente integrato con DCA n.96 del 16/11/2018;
- il DCA n.84 del 31/10/2018 avente ad oggetto: "Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2018 e altre disposizioni relative all'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private".

Con riferimenti ai tetti dell'assistenza ospedaliera e specialistica si conferma il rispetto dei vincoli previsti dal decreto legge n. 95/2012, come illustrato nel Quadro Spending Review del DCA n. 48/2018 e nelle successive note di chiarimento invitate dalla Struttura Commissariale.

Per l'assistenza ospedaliera il budget previsto è pari a ca. 861.168 €/000 all'anno, relativo alle Case di Cura private accreditate, agli Ospedali Classificati e all'IRCCS Maugeri, e agli ulteriori 54.000 €/000 annui, così come previsto dal DCA n.48/2018. Di conseguenza si rilevano maggiori costi per:

- ca. 54.687 €/000 per il 2019;
- ca. 54.687 €/000 per il 2020;
- ca. 54.687 €/000 per il 2021.

Per l'assistenza specialistica ambulatoriale, la dialisi e le prestazioni di FKT il budget previsto è pari a ca. 538,3 €/mln all'anno, comprensivo della quota riconosciuta agli Ospedali Classificati per le prestazioni fornite (stimata pari a ca. 8,2 €/mln, pari al Consuntivo 2018), come previsto dal DCA n.84/2019. Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 6.552 €/000 per il 2019;
- ca. 6.552 €/000 per il 2020;
- ca. 6.552 €/000 per il 2021.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 il budget previsto è pari a ca. 302,4 €/mln all'anno. Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 5.768 €/000 per il 2019;
- ca. 8.234 €/000 per il 2020;
- ca. 10.720 €/000 per il 2021.

Per l'assistenza termale il budget previsto è pari a ca. 22 €/mln all'anno. Di conseguenza i maggiori costi stimati sono pari a:

- ca. 4.344 €/000 per il 2019;
- ca. 4.203 €/000 per il 2020;
- ca. 4.061 €/000 per il 2021.

Tipo Assistenza	Tetti 2019	Tetti 2020	Totale 2021
Ass. ospedaliera	861.168	861.168	861.168
Ass. Riabilitativa	302.430	302.430	302.430
Ass. Specialistica	538.392	538.392	538.392
Ass. Termale	22.000	22.000	22.000

Tabella 33: Tetti di spesa anno 2019-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

Valorizzazione economica dei Programmi Operativi

Consolidato SSR Campania										
ID	CONTO ECONOMICO	Tendenziale 2019	Tendenziale 2020	Tendenziale 2021	Manovra 2019	Manovra 2020	Manovra 2021	Programmatico 2019	Programmatico 2020	Programmatico 2021
	€/000	C	D	E	F	G	H	I=C+F	L=D+G	M=E+H
A.1.1	Contributi F.S.R. Indistinto	10.296.899	10.483.299	10.623.099	0	0	0	10.296.899	10.483.299	10.623.099
A.1.2	Contributi F.S.R. Vincolato	263.277	267.758	263.277	0	0	0	263.277	267.758	263.277
A1	Contributi F.S.R.	10.560.176	10.751.057	10.886.376	0	0	0	10.560.176	10.751.057	10.886.376
A.2.A	Saldo Mobilità Infra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.2.B	Saldo Mobilità Extra	- 319.012	- 319.021	- 319.030	0	0	0	- 319.012	- 319.021	- 319.030
A.2.5	Saldo Infragruppo Regionale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.2.6	Saldo Mobilità Internazionale	- 25.986	- 8.250	- 8.250	0	0	0	- 25.986	- 8.250	- 8.250
A2	Saldo Mobilità	- 344.999	- 327.271	- 327.280	0	0	0	- 344.999	- 327.271	- 327.280
A.3.1	Utilizzo Fondi Per Quote Inutilizzate Contribut	70.794	70.794	88.944	63.000	85.789	257.851	133.794	156.583	346.795
A.3.2	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	70.464	61.565	57.814	0	0	0	70.464	61.565	57.814
A.3.3	Ticket	54.685	54.685	54.685	0	0	0	54.685	54.685	54.685
A.3.4	Altre Entrate Proprie	132.935	132.935	132.935	0	0	0	132.935	132.935	132.935
A3	Entrate Proprie	328.878	319.979	334.378	63.000	85.789	257.851	391.878	405.768	592.229
A4	Saldo Intramoenia	7.387	7.387	7.387	0	0	0	7.387	7.387	7.387
A5	Rettifica Contributi Per Destinazione Ad Investi	- 89.725	- 89.725	- 89.725	0	0	8.000	- 89.725	- 89.725	- 81.725
A	**Totale Ricavi Netti**	**10.461.718**	**10.661.427**	**10.811.136**	**63.000**	**85.789**	**265.851**	**10.524.718**	**10.747.216**	**11.076.987**
B.1.A	Personale Dipendente	2.524.084	2.524.084	2.524.084	21.445	185.704	428.175	2.545.529	2.709.788	2.952.259
B.1.B	Personale Non Dipendente	151.655	152.177	152.703	- 6.527	- 19.739	- 33.162	145.128	132.438	119.541
B1	Personale	2.675.739	2.676.261	2.676.787	14.918	165.965	395.013	2.690.657	2.842.226	3.071.800
B2	Prodotti Farmaceutici e Emoderivati	1.237.230	1.274.382	1.312.777	- 6.000	- 30.000	- 40.000	1.231.230	1.244.382	1.272.777
B.3.1	Altri Beni Sanitari	524.126	537.649	552.793	0	0	0	524.126	537.649	552.793
B.3.2	Beni Non Sanitari	22.305	22.482	22.662	0	0	0	22.305	22.482	22.662
B.3.3	Servizi	1.186.337	1.192.770	1.204.641	- 5.878	5.112	27.059	1.180.459	1.197.882	1.231.700
B3	Altri Beni E Servizi	1.732.768	1.752.901	1.780.096	- 5.878	5.112	27.059	1.726.890	1.758.013	1.807.155
B.4.1	Ammortamenti E Sterilizzazioni	12.553	12.553	12.553	0	0	0	12.553	12.553	12.553
B.4.2	Costi Sostenuti In Economia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.4.3	Rettifica Contributi F.S.R. Per Destinazione A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.4.4	Rettifica Contributi Pubblici Per Destinazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	12.553	12.553	12.553	0	0	0	12.553	12.553	12.553
B.5.1	Accantonamenti Rischi	337.610	337.610	337.610	0	0	0	337.610	337.610	337.610
B.5.2	Accantonamenti Sumai (+Tfr)	9.148	9.148	9.148	0	0	0	9.148	9.148	9.148
B.5.3	Altri Accantonamenti	19.630	19.630	19.630	0	0	0	19.630	19.630	19.630
B.5.4	Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali	117.467	130.350	139.453	856	6.666	16.238	118.324	137.016	155.691
B.5.5	Accantonamenti per quote inutilizzate di conti	179.361	117.391	61.160	0	0	0	179.361	117.391	61.160
B5	Accantonamenti	663.215	614.129	566.999	856	6.666	16.238	664.071	620.795	583.237
B6	Variazione Rimanenze	- 26.977	- 26.977	- 26.977	0	0	0	- 26.977	- 26.977	- 26.977
B	**Totale Costi Interni**	**6.294.528**	**6.303.249**	**6.322.235**	**3.896**	**147.743**	**398.310**	**6.298.424**	**6.450.991**	**6.720.545**
C1	Medicina Di Base	651.808	651.808	651.808	0	0	0	651.808	651.808	651.808
C2	Farmaceutica Convenzionata	810.140	810.140	810.140	- 1.000	- 3.000	- 5.000	809.140	807.140	805.140
C.3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	806.481	806.481	806.481	54.687	54.687	54.687	861.168	861.168	861.168
C.3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	776.180	778.030	779.895	- 6.552	- 6.552	- 6.552	769.628	771.478	773.343
C.3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra O	308.198	310.664	313.150	- 5.768	- 7.900	- 9.939	302.430	302.765	303.211
C.3.4	Altre Prestazioni Da Privato	501.549	503.888	506.246	7.454	33.456	69.570	509.003	537.344	575.816
C3	Prestazioni Da Privato	2.392.408	2.399.063	2.405.772	49.821	73.692	107.766	2.442.229	2.472.755	2.513.538
C	**Totale Costi Esterni**	**3.854.357**	**3.861.012**	**3.867.721**	**48.821**	**70.692**	**102.766**	**3.903.178**	**3.931.704**	**3.970.487**
D	**Totale Costi Operativi**	**10.148.885**	**10.164.261**	**10.189.956**	**52.717**	**218.434**	**501.076**	**10.201.602**	**10.382.695**	**10.691.032**
E	**Margine Operativo**	**312.833**	**497.167**	**621.180**	**10.283**	**- 132.645**	**- 235.225**	**323.116**	**364.521**	**385.955**
F1	Svalutazione Crediti, Rivalutazioni e Svalutazio	10.018	10.099	10.180	0	0	0	10.018	10.099	10.180
F2	Saldo Gestione Finanziaria	42.338	42.338	42.338	0	0	0	42.338	42.338	42.338
F.3.1	Irap	206.439	206.641	206.844	1.886	16.334	37.661	208.325	222.975	244.505
F.3.2	Ires	2.710	2.732	2.754	0	0	0	2.710	2.732	2.754
F.3.3	Altri Oneri Fiscali	20.795	20.962	21.130	0	0	0	20.795	20.962	21.130
F3	Oneri Fiscali	229.944	230.335	230.728	1.886	16.334	37.661	231.830	246.669	268.389
F.4.1.a	Componenti Straordinarie Attive	47.306	19.860	19.860	- 0	- 0	- 0	47.306	19.860	19.860
F.4.1.b	Componenti Straordinarie Passive	84.174	82.329	82.329	0	0	0	84.174	82.329	82.329
F4	Saldo Gestione Straordinaria	36.868	62.469	62.469	0	0	0	36.868	62.469	62.469
F	**Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie**	**319.167**	**345.240**	**345.714**	**1.886**	**16.335**	**37.661**	**321.054**	**361.575**	**383.376**
	Totale Costi	**10.468.052**	**10.509.501**	**10.535.671**	**54.604**	**234.769**	**538.737**	**10.522.655**	**10.744.270**	**11.074.408**
G	**Risultato Economico**	**- 6.334**	**151.926**	**275.465**	**8.396**	**- 148.980**	**- 272.886**	**2.062**	**2.946**	**2.579**
H	**Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
I	**Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA**	**- 6.334**	**151.926**	**275.465**	**8.396**	**- 148.980**	**- 272.886**	**2.062**	**2.946**	**2.579**

