



Decreto Presidente Giunta n. 197 del 18/12/2018

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 9 - DIR GEN PER IL GOVERNO DEL TERR, I LAVORI
PUBBLICI E LA PROTEZIONE CIVILE

U.O.D. 93 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-amministrativo

Oggetto dell'Atto:

POR FESR CAMPANIA 2014/2020. ASSE 10 SVILUPPO URBANO SOSTENIBILE.
PROGRAMMA INTEGRATO CITTA' SOSTENIBILE - P.I.C.S. ADEMPIMENTI DGR N.
111/2018. COSTITUZIONE CABINA DI REGIA. AUTORITA' URBANE.

IL PRESIDENTE

PREMESSO che

- a) il Parlamento ed il Consiglio Europeo hanno adottato il Regolamento (CE) n. 1301 del 17 dicembre 2013 relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale concernente l'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione";
- b) il Parlamento ed il Consiglio Europeo hanno adottato il Regolamento n. 1303 del 17 dicembre 2013 recante disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, che abroga il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- c) la Commissione europea, con Decisione n. C (2015) 8578 del 1 dicembre 2015, come modificata con la Decisione n. C(2018) 2283 final del 17 aprile 2018, ha approvato alcune linee del Programma Operativo Regionale Campania FESR 2014-2020 per il sostegno del Fondo europeo di sviluppo regionale nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione" per la Regione Campania in Italia.
- d) con DGR n. 720 del 16 dicembre 2015 si è preso atto della Decisione n. C (2015) 8578/2015 di approvazione del POR FESR della Campania 2014/2020;
- e) l'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020 ha individuato quali potenziali destinatari le 19 Città medie che nel 2007/2013 hanno utilizzato i fondi FESR per la realizzazione di Programmi Integrati Urbani e che alle 19 Autorità urbane, verificata la sussistenza dei requisiti, sarà riconosciuto il ruolo di Organismi Intermedi ai sensi dell'art. 7 Reg (UE) n. 1301/2013;
- f) con DGR n. 758 del 20 dicembre 2016, che rettifica la DGR n. 278 del 14 giugno 2016, sono stati confermati i 19 Organismi Intermedi, già individuati nel POR FESR 2014/2020, la cui delega viene perfezionata previa conferma dei requisiti soggettivi delle 19 Autorità urbane, che hanno già svolto il ruolo di Organismo Intermedio nel periodo di programmazione 2007/2013;
- g) con DGR n. 111 del 27 febbraio 2018, sono state approvate, tra l'altro, le "*PROCEDURE PER IL FUNZIONAMENTO DELLA CABINA DI REGIA*", di cui all'Allegato III della stessa DGR;
- h) la medesima DGR ha demandato a successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale la costituzione delle Cabine di Regia per ciascuna Autorità urbana;

RILEVATO che

le "*Linee Guida sullo Sviluppo Urbano per l'attuazione dell'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020. Programma Integrato Città Sostenibile*", approvate con la DGR n. 314 del 31 maggio 2017, prevedono, al fine di dare attuazione ai P.I.C.S. (Programmi Integrati Città Sostenibile), l'approvazione e la condivisione della strategia e degli interventi attraverso le attività della Cabina di Regia, che dovrà essere costituita dalla Regione Campania d'intesa con il Sindaco dell'Autorità urbana;

RITENUTO a tal fine

- a) di dover costituire, in attuazione della citata DGRC n. 111/2018, la Cabina di Regia per ognuna delle seguenti 19 Autorità urbane:
 - Acerra;
 - Afragola;
 - Avellino;
 - Aversa;

- Battipaglia;
- Benevento;
- Casalnuovo di Napoli;
- Caserta;
- Casoria;
- Castellammare di Stabia;
- Cava de'Tirreni;
- Ercolano;
- Marano di Napoli;
- Giugliano in Campania;
- Portici;
- Pozzuoli;
- Salerno;
- Scafati;
- Torre del Greco.

b) di dover prevedere, a tal fine:

b1. quali componenti delle singole Cabine di Regia, con diritto al voto:

- il Sindaco della città, che la presiede, o suo delegato;
- l'Assessore all'Urbanistica e Governo del Territorio della Regione Campania, o suo delegato;
- il Responsabile della Programmazione Unitaria Regionale, o suo delegato;
- l'Autorità di Gestione del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
- il Responsabile dell'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
- il Responsabile dell'Asse 11 (Assistenza tecnica) del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
- il Responsabile del Programma Integrato Città Sostenibile P.I.C.S della città o suo delegato;

b2. che possono partecipare alle riunioni della Cabina di Regia, con parere consultivo e non vincolante, su invito del Presidente, i rappresentanti o loro delegati, di altre istituzioni pubbliche e/o private, e/o esperti, in relazione a specifiche tematiche all'ordine del giorno;

b3. che la Cabina di Regia svolge i seguenti compiti:

- approva il PICS e le modifiche di strategia dello stesso;
- stimola il confronto tra le varie parti istituzionali;
- orienta le azioni dei partecipanti;
- favorisce la partecipazione ai lavori dei rappresentanti delle altre istituzioni, anche indirettamente responsabili della attuazione dei PICS, del rispetto dei cronoprogrammi e del buon esito delle procedure (governance interna ed esterna);
- assicura la sostenibilità delle scelte;
- stimola il rafforzamento del partenariato pubblico e sociale;
- vigila sulla conformità del Programma agli Obiettivi generali e agli indirizzi fissati dal POR FESR Campania 2014/2020, dalle Linee Guida dei PICS, nonché dagli ulteriori provvedimenti e indirizzi che saranno assunti dalla Regione Campania;

b4 che la Cabina di Regia, nella prima riunione, adotta un apposito procedurale recante la disciplina delle modalità di funzionamento della stessa secondo il modello di cui all'Allegato III - *PROCEDURE*

PER IL FUNZIONAMENTO DELLA CABINA DI REGIA - approvato con la DGR della Campania n. 111 del 27/02/2018;

VISTI

- a) il Regolamento (UE) n. 1301 del 17/12/2013 il Parlamento e il Consiglio europeo;
- b) il Regolamento (UE) n. 1303 del 17/12/2013 il Parlamento e il Consiglio europeo;
- c) l'Asse 10 del POR FESR Campania 2014-2020;
- d) la Decisione n. C (2015) 8578 del 1/12/2015 della Commissione Europea di approvazione del POR Campania FESR 2014-2020;
- e) la Delibera di Giunta Regionale n. 720 del 16 dicembre 2015;
- f) la Delibera di Giunta Regionale n. 758 del 20 dicembre 2016;
- g) la Delibera di Giunta Regionale n. 314 del 31 maggio 2017;
- h) la Delibera di Giunta Regionale n. 111 del 27 febbraio 2018;
- i) la Decisione n. C (2018) 2283 finale del 17 aprile 2018.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale Governo del Territorio, Lavori Pubblici, Protezione Civile, e degli atti tutti richiamati nelle premesse, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore Generale a mezzo di sottoscrizione del presente atto

DECRETA

- a) di **costituire**, in attuazione della DGRC n. 111/2018, la Cabina di Regia per ognuna delle seguenti 19 Autorità urbane:
 - Acerra;
 - Afragola;
 - Avellino;
 - Aversa;
 - Battipaglia;
 - Benevento;
 - Casalnuovo di Napoli;
 - Caserta;
 - Casoria;
 - Castellammare di Stabia;
 - Cava de'Tirreni;
 - Ercolano;
 - Marano di Napoli;
 - Giugliano in Campania;
 - Portici;
 - Pozzuoli;
 - Salerno;
 - Scafati;
 - Torre del Greco.
- b) di precisare:

b1. che sono componenti delle singole Cabine di Regia, con diritto al voto:

- il Sindaco della città, che la presiede e ne è Presidente, o suo delegato;
- l'Assessore all'Urbanistica e Governo del Territorio della Regione Campania, o suo delegato;
- il Responsabile della Programmazione Unitaria Regionale, o suo delegato;
- l'Autorità di Gestione del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
- il Responsabile dell'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
- il Responsabile dell'Asse 11 (Assistenza tecnica) del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
- il Responsabile del Programma Integrato Città Sostenibile P.I.C.S della città o suo delegato;

b2. che possono partecipare alle riunioni della Cabina di Regia, con parere consultivo e non vincolante, su invito del Presidente, i rappresentanti o loro delegati, di altre istituzioni pubbliche e/o private, e/o esperti, in relazione a specifiche tematiche all'ordine del giorno;

b3. che la Cabina di Regia svolge i seguenti compiti:

- approva il PICS e le modifiche di strategia dello stesso;
- stimola il confronto tra le varie parti istituzionali;
- orienta le azioni dei partecipanti;
- favorisce la partecipazione ai lavori dei rappresentanti delle altre istituzioni, anche indirettamente responsabili della attuazione dei PICS, del rispetto dei cronoprogrammi e del buon esito delle procedure (governance interna ed esterna);
- assicura la sostenibilità delle scelte;
- stimola il rafforzamento del partenariato pubblico e sociale;
- vigila sulla conformità del Programma agli Obiettivi generali e agli indirizzi fissati dal POR FESR Campania 2014/2020, dalle Linee Guida dei PICS, nonché dagli ulteriori provvedimenti e indirizzi che saranno assunti dalla Regione Campania;

b4. che la Cabina di Regia, nella prima riunione, adotta un apposito procedurale recante la disciplina delle modalità di funzionamento della stessa secondo il modello di cui all'Allegato III - *PROCEDURE PER IL FUNZIONAMENTO DELLA CABINA DI REGIA* - approvato con la DGR della Campania n. 111 del 27/02/2018;

c) di inviare il presente decreto all'Assessore all'Urbanistica e Governo del Territorio della Regione Campania, all'Ufficio di Gabinetto, alla Programmazione Unitaria, all'Autorità di Gestione FESR, alla Direzione Generale Lavori pubblici, Governo del Territorio e Protezione civile; al Responsabile dell'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020, al Responsabile dell'Asse 11 del POR FESR Campania 2014/2020, alle 19 Città Medie/Autorità Urbane, alla Segreteria di Giunta per l'invio al Consiglio regionale ai sensi dell'art. 48 del vigente Statuto, all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania e al BURC per la pubblicazione.

DE LUCA



Decreto Presidente Giunta n. 198 del 18/12/2018

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 9 - DIR GEN PER IL GOVERNO DEL TERR, I LAVORI
PUBBLICI E LA PROTEZIONE CIVILE

U.O.D. 93 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-amministrativo

Oggetto dell'Atto:

POR FESR CAMPANIA 2014/2020. ASSE 10 SVILUPPO URBANO SOSTENIBILE.
PROGRAMMA INTEGRATO CITTA' SOSTENIBILE - P.I.C.S. DGR N. 111/2018.
COSTITUZIONE DEL "TAVOLO CITTA'" 2014/2020.

IL PRESIDENTE

PREMESSO che

- a) il Parlamento ed il Consiglio Europeo hanno adottato il Regolamento (CE) n. 1301 del 17 dicembre 2013 relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale concernente l'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione";
- b) il Parlamento ed il Consiglio Europeo hanno adottato il Regolamento n. 1303 del 17 dicembre 2013 recante disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, che abroga il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- c) la Commissione europea, con Decisione n. C (2015) 8578 del 1 dicembre 2015, come modificata con la Decisione n. C (2018) 2283 final del 17 aprile 2018, ha approvato alcune linee del Programma Operativo Regionale Campania FESR 2014-2020 per il sostegno del Fondo europeo di sviluppo regionale nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione" per la Regione Campania in Italia;
- d) con DGR n. 720 del 16 dicembre 2015 si è preso atto della Decisione n. C (2015) 8578/2015 di approvazione del POR FESR della Campania 2014/2020;
- e) con DGR n. 111 del 27 febbraio 2018, sono state approvate, tra l'altro, le "PROCEDURE PER IL FUNZIONAMENTO DELLA CABINA DI REGIA", di cui all'Allegato III della stessa DGR;
- f) la medesima DGR ha demandato a successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale la costituzione del "Tavolo città" 2014/2020;

RILEVATO che

le "Linee Guida sullo Sviluppo Urbano per l'attuazione dell'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020. Programma Integrato Città Sostenibile", approvate con la DGR n. 314 del 31 maggio 2017, al fine di dare attuazione ai P.I.C.S. (Programmi Integrati Città Sostenibile) prevedono la condivisione degli indirizzi strategici della definizione degli obiettivi, della pianificazione operativa delle strategie urbane rivolte alle città medie di confronto e di indirizzo per tutte le modalità inerenti la programmazione e l'attuazione delle azioni all'interno del Tavolo Città 2014/2020 quale luogo istituzionale per tale condivisione;

RITENUTO

- a) di dover costituire, in attuazione delle DGRC n. 111 del 27/2/2018 il "Tavolo Città 2014/2020" per il coordinamento e il supporto al processo di realizzazione dei Programmi Integrati Città Sostenibile - P.I.C.S. promossi dalla Regione Campania al fine di sviluppare l'azione congiunta e coordinata tra i diversi enti coinvolti;
- b) di dover individuare quali componenti del "Tavolo Città 2014/2020":
 - 1 il Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Presidente, o suo delegato;
 - 2 l'Assessore all'Urbanistica e Governo del Territorio della Regione Campania, o suo delegato;
 - 3 il Responsabile della Programmazione Unitaria Regionale, o suo delegato;
 - 4 l'Autorità di Gestione del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
 - 5 il Responsabile dell'Asse 10 Sviluppo Urbano del PO FESR 2014/2020, o suo delegato;
 - 6 il Presidente dell'ANCI Campania, o suo delegato;
 - 7 i Sindaci delle 19 Città Medie/Autorità Urbane o loro delegati;
- c) di dover stabilire che ai lavori del predetto tavolo potranno essere invitati a partecipare, a titolo consultivo, ulteriori soggetti o Enti in base alle specifiche tematiche e questioni previste in ciascuna convocazione;

- d) di dover precisare che la partecipazione ai lavori del “Tavolo Città 2014-2020” è a titolo gratuito;
- e) di dover demandare la disciplina per il funzionamento del “Tavolo Città 2014-2020” ad un Regolamento interno;

VISTI

- a) il Regolamento (UE) n. 1301 del 17/12/2013 il Parlamento e il Consiglio europeo;
- b) il Regolamento (UE) n. 1303 del 17/12/2013 il Parlamento e il Consiglio europeo;
- c) l'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020;
- d) la Decisione n. C (2015) 8578 del 1/12/2015 della Commissione Europea di approvazione del POR Campania FESR 2014-2020;
- e) la Delibera di Giunta Regionale n. 720 del 16 dicembre 2015;
- f) la Delibera di Giunta Regionale n. 758 del 20 dicembre 2016;
- g) la Delibera di Giunta Regionale n. 314 del 31 maggio 2017;
- h) la Delibera di Giunta Regionale n. 111 del 27 febbraio 2018.
- i) la Decisione n. C (2018) 2283 finale del 17 aprile 2018;

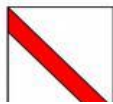
Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale Governo del Territorio, Lavori Pubblici, Protezione Civile, e degli atti tutti richiamati nelle premesse, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore Generale a mezzo di sottoscrizione del presente atto

DECRETA

- 1 di costituire, in attuazione delle DGRC n. 111 del 27/2/2018 il “Tavolo Città 2014/2020” per il coordinamento e il supporto al processo di realizzazione dei Programmi Integrati Città Sostenibile - P.I.C.S. promossi dalla Regione Campania al fine di sviluppare l'azione congiunta e coordinata tra i diversi enti coinvolti;
- 2 di individuare quali componenti del “Tavolo Città 2014/2020”:
 - 1 il Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Presidente, o suo delegato;
 - 2 l'Assessore all'Urbanistica e Governo del Territorio della Regione Campania, o suo delegato;
 - 3 il Responsabile della Programmazione Unitaria Regionale, o suo delegato;
 - 4 l'Autorità di Gestione del POR FESR Campania 2014/2020, o suo delegato;
 - 5 il Responsabile dell'Asse 10 Sviluppo Urbano del PO FESR 2014/2020, o suo delegato;
 - 6 il Presidente dell'ANCI Campania, o suo delegato;
 - 7 i Sindaci delle 19 Città Medie/Autorità Urbane o loro delegati;
- 3 di stabilire che ai lavori del predetto tavolo potranno essere invitati a partecipare, a titolo consultivo, ulteriori soggetti o Enti in base alle specifiche tematiche e questioni previste in ciascuna convocazione;
- 4 di precisare che la partecipazione ai lavori del “Tavolo Città 2014-2020” è a titolo gratuito;
- 5 di demandare la disciplina per il funzionamento del “Tavolo Città 2014-2020” ad un Regolamento interno;
- 6 di inviare il presente decreto all'Assessore all'Urbanistica e Governo del Territorio della Regione Campania, all'Ufficio di Gabinetto, alla Programmazione Unitaria, all'Autorità di Gestione FESR, alla Direzione Generale Lavori pubblici, Governo del Territorio e Protezione civile; al Responsabile dell'Asse 10 del POR FESR Campania 2014/2020, alle 19 Città Medie/Autorità urbane, al Presidente dell'ANCI Campania, alla Segreteria di Giunta per l'invio al Consiglio regionale ai sensi

dell'art. 48 del vigente Statuto, all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania e al BURC per la pubblicazione.

De Luca



***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. 99 DEL 14.12.2018

OGGETTO: Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191

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 il 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 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;



***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 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;

ATTESO

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:

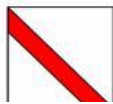
- 2010-2011 (con DCA 25 del 13 aprile 2010);
- 2011-2012 (con DCA 45 del 20 giugno 2011) e aggiornamento 2012 (con DCA 53 del 9 maggio 2012);
- 2013-2015 (con DCA 108 del 10 ottobre 2014)
- 2016-2018 (con DCA 14 del 1 marzo 2017)

CONSIDERATO 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;

ATTESO che la Regione intende proseguire nel modello di verifica e controllo trimestrale con i Ministeri affiancanti per il monitoraggio degli indicatori economico-finanziari e sanitari facendo proprio il sistema di indicatori condiviso con i predetti Ministeri

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;

RITENUTO, ai sensi della normativa citata e per quanto sopra esposto, di dover procedere alla formale adozione del 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:



***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

DECRETA

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

di **APPROVARE** l'allegato documento, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, "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:

- 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 al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute per il conseguente accertamento dell'adeguatezza del Piano medesimo e la sua approvazione da parte del Consiglio dei Ministri.

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

DE LUCA



PIANO TRIENNALE 2019-2021

DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPANO
EX ART. 2, COMMA 88, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 19

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	11
IL MODELLO DI SVILUPPO E DI RIQUALIFICAZIONE DEL SSR	13
1. Programma 1: Il paziente al centro del SSR	14
1.1. Il paziente in età pediatrica	15
1.1.1. La fase prenatale	16
1.1.2. La tutela della nascita	17
1.1.3. I primi mille giorni e la presa in carico	18
1.1.4. L'età della transizione della presa in carico	19
1.2. Il paziente cronico e/o fragile	21
1.2.1. La presa in carico del paziente	21
1.2.2. Le funzioni di indirizzo e di gestione della presa in carico dei MMG e PLS	22
1.2.3. I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali	24
1.2.4. L'assistenza domiciliare	26
1.2.5. La Salute Mentale	27
1.2.6. I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva	28
1.2.7. Le dipendenze patologiche	28
1.2.8. Le malattie rare	30
1.3. Il paziente oncologico	34
1.3.1. Implementazione delle reti oncologiche	34
1.3.2. Implementazione dei PDTA	39
1.3.3. Il paziente oncologico in età pediatrica	40
1.4. Il paziente acuto e post-acuto	41
1.4.1. Realizzazione del Piano ospedaliero 2019-2021	42
1.4.2. Adeguamento e sviluppo delle reti tempo-dipendenti	43
1.4.3. L'utilizzo appropriato della degenza post-acuta	45
1.4.4. Il sistema trasfusionale regionale	47
2. Programma 2: La salute nelle comunità	49
2.1. La salute nella comunità	49
2.1.1. La promozione della salute	49
2.1.2. La medicina di genere	50
2.1.3. La genitorialità consapevole	51
2.1.4. La salute nei luoghi di lavoro	53
2.1.5. La salubrità di alimenti, acque e mangimi e la sanità pubblica veterinaria	54

2.1.6. La sorveglianza epidemiologica da rischio ambientale	56
3. Programma 3: Le leve strategiche dello sviluppo del SSR	58
3.1. Le politiche di prevenzione	58
3.1.1. Prevenzione malattie croniche non trasmissibili.....	58
3.1.2. Prevenzione patologie oncologiche	59
3.1.3. Prevenzione malattie infettive e diffuse	60
3.2. La gestione e la valorizzazione delle risorse umane	61
3.2.1. I percorsi formativi del personale a garanzia della qualità dei servizi.....	61
3.2.2. I fabbisogni di personale	63
3.3. Gli investimenti in sanità	63
3.3.1. Strutture sicure, moderne e dotate di tecnologia all'avanguardia.....	63
3.3.2. La valutazione di nuovi strumenti finanziari oltre il FSR.....	67
3.4. La politica del farmaco e dei dispositivi medici	68
3.4.1. Farmaceutica territoriale: monitoraggio dell'aderenza alle terapie.....	68
3.4.2. Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti	68
3.4.3. Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari	69
3.4.4. Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata	69
3.4.5. Farmacia dei servizi	70
3.4.6. Dispositivi medici	71
3.4.7. Il nuovo modello di logistica regionale	71
3.5. La gestione delle liste di attesa	72
4. Programma 4: Strumenti per la qualità del SSR	74
4.1.1. Il setting assistenziale specialistico-ambulatoriale	74
4.1.2. La gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore.....	75
4.1.3. La comunicazione sanitaria	78
5. Programma 5: I rapporti con i fornitori del SSR	80
5.1. Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie.....	80
5.1.1. I Fabbisogni delle prestazioni sanitarie	80
5.1.2. Autorizzazioni ed accreditamenti	81
5.2. Tempestività dei pagamenti.....	82
6. Programma 6: Certificabilità dei Bilanci del SSR	83
MODELLO DI GOVERNANCE REGIONALE	85
7. Governance dei Sistemi Informativi	85
7.1. Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale	85
7.2. Realizzazione del sistema Anagrafi Centrali Sanitarie e Creazione del Sistema INFormativo SaNità CampaNIA (SINFONIA)	86
7.3. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino	86
8. L'informazione e l'Audit come strumento di programmazione e indirizzo.....	87
9. Governance delle Aziende Sanitarie.....	88

TENDENZIALI 2019-2021	90
10. I Conti Economici tendenziali	90
11. Sintesi delle manovre di sviluppo e riqualificazione	93
12. Valorizzazione economica dei Programmi Operativi	94

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 20.3.2007. 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 negli anni a venire, 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 inappropriata di varia tipologia e 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 adempite, 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).

L'effetto del Commissariamento si è tradotto in Campania nell'aumento dell'aliquota massima di IRPEF e IRAP, nel blocco totale delle assunzioni e nel 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 i Ministeri Salute e MEF 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 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.

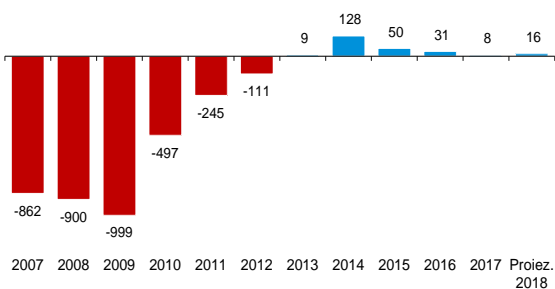


Figura 2: Risultati economici prima delle coperture anni 2007 - 2017 [€/000]

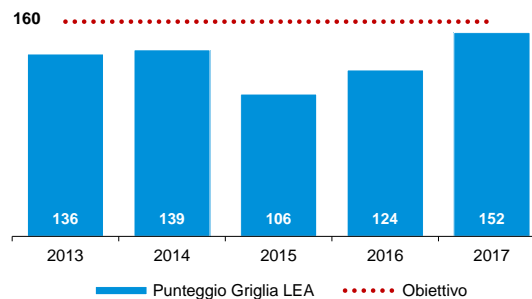


Figura 1: Evoluzione punteggio griglia LEA

I dati aggiornati e certificati al 2017 e la proiezione dei dati 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 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”**.

Il presente documento viene dunque predisposto come Piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale ed è focalizzato sul processo di riordino e sviluppo dell'assistenza sanitaria regionale per il triennio 2019/2021.

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 di 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 e 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 2017, 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;
- 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 circa 850 mln al 31.12.2009 a ca. 25 €/mln al 31.12.2017. Il totale azzeramento del fenomeno è previsto per il bilancio 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 133/2008, che entro la fine dell'anno 2019 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 DL 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 2007-2017, 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 2007-2017, dalla cui analisi si evince quanto finora esposto:

a) Costo del Personale

Di seguito si riporta l'andamento delle consistenze di personale ed il relativo costo per gli anni 2007-2017:

Descrizione	Teste 2007	Teste 2017	Δ 2007 - 2017
	A	B	C=B-A
AVELLINO	2.347	1.875	-472
BENEVENTO	1.617	1.298	-319
CASERTA	6.046	4.678	-1.368
NAPOLI 1 CENTRO	10.773	6.569	-4.204
NAPOLI 2 NORD	4.158	3.385	-773
NAPOLI 3 SUD	6.442	4.481	-1.961
SALERNO	10.129	7.023	-3.106
AO CARDARELLI	3.783	2.945	-838
AO SANTOBONO	1.263	1.135	-128
AO COLLI	2.299	1.832	-467
AOU RUGGI	2.221	2.894	673
AO MOSCATI	1.655	1.398	-257
AO RUMMO	1.355	1.129	-226
AO SAN SEBASTIANO	1.610	1.310	-300
AOU L. VANVITELLI	36	98	62
AOU FEDERICO II	39	279	240
IRCCS PASCALE	730	770	40
TOTALE	56.503	43.099	-13.404

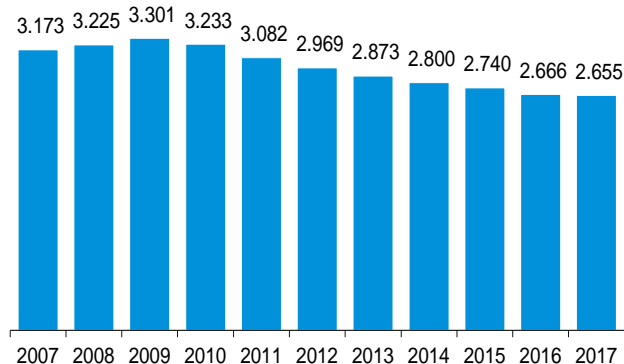


Figura 3: Costo Personale anni FSR 2007 - 2017 [€/000]

Tabella 1: Andamento consistenze del personale

Come evidenziato in Figura 3, 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 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 4 si evidenzia il costo dei **Prodotti Farmaceutici** per gli anni 2007 – 2017:

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.