Tabella 34: Programmatico 2019-2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

Direzione Generale per la Tutela della Salute na Sanitario regionale – Delibera di Giunta Regionale n. n. 586 del 21.11.2019 - Presa d'atto e recepimento del "Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con Decreto Commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento. **- AVVISO DI RETTIFICA**

Si comunica che sul Bollettino Ufficiale n. 70 del 25 novembre 2019 è stata pubblicata la Delibera 586 del 21.11.2019 il cui allegato “Piano Triennale 2019-2021” risultava incompleto. Si procede, pertanto, alla sua ripubblicazione nella versione completa.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA" – SALERNO – C.F. 95044230654

In attuazione della deliberazione del Commissario Straordinario n. 195 del 19/11/2019, esecutiva ai sensi di legge, è indetto Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, di n. 160 posti di C.P.S. Infermiere cat.D, con una riserva pari massimo al 40% dei posti banditi da destinare ai beneficiari di cui all'art. 35, co. 3 bis, lett. a), D.Lgs. n. 165/2001**.**

Con la facoltà di utilizzare la graduatoria che scaturirà dalla presente procedura per la copertura di ulteriori posti, vacanti nella Dotazione Organica ed oggetto dei futuri Piani Triennali Aziendali del Fabbisogno di personale.

Il regime giuridico ed il trattamento economico sono stabiliti dal vigente C.C.N.L. per il personale del comparto sanità.
Il presente concorso è disciplinato dalle disposizioni di cui ai D.P.R. n. 220/2001, n. 487/1994 e 445/2000, nonché, dal D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., dalla Legge n.56/2019, e dai D.Lgs. n. 66/2010 e n. 8/2014.

L'amministrazione garantisce parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e al trattamento sul lavoro (art.7, comma 1, del D.lgs.30.3.2001, n.165 e D.lgs. 198/2006).

Riserve

Nell'ambito del numero di posti messi a concorso operano le seguenti riserve:

- ai sensi dell'art. 35, co. 3 bis, lett. a), D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., è prevista la riserva, nel limite massimo del 40% dei posti messi a concorso, in favore di coloro che alla data di pubblicazione del presente bando, siano titolari di rapporto di lavoro a tempo determinato laddove in possesso di anzianità di servizio, alla data di pubblicazione del bando di riferimento, di almeno tre anni di servizio alle dipendenze dell'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" nello stesso profilo e ruolo messo a concorso;
- ai sensi degli artt. 678 e 1014 del Decreto Legislativo n. 66 del 15/3/2010 e s.m.i., è prevista la riserva del 30% dei posti banditi in favore dei volontari in ferma breve o in ferma prefissata quadriennale delle Forze armate congedati senza demerito anche al termine o durante le eventuali rafferme contratte;

Le riserve di cui al presente bando, saranno proporzionalmente applicate, nel caso superino il limite massimo del 50% dei posti messi a bando.
I posti non assegnati agli aventi diritto alle riserve concorreranno ad aumentare i posti a favore dei non riservatari.

1. REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE

Possono partecipare al Concorso coloro che possiedono i seguenti requisiti generali:

a) cittadinanza italiana oppure cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, ovvero loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadini di Paesi Terzi che

fonte: http://burc.regione.campania.it

siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria (art. 38 Dlgs 165/2001) purché in possesso di un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

b) idoneità fisica specifica all'impiego nell'osservanza di quanto previsto dall'art. 26 del Decreto Lgs n. 106/2009. L'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica per la funzione richiesta dal posto messo a concorso, nel pieno rispetto delle norme in tema di categorie protette, sarà effettuato dall'Azienda Ospedaliera prima dell'immissione in servizio. L'assunzione è pertanto subordinata alla sussistenza della predetta idoneità espressa dal Medico Competente;
c) godimento dei diritti civili e politici.
Non possono accedere al Concorso coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
d) posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva per i candidati di sesso maschile nati entro il 31 dicembre 1985 ai sensi dell'art. 1 L. 23 agosto 2004 n. 226;

2. REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

Possono partecipare al concorso coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti specifici:

e) laurea in Infermieristica - Classe L/SNT01 - Lauree delle Professioni sanitarie Infermieristiche e Professione sanitaria ostetrica, ovvero diploma universitario di Infermiere conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e s.m.i., ovvero altri diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni (D.M. 27 luglio 2000), al Diploma Universitario, ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi.
I candidati che hanno conseguito il titolo di studio e/o svolto servizi professionali all'estero, dovranno allegare, direttamente nella procedura on-line, idonea documentazione attestante il riconoscimento del proprio titolo di studio e/o servizio prestato con quello italiano richiesto ai fini dell'ammissione, in conformità della vigente normativa nazionale e comunitaria;
f) iscrizione al relativo Albo professionale (Legge n. 3 dell'11/01/2018). L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