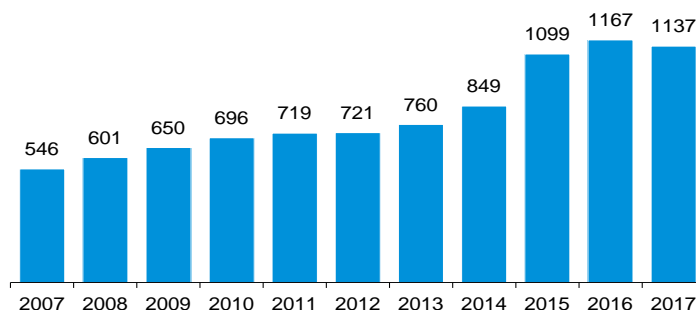


Figura 4: Prodotti farmaceutici anni 2007 - 2017 [€/000]

c) Servizi sanitari e non sanitari

In Figura 5 si evidenzia il costo dei **Servizi non sanitari** per gli anni 2007 – 2017:

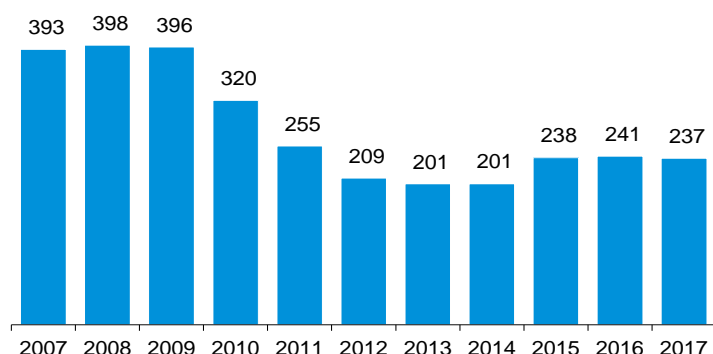


Figura 5: Servizi non Sanitari anni 2007 - 2017 [€/000]

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).

In Figura 6 si evidenzia il costo dei **Servizi sanitari** per gli anni 2007 – 2017:

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

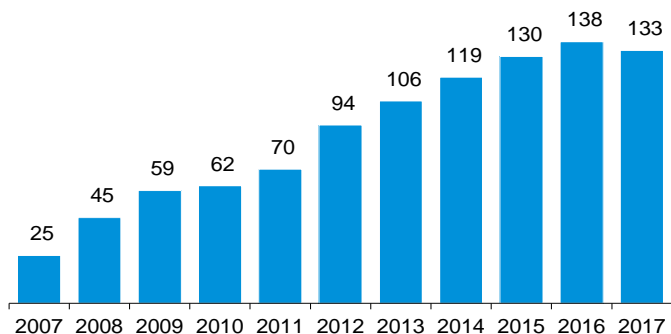


Figura 6: Servizi Sanitari anni 2007 - 2017 [€/000]

Con riferimento agli aspetti patrimoniali, si riporta di seguito l'andamento dell'indebitamento commerciale dagli anni 2007 al 2017.

In particolare, la Figura 7 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 DL 12/2011 e del DL 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.

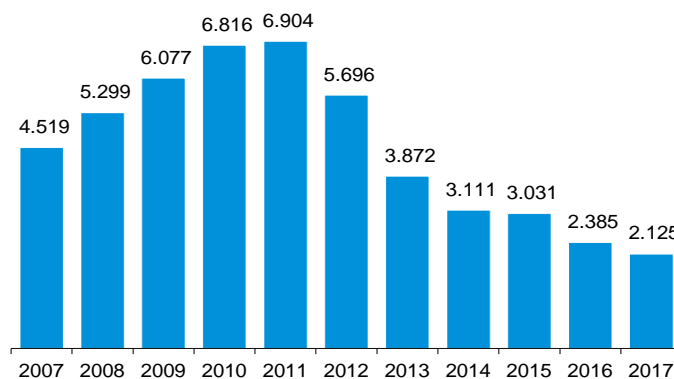


Figura 7: Costo Debiti verso Fornitori anni 2007 - 2017 [€/000]

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

In Figura 8 si evidenzia 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.

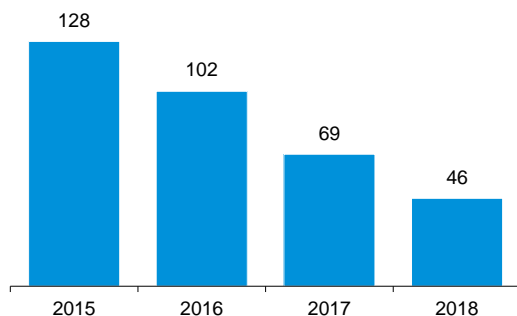


Figura 8: Tempi medi di pagamento anni 2015- 2018 (n. GG)

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) [€/000]

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 2016-2017, 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 106 per l'annualità 2015, ad un punteggio pari a 152 rilevabile per l'annualità 2017. Nel 2018 saranno confermati i risultati raggiunti nel 2017 e date le proiezioni esistenti per il 2018 la Regione ritiene di superare i 160 punti in Griglia LEA.

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. Par 7.1).

Si riporta di seguito l'andamento della griglia LEA del triennio 2015-2017.

Indicatore			Dato 2015	Dato 2016	Dato 2017
N. ind.	Livello di assistenza	Definizione	Punteggio finale	Punteggio finale	Punteggio finale
1	Prevenzione	1.1 Vaccini (3 dosi)	0	6	9
		1.2 Vaccini (1 dose)	0	0,9	1,8
		1.3 Vaccinati per influenza età >= a 65 anni residenti	0	0,6	0,6
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	4,5	na	na
		3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	4,5	5,4	5,4
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	4,5	3,6	3,6
5	Prevenzione veterinaria e alimentare	5.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	2,4	1,2	0
		5.2 Percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina	0	0	2,4
		5.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	0,9	0,9	0,6
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	0,6	0	0
		6.3 Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali; percentuale dei campioni previsti	0,6	0,9	0,9
7	Distrettuale	Condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario	na	na	0
		7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	1,77	3,54	3,54
		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	3,54	5,31
8	Distrettuale anziani	Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI	7,05	21,15	21,15
9	Distrettuale anziani	9.1 Posti equivalenti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali	3,51	3,51	3,51
		9.2 Posti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali	0,87	0,87	0,87
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	0	1,77	1,77
		10.1.2 Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	3,15	3,15	3,15
		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	1,08
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	8,82	4,41	4,41
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	1,5	3	3
13	Distrettuale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	5,31	5,31	5,31
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	10,53	10,53	10,53
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	4,5	9	13,5
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	3	3	6
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	1,5	0	1,5
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	9	na	na
17	Ospedaliera	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario	7,5	7,5	15
18	Ospedaliera	18 Percentuale parti cesarei primari	3	4,5	na
		18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	na	na	3
		18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	na	na	1,5
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	0,99	5,49	5,49
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	3	4,5	9
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	6	6	6
			106	124	152

Tabella 3: Griglia LEA

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 DM 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

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 stanziare 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

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
- 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 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 delle 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 SBEGB
 -  Monitoraggio delle sepsi precoci da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B (SBEGB)
- 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

1.1.2. La tutela della nascita

La gravidanza e 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 inappropriata 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.

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
- 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 e Sala Operatoria
 -  Numero punti nascite 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

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)

1.1.3. I primi mille giorni e la presa in carico







Il futuro della salute di un bambino si gioca 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.

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, 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
 -  Numero di corsi regionali attivati per formatori aziendali sui primi 1000 giorni di vita
 -  Numero di corsi attivati presso le ASL
 -  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 ASL
- 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

Scadenze

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



1.1.4. 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, confermata 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 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 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 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 17/1/2017) 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 17/1/2017); 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.

Le sedi di presa in carico delle tematiche complesse sono confermate nelle UVI e nelle UVBR che devono essere garantire in tutti i distretti, in forma multi-disciplinare e multi professionale.

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:

Area	Numero AFT
AV	12
BN	10
CE	24
NA1	31
NA2	29
NA3	30
SA	45

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 confluyente infine nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

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, riservandosi di programmarne altre nel corso del triennio

 Implementazione completa delle AFT

- b.** Per condizioni più complesse e per l'esercizio di una medicina proattiva, 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 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

In particolare le UCCP individuate dalle ASL sono di seguito riportate:

Area	UCCP	SPS
AV	Ariano Irpino	S. Angelo dei Lombardi
	Avellino/Atripalda	
	Baiano/Monteforte	
	S. Angelo dei Lombardi	
BN	Benevento	
	S. Giorgio del Sannio	
	Montesarchio	
	Cerreto Sannita	
	Sede da Definire	
CE	Caserta	
	Aversa	
	Mondragone	
	Teano	
NA1	Loreto Crispi	Loreto Crispi
	Via Winspeare - Viale Traiano -	San Gennaro
	Via S. Gennaro ad Antignano	
	Viale della Resistenza - Presidio S. Gennaro - Via 4 Aprile	
	Via Fratelli Grimm - Piazza Nazionale - UCCP Pediatrica Annunziata	
NA2	Procida	Procida
	Ischia	
	Giugliano	
	Casoria	
NA3	13 - una per ciascun Distretto	
SA	Nocera - Angri/Scafati - Sarno/Pagani - Cava de' Tirreni/Costa di Amalfi (2)	
	Eboli/Bucciano (2) - Battipaglia - Salerno	
	Mercato S. Severino - Giffoni Valle Piana	
	Capaccio/Roccamare (2) - Vallo della Lucania/Agropoli (3)	
	Sapri/Camerota (2) -	
	Sala Consilina/Polla (2)	

Tabella 5: Elenco 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 Giugno 2019
- b. Entro Dicembre 2019 (attivazione del 35% delle UCCP), entro Dicembre 2020 (attivazione del 70% delle UCCP) e entro Dicembre 2021 (attivazione di tutte le UCCP)

1.2.3. I servizi sociosanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali

Con i Programmi Operativi 2016-2018 si è proceduto ad una sistemazione programmatica del quadro complessivo dell'offerta sociosanitaria per Disabilità e Non autosufficienza, con la declinazione più puntuale dei fabbisogni per ciascun setting assistenziale e avviando 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.

I percorsi riabilitativi già definiti e adottati (per Ictus, frattura di 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 programmatico 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.

Area Disabilità

I servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per disabilità complesse (art. 34 DPCM 17/1/2017 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 lunga 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;
- **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.



Area Non autosufficienza e Anziani

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 1600, ancora scarsi in rapporto alla popolazione anziana residente e rispetto al fabbisogno programmato (Cfr. Programmi operativi 2016-2018).

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 che bisogno di elevata tutela sanitaria e presenza infermieristica sulle 24 ore.

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

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

Area Terminalità e Cure palliative

L'offerta residenziale in Hospice presenta ad oggi 140 posti letto attivi che fa migliorare la performance regionale all'indicatore 11 della griglia LEA, e altri 20 pubblici di imminente attivazione. Sono inoltre attivi 2 posti letto di Hospice Pediatrico.


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

Obiettivi e Indicatori

Area disabilità




a. Attivazione dei setting RD1 e RD2

 Disciplina dei setting RD1, e RD2




b. Incremento giornate assistenza

 Indicatore 10.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

Area Non autosufficienza e Anziani

- c.** Attivazione del setting R2
 -  Disciplina del setting R2
- d.** Incremento posti letto R3 e R2D
 -  Posti letto attivi, pubblici o accreditati, al termine del triennio (almeno 2300 posti letto attivi)
- e.** Incremento giornate assistenza
 -  Indicatore 9.1 griglia LEA, posti letto equivalenti

Area Terminalità e Cure palliative

- f.** Costituzione dei coordinamenti aziendali per le cure palliative
 -  Atti organizzativi delle ASL
- g.** Incremento dei posti letto attivi Hospice
 -  Numero posti letto attivi
- h.** Attivazione Day Hospice
 -  Disciplina del setting Day Hospice

Scadenze

- a.** Entro Giugno 2020
- b.** Entro Dicembre 2020
- c.** Entro Giugno 2020
- d.** Entro Dicembre 2021
- e.** Entro Dicembre 2020
- f.** Entro Dicembre 2020
- g.** Entro Dicembre 2020
- h.** Entro Dicembre 2020

1.2.4. L'assistenza domiciliare

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.