3. REQUISITI PER LA RISERVA

g) in attuazione dell'art. 1014, commi 3 e 4, e dell'art. 678, comma 9, del D.lgs. 66/2010, il 30% dei posti a selezione sono prioritariamente riservati in favore dei militari volontari delle FF.AA. congedati senza demerito dalle ferme contratte,:
    1. VFP 1 volontari in ferma prefissata di 1 anno;
    2. VFP 4 volontari in ferma prefissata di 4 anni;
    3. VFB volontari in ferma breve triennale;
    4. Ufficiali di complemento in ferma biennale o in ferma prefissata (art. 678, comma 9 D.Lgs. 66/2010);

  oltre ai prescritti requisiti generali e specifici innanzi indicati;

h) ai sensi dell'art. 35, co. 3 bis, lett. a), D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., è prevista la riserva, nel limite massimo del 40% dei posti messi a concorso, in favore di coloro che alla data di pubblicazione del presente bando, siano titolari di rapporto di lavoro a tempo determinato laddove in possesso di anzianità di servizio, alla data di pubblicazione del bando di riferimento, di almeno tre anni di servizio alle dipendenze dell'A.O.U. "San Giovanni di Dio e

fonte: http://burc.regione.campania.it

Ruggi d'Aragona" nello stesso profilo e ruolo messo a concorso, oltre ai prescritti requisiti generali e specifici innanzi indicati;

La partecipazione al presente concorso non è soggetta a limite d'età, ai sensi dell'art. 3, comma 6, della Legge 127/97, salvo quelli previsti per il collocamento a riposo dei dipendenti.

Non possono partecipare alla selezione coloro i quali:
- abbiano riportato condanne per reati previsti dalle leggi antimafia;
- abbiano riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione ed alla permanenza del rapporto di pubblico impiego;
- si trovino in una situazione di conflitto di interessi con l'Azienda;
- siano sottoposti a misure restrittive della libertà personale o di prevenzione.

Tutti i requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del presente bando determinata dalla sua pubblicazione, per estratto, nella Gazzetta Ufficiale.
Il difetto anche di uno solo di tali requisiti comporta la non ammissione al Concorso.

4. MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione al concorso dovrà essere, pena esclusione, **PRODOTTA ESCLUSIVAMENTE TRAMITE PROCEDURA TELEMATICA**, collegandosi al sito **https://sangiovannieruggi.iscrizioneconcorsi.it.**

L'utilizzo di modalità diverse comporterà l'esclusione del candidato dalla procedura concorsuale.

La procedura informatica per la presentazione delle domande sarà attiva a partire **dal 1° (primo) giorno successivo dalla pubblicazione del bando, per estratto del presente bando, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica – 4^ serie "concorsi" , e verrà automaticamente disattivata alle ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno di scadenza**. Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Pertanto, dopo tale termine, non sarà più possibile effettuare la compilazione online della domanda di partecipazione e **non sarà ammessa la produzione di altri titoli o documenti a corredo della domanda**. Inoltre non sarà più possibile effettuare **rettifiche o aggiunte**.

Il termine di cui sopra è perentorio. Saranno esclusi dal concorso i candidati le cui domande non siano state inviate nei tempi e secondo le modalità previste dal bando.

I candidati beneficiari della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, debbono specificare nella domanda di ammissione, qualora lo ritengano indispensabile, l'ausilio eventualmente necessario per l'espletamento della procedura in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi.

L' Azienda garantisce parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i.

5. MODALITÀ DI FORMULAZIONE DELLA DOMANDA D'AMMISSIONE

Nella domanda di partecipazione al presente concorso, redatta esclusivamente in forma telematica mediante piattaforma che verrà messa a disposizione sul sito **https://sangiovannieruggi.iscrizioneconcorsi.it**, gli aspiranti devono dichiarare, ai sensi e per gli

effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/00 e s.m.i., sotto la propria responsabilità consapevoli secondo quanto prescritto dall'art.76 DPR n.445/00 della responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, nonché di quanto stabilito dall'art.75 del predetto decreto, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1) cognome, nome, data, luogo di nascita e codice fiscale;
2) residenza;
3) indirizzo di **PEC personale** che sarà utilizzato dall'Amministrazione per l'inoltro delle notifiche e comunicazioni personali ad ogni effetto di legge, anche ai fini della decorrenza dei termini legali. I candidati partecipanti alla presente selezione sono comunque obbligati a comunicare sempre a mezzo PEC ogni variazione del proprio indirizzo PEC intervenuta successivamente alla presentazione della domanda, anche dopo l'approvazione della graduatoria finale per tutto il periodo di validità della stessa. L'Amministrazione, pertanto, non risponde per eventuali disguidi, ritardi o situazioni di decadenza che dovessero verificarsi per omessa comunicazione;
4) il possesso della cittadinanza italiana o di altro Paese dell'Unione Europea;
5) il godimento dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di residenza, diversamente specificare la motivazione;
6) il possesso dei requisiti di ammissione;
7) i servizi prestati presso le pubbliche amministrazioni e la causa di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
8) il non essere mai stato destituito o dispensato da impieghi presso la PP.AA.
9) di non aver avuto condanne penali per reati contro la p.a. o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione ed alla permanenza del rapporto di pubblico impiego;
10) i titoli che danno diritto alla riserva del posto o che danno luogo a precedenza o preferenza a parità di punteggio;
11) l'ausilio eventualmente necessario per l'espletamento della procedura in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi;
12) l'eventuale diritto alla riserva prevista;
13) il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003, per lo svolgimento della procedura selettiva;
14) il proprio impegno, a pena di esclusione, qualora risultasse vincitore del concorso in questione, a non chiedere trasferimento presso altra Azienda, per un periodo di cinque anni a decorrere dalla data effettiva immissione in servizio presso questa A.O.U.;
15) di accettare tutte le condizioni previste dal presente bando.

La omessa dichiarazione nella domanda dei requisiti richiesti per l'ammissione determina l'esclusione dalla presente procedura.

Per essere ammessi alla partecipazione del concorso, i candidati dovranno necessariamente effettuare un **BONIFICO DI € 10,00 (DIECI/00)** intestato alla A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno – **IBAN: IT 36 M 01030 15200 000063667994.**
NELLA CAUSALE DOVRANNO SPECIFICARE: "Contributo COGNOME NOME spese concorso n. 160 CPS-Infermieri". La ricevuta dell'avvenuto versamento dovrà essere scannerizzata ed allegata alla domanda di partecipazione al Concorso pubblico. Il mancato versamento comporterà l'esclusione dalla procedura.

6. PROCEDURA DI REGISTRAZIONE E COMPILAZIONE ON-LINE DELLA DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL CONCORSO

La compilazione della domanda potrà essere effettuata 24 ore su 24 (salvo momentanee interruzioni per manutenzione del sito) da computer collegato alla rete internet e dotato di un browser di navigazione aggiornato tra quelli di maggiore diffusione (Chrome, Explorer, Firefox, Safari) .La compatibilità con i dispositivi mobili (smartphone, tablet) non è garantita.

Si consiglia di effettuare la registrazione e la compilazione con sufficiente anticipo.

FASE 1: REGISTRAZIONE NEL SITO AZIENDALE

- Collegarsi al sito **https://sangiovannieruggi.iscrizioneconcorsi.it;**
- **Cliccare su "pagina di registrazione"** ed inserire i dati richiesti.

  Fare attenzione al corretto inserimento della e-mail (non PEC, non indirizzi generici o condivisi, ma mail personale) perché a seguito di questa operazione il programma invierà una e-mail al candidato con le credenziali provvisorie (Username e Password) di accesso al sistema di iscrizione ai concorsi on-line (attenzione **l'invio non è immediato quindi registrarsi in tempo utile**).

- **Collegarsi**, una volta ricevuta la mail, al link indicato nella stessa per modificare la Password provvisoria con una password segreta e definitiva a vostra scelta che dovrà essere conservata per gli accessi successivi al primo, **attendere** poi qualche secondo per essere automaticamente reindirizzati.

FASE 2 : ISCRIZIONE ON LINE AL CONCORSO PUBBLICO

Sostituita la password provvisoria selezionare la voce di menù "**Concorsi**", per accedere alla schermata dei concorsi disponibili.

- **Cliccare l'icona** "***Iscriviti***" **corrispondente al concorso/avviso al quale intende partecipare.**
- Si accede alla schermata di **inserimento della domanda,** dove si deve dichiarare il **possesso dei requisiti generali e specifici** richiesti per l'ammissione al concorso.
- Si inizia dalla scheda "***Anagrafica***", che deve essere compilata in tutte le sue parti e dove va allegata la scansione del documento di identità, cliccando su "*aggiungi documento*" (dimensione massima 1 mb).
- Per iniziare cliccare il tasto "***Compila***" ed al termine dell'inserimento, confermare cliccando il tasto in basso "***Salva***";

  Proseguire con la compilazione delle ulteriori pagine di cui si compone in format, il cui elenco è disposto sul lato sinistro dello schermo, e che via via che vengono compilate, risultano spuntate in verde, con riportato al lato il numero delle dichiarazioni rese. Le stesse possono essere compilate in più momenti, in quanto è possibile accedere a quanto caricato ed aggiungere/correggere/cancellare i dati, fino a quando non si conclude la compilazione cliccando su "***Conferma ed invio***".

  Si sottolinea che tutte le informazioni (requisiti specifici di ammissione, titoli di carriera ed esperienze professionali e formative) di cui sopra, dovranno essere indicate in modo preciso ed esaustivo in quanto si tratta di dati sui quali verrà effettuata la verifica del possesso dei

fonte: http://burc.regione.campania.it

requisiti per la partecipazione al concorso/avviso, degli eventuali titoli di preferenza o di riserva dei posti, nonché la valutazione dei titoli. Si tratta di una dichiarazione resa sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

I rapporti di lavoro/attività professionali in corso possono essere autocertificati limitatamente alla data in cui viene compilata la domanda (quindi, in caso di servizi ancora in corso, nel campo corrispondente alla data di fine rapporto il candidato deve inserire la data di compilazione della domanda).

- **ATTENZIONE** per alcune tipologie di documenti e titoli è possibile ed è necessario, al fine dell'accettazione della domanda e della eventuale valutazione, allegarli seguendo le indicazioni e cliccando su "**aggiungi allegato**".

  I documenti che devono essere necessariamente allegati a pena di esclusione sono:

  a. documento di identità valido;
  b. documenti comprovanti i requisiti di cui al punto 1, che consentono ai cittadini non italiani e non comunitari di partecipare al presente concorso (permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o la titolarità dello status di rifugiato, ovvero dello status di protezione sussidiaria);
  c. il Decreto ministeriale di riconoscimento del titolo di studio valido per l'ammissione, se conseguito all'estero;

  I documenti che devono essere allegati pena la mancata valutazione/decadenza dei benefici sono:

  a. il Decreto ministeriale di equiparazione dei titoli di servizio svolti all'estero (da inserire nella pagina "Servizio presso ASL/PA come dipendente");
  b. la certificazione medica attestate lo stato di disabilità comprovante la necessita di ausili e/o tempi aggiuntivi, ai sensi dell'art. 20 della Legge 5.02.1992, n. 104;
  c. la certificazione medica comprovante la disabilità > 80% ai fini dell'esonero alla preselezione;
  d. le Pubblicazioni effettuate nel numero **massimo di 5 (cinque)**.

- Terminata la compilazione di tutte le sezioni, cliccare su "**Conferma ed invio**". Dopo avere reso le dichiarazioni finali e confermato sarà possibile stampare la domanda definitiva tramite la funzione "**STAMPA DOMANDA**".

  ATTENZIONE: a seguito della conferma, la domanda risulterà bloccata e sarà inibita qualsiasi altra modifica e integrazione, prestare quindi attenzione. Il candidato deve obbligatoriamente procedere allo scarico della domanda**, alla sua firma** e successivo **upload** cliccando il bottone "**Allega la domanda firmata**".

- Solo al termine di quest'ultima operazione comparirà il tasto "**Invia l'iscrizione**" che va cliccato per inviare definitivamente la domanda. Il candidato riceverà una mail di conferma iscrizione con allegata la copia della domanda.

Il mancato inoltro informatico della domanda firmata, determina l'automatica esclusione del candidato dalla procedura di cui trattasi.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., l'Amministrazione procederà ad idonei controlli, anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese nel format. Qualora emerga la

non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera.

Non verranno presi in considerazione eventuali documentazioni/integrazioni inviate con modalità diversa da quelle previste dal seguente bando (anche se inviate tramite raccomandata o tramite PEC).

Il mancato rispetto, da parte dei candidati, dei termini e delle modalità sopra indicate per la presentazione delle domande comporterà la non ammissibilità al concorso.

FASE 3: ASSISTENZA ON LINE
Le richieste di assistenza possono essere avanzate tramite l'apposita funzione disponibile alla voce di menù "**RICHIEDI ASSISTENZA**" sempre presente nella sezione a sinistra della pagina web. Le richieste di assistenza verranno evase durante l'orario di lavoro e compatibilmente con gli altri impegni del servizio.
Non potranno essere soddisfatte richieste nei 5 giorni antecedenti la data di scadenza del concorso.

Si suggerisce di leggere attentamente il **MANUALE ISTRUZIONI** per l'uso della procedura, di cui sopra, e disponibile nella sezione a sinistra della pagina web.

NOTA BENE: Dopo l'invio on-line della domanda per una eventuale integrazione o modifica occorre necessariamente annullare la domanda, e la stessa, una volta integrata o modificata, dovrà essere inviata seguendo le modalità sopra descritte.

In tal modo si otterrà una **nuova ricevuta di avvenuta compilazione**, in quanto l**'annullamento della domanda** comporta la perdita di validità della ricevuta di avvenuta compilazione della domanda annullata.

7. AMMISSIONE ESCLUSIONE CANDIDATI

Saranno ammessi alle prove concorsuali tutti i candidati la cui domanda di partecipazione al concorso è pervenuta entro i termini e con le modalità previste dal bando, con riserva di accertamento dei requisiti di accesso al concorso.
L'Azienda potrà effettuare, anche a campione, verifiche e controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute; in ogni caso provvederà all'accertamento dell'effettivo possesso dei requisiti dichiarati dai candidati prima di procedere all'assunzione dei vincitori.

L'elenco dei candidati ammessi ed esclusi verrà pubblicato sul sito internet dell'Azienda Ospedaliera **www.sangiovannieruggi.it**, link "**concorsi**".
La pubblicazione sul sito internet www.sangiovannieruggi.it link "concorsi", costituisce notifica a tutti gli effetti di legge, senza nessun'altra comunicazione da inviare individualmente ai singoli candidati.

I candidati ammessi dovranno presentarsi alle prove concorsuali muniti di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità, a pena di esclusione, con la precisazione che l'assenza del candidato alle suddette prove, quale ne sia stata la causa, sarà considerata rinuncia alla partecipazione, determinandone l'automatica esclusione dal Concorso.

In ragione del numero di domande pervenute, l'A.O.U. si riserva ogni facoltà di procedere, ai sensi dell'art. 7, c. 2-bis, del D.P.R. 487/94, ad una prova di preselezione, utilizzando procedure, anche informatizzate, che garantiscano obiettività e trasparenza.