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 erogativo, quale presupposto di miglioramento qualitativo 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 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




Scadenze

- a.** Entro Dicembre 2021
- b.** Entro Dicembre 2021

1.2.5. La Salute Mentale

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 servizi 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 SISIM

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



1.2.6. I disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva

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, 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).

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 Dicembre 2019

b. Entro Dicembre 2019

1.2.7. 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.

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 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 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 semiresidenziali 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 gennaio 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 segue:



Residenziale									
	Fabb. PL Residenziale e Semiresidenziale	Di cui 60% Resid.	Fabb. Terapeutico riabilitativo 35%	Fabb. Pedagogico riabilitativo 13%	PL da attivare 24% Accoglienza	PL da attivare 20% Doppia Diagnosi	PL da attivare 3% Minori TD	PL da attivare 4% Minori D.D	PL da attivare 1% Madre Bimbo
Totali	1366	820	287	107	197	163	25	33	8

Tabella 6: Fabbisogno delle tipologie di assistenza residenziale

Semiresidenziale								
	Fabb. PL Residenziale e Semiresidenziale	Di cui 40% Semiresid.	Fabb. Terapeutico riabilitativo 35%	Fabb. Pedagogico riabilitativo 20%	PL da attivare 17% Accoglienza	PL da attivare 20% Doppia Diagnosi	PL da attivare 3% Minori TD	PL da attivare 4% Minori D.D
Totali	1366	546	191	109	92	109	12	33

Tabella 7: Fabbisogno delle tipologie di assistenza residenziale

Obiettivi e Indicatori

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

 Adozione Decreti

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

 Adozione Decreto

Scadenze

- a.** Entro Dicembre 2019
- b.** Entro Dicembre 2019

1.2.8. Le malattie rare

La Regione Campania ha programmato l'organizzazione delle malattie rare sulla legge 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
- 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 ASL (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 LEA (2017) ha implementato il precedente elenco delle patologie rare presenti nella 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 48).

L'anno 2018 è stato denso di cambiamenti, a cominciare dalla riorganizzazione del CCMR, con la sua nuova collocazione presso l'Ospedale Monaldi/AORN Colli (DGCR n.5 del 16.01.2018), e la definizione del nuovo staff direttivo (DCA 32 del 01.02.2018) alla implementazione del DCA 48 con un nuovo decreto (DCA 61) che rispondeva alle richieste del MEF; alla creazione dei tavoli di lavoro per aree tematiche, per rispondere agli obiettivi del DCA 61 (definizione della rete; implementazione registro e flussi; PDTA e percorsi di presa in carico). Di seguito (Tabella 2) elencati i principali obiettivi raggiunti da gennaio 2018:

- Riorganizzazione del CCMR (DGCR n.5; DCA 32)
- Organizzazione CCMR con personale dedicato (delibera AO Monaldi n. 10 del 04.07.2018)
- Implementazione Piano Regionale Malattie Rare (DCA 61),
- Attivazione tavoli di lavoro per obiettivi DCA 48-61:
 - Creazione RETE Hub/Spoke
 - Implementazione Registro
 - Definizione PDTA;
 - Rete emergenze Malattie rare;
- Telemedicina nelle Malattie rare (DCA 30)
- Rete MEC (DCA 198),
- 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 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 M. Rare- 3 Dicembre 2018, ASL Avellino

Gli obiettivi principali per il futuro, definiti anche nel DCA 48/18 e DCA 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 m. 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: le azioni programmate nel triennio 2019/2021:

- Attivazione di tutti i certificatori alla luce del DPCM e del DGR 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) (DCA 61), con divisione in Macro Aree a seconda della popolazione e presidi/centri territoriali
-  Definizione ambulatorio/i m. rare negli 11 presidi della rete (CUP dedicato, collegato con CUP regionale) (DCA 61)
-  Implementazione Reti Europee (ERN)
-  Collegamento presidi con rete genetica (DCA 58)
-  Definizione rete emergenze per le malattie rare Sottobullet 2

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 pre-scrizione (gestione completa flussi sanitari);
- Decodificare la bassa prevalenza m. 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 523/2017
-  Collegamento Registro ad Anagrafe Sanitaria



 Implementazione Registro --> Modulo presa in carico

 Implementazione Registro --> 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 realizzazione di ambulatori dedicati

 Definizione percorso regionale malato raro (DCA 48)

 Definizione 30 PDTA regionali (patologie specifiche) (DCA 61)

 Definizione percorsi aziendali (DCA 61)


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 (DCA 61)


 Implementazione informazione - Database Sito CCMR

 Network presidi—>centri ricerca ("malattie senza diagnosi - unknown diagnosis disease" e "sviluppo di nuove terapie")

Finalità: creazione di network clinica-ricerca.

e. ASSOCIAZIONI

- Rafforzare la Collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum M. Rare)
- Costruire una anagrafe associazioni e integrare le nuove realtà emergenti


 Anagrafe delle Associazioni (DCA 61)

 Creazione coordinamento associazioni m. rare

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

f. FORMAZIONE

- Integrare la collaborazione istituzionale con Associazioni (Forum M. 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 (DCA 61)



 Corso ASL (DCA 61)

 MASTER Campano/Internazionale M. 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 m. rare
- Istituire e gestire un sito internet CCMR
-  Implementazione Sito (DCA 61)
-  Eventi/brochure informativa (DCA 61)

Finalità: informazione medici, operatori sanitari, cittadini

h. PREVENZIONE

- Promuovere attenzione mediatica alle m. rare
- Utilizzare il sito internet CCMR per diffondere informazioni a utenti e operatori sanitari
-  Screening metabolico (DAC61)
-  Sportelli Informativi ASL e creazione "RETE ASL" (DCA 61)
-  Campagna di screening

Finalità: campagna di screening; screening neonatale

Scadenze

- a.** 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
12 mesi (Entro Dicembre 2019)
16 mesi (Entro Aprile 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
- b.** 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
- c.** 12 mesi (Entro Dicembre 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
- d.** 4 mesi (Entro Aprile 2019)
6 mesi (Entro Giugno 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
- e.** 6 mesi (Entro Giugno 2019)
6 mesi (Entro Giugno 2019)
- f.** 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019)
24 mesi (Entro Dicembre 2020)
- g.** 12 mesi (Entro Giugno 2019)
12 mesi (Entro Giugno 2019)
- h.** 12 mesi (Entro Giugno 2019)
18 mesi (Entro Dicembre 2019)
12 mesi (Entro Dicembre 2019)

1.3. Il paziente oncologico

La Regione Campania ha programmato con DCA 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 la azione programmatica 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;
- Appropriatelyzza 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.

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, programmatici, 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:

Il DCA 98 del 20/9/2016 ha istituito la Rete Oncologica Campana, secondo il modello del Comprehensive Cancer Center Network individuando quattro PDTA per i tumori coperti da screening.

Il DCA 19 del 5 Marzo 2018 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.

Il DCA 89 del 5 Novembre 2018 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

Obiettivi generali

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.

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

Scadenze

- a.** Piattaforma completamente operativa e aperta a tutti i componenti del SSR, incluso la medicina di base entro fine 2019


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.** Attivazione di specifici programmi di acquisizione e razionalizzazione relativi ad acceleratori lineari

 Numero di acceleratori lineari in esercizio nel triennio e ore di funzionamento complessive (programmati in crescita nel triennio)

- b.** Attivazione di specifici programmi di acquisizione e razionalizzazione relativi a protonterapia

 Protonterapia in esercizio nel triennio

Scadenze

- a.** Acceleratori lineari: ricognizione di operatività entro il primo semestre 2019, funzionalità a pieno regime h 12 nel 2020-2021
- b.** Protonterapia: studio di fattibilità primo semestre 2019, attuazione 2021





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. Piano regionale della chirurgia robotica
 -  Ricognizione necessità su base provinciale/bilancio delle competenze
- b. Valutazione di fattibilità per un laboratorio centralizzato provinciale robotizzato per la preparazione farmaci antineoplastici
 -  Studio di fattibilità
- c. Certificazione SGQ PDTA, UMACA e Anatomia Patologica
 -  Ottenimento certificazione
- d. Revisione periodica della mappa dei nodi della ROC
 -  Revisione completa

Scadenze

- a. Ricognizione necessità su base provinciale/bilancio delle competenze entro fine 2019, messa in esercizio 2021
- b. Fattibilità 2019, messa in esercizio 2021
- c. Entro Dicembre 2021 (Certificazione SGQ PDTA, UMACA e Anatomia Patologica nel triennio=
- d. Semestrale (Revisione completa)

Innovazione Clinica

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.** Dotare la Regione Campania di un centro di immuno-oncologia
-  Realizzazione del Centro di Immuno-oncologia e messa in esercizio

Scadenze

- a.** Il piano di realizzazione della nuova struttura è pianificato in 3 anni





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

Obiettivi e Indicatori

- a.** Incrementare la cultura dell'approccio multidisciplinare per la medicina di precisione
-  Costituzione del Molecular Tumor Board regionale
- b.** Garantire l'accesso ai test per i biomarcatori approvati nella pratica clinica
-  Incremento del numero dei pazienti analizzati per biomarcatori approvati nella pratica clinica
- c.** Incrementare l'impiego di farmaci molecolari approvati per la pratica clinica
-  Incremento dei pazienti trattati con farmaci molecolari approvati in pratica clinica
- d.** Attuare programmi di screening genetico-molecolare esteso per pazienti selezionati
-  Incremento dei pazienti sottoposti a screening genetico-molecolare esteso
- e.** Sviluppare studi clinici con farmaci a bersaglio molecolare per pazienti con specifiche alterazioni genetico-molecolari



 Incremento del numero di pazienti arruolati in studi clinici con farmaci a bersaglio molecolare

Scadenze

- a. Realizzazione Molecular Tumor Board entro giugno 2019; procedure operative del Board entro dicembre 2019
- b. Rilevazione entro dicembre 2019 del numero di pazienti analizzati per biomarcatori e verifica dell'incremento negli anni successivi
- c. Rilevazione entro dicembre 2019 del numero di pazienti trattati con farmaci molecolari e verifica dell'incremento negli anni successivi
- d. Avvio di test genetico-molecolari estesi entro ottobre 2019; rilevazione dell'incrementi dei test negli anni successivi
- e. Rilevazione entro dicembre 2019 del numero di pazienti arruolati in studi


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. Creazione nella piattaforma ROC dell'osservatorio delle sperimentazioni attive in regione

 Numero di pazienti afferenti alla rete oncologica campana arruolati in studi clinici

- b. Creazione della piattaforma immunologica e genomica

 Rilascio piattaforma immunologia e genomica

Scadenze

- a. Osservatorio sperimentazioni in piattaforma e fasi 1: nel 2019
- b. Piattaforma immunologica e genomica entro il 2021


Piano sviluppo chirurgie oncologiche

- Chirurgie carenti

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



Affiancamento chirurgie esistenti

Così come già individuato nel DCA n. 98, e sulla base delle risultanze del già 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.** Arruolamento entro metà 2020
- b.** Valutazione effetto sulla migrazione sanitaria nel 2021

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 programmatiche/gestionali relativamente ai PDTA prevedono:


- La revisione annuale, legata alle innovazioni cliniche e dei processi di cura dei PDTA pubblicati nei DCA di Marzo e Novembre 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 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. Definizione di PDTA

-  Numero di PDTA corredati dai rispettivi indicatori (ottimale 80% nel triennio)
-  Numero di PDTA che rispettano almeno il 75% degli indicatori (ottimale, oltre il 50% nel triennio)

b. Revisione annuale dei PDTA

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

c. Monitoraggio e valutazione dei PDTA

-  Codifica in piattaforma dei 6 Indicatori di processo previsti dal piano indicatori del decreto di novembre 2018, e almeno 2 di esito per ciascun PDTA

d. Valorizzazione economica dei PDTA

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

Scadenze

- a.** Entro Ottobre 2019 (100% PDTA revisionati, e così ogni anno)
- b.** Entro Novembre 2019 (Completamento indicatori su piattaforma)
- c.** Entro Novembre 2020 (Monitoraggio di almeno il 50% dei PDTA sul rispetto degli indicatori)
- d.** Entro Dicembre 2019 (Valorizzazione economica di 10 PDTA)



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 di 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 dei programmi operativi, 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 (Pediatría 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).
 -  Affidamento, entro il termine di vigenza dei programmi operativi, di almeno il 60% dei pazienti a percorsi assistenziali decentrati nel post-diagnosi.

Scadenze

- a.** Entro 3 mesi (formalizzazione della costituzione del Polo Unico); entro 12 mesi: (unificazione dei reparti di degenza); entro 24 mesi (completamento delle dotazioni tecnologiche)
- b.** Entro 6 mesi (avvio del programma di formazione per gli spoke e le articolazioni territoriali); entro 12 mesi (definizione dei PDTA e delle "regole di ingaggio" della rete); entro 18 mesi (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 imm modificati 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 inappropriatazza 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 1000 abitanti.