Se si dovesse procedere ad una preselezione, la data, l'ora ed il luogo di convocazione dei candidati verrà pubblicato sul sito internet dell'Azienda Ospedaliera **www.sangiovannieruggi.it** , link "**concorsi**", almeno 15 giorni prima dell'espletamento della stessa; pertanto ai candidati non verrà inoltrata comunicazione individuale di invito a sostenere la preselezione.

La pubblicazione sul sito internet link "**concorsi**", **costituisce notifica a tutti gli effetti di legge (art.32 Legge 69/2009).**

Ai sensi dell'art. 25, c. 9, del D.L. 90/2014, convertito in L. 114/2014, la persona affetta da invalidità uguale o superiore a 80% non è tenuta a sostenere la prova preselettiva prevista e pertanto è ammessa, previa verifica dei requisiti previsti, direttamente alle prove concorsuali.
Sono altresì esonerati dal sostenere la prova preselettiva i candidati che all'atto della pubblicazione del presente bando sulla Gazzetta Ufficiale, siano ancora dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato con la qualifica di CPS-Infermiere presso l'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona".

Il punteggio ottenuto nella prova preselettiva non concorre in alcun modo alla formazione della graduatoria finale del Concorso.
L'esito della preselezione e l'ammissione alla prove d'esame saranno comunicati ai candidati esclusivamente mediante pubblicazione sul sito internet dell'Azienda Ospedaliera **www.sangiovannieruggi.it** , link "**concorsi**".

La mancata partecipazione alla preselezione per qualsiasi motivi comporterà automaticamente l'esclusione dal presente Concorso.
Costituiscono motivi di esclusione:

- la presentazione della domanda fuori termine utile;
- il mancato invio della domanda e della documentazione espressamente richiesta nel presente bando, nelle forme e con le modalità previste;
- il mancato possesso di uno dei requisiti generali e specifici per l'ammissione.

8. COMMISSIONE ESAMINATRICE

La Commissione esaminatrice è nominata con provvedimento del Direttore Generale e sarà composta come stabilito dagli art. 6 e 44 del D.P.R. 27 marzo 2001, n. 220, fatta salva la possibilità ai sensi dell'art. 6 c. 3 dello stesso D.P.R. di costituire una o più sottocommissioni qualora il numero di candidati ammessi alle prove concorsuali sia elevato. Almeno un terzo dei posti di componente della Commissione di concorso, salvo motivata impossibilità, è riservato alle donne in conformità dell'art. 57 del D.Lgs 165/2001 e ss.mm.ii..
Ai Componenti, se spettante, verrà attribuito il compenso nella misura prevista dal Regolamento Aziendale approvato con deliberazione n.82/07.

9. PUNTEGGIO PER LA VALUTAZIONE DEI TITOLI E DELLE PROVE DI ESAME

La Commissione, secondo quanto previsto dall'art. 8 del D.P.R. n. 220/2001, disporrà complessivamente di punti 100 così ripartiti:

a) 30 punti per i titoli;
b) 70 punti per le prove di esame.

I punti per le prove d'esame sono così ripartiti tra le prove articolate ai sensi dell'art. 43 D.P.R. n. 220/2001 in:

- 30 punti per la prova scritta;
- 20 punti per la prova pratica;
- 20 punti per la prova orale.

10. PROVE D'ESAME (art.43 D.P.R. 220/01)

1. Le prove d'esame sono le seguenti:

a) **prova scritta (30 punti):** Svolgimento di un tema o soluzione di quesiti a risposta sintetica o multipla attinenti gli ambiti di competenza professionale, etico deontologica, legislativo-sanitaria della disciplina professionale del Infermieristico;
b) **prova pratica (20 punti):** consistente nella predisposizione di atti connessi al profilo professionale a concorso concernenti le conoscenze delle tecniche e delle prestazioni infermieristiche assistenziali oggetto della prova scritta ovvero degli aspetti organizzativi e relazionali della disciplina infermieristica ovvero tesi alla risoluzione di casi assistenziali;
a) **prova orale (20 punti):** colloquio sulle materie attinenti al profilo a concorso. La prova comprenderà, oltre ad elementi di informatica, anche la verifica della conoscenza, almeno a livello iniziale, della lingua inglese o francese.
L'accertamento delle conoscenze informatiche e della lingua straniera, considerata specifica idoneità prevista dal Decreto Legislativo 27 marzo 2001, n. 220, che disciplina il presente concorso, comporta che il giudizio di non idoneità in una o entrambe le fattispecie di cui sopra, determina il non superamento della prova orale e quindi la non idoneità al concorso.

11. VALUTAZIONE TITOLI (art. 11 D.P.R. 220/01)

Per la valutazione dei titoli sono previsti complessivamente 30 punti, così ripartiti:

1. titoli di carriera …….punti 15
2. titoli accademici e di studio ……punti 3
3. pubblicazioni e titoli scientifici ……punti 3
4. curriculum formativo e professionale ……punti 9

Pubblicazioni e titoli scientifici:

Qualora il candidato sia autore di pubblicazioni, ai fini della valutazione delle stesse, dovrà anche allegarle, **nel numero massimo di 5 (cinque)**, riprodotte per extenso.

Per la valutazione delle pubblicazioni, dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'articolo 11 D.P.R. 220/01. sulle materie inerenti alla disciplina a concorso nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

Saranno oggetto di valutazione esclusivamente le pubblicazioni (**nel numero massimo di 5 cinque**), i titoli, le esperienze lavorative, nonché i corsi di formazione ed aggiornamento professionale **successivi** alla data di conseguimento del titolo di studio richiesto ai fini dell'ammissione alla presente procedura di reclutamento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

12. SVOLGIMENTO DELLE PROVE (art.7 D.P.R. 220/01)

La convocazione per le prove d'esame avverrà esclusivamente tramite pubblicazione sul sito internet aziendale nella sezione "concorsi".

La pubblicazione sul sito internet www.sangiovannieruggi.it link "concorsi", costituisce notifica a tutti gli effetti di legge, l'Amministrazione non sarà, pertanto, tenuta a procedere a notifiche individuali ai partecipanti.

Il diario delle varie prove verrà pubblicato, entro i termini previsti dal DPR n. 220/2001, ossia non meno di venti giorni prima della convocazione.

In ragione del numero dei candidati, la Commissione potrà decidere di far svolgere tutte le prove, o parte di esse, nello stesso giorno. Anche in tal caso il termine di preavviso, per le prove che si dovessero svolgere nello stesso giorno, sarà di venti giorni.

Il superamento di ciascuna delle previste prove d'esame è subordinata al raggiungimento di una valutazione di sufficienza, corrispondente a 21/30 per la prova scritta e 14/20 per la prova pratica e per la prova orale.
La valutazione di merito delle prove giudicate sufficienti è espressa da un punteggio compreso tra quello minimo per ottenere la sufficienza e quello massimo attribuibile per ciascuna prova.
L'ammissione alla prova pratica è subordinata al raggiungimento di una valutazione di sufficienza nella prova scritta.
L'ammissione alla prova orale è subordinata al conseguimento di una valutazione di sufficienza nella prova pratica.
I candidati ammessi dovranno presentarsi alle prove concorsuali muniti di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità, a pena di esclusione, con la precisazione che l'assenza del candidato alle suddette prove, quale ne sia stata la causa, sarà considerata rinuncia alla partecipazione, determinandone l'automatica esclusione dal Concorso.

13. GRADUATORIA, TITOLI DI PRECEDENZA E PREFERENZA

Al termine delle prove d'esame, la Commissione esaminatrice formula la graduatoria di merito dei candidati. È escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito la sufficienza in ciascuna delle prove d'esame. La graduatoria di merito è formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994 e successive modificazioni ed integrazioni.