Il riorientamento della domanda si associa ad una ricostruzione della Rete Ospedaliera, riconfigurata secondo gli standard nazionali previsti dal DM 70/15 in corso di adozione 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

La programmazione della Rete Ospedaliera viene dettagliata nel documento in corso di approvazione presso il Tavolo DM 70. Il documento redatto in adesione agli standard nazionali previsti dal DM 70/15 ha richiesto notevoli rivalutazioni all'organizzazione esistente, sia in termini di riconfigurazione di presidi ospedalieri sia nella nuova identificazione di punti di erogazione capaci di soddisfare gli standard massimi richiesti. Il percorso di realizzazione di quanto programmato richiede una serie di processi così riassumibili:

- Adozione del nuovo DCA entro 5 giorni dall'approvazione
- Adozione nuovi Atti Aziendali entro 60 giorni dall'adozione del DCA
- Progettazione e avanzamenti di interventi di edilizia sanitaria secondo la programmazione organizzativa della rete entro 6 mesi dal DCA
- Programmazione tecnologie e adeguamenti strutturali per integrazione reparti e discipline entro 6 mesi dal DCA
- Adozione documento di programmazione regionale dei fabbisogni del personale e individuazione cronoprogramma di realizzazione per singole aziende entro 3 mesi
- Riduzione delle discipline eccedenti in ambito pubblico secondo il cronoprogramma indicato nel DCA, entro il triennio
- Avvio procedure di negoziazione con il settore privato accreditato e ospedali religiosi per il riassetto dei punti di erogazione da ricondurre entro il triennio secondo il cronoprogramma, nel contesto della fase 2 dell'accreditamento istituzionale - avvio procedure entro 3 mesi dal DCA
- Rivalutazione delle reti Tempo/dipendenti all'atto della riconfigurazione dei presidi ospedalieri, come già programmato nel Piano
- Implementazione delle discipline post-acute e di alta specialità riabilitativa entro 6 mesi dal DCA
- Avvio azioni di monitoraggio sui volumi e sugli esiti delle cure, in aderenza al PNE, a garanzia della qualità dell'assistenza
- Monitoraggio trimestrale indicatori LEA area ospedaliera
- Monitoraggio semestrale sulla realizzazione del Piano Ospedaliero
- Monitoraggio sulla qualità delle cure nelle Reti tempodipendenti
- Attuazione di quanto previsto per STEN e STAM
- Adeguamento dei punti nascita come previsto dal cronoprogramma correlando la valutazione all'indicatore dei TC (categoria > e < 1000 parti)
- Riorganizzazione e rafforzamento del Servizio 118 (ingresso e formazione di nuovo personale, sistemi di relazioni preordinate ed omogenee con le Associazioni di Volontariato, attivazione sistemi di trasmissione dati per la sicurezza dei pazienti)

Obiettivi e Indicatori

- a.** Riconfigurazione di presidi ospedalieri e nuova identificazione di punti di erogazione capaci di soddisfare gli standard massimi richiesti

-  Completa realizzazione del piano ospedaliero
-  Attivazione di tutti i DEA I Livello
-  Riduzione dei punti di erogazione in eccesso

Scadenze

- a.** Entro Dicembre 2021



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.

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 all'esame del Ministero Salute, 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
 -  Inseediamento coordinamento regionale
- b.** Revisione rete IMA
 -  Decreto di revisione rete IMA
- c.** Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
 -  Report di monitoraggio
- d.** Valutazione annuale ed eventuali azioni correttive
 -  Report di valutazione
- e.** Azione di informazione e comunicazione regionale
 -  Campagne informative e di comunicazione
- f.** Adozione PDTA per il post-acuto
 -  Decreto di adozione
- g.** Implementazione dei PDTA del post-acuto
 -  Grado di implementazione dei PDTA



Scadenza

- a. Insediamento coordinamento regionale: entro 30 giorni dal DCA di adozione del Piano Ospedaliero
- b. Revisione rete IMA a 3 mesi dall'adozione del DCA della Rete Ospedaliera
- c. Monitoraggio periodico dell'efficienza con indicatori preordinati
- d. Valutazione annuale al gennaio di ogni anno ed eventuali azioni correttive
- e. Azione di informazione e comunicazione regionale entro 3 mesi dal DCA di revisione rete IMA
- f. Adozione PDTA per il post-acuto entro dicembre 2019
- g. Implementazione dei PDTA del post-acuto nel 2020/2021 con valutazioni e monitoraggio di indicatori preordinati

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, così come sarà approvata dal Ministero, 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. Costituzione di un coordinamento regionale
 -  Decreto di costituzione
- b. Adozione Rete ICTUS, completa di documenti tecnici, basati su Evidenze scientifiche
 -  Decreto di adozione
- c. Monitoraggio della funzionalità e dell'efficacia della rete
 -  Report di monitoraggio
- d. Azioni di valutazione ed eventuali proposte di revisione della rete
 -  Report di valutazioni

Scadenze

- a. Entro 20 giorni dall'adozione del DCA Rete Ospedaliera
- b. Entro 90 giorni dall'adozione del DCA della Rete Ospedaliera
- c. Semestrale
- d. Annuale

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 prescrizioni del DM 70/15.

Nel frattempo varie disposizioni di carattere organizzativo, per la gestione transitoria, fino alla implementazione della Rete, così come sarà 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.** Costituzione di un coordinamento regionale
 -  Atto costituzione coordinamento regionale
- b.** Adozione Rete Trauma, completa di documenti tecnici
 -  Atto costituzione rete trauma
- c.** Monitoraggio delle funzionalità e dell'efficacia della rete
 -  Atto costituzione rete trauma
- d.** Monitoraggio delle funzionalità e dell'efficacia della rete
 -  Azioni di valutazione ed eventuali proposte di revisione della rete

Scadenze

- a.** Entro 20 giorni dall'adozione del DCA Rete Ospedaliera
- b.** Entro 90 giorni dall'adozione del DCA della Rete Ospedaliera
- c.** Ogni 6 mesi
- d.** Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

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.

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 seguente 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 Dicembre 2019 (Definizione requisiti specifici setting di riabilitazione ospedaliera e criteri di eleggibilità dei pazienti)
- b. Annuale - Entro Dicembre 2019- 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 12.1.2017, prestazioni che rappresentano LEA.

Il DM 70/15 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.

La Regione Campania con DCA n 42/204 aveva definito la propria Rete Trasfusionale in funzione della preesistente Rete Ospedaliera ed aveva provveduto ad istituire i Dipartimenti sovraaziendali 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, rispondenza alle Buone norme di fabbricazione – GPGs – specializzazione diagnostica e clinica)

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 altre 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 Trasfusionale per una programmazione ed un coordinamento efficace delle attività trasfusionali.

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

Va necessariamente consolidato e mantenuto il processo di accreditamento con i risultati raggiunti nel corso del 2017 e 2018, garantendo le strutture con gli standard previsti dal DM 70/15, così come è necessario procedere ad un importante adeguamento dei sistemi infrastrutturali di rete (reti informatiche e reti di trasporto).

Vanno completati i processi di accentramento produttivo e 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 della spesa per plasmaderivati, così come una necessaria integrazione con il Centro Regionale Trapianti va raggiunta 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. Riassetto della SRC

 Adozione atti regionali di riassetto

b. Realizzazione di una campagna di formazione ed una di promozione del dono

 Numero di eventi e comunicazioni

c. Centralizzazione delle attività trasfusionali (virologia, lavorazione) in applicazione del DCA n. 42/2014 e s.m.i.

 Numero processi di centralizzazione a regime

Scadenze

a. Entro Gennaio 2019

b. Entro Giugno 2019

c. Entro Giugno 2019

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 1.6.2016 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.

2.1.1. La promozione della salute



Al fine di garantire la certezza e la continuità delle azioni di promozione della salute previste dal PRP, per favorire la fattibilità e la sostenibilità dei programmi, con delibera di Giunta Regionale n° 501 dell'1.8.2017 è stato approvato l'atto di indirizzo per le attività di educazione e promozione della salute nelle AA.SS.LL. della Regione Campania con il quale sono state definite modalità univoche di gestione e attuazione degli interventi sul territorio regionale per migliorare il grado di "empowerment di sistema", cioè la capacità del sistema salute di sviluppare le proprie competenze in maniera strutturata.





Il documento contiene indicazioni sull'attuazione di azioni di sistema importanti a livello regionale ed aziendale, che possano dare il senso di un suo consolidamento nel tempo.

La cornice culturale in cui si opera riconosce alla sanità pubblica il ruolo di advocacy nel processo di promozione della salute, che vede coinvolte anche altre istituzioni e soggetti diversi dal mondo sanitario secondo il principio della intersettorialità e della conseguente multidisciplinarietà secondo la strategia "La salute in tutte le politiche", assumendo come riferimento la strategia europea Gaining health per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche.

E' l'avvio di una "Politica delle alleanze" al fine di coinvolgere nuovi facilitatori di salute, attraverso la stipula di protocolli di intesa, che traduce in impegno concreto quanto ognuno dei soggetti firmatari è pronto a fare con specifici interventi nell'offerta, nell'informazione e nella pubblicità a garanzia della salute dei cittadini, ciascuno per quello che gli spetta, per raggiungere l'obiettivo comune: la promozione di stili di vita sani.

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.
 -  Report per il monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute codificati come buone pratiche, realizzati nei diversi setting da ciascuna AA.SS.LL.
- b. Monitoraggio degli interventi di promozione alla Salute codificati come buone pratiche realizzati per ciascun tema oggetto di EPS da ciascuna AA.SS.LL.
 -  Report aziendale sullo stato di implementazione delle attività previste sul territorio delle ASL
- c. 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.)

-  Sottoscrizione di un protocollo di Intesa tra Regione Campania e CONI della Campania
- d.** Coinvolgimento delle Associazioni di Categoria dei panificatori per l'attuazione di progetti intersettoriali volti a favorire l'accesso a prodotti alimentari "nutrizionalmente" corretti e programmi di informazione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione al fine di favorire scelte alimentari compatibili con una alimentazione sana
 -  Sottoscrizione di un protocollo di Intesa tra Regione Campania e Associazioni di Categoria dei panificatori per la riduzione del sale nel pane
- e.** Redazione nuovo PRP 2020-2022, secondo le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione in corso di elaborazione
 -  Adozione nuovo piano
 -  Avvio delle attività previste per il biennio 2020-2021

Scadenze

- a.** Entro Gennaio 2019
- b.** Annuale – Entro Marzo 2019-2020-2021
- c.** Entro Marzo 2019
- d.** Entro Marzo 2019
- e.** Entro Dicembre 2020 (Adozione nuovo piano)
Entro Dicembre 2020 (Pianificazione delle attività previste per il biennio 2020-2021)

2.1.2. 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 diseguità 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.

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 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. Istituzione di gruppi di lavoro

 Numero gruppi di lavoro istituiti

b. Produzione linee di indirizzo regionali

 Numero linee guida regionali prodotte

c. Riesame dei più diffusi PDTA in ottica di genere

 Numero PDTA riesaminati

d. Mappatura delle attività di ricerca dedicate alla medicina di genere

 Numero mappature delle attività di ricerca effettuate

e. Raccolta documentazione e produzione di un aggiornamento periodico di informazione agli utenti sulle più importanti differenze rilevabili nella medicina e nei servizi sanitari rispetto al genere

 Numero aggiornamenti periodici di informazione prodotti

Scadenze

a. Entro Marzo 2019

b. Entro Giugno 2019

c. Nel triennio 2019/2021 – Entro Dicembre 2021

d. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

e. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

2.1.3. 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 Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) mira a garantire alla donna e al partner, durante tutto il percorso nascita, le prestazioni erogate gratuitamente dalla struttura dedicata del Sistema Sanitario Nazionale (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 Livelli Essenziali di Assistenza (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;
- 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.** Aumentare dell'offerta attiva di tutte le attività previste dai LEA con estensione degli orari di apertura pomeridiane e/o al 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 del 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 Giugno 2019
- e. Entro Dicembre 2021
- f. Entro Dicembre 2020
- g. Entro Dicembre 2021

2.1.4. La salute nei luoghi di lavoro

La completa definizione ed implementazione dei presupposti normativi indicati dal D.Lgs.81/2008 e s.m.i. (insediamento e regolare funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.7 D.Lgs. 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 ASL. Così pure il raggiungimento annuale, fin dalla loro istituzione, degli obiettivi indicati dal Comitato ex art.5 D.Lgs. 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 ASL 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 promozionale per la salute e sicurezza sul lavoro" darà la possibilità ai Servizi operanti nelle 7 ASL 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 adottati da ciascuna ASL

b. Predisporre specifici programmi formativi tendenti a considerare l'età come un aspetto della diversità nella valutazione dei rischi.

 Numero di programmi formativi adottati

Scadenze

a. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

b. Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

2.1.5. 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 degli 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) 882/2004, oggi articolo 109 del Regolamento (UE) 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 DLvo 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, eventuale 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:

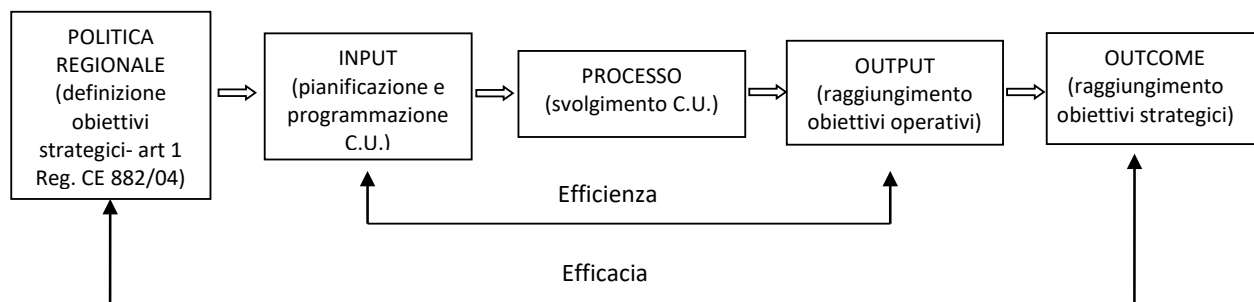


Figura 9: Macroprocesso C.U.

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 dei

settori riportato nel P.N.I. 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) 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 8: 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:

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 9: 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.

Obiettivi e Indicatori

- a. Gestione del rischio delle filiere agro-alimentari e della rete idrica potabile
 -  Categoria di rischio assegnato alle imprese del settore agro-alimentare
- b. Controllo delle totalità delle aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi di Stato ed eradicazione delle malattie infettive degli animali con riduzione del fenomeno del 10% rispetto all'anno precedente
 -  Numero aziende zootecniche coinvolte nei programmi di profilassi
 -  Numero infezioni per tubercolosi e brucellosi
- c. Riduzione del fenomeno del randagismo canino e delle popolazioni sinantropiche



 Numero dei cani vaganti e altri indici nazionali

Scadenze

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

2.1.6. 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 proporre 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/organismi 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.

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
-  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)
- b.** Entro Dicembre 2019
- c.** Entro Dicembre 2020
- d.** Entro Dicembre 2021

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 complicità 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. Tali interventi sono già descritti nel Programma 2 (Cfr. Par. 2.1.1).

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.

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:
-  Numero di strutture, individuazione da parte delle AA.SS.LL., che erogano attività fisica adattata in soggetti con MCNT stabilizzate al fine della creazione della rete territoriale.
- c.** 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:
-  Numero di materiale informativo sulle conoscenze e l'offerta dei programmi organizzati di screening consegnato agli immigrati e alle altre categorie vulnerabili

Scadenze

- a.** Entro Dicembre 2019
- b.** Entro Dicembre 2019
- c.** Entro Dicembre 2019

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 risultati 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.

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

Obiettivi e Indicatori

- a.** Condivisione con gli operatori aziendali di linee guida finalizzate al riassetto regionale del 1° e 2° livello degli screening della mammella e del colon retto
 -  Decreto regionale finalizzato al riassetto regionale del 1° e 2° livello degli screening della mammella e del colon retto;
- b.** Decreto Regionale riferito al passaggio in Regione Campania dal Pap test all'HPV Test per lo screening per il cervico carcinoma nella fascia di età 30/64 anni;
 -  Decreto regionale;
- c.** Costituzione di coordinamenti regionali dei tre screening presso la Direzione Generale Tutela per la Salute e Coordinamento SSR;
 -  Formalizzazione coordinamenti regionali screening
- d.** Attivazione di una nuova governance regionale per gli screening finalizzata a produrre documenti e linee di indirizzo per: Gare di appalto, Carichi di lavoro e Figure professionali
 -  Adozione documenti e linee di indirizzo
- e.** 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
- f.** Inserimento della gestione del 3° livello dei tre screening nei rispettivi PDTA del cancro della mammella, del colon retto e della cervice uterina nell'ambito della Rete Oncologica Regionale
 -  Report trimestrali delle persone inserite nei rispettivi PDTA
- g.** Strutturazione dei centri regionali per la lettura e gestione dei Pap test ed HPV test
 -  Start up dei centri regionali per la lettura dei test di screening per il cervicocarcinoma: Pap test ed HPV test
- h.** 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

Scadenze

- a. Entro Marzo 2019
- b. Entro Marzo 2019
- c. Entro Marzo 2019
- d. Entro Dicembre 2019 (Applicazione a regime Dicembre 2021)
- e. Annuale - Entro Dicembre 2019-2020-2021
- f. Entro Dicembre 2019
- g. Entro Dicembre 2019
- h. Entro Dicembre 2019 (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 diffuse

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 diffuse 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 ASL, 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:
 -  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)
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 organizzazioni 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 e 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

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)

b. Entro Dicembre 2021



3.2.2. I fabbisogni di personale

A seguito dei chiarimenti ed informazioni richieste dai Ministeri competenti la Regione ha trasmesso da ultimo la nota n. 132 del 5.7.2018 con la quale veniva comunicato oltre che il fabbisogno di personale anche la dotazione in servizio al 31.12.2017.

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 DM n. 70/2015.

Pertanto, al fine di poter procedere alle valutazioni di cui all'articolo 1, comma 541, lettera c), della legge n. 208/2015, restano in attesa del richiesto DCA integrativo alla rete ospedaliera, al fine di pervenire al completo allineamento dei parametri previsti dal DM n. 70/2015.

Nelle more delle valutazioni ministeriali, al fine di adempiere a quanto richiesto dal DM del 8.5.2018 in materia, la Regione, con nota prot. 513158 del 3.8.2018, ha 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 ha quindi proceduto alla costituzione di un gruppo di lavoro deputato alla valutazione istruttoria dei Piani Triennali dei fabbisogni di personale. Tale valutazione è attualmente in corso.

Nell'anno 2019 si procederà alla rimodulazione del Piano di fabbisogno Regionale e consequenzialmente, saranno rimodulati i Piani Triennali di Fabbisogno delle Aziende, assicurando nell'ottica della programmazione regionale tesa ad una 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 è registrato un notevole depauperamento delle risorse umane e consequenziale riduzione dell'offerta sanitaria che ha contribuito alla congestione delle attività ospedaliere.

Pertanto la strategia regionale sarà orientata alla rimodulazione del fabbisogno al fine di migliorare l'assistenza distrettuale e 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 territoriale 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 2018 2020:
 -  Numero dei PTFP Aziendali approvati dalla Regione (17 PTFP approvati per il triennio 2018-2020)
- b.** Rideterminazione del fabbisogno regionale 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 sul territorio

Scadenze

- a.** Entro 3 mesi dall'approvazione del fabbisogno regionale in valutazione dei Ministeri;
- b.** Entro Dicembre 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 sono ad oggi in avanzata istruttoria sia l'accordo di programma III fase – Il stralcio – ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88 sia la proposta di utilizzo dei fondi ripartiti dal DM 6 dicembre 2017 per la riqualificazione ed ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia.

In particolare, si tratta della programmazione di un importo di ca. 1.130 €/mln, che va ad aggiungersi alla recente programmazione dei finanziamenti per investimenti provenienti dalle seguenti fonti:



- art. 20 della legge 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.

Tra i programmi già approvati ed i programmi in via di definizione, nei prossimi anni si potranno utilizzare complessivamente ca. 1.500 €/mln, da convogliare per il rinnovo e l'ammodernamento dell'offerta sanitaria pubblica della Regione Campania, adeguando le strutture sanitarie alle normative, in primis antisismiche ed antincendio, e aggiornando e potenziando le dotazioni tecnologiche.

La pesante assenza di nuovi piani di investimento in edilizia sanitaria ed in tecnologie, tenuto conto del tempo trascorso dall'ultimo Accordo di programma realizzato, 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 del parco tecnologico. Ciò ha provocato alcune 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 diagnostiche.

Negli ultimi mesi si sta assistendo ad un sempre più forte cambio di rotta, tant'è che nel 2017 si sono programmati:

- i fondi europei destinati alla sanità;
- i fondi della programmazione FSC 2014/2020;
- i fondi di cui alla delibera CIPE n. 16 per l'adeguamento alla normativa antincendio;
- nel mese di febbraio del corrente anno, è stato sottoscritto il primo stralcio della III fase dell'art. 20, in fase di progettazione.

I vari 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, P.O. di Giugliano, P.O. di Sessa Aurunca, P.O. della Penisola Sorrentina, quest'ultimo in sostituzione del P.O. di Vico Equense e del P.O. di Sorrento);
- l'ampliamento di 8 ospedali (Incurabili dell'ASL Napoli 1 Centro; Pozzuoli ed Ischia dell'ASL Napoli 2 Nord; Nola, Gragnano, Boscotrecase dell'ASL Napoli 3 Sud; Marcianise dell'ASL Caserta; 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 di un centro integrato polivalente per la cura e la riabilitazione dei portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali e sede del Dipartimento di Salute Mentale ed annessi ambulatori in Benevento;
- 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 realizzazione di una SPS nel Comune di Quarto;



- 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;
- la realizzazione di un Ospedale di Comunità nel presidio di Roccadaspide.

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 Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 47 del 15.05.2013, come modificato dal decreto commissariale n. 104 del 30.09.2014. Programma approvato con il DM 9 ottobre 2013, e dal DM del 14 novembre 2017.

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi programmati.

Interventi programmati							
TIPOLOGIA	Distretti Sanitari	UCCP	Ospedale di comunità	RSA	Hospice	SPS	Ambulatori polispecialistici
Nuova costruzione	6	1	0	1	0	1	3
Ristrutturazione	1	0	0	0	0		1
Ampliamento	0	0	0	0	0	0	0
Completamento	0	0	0	1	1	0	0
Riconversione		1	2				
Totali	7	1	0	2	1	1	4

Figura 10: 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.

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 programmi di investimento, una quota di ca. 330 €/mln 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 €/mln, 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

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 2019 (Acquisto e collaudo di almeno il 30%)
Entro Dicembre 2020 (Acquisto e collaudo di almeno il 70%)
Entro Dicembre 2020 (Acquisto e collaudo di almeno il 90%)
- b. Entro Dicembre 2019 (Verifiche su almeno il 30% 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 20% 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 30% della spesa)
Entro Dicembre 2020 (Almeno il 70% della spesa)
Entro Dicembre 2021 (100% della spesa)
 - e. Entro Dicembre 2019 (almeno il 30% degli affidamenti di progettazione)
Entro Dicembre 2020 (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.

Si è già detto del ricorso ai fondi della programmazione FSC 2014/2020, 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 aggiunge che, in un contesto caratterizzato da risorse scarse e via via decrescenti, verrà valutato, al presentarsi delle condizioni, il ricorso anche ad altri strumenti finanziari, alternativi agli ordinari finanziamenti in conto capitale del Ministero della Salute e dal MEF per la realizzazione di progetti innovativi, in grado di migliorare i livelli di assistenza e ridurre il costo del servizio per il SSR.

Tra questi, si segnala il Fondo Europeo per gli Investimenti Strategici (FEIS), tramite la Banca europea per gli investimenti (BEI).

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 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.

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 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 dell'aderenza alle terapie

La cronicità oggi giorno rappresenta una delle sfide prioritarie per i Servizi Sanitari Regionali. Alla luce del nuovo Piano Nazionale della cronicità risulta fondamentale che la governance farmaceutica 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. 10/2017 e dalla Delibera n.276/2017 si chiederà alle strutture preposte 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 inapproprietezze prescrittive riscontrate.

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 inerenti la farmaceutica territoriale che incentivino l'aderenza alle terapie farmacologiche
 -  Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori
- b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio Saniarp 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


Scadenze

- a. Giugno 2019
- b. Dicembre 2019
- c. Giugno 2019

3.4.2. Farmaceutica territoriale: farmaci equivalenti

L'incremento dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica a carico del cittadino, in relazione alla circostanza che la quota di spesa differenziale è posta per legge a carico del cittadino stesso. Pertanto, scopo della Regione sarà quello di potenziare l'informazione sui farmaci equivalenti al fine di incrementare consapevolmente l'utilizzo appropriato mediante specifiche iniziative rivolte ai cittadini

Obiettivi e Indicatori

- a. Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano anche i cittadini
 -  Campagne informative realizzate di concerto con il settore comunicazione (vedi paragrafo Comunicazione Sanitaria)

Scadenze




- a. Campagne informative a cadenza almeno annuale



3.4.3. 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 re-investire, 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.

Obiettivi e Indicatori

- a. Definizione di nuovi obiettivi volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari
 -  Predisposizione di un Decreto Regionale che preveda specifici indicatori
- b. Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei biosimilari nella reale pratica clinica
 -  Numero di report prodotti
- c. Realizzazione di modelli specifici di approvvigionamento dei farmaci biosimilari volti all'utilizzo del farmaco a minor costo
 -  Predisposizione di note regionali

Scadenze

- a. Giugno 2019 e revisione annuale
- b. Dicembre 2019–2010-2021
- c. Dicembre 2019 e revisioni periodiche

Valorizzazione economica dell'intervento

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 (modello Piemonte) la Regione mira conseguire, nel triennio 2019-2021, risparmi potenziali per circa 30 €/mln.

In sintesi.



- Per il 2019 il risparmio è stimato a ca 10 €/mln
- Per il 2020 il risparmio è stimato a ca 10 €/mln
- Per il 2021 il risparmio è stimato a ca 10 €/mln

3.4.4. Distribuzione per Conto (DPC) con logistica centralizzata

Con il DCA 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 impegno di capitale per la Regione Campania.