Sono prioritariamente riservati il 30% dei posti messi a bando, ai sensi degli artt. 678 e 1014 del Decreto Legislativo n. 66 del 15/3/2010 e s.m.i., in favore dei volontari in ferma breve o in ferma prefissata quadriennale delle Forze armate congedati senza demerito anche al termine o durante le eventuali rafferme contratte; ai sensi dell'art. 35, co. 3 bis, lett. a), D. Lgs. n. 165/2001, e nel limite massimo del 40% dei posti messi a concorso, ai titolari di rapporto di lavoro a tempo determinato laddove in possesso di anzianità di servizio, alla data di pubblicazione del bando di riferimento, di almeno tre anni di servizio alle dipendenze dell'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" nello stesso profilo e ruolo messo a concorso.

fonte: http://burc.regione.campania.it

I posti rientranti nella quota di riserva risultanti vacanti all'esito della conclusione della procedura saranno destinati ai posti banditi per l'accesso dall'esterno.

Qualora tra i concorrenti dichiarati idonei nella graduatoria di merito vi siano appartenenti a più categorie che danno titolo a differenti riserve di posti, si applicano le disposizioni previste dall'art. 5, comma 3 del D.P.R. 487/94. Qualora, a conclusione delle operazioni di valutazione dei titoli preferenziali, due o più candidati conseguano pari punteggio, la preferenza è determinata dall'età, come previsto dall'art. 2, comma 9 della Legge n. 191/98.

Per quanto riguarda la riserva dei posti e le precedenze nella assunzione, sono fatte salve le vigenti disposizioni di legge in materia.

14. VALIDITA' DELLA GRADUATORIA

La graduatoria di merito, formulata dalla Commissione Esaminatrice ed approvata dal Legale Rappresentante dell'Azienda, sarà resa pubblica mediante affissione sul sito internet Aziendale e pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania. La graduatoria degli idonei rimane efficace per un periodo di 36 mesi dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, secondo quanto previsto dalla normativa in atto, salvo eventuale successiva elevazione disposta in merito da norma di legge.

L'Azienda si riserva di procedere all'utilizzo della graduatoria per ulteriori posti che si rendessero disponibili o vacanti.

Trascorsi 10 anni dalla data di approvazione delle graduatorie degli idonei, verranno attivate le procedure di scarto della documentazione relativa alla presente selezione ad eccezione degli atti oggetto di contenzioso e degli atti prodotti dalla Commissione Esaminatrice. Prima della scadenza del termine di cui sopra, i candidati possono chiedere, con apposita domanda, la restituzione della documentazione prodotta. Nel caso la restituzione venga effettuata a mezzo del servizio postale, le spese relative sono a carico degli interessati.

15. NOMINA E ADEMPIMENTI DEI VINCITORI

I vincitori del Concorso o coloro che, comunque, a seguito di utilizzo della relativa graduatoria, verranno assunti in servizio, stipuleranno con l'Amministrazione un contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato, secondo quanto previsto dal vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Personale di comparto.

A tal fine gli stessi dovranno presentare, ovvero autocertificare ai sensi di legge, nel termine di 15 giorni, all'U.O. Risorse Umane, a pena di decadenza dai diritti conseguenti tutta la documentazione corrispondente alle dichiarazioni contenute nella domanda di partecipazione al concorso.
L'immissione in servizio, **pena decadenza dalla graduatoria**, dovrà avvenire entro **30 giorni** dalla ricezione della lettera di nomina.
Scaduto il termine assegnato per l'assunzione in servizio, senza giustificato motivo riconosciuto dall'Amministrazione, l'Azienda non provvederà alla stipula del contratto, con conseguente **decadenza** dalla graduatoria stessa.
Agli assunti è attribuito il trattamento economico previsto, per il corrispondente profilo professionale, dal contratto collettivo di lavoro del personale di comparto nel tempo vigente, nonché da norme specifiche di legge.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Con l'assunzione in servizio è implicita l'accettazione senza riserve di tutte le disposizioni che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico dei dipendenti di questa Azienda, nonché l'impegno a non chiedere trasferimento presso altra Azienda, per un periodo di cinque anni a decorrere dalla data effettiva immissione in servizio presso questa A.O.U., così come dichiarato nella domanda di partecipazione alla procedura concorsuale in oggetto.
La nomina all'impiego stabile è subordinata al superamento con esito positivo del periodo di prova di sei mesi - secondo quanto stabilito dal C.C.N.L. del Comparto Sanità. Detto periodo non sarà rinnovato né prorogato alla scadenza.

16. INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 (CODICE PRIVACY)

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in occasione della procedura selettiva in oggetto verranno trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 196/03 e D. Lgs. n. 101/2018 (GDPR UE 2016/679); la presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento del concorso. Gli stessi potranno essere messi a disposizione di coloro che, dimostrando un attuale e concreto interesse nei confronti della procedura selettiva, ne facciano espressa richiesta ai sensi dell'art. 22 della L. n. 241/1990. L'interessato altresì gode dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento Europeo n. 679/2016.
Si informa, altresì, che i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso il Servizio Gestione Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno e trattati per le finalità di gestione del Concorso e dell'eventuale rapporto instaurato e che il titolare del trattamento è il Direttore del predetto Servizio.
Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai fini della valutazione del dei requisiti di partecipazione, con la conseguenza che, in caso di omessa fornitura degli stessi, sarà disposta l'esclusione dalla procedura selettiva.

17. DISPOSIZIONI DI SALVAGUARDIA

Per quanto non espressamente previsto nel presente bando, si intendono richiamate le disposizioni legislative vigenti. L'Amministrazione si riserva la facoltà, per comprovati motivi, di protrarre, rinviare, sospendere, modificare, prorogare, annullare o revocare il presente bando. L'Amministrazione si riserva, altresì, ogni determinazione in merito all'immissione in servizio a tempo indeterminato dei vincitori a fronte dei vincoli legislativi e regionali in materia di assunzioni. I candidati non potranno vantare alcun diritto soggettivo od interesse legittimo all'assunzione a tempo indeterminato. La presentazione della domanda di partecipazione costituisce, a tutti gli effetti, piena accettazione di tutte le condizioni previste dal presente bando.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Vincenzo D'Amato

fonte: http://burc.regione.campania.it

REGIONE CAMPANIA
ASL NA 2 NORD
Codice Fiscale 96024110635

Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di n. 10 posti di Veterinario Dirigente Disciplina di Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati Area B.

In esecuzione del provvedimento n°285 del 15/10/2019, immediatamente esecutiva, è indetto Concorso Pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di N°10 posti di Veterinario Dirigente Disciplina di Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati Area B.

1. REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE:

a) cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle Leggi vigenti, oppure cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea. Ai sensi dell'art. 38 D.Lgs 165/2001 e dell'art. 3 D.P.C.M. 07.02.1994, n. 174, l'accesso all'impiego è esteso ai cittadini degli Stati membri della U.E. e ai loro familiari non aventi la cittadinanza di uno stato membro, che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, in possesso dei seguenti requisiti:

✓ godimento dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza o di provenienza;

✓ possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;

✓ adeguata conoscenza della lingua italiana ai sensi del D.P.R. n. 752/1976;

✓ le disposizioni di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 si applicano anche ai cittadini di paesi terzi, che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria. Anche per tale categoria di cittadini si applicano le disposizioni di cui D.P.R. n. 752/1976, in materia di conoscenza della lingua italiana;

b) non essere già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;

c) incondizionata idoneità fisica all'impiego e alla mansione specifica: l'accertamento sarà effettuato a cura dell'ASL Napoli 2 Nord prima dell'effettiva assunzione in servizio;

d) godimento dei diritti politici;

e) non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

2.REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE:

1) Laurea in Medicina Veterinaria;

2) Specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o in disciplina equipollente (D.M. 30.1.1998 e successive modificazioni e integrazioni); se il titolo di studio è stato conseguito all'estero, dovrà essere indicata l'avvenuta equipollenza del titolo stesso con quello italiano, richiesto ai fini dell'ammissione.

3) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici Veterinari. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione al concorso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione. Il difetto anche di un solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione alla selezione.

3.MODALITÀ E TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione scade il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione dell'estratto del presente bando di Concorso Pubblico nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, IV Serie Speciale, Concorsi ed Esami; qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti ad esse allegati è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di

documenti e/o titoli è priva di effetti. Le domande di partecipazione al concorso dovranno essere ESCLUSIVAMENTE PRODOTTE TRAMITE PROCEDURA TELEMATICA, con le modalità di seguito descritte.
Le domande eventualmente presentate prima della pubblicazione dell'estratto bando nella G.U. non saranno prese in considerazione. Relativamente alla documentazione da presentare, non è consentito far riferimento a quella eventualmente già in possesso dell'Amministrazione, relativa ad altre procedure

PROCEDURA DI REGISTRAZIONE E COMPILAZIONE ON-LINE DELLA DOMANDA E DEI RELATIVI TITOLI PER LA PARTECIPAZIONE AL CONCORSO:

NOTA: La procedura di presentazione della domanda potrà essere effettuata 24 ore su 24 tramite qualsiasi personal computer collegato alla rete internet e dotato di un browser di navigazione tra quelli di maggiore diffusione (Chrome, Explorer, Firefox, Safari) e di recente versione, salvo sporadiche momentanee interruzioni per interventi di manutenzione tecnica anche non programmati, **si consiglia di registrarsi , accedere e procedere alla compilazione della domanda e conferma dell'iscrizione con ragionevole anticipo.**

FASE A: REGISTRAZIONE NEL SITO AZIENDALE

1. Collegarsi al sito internet: https://aslnapoli2nord.iscrizioneconcorsi.it

2. **Accedere alla pagina di registrazione** ed inserire i dati richiesti.
Fare attenzione al corretto inserimento della e-mail (**non PEC**) perché a seguito di questa operazione il programma invierà una e-mail al candidato con le credenziali provvisorie (Username e Password) di accesso al sistema di iscrizione ai concorsi on-line (attenzione l'invio non è immediato quindi registrarsi per tempo);

3. **Collegarsi**, una volta ricevuta la mail, al link indicato nella stessa per modificare la password provvisoria con una password segreta e definitiva a scelta del candidato che dovrà essere **conservata per gli accessi successivi al primo**, **attendere** poi qualche secondo per essere automaticamente reindirizzati.

FASE B: ISCRIZIONE ON-LINE ALL'AVVISO DI SELEZIONE

- Sostituita la password provvisoria, compilati e salvati i dati anagrafici, cliccare sulla voce di menù "Concorsi" per accedere alla schermata dei concorsi disponibili;
- Cliccare sull'icona "*Iscriviti*" del concorso al quale si intende partecipare;
- Si accede così alla schermata di inserimento della domanda, dove si dovrà dichiarare il possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione;

3.1 Si inizia dalla scheda "*Anagrafica*", che deve essere obbligatoriamente compilata in tutte le sue parti;

3.2 Per iniziare cliccare sul tasto "*Compila*" ed al termine dell'inserimento cliccare il tasto in basso "*Salva*";

3.3 Al fine della compilazione dei dati anagrafici, si potrà proseguire con la compilazione delle ulteriori pagine di cui si compone il format;

L'elenco delle pagine da compilare è visibile nel pannello di sinistra, le pagine già completate presentano un segno di spunta verde mentre quelle non ancora compilate sono precedute dal simbolo del punto interrogativo (le stesse possono essere compilate in più momenti, si può accedere a quanto caricato e aggiungere/correggere/cancellare i dati fino a quando non si conclude la compilazione cliccando su "*conferma ed invio*");
nella schermata principale si dispone di un manuale

4. **Prima di uscire dal programma,** ma dopo avere cliccato su "***Conferma ed invio***"), cliccare la funzione **"*Stampa domanda*"** presente nel pannello di sinistra e in basso.

NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE E QUINDI NON RITENUTE VALIDE AI FINI CONCORSUALI LE DOMANDE PRESENTATE CON MODALITÀ DIVERSE DA QUELLE PREVISTE DAL PRESENTE BANDO, OVVERO CONSEGNATE DIRETTAMENTE ALL''UFFICIO

PROTOCOLLO O INVIATE A MEZZO DEL SERVIZIO POSTALE O TRAMITE UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA CERTIFICA (PEC) O POSTA ELETTRONICA.

La compilazione della domanda in maniera incompleta o approssimativa e conseguentemente la non chiarezza delle dichiarazioni sostitutive in essa contenute, potrà comportare la non valutabilità dei titoli/servizi da parte della Commissione.

AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI SARÀ VALUTATO SOLO ED ESCLUSIVAMENTE QUANTO DICHIARATO NEL FORMAT ON-LINE, COSÌ COME RIPORTATO NELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE. PERTANTO EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA OLTRE A QUELLA RICHIESTA NON SARÀ CONSIDERATA UTILE.

Al termine della procedura on-line si riceverà una mail di conferma che conterrà, in allegato, una copia a video della domanda contenente i dati inseriti.
In corrispondenza dell'avviso di mobilità pubblico comparirà un'icona che permette la stampa della domanda presentata e conferma l'avvenuta registrazione dell'iscrizione, **la domanda non potrà più essere modificata ma solo consultata.**
PROCEDURA DI EVENTUALE INTEGRAZIONE DI ULTERIORI TITOLI E DOCUMENTI ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO:
Dopo l'invio on-line della domanda è possibile richiedere la riapertura della domanda inviata per la produzione di ulteriori titoli o documenti ad integrazione della stessa fino a 7 giorni prima della data di scadenza del presente bando, tramite l'apertura di una richiesta di assistenza per mezzo della apposita funzione disponibile dalla voce di menù "***Assistenza***" presente in testata della pagina web.
Tale procedura genera in automatico una mail che verrà inviata all'ufficio concorsi.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

NOTA BENE SI FA PRESENTE CHE LA RIAPERTURA DELLA DOMANDA PER LA PRODUZIONE DI ULTERIORI TITOLI E DOCUMENTI **COMPORTA L'ANNULLAMENTO DELLA DOMANDA PRECEDENTEMENTE INVIATA ON-LINE**, CON CONSEGUENTE PERDITA DI VALIDITÀ DELLA RICEVUTA DI AVVENUTA ISCRIZIONE. QUINDI TALE PROCEDURA PREVEDE LA **RIPRESENTAZIONE INTEGRALE DELLA DOMANDA** DI ISCRIZIONE ON-LINE DA PARTE DEL CANDIDATO.

ASSISTENZA TECNICA
In ogni caso, le richieste di assistenza tecnica possono essere avanzate tramite l'apposita funzione disponibile dalla voce di menù "***Assistenza***" sempre presente in testata della pagina web. Le richieste di assistenza tecnica verranno soddisfatte compatibilmente con le esigenze operative dell'ufficio concorsi e non saranno comunque evase nei 3 giorni precedenti la scadenza del bando.
Per assistenza è possibile contattare dal lunedì al venerdì, il Settore concorsi -pianta organica e mobilità al seguente indirizzo: **settore.concorsi@aslnapoli2nord.it**

4.CONVOCAZIONE AL PROVA SCRITTA
Il giorno della prova scritta, i candidati dovranno presentarsi muniti di:

- **Documento di identità o documentazione che consente ai cittadini non italiani, europei o extra-europei, di partecipare al presente CONCORSO (es. permesso di soggiorno), e FOTOCOPIA DELLO STESSO DOCUMENTO**

Domanda prodotta tramite procedura on-line Stampata e Firmata
Con la partecipazione al presente bando i candidati si impegnano ad accettare incondizionatamente quanto disciplinato dallo stesso. Per informazioni, gli interessati potranno collegarsi all'indirizzo telematico dell'Azienda: www.aslnapoli2nord.it
L'Amministrazione provvederà a verificare la sussistenza dei requisiti richiesti per l'ammissione al presente Concorso.