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 Saniarp CIRFF che valuti l'utilizzo dei farmaci in DPC
 -  Numero di report prodotti

Scadenze

- a. Dicembre 2020

b. Dicembre 2019**Valorizzazione economica dell'intervento**

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 45 €/mln.

In sintesi.




- Per il 2019 il risparmio è stimato a ca 10 €/mln
- Per il 2020 il risparmio è stimato a ca 15 €/mln
- Per il 2021 il risparmio è stimato a ca 20 €/mln

3.4.5. 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 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 ultrasessantenni, 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.** Dicembre 2020
- b.** Dicembre 2020



3.4.6. 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)

Scadenze

- a. Dicembre 2019
- b. Dicembre 2019
- c. Dicembre 2020

3.4.7. 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. Codice Appalti. è 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 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 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Il DCA 34/17 ha previsto azioni, obiettivi e tempi di attuazione degli stessi.

Con successivo DCA n. 47/2017 è stato istituito un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale mediante il quale è costantemente monitorata l'attuazione delle Linee Guida sulle liste di 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 e strutturarle in modo da tenere separati i primi accessi dagli accessi successivi, organizzate secondo classe di priorità nonché per tenere separata l'attività istituzionale da quella libera professionale.

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.

Per raggiungere gli obiettivi previsti dal DCA n. 34/2017 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.

Nel mese di ottobre 2018 è stata acquisita una piattaforma regionale per il monitoraggio e l'analisi dei tempi d'attesa. Entro il primo trimestre del 2019 tutti i CUP aziendali si interfaceranno con suddetta piattaforma.

Nel secondo semestre del 2019 verrà attivato il CUP regionale che sostituirà gradualmente entro il primo semestre del 2020 tutti i CUP aziendali.

Da un'analisi degli attuali flussi informativi emerge che i tempi medi d'attesa delle 43 prestazioni traccianti vengono rispettati per il 63% per le prestazioni con classe di priorità B e per il 73% per le prestazioni con classe di priorità D. L'ambito territoriale di riferimento nel quale garantire i tempi d'attesa è al momento l'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.

L'obiettivo per il 2019 è garantire almeno per il 90% delle prestazioni con classe di priorità B e D il rispetto dei tempi d'attesa.

Obiettivo del 2020 è la revisione degli ambiti territoriali (intra-aziendali) al fine di assicurare la garanzia dei tempi d'attesa in strutture sempre più in prossimità alla residenza dell'assistito.

Obiettivi e Indicatori

a. Interfaccia CUP aziendali con piattaforma regionale

 % di copertura CUP regionale

b. Garantire almeno per il 90% delle prestazioni con classe di priorità B e D il rispetto dei tempi d'attesa

 % prestazioni con classe di priorità B e D che rispettano i tempi d'attesa

c. Revisione degli ambiti territoriali (intra-aziendali) al fine di assicurare la garanzia dei tempi d'attesa in strutture sempre più in prossimità alla residenza dell'assistito

 % revisione degli ambiti territoriali

Scadenze

a. Entro il 2019

b. Entro il 2019

c. Entro il 2020





4. Programma 4: Strumenti per la qualità del SSR

4.1.1. 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 di tre 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 anche strumentali 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 completa e corretta, attraverso il flusso informativo Tessera Sanitaria, delle prestazioni rese negli ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri pubblici al fine di consentire un attento monitoraggio del livello quantitativo e qualitativo dell'offerta di assistenza specialistica erogata sia negli ambulatori ospedalieri e distrettuali sia nelle altre strutture distrettuali (consultori, centri per le vaccinazioni, centri per gli screening ecc.). La corretta implementazione dei flussi informativi consente di perseguire due obiettivi strategici: il monitoraggio della effettiva presa in carico dei pazienti nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) nonché eventuali rivalutazioni del fabbisogno e conseguente redistribuzione delle risorse dedicate.

Obiettivi e Indicatori

- a. Adozione del documento di programmazione del setting di specialistica ambulatoriale per il privato accreditato e per il pubblico
 -  Adozione DCA
- b. Progressiva implementazione di tutte le UCCP programmate
 -  Numero di UCCP implementate/Numero di UCCP programmate
- 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 con conseguente riduzione del fenomeno della sospensione della erogazione delle prestazioni per effetto del superamento di questi ultimi.
 -  Numero di giornate di sospensione da parte delle strutture private accreditate della erogazione delle prestazioni specialistiche
- d. Compatibilità dei dati di costo degli specialisti ambulatoriali trascritti nel modello CE e valorizzazione dei volumi di attività specialistica ambulatoriale registrati sul Sistema Tessera Sanitaria, con l'obiettivo di incrementare del 10%, rispetto all'anno 2017, il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica registrate sul Sistema Tessera Sanitaria
 -  Numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pubblica registrate sul Sistema Tessera Sanitaria.

Scadenze

- a. Entro Marzo 2019 (con revisione biennale)
- b. Entro Dicembre 2019
- c. A partire dall'anno 2020
- d. Entro Aprile 2019 e per la durata del periodo di vigenza del Programma Operativo 2019 - 2021

4.1.2. 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.

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 piani 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";
- 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 2014-18"; 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 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



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 24 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 Settembre 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
- 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 Luglio 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)

4.1.3. 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

b. Formare e coinvolgere i più giovani cittadini. 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 realizzare tutto questo riteniamo 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 influencer 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 ASL.

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

La Regione Predisporre 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.** Secondo quanto previsto dal Piano della Comunicazione
- b.** Secondo quanto previsto dal Piano della Comunicazione
- c.** Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
- d.** Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021
- e.** Annuale – Entro Dicembre 2019-2020-2021

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 ASL 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 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

Scadenze

- a. Entro Marzo 2019

5.1.2. Autorizzazioni ed accreditamenti

Con l'accREDITAMENTO istituzionale si intende raggiungere l'obiettivo di garantire ai cittadini di usufruire di prestazioni socio-sanitarie/assistenziali e di qualità. Perché ciò sia possibile è necessario che le strutture di assistenza si dotino di modelli organizzativi e gestionali di riconosciuta validità.

Negli ultimi anni sono stati approvati a livello centrale una serie di normative finalizzate a uniformare sull'intero territorio nazionale le modalità operative ed i requisiti di qualità dei sistemi di accREDITAMENTO regionali.

Tale complesso processo si è ultimato con l'intesa sancita il 19 febbraio 2015 che definisce le modalità di funzionamento degli "Organismi tecnicamente accreditanti (OTA)", al fine proprio di garantire una piena uniformità al sistema di autorizzazione/accREDITAMENTO, prevedendone l'istituzione presso ogni Regione.

Con il Decreto del Commissario ad acta, in corso di adozione, la Regione ha provveduto a definire le modalità operative e di costituzione del predetto Organismo regionale.

Obiettivi

- a. Aggiornare e uniformare l'attuale sistema di accREDITAMENTO regionale delle strutture sanitarie ed in particolare i requisiti di autorizzazione e di accREDITAMENTO per armonizzarlo con quanto richiesto dalle più recenti normative nazionali. I nuovi requisiti rispondono alla necessità di verificare la presenza - nelle strutture sanitarie - di processi di controllo sulla qualità e sicurezza dell'organizzazione, dei servizi erogati e dei risultati prodotti, nell'ottica di favorire un miglioramento continuo dell'assistenza. L'obiettivo prioritario è quello di costruire un sistema che fornisca un livello di prestazioni qualitativamente elevato e che sia in grado di orientare lo svolgimento delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. A tal proposito il nuovo sistema di accREDITAMENTO dovrà essere caratterizzato dai seguenti elementi: Centralità del cittadino/ paziente, Leadership – responsabilità e commitment a fornire cure eccellenti e a migliorare la qualità e le performance, Cultura del miglioramento, Evidenza dei risultati delle prestazioni - gli outcome sono individuati e utilizzati per valutare la qualità delle cure, Propensione alle buone pratiche, Migliorare lo sviluppo della qualità clinica, organizzativa e della qualità percepita da parte dei pazienti, Rendere visibile la qualità del sistema sanitario regionale.



Redazione documento tecnico contenente la modulistica ed i requisiti di tipo generale e specifico



Redazione manuale operativo contenete la check-list dei requisiti per le diverse tipologie di strutture

Scadenze

- a. Entro Marzo 2019

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 Napoli 1 Centro, ASL Napoli 3 Sud, Salerno, Benevento, Caserta, ASL Napoli 2 Nord e Avellino, Aziende Ospedaliere Cardarelli e Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. 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 Soresa).

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 incide le performances dell'ITP. La riduzione dei tempi di pagamento e la definitiva normalizzazione dell'ITP deriveranno da una duplice azione: i) entrata a regime del SIAC ed 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 debitoria pregressa in alcune aziende Soresa 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 che le 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 contestuale adesione alla Centrale dei Pagamenti da parte delle AA.SS.LL. 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 previsto dalla legislazione vigente, con azzeramento dei ritardi di pagamento anche sul pregresso (ITP)
- c.** Stabilizzazione dei tempi medi di pagamento dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa
 -  Indebitamento commerciale a livello di singolo Ente del SSR e consolidato non superiore al 25% degli acquisti annui

Scadenze

- a.** Entro Dicembre 2019
- b.** Entro Aprile 2019 e per la durata del periodo di vigenza del Programma Operativo 2019 - 2021
- c.** A partire dall'anno 2020

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, 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 (Programmi Operativi, 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 e messa a regime del sistema di Internal Audit
- c.** Completa implementazione del sistema SIAC (Sistema Informatico Amministrativo Contabile) in tutte le n.17 Aziende Sanitarie del SSR e della Gestione Sanitaria Accentrata
 -  Numero di aziende che utilizzano il SIAC
- d.** Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie della Campania relativamente ad alcune poste di bilancio
 -  Numero di bilanci di esercizio certificati in maniera limitata
- e.** Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie
 -  Numero di bilanci di esercizio certificati



Scadenze

- a.** Entro Dicembre 2019
- b.** Entro Dicembre 2019
- c.** Entro Dicembre 2019
- d.** Entro Dicembre 2020 (Certificabilità limitata ad alcune poste di bilancio da parte delle Aziende Sanitarie)
- e.** Entro Dicembre 2021 (Completa certificabilità di tutti i bilanci della Aziende Sanitarie del SSR)

Modello di governance regionale

7. Governance dei Sistemi Informativi

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
- Realizzazione del Sistema Anagrafi Centrali Sanitarie
- Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino



7.1. Consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale

L'analisi dei flussi derivanti dal Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) risulta strategica per una programmazione sanitaria volta a rendere il paziente il vero attore del processo assistenziale.

La Regione Campania con Delibera n. 10/2017 e con il Decreto n.164/2017 ha già realizzato un'infrastruttura unica a livello regionale per la gestione del Sistema Informativo Sanitario Regionale i cui attori principali sono rappresentati dalla So.Re.Sa e da SANI.Arp. Successivamente, con Delibera n.276/2017 la Regione Campania ha individuato il Centro Interdipartimentale di ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (CIRFF), dell'Università degli studi di Napoli Federico II, quale struttura deputata all'analisi del patrimonio informativo regionale.

Per il triennio 2019-2021 si intende consolidare e potenziare tale sistema informativo Sanitario Regionale al fine di creare un efficiente sistema a supporto della Regione che, attraverso la struttura deputata all'analisi del patrimonio informativo regionale, vada a valutare ciclicamente gli esiti delle politiche sanitarie nella reale pratica clinica in modo da poter intervenire tempestivamente sulle eventuali inapproprietezze riscontrate.

Obiettivi e Indicatori

- a. Miglioramento della qualità e della tempestività dei flussi appartenenti al SISR
 -  Qualità e tempestività di alimentazione dei flussi
- b. Creazione di un sistema di monitoraggio a supporto della Direzione Generale della Tutela della Salute per la verifica e per la programmazione sanitaria
 -  Numero di report prodotti

Scadenze

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

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 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. Attivazione del sistema regionale anagrafi
 -  Numero di anagrafi regionali
- b. Attivazione dei servizi di scelta e revoca dei MMG e PLS
 -  Numero servizi attivi di scelta e revoca dei MMG/PLS

Scadenze

- a. Dicembre 2019
- b. Dicembre 2019

7.3. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino

L'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Portale del Cittadino saranno specificamente rivolte 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. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico



 Numero Fascicoli sanitari attivati

b. Attivazione del Portale del Cittadino

Creazione della sezione sanità all'interno del portale della Regione Campania

Scadenze

a. Dicembre 2019

b. Dicembre 2019

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 al punto 8.1, 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 Technology 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



9. Governance delle Aziende Sanitarie

Le Aziende Sanitarie campane sono 17, divise tra 7 ASL, 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 ASL 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 practice 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
-  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 ASL 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 tra loro con modalità fortemente innovativa, di valutare e condividere esiti di sperimentazioni, nonché 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)

Tendenziali 2019-2021

10. I Conti Economici tendenziali

Nel seguito, si specifica il dettaglio e le ipotesi di calcolo per le principali voci di CE dei tendenziali.