L'elenco dei candidati ammessi verrà pubblicato sul sito web aziendale www.aslnapoli2nord.it, con valore di notifica a tutti gli effetti di legge. La convocazione avverrà mediante comunicazione sul sito web aziendale www.aslnapoli2nord.it, con valore di notificazione a tutti gli effetti.
L'esclusione dalla procedura del Concorso Pubblico sarà notificato agli interessati mediante comunicazione sul sito web aziendale www.aslnapoli2nord.it, con valore di notificazione a tutti gli effetti di legge.
Per quanto non previsto nel presente bando si fa riferimento alle norme vigenti in materia, con particolare riguardo al D.P.R. 220/2001, al D.P.R. n°483/97 e successive modificazioni, al decreto legislativo n. 165/2001 s.m.i, nonchè al vigente Contratto Collettivo Nazionale per il Comparto Sanità.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno collegarsi al sito web aziendale.
I candidati che non si presenteranno a sostenere la prima prova scritta, nel giorno e nell'ora e nella sede stabilita saranno dichiarati esclusi dalla presente procedura di concorso pubblico, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei candidati.

5.PUNTEGGIO
La Commissione dispone, complessivamente, di 100 punti così ripartiti:
- 20 punti per i titoli;
- 80 punti per le prove d'esame.

I punti per le prove d'esame sono così ripartiti:
- 30 punti per la prova scritta;
- 30 punti per la prova pratica;
- 20 punti per la prova orale.

I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:
- 10 punti per i titoli di carriera;
- 3 punti per i titoli accademici e di studio;
- 3 punti per le pubblicazione e titoli scientifici;
- 4 punti per il curriculum formativo e professionale.

Il superamento di ciascuna prova, scritta e pratica, è subordinata al raggiungimento di una valutazione di sufficienza, espressa in termini numerici di almeno 21/30.
Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza, espressa in termini numerici di almeno 14/20

6.SVOLGIMENTO DELLE PROVE
La data, l'ora ed il luogo di svolgimento delle prove scritte saranno comunicati ai candidati non meno di quindici giorni prima della loro effettuazione, con avviso pubblicato sul sito web aziendale.
Ai candidati che conseguono l'ammissione alle prova orale sarà data comunicazione della data, dell'ora e del luogo delle prove, con avviso pubblicato sul sito web aziendale almeno venti giorni prima di quello in cui debbono sostenerla.

7.NOMINA DELLA COMMISSIONE
Per la disciplina a concorso il Direttore Generale nominerà una Commissione esaminatrice, secondo le disposizioni di cui agli artt. 5 e 36 del D.P.R. n. 483/97.

8.VALUTAZIONE DEI TITOLI
I titoli verranno valutati dalla Commissione Esaminatrice secondo i criteri dettati dall'art. 39, nonché degli artt. 11, 20, 21, 22 e 23, del D.P.R. n. 483/97

9.FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA
La Commissione esaminatrice, al termine delle prove d'esame, formulerà la graduatoria finale di merito secondo l'ordine del punteggio complessivo riportato dai candidati a seguito della valutazione dei titoli ed in ciascuna delle prove previste, tenuto conto dei criteri delle preferenze previste dalle leggi vigenti, nonché secondo le disposizioni dettate dalla legge n. 191/98.
Saranno esclusi dalle graduatorie i candidati che non avranno conseguito, in ciascuna delle prove d'esame, la prevista valutazione di sufficienza.

10.APPROVAZIONE GRADUATORIA

Il Direttore Generale dell'Azienda, riconosciuta la regolarità degli atti, con proprio provvedimento immediatamente eseguibile, approverà la graduatoria finale di merito, unitamente a quella dei vincitori.
Sono dichiarati vincitori, nei limiti dei posti complessivamente messi a concorso, i candidati utilmente collocati nella graduatoria finale di merito.
La graduatoria dei vincitori sarà pubblicata sul sito web aziendale nella Sezione "Concorsi Bandi e Avvisi".
La graduatoria dei vincitori rimane efficace per un periodo di tre anni dalla data di pubblicazione – ai sensi dell'art. 35 co. 5-ter D.Lgs. n. 165/2001, così modificato dal D.Lgs. n. 150/2009 - per eventuale copertura di posti per i quali il concorso è stato bandito e che successivamente ed entro detto termine dovessero rendersi disponibili.

11.ADEMPIMENTI DEI VINCITORI

I candidati dichiarati vincitori saranno invitati dall'Azienda per la stipula del contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato.

12.TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO

Ai vincitori sarà attribuito il trattamento giuridico ed economico previsto dal vigente C.C.N.L. della Dirigenza Medica e Veterinaria.
Ai fini giuridici ed economici, la nomina decorre dalla data di effettiva immissione in servizio.

13. NORME FINALI DI SALVAGUARDIA

E' garantita la parità e la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed al trattamento sul lavoro nel rispetto della Legge n. 125/91 e dagli artt. 33 e 57 del D.Lgs.165/2001.
L'Azienda si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di modificare, sospendere o revocare in tutto o in parte il presente concorso pubblico o riaprire e/o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio e in qualsiasi momento, qualora ne ravvisasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, dandone pubblicità nei modi previsti dalle vigenti disposizioni di legge e senza che gli aspiranti e/o i graduati possono sollevare eccezioni, diritti o pretese e senza l'obbligo di notificare ai singoli concorrenti il relativo provvedimento.
INFORMATIVA PRIVACY-TUTELA DEI DATI PERSONALI A NORMA del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018 e del Regolamento UE 2016/679 i dati personali, forniti dai candidati con la domanda di partecipazione al concorso, saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità di gestione della procedura concorsuale, nonché anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla costituzione e alla gestione del rapporto di lavoro stesso. La presentazione della domanda di partecipazione costituisce autorizzazione al trattamento dei dati nella medesima indicati per le predette finalità. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti, pena l'esclusione dalla procedura concorsuale. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle pubbliche amministrazioni direttamente interessate alla posizione giuridico- economica dei candidati.
Gli interessati godono dei diritti previsti dalle suindicate disposizione legislative tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che li riguardano, nonché diritti complementari tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il presente bando sarà integralmente pubblicato nel sito internet Aziendale all'indirizzo: http://www.aslnapoli2nord.it, nell'area "Avvisi e Concorsi" e Home page, sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania e per estratto sulla G.U. – 4ª Serie Speciale-Concorsi ed Esami.
Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla U.O.C. GRU – Via Padre Mario Vergara edificio ex INAM – cap 80027 – Frattamaggiore – nei giorni di martedì e giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e a mezzo mail settore.concorsi@aslnapoli2nord.it.

Per quanto non espressamente previsto nel presente bando si fa riferimento alle norme vigenti in materia, con particolare riguardo al D.P.R. n. 483/1997, D.P.R. n.487/1994, al D. Lg. n. 502/92 e successive modificazioni, al D. Lg. n. 165/2001, nonché al vigente Contratto Collettivo Nazionale per la Dirigenza Medico e Veterinaria. La partecipazione al concorso implica l'accettazione di tutte le suddette disposizioni legislative. Per ulteriori informazioni gli interessati potranno collegarsi al sito web aziendale.

Il Direttore UOC
Gestione Risorse Umane
Dott. Lorenzo Verde

Il Direttore Generale
Dott. Antonio D' Amore