Per costruire il tendenziale per l'anno 2019, per alcune voci di costo, è stato previsto un tasso di crescita delle voci della Proiezione 2018 pari al 1,2% annuo, pari al Tasso di Inflazione Programmata previsto nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018. Per le voci relative al FSR e ai contributi vincolati, alla mobilità extra regionale e internazionale, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, al costo della farmaceutica convenzionata e dei prodotti farmaceutici, degli specialisti ambulatoriali, agli ammortamenti, agli accantonamenti per il personale convenzionato e a fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria e finanziaria, si sono utilizzati altri criteri come di seguito riportato.

Per i prodotti farmaceutici, al netto dei costi per i farmaci anti Epatite C, alla stima del costo rilevato per la Proiezione 2018 è stata applicata una percentuale di crescita pari al CAGR, rilevato tra il Consuntivo 2015 e il Consuntivo 2017, pari al 6%. Per i prodotti farmaceutici anti Epatite C si è considerato il valore riportato nella Proiezione 2018. Per le prestazioni da privato per assistenza ospedaliera e specialistica il tendenziale è stato costruito tenendo già in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review.

Per costruire il tendenziale per l'anno 2020, per alcune voci di costo, è stato previsto un tasso di crescita delle voci del Tendenziale 2019 pari al 1,2% annuo, pari al Tasso di Inflazione Programmata previsto nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018. Per le voci relative al FSR e ai contributi vincolati, alla mobilità extra regionale e internazionale, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, al costo della farmaceutica convenzionata e dei prodotti farmaceutici, degli specialisti ambulatoriali, agli ammortamenti, agli accantonamenti per il personale convenzionato e a fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria e finanziaria, si sono utilizzati altri criteri come di seguito riportato.

Per i prodotti farmaceutici, al netto dei costi per i farmaci anti Epatite C, alla stima del costo rilevato nel Tendenziale 2019 è stata applicata una percentuale di crescita pari al CAGR, rilevato tra il Consuntivo 2015 e il Consuntivo 2017, pari al 6%. Per i prodotti farmaceutici anti Epatite C si è considerato il valore riportato nella Proiezione 2018. Per le prestazioni da privato per assistenza ospedaliera e specialistica il tendenziale è stato costruito tenendo già in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review.

Per costruire il tendenziale per l'anno 2021, per alcune voci di costo, è stato previsto un tasso di crescita delle voci del Tendenziale 2019 pari al 1,2% annuo, pari al Tasso di Inflazione Programmata previsto nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018. Per le voci relative al FSR e ai contributi vincolati, alla mobilità extra regionale e internazionale, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, al costo della farmaceutica convenzionata e dei prodotti farmaceutici, degli specialisti ambulatoriali, agli ammortamenti, agli accantonamenti per il personale convenzionato e a fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria e finanziaria, si sono utilizzati altri criteri come di seguito riportato.

Per i prodotti farmaceutici, al netto dei costi per i farmaci anti Epatite C, alla stima del costo rilevato nel Tendenziale 2020 è stata applicata una percentuale di crescita pari al CAGR, rilevato tra il Consuntivo 2015 e il Consuntivo 2017, pari al 6%. Per i prodotti farmaceutici anti Epatite C si è considerato il valore riportato nella Proiezione 2018. Per le prestazioni da privato per assistenza ospedaliera e specialistica il tendenziale è stato costruito tenendo già in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review.

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti

I contributi per fondo indistinto sono stati previsti prudenzialmente stabili nel triennio. Per l'importo del FSR 2019-2020-2021 è stato riportato il valore, annualizzato, riportato al III Trimestre 2018, pari a quanto risultante dall'intesa dall'Intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE concernente la ripartizione tra le Regioni delle risorse destinate al FSN per l'anno 2018 n. 148 del 01.08.2018 ed integrata con le disposizioni relative alle quote premiali di cui all'Intesa CSR n. 151 del 01.08.2018.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Per la quota relativa ai contributi a destinazione vincolata è stato preso come riferimento il valore, annualizzato, iscritto nel CE a III Trimestre 2018, pari a quanto trasmesso con mail del Ministero della Salute in data 12.11.2018 in riferimento allo stanziamento per l'anno 2018.

Saldo mobilità extraregionale e internazionale in compensazione

Per il triennio è stato preso come riferimento il valore, annualizzato, iscritto nel CE a III Trimestre 2018, pari a quanto trasmesso con mail del Ministero della Salute in data 12.11.2018 in riferimento allo stanziamento per l'anno 2018, comprensivo della quota relativa alla mobilità internazionale.

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 rilevato nella proiezione 2018.

 Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti

Il Tendenziale per gli anni 2019-2020-2021 è stato costruito mantenendo costante il valore rilevato al Consuntivo 2017 e nella Proiezione 2018.

Altre entrate

Rispetto al Consuntivo 2017 e alla Proiezione 2018 per il tendenziale degli anni 2019-2020-2021, tali voci sono state mantenute prudenzialmente stabili, compreso il saldo dell'intramoenia

COSTI**Beni e Servizi**

Per quanto riguarda la stima dell'andamento dei costi per beni e servizi, le ipotesi formulate sono state:

- Il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici, al netto dei costi per i farmaci anti Epatite C, è stato determinato a partire dal valore stimato nella Proiezione 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo pari al CAGR rilevato negli anni 2019-2020-2021 (6%). Il costo dei prodotti farmaceutici anti Epatite C è stato mantenuto costante al valore stimato per l'anno 2018.
- Il costo tendenziale per l'acquisto di beni sanitari, esclusi i prodotti farmaceutici, è stato determinato a partire dal valore stimato nella Proiezione 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo dell'1,2%, pari al valore della TIP prevista nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018.
- Il costo tendenziale per l'acquisto di beni non sanitari, è stato determinato a partire dal valore stimato nella Proiezione 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo dell'1,2%, pari al valore della TIP prevista nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018.
- Il costo tendenziale 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 stimato nella Proiezione 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo dell'1,2%, pari al valore della TIP prevista nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018.
- Il costo tendenziale degli specialisti ambulatoriali (sumai) è stimato pari al valore stimato nella Proiezione 2018.
- Il costo tendenziale dei rimanenti servizi sanitari è stato determinato a partire dal valore stimato nella Proiezione 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo dell'1,2%, pari al valore della TIP prevista nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018.

Costo del Personale dipendente

Nei tendenziali del triennio 2019-2020-2021, il costo del personale dipendente è stabile rispetto al valore rilevato nella Proiezione 2018, al netto del valore dei rinnovi per il personale del comparto il cui costo è stato accantonato nella relativa voce di costo.

Farmaceutica convenzionata

Il costo tendenziale della farmaceutica convenzionata è stato stimato pari al valore rilevato nella Proiezione 2018 in considerazione del trend positivo ottenuto in termini di risparmio nell'ultimo triennio.

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 (abbattimento del 2% rispetto al valore rilevato al Consuntivo 2011).

Per le prestazioni di assistenza termale il dato tendenziale 2019-2020-2021 è stimato pari a quanto risultante dal valore del Consuntivo 2017 e della Proiezione 2018, in quanto i dati gestionali disponibili sono inferiori al valore contabilizzato.

Per l'assistenza integrativa e protesica, riabilitativa, psichiatrica e socio-sanitaria, il valore tendenziale 2019-2020-2021 è stato determinato a partire dal valore stimato nella Proiezione 2018 e incrementato di un tasso di crescita annuo dell'1,2%, pari al valore della TIP prevista nella nota di aggiornamento al DEF 2018 del 27 settembre 2018.

Accantonamenti a fondi rischi

Il valore tendenziale degli accantonamenti a fondo rischi è stato stimato pari al dato rilevato al Consuntivo 2017 e nella Proiezione 2018, al netto degli accantonamenti riportati in Gestione Sanitaria Accentrata e pari a 68 €/mln.

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati

Gli accantonamenti per Quote inutilizzate di contributi vincolati per l'anno 2019, sono pari al valore rilevato nella Proiezione 2018. Per gli anni 2020 e 2021 gli accantonamenti per Quote inutilizzate di contributi vincolati sono pari al valore rilevato nella Proiezione 2018 per la sola quota relativa ai contributi extra-fondo e ai contributi da privati.

Accantonamenti per rinnovi personale

Gli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato sono calcolati sulla base della quota di accantonamento prevista per l'anno 2018, pari al 3,48%.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Gli oneri e i proventi straordinari sono stati mantenuti pari ai livelli riportati nella Proiezione 2018, pari al valore rilevato nel Consuntivo 2017 con la eccezione delle insussistenze attive e passive che prudenzialmente sono state stimate pari a zero.

I proventi e gli oneri finanziari sono stati stimati pari al valore rilevato nella Proiezione 2018.

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 all'8,5% del costo del personale così come previsto dalla normativa nazionale.

11. Sintesi delle manovre di sviluppo e riqualificazione

La Regione Campania ha effettuato la programmazione per il prossimo triennio in maniera prudentiale, vale a dire considerando il livello di finanziamento del SSN costante per il triennio 2019-2021 e pari a ca. 10,4 €/mln (pari al valore rilevato per il 2018 comprensivo di Contributi FSR a destinazione vincolata).

Le eventuali maggiori risorse che saranno erogate rispetto a quanto programmato, consentiranno non solo di avere un maggiore supporto alla tenuta del Piano, ma potranno anche essere utilizzate, sotto forma di utili conseguiti, per il potenziamento delle manovre di sviluppo.

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:

Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione			
€000	2019	2020	2021
Risultato economico tendenziale	81.684	119.136	16.813
I servizi socio-sanitari ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali	-7.440	-42.277	-70.475
Fabbisogno del personale	-112.819	-270.764	-451.271
Riduzione del personale flessibile	33.885	82.029	137.919
Gli investimenti in Sanità - capitalizzazioni		37.774	53.963
Gli investimenti in Sanità - ammortamenti	-	-37.774	-53.963
La politica del farmaco	40.000	45.000	75.000
Il nuovo modello di logistica regionale	-	51.865	51.865
Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie	687	6.682	12.748
Accant./ Utilizzo Fondi potenziamento LEA	-34.000	10.000	94.000
Utilizzo Fondi Vincolati - Anni precedenti	-	-	135.592
Risultato economico programmatico	1.997	1.671	2.191

Tabella 10: Sintesi delle Manovre di sviluppo e riqualificazione

12. Valorizzazione economica dei Programmi Operativi

Consolidato SSR Campania										
ID	CONTO ECONOMICO	Tendenziale 2019	Tendenziale 2020	Tendenziale 2021	Manovra 2019	Manovra 2020	Manovra 2021	Programmat ico 2019	Programmat ico 2020	Programmat ico 2021
	€000	C	D	E	F	G	H	I=C+F	L=D+G	M=E+H
A1	Contributi F.S.R.	10.462.411	10.462.411	10.462.411	0	0	0	10.462.411	10.462.411	10.462.411
A2	Saldo Mobilità	- 316.366	- 316.383	- 316.400	0	0	0	- 316.366	- 316.383	- 316.400
A.3.1	Utilizzo Fondi Per Quote Inutilizzate Contribu	52.867	52.867	52.867	0	10.000	229.592	52.867	62.867	282.459
A.3.2	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	29.243	29.243	29.243	0	0	0	29.243	29.243	29.243
A.3.3	Ticket	57.929	57.929	57.929	0	0	0	57.929	57.929	57.929
A.3.4	Altre Entrate Proprie	171.863	171.863	171.863	0	0	0	171.863	171.863	171.863
A3	Entrate Proprie	311.902	311.902	311.902	0	10.000	229.592	311.902	321.902	541.494
A4	Saldo Intraomenia	5.525	5.525	5.525	0	0	0	5.525	5.525	5.525
A5	Rettifica Contributi Per Destinazione Ad Invest	- 75.651	- 75.651	- 75.651	0	0	0	- 75.651	- 75.651	- 75.651
A	Totale Ricavi Netti	10.387.821	10.387.804	10.387.787	0	10.000	229.592	10.387.821	10.397.804	10.617.379
B.1.A	Personale Dipendente	2.502.828	2.502.828	2.502.828	100.749	241.797	402.993	2.603.577	2.744.625	2.905.821
B.1.B	Personale Non Dipendente	145.270	146.043	146.826	- 16.111	- 39.127	- 65.996	129.159	106.916	80.830
B1	 Personale	2.648.098	2.648.871	2.649.654	84.638	202.670	336.997	2.732.736	2.851.541	2.986.651
B2	 Prodotti Farmaceutici e Emoderivati	1.291.072	1.359.089	1.430.930	- 30.000	- 56.800	- 66.800	1.261.072	1.302.289	1.364.130
B.3.1	Altri Beni Sanitari	508.168	514.267	520.438	0	- 15.065	- 15.065	508.168	499.202	505.373
B.3.2	Beni Non Sanitari	21.354	21.610	21.868	0	0	0	21.354	21.610	21.868
B.3.3.a	Servizi Appalti	523.626	529.910	536.268	0	0	0	523.626	529.910	536.268
B.3.3.b	Servizi UtENZE	87.262	88.309	89.369	0	0	0	87.262	88.309	89.369
B.3.3.c.1	Consulenze-Personale Non Dipendente	66.100	66.454	66.812	- 13.848	- 33.369	- 55.843	52.252	33.085	10.969
B.3.3.c.2	Consulenze-Personale Non Dipendente	18.020	18.236	18.456	- 3.926	- 9.533	- 16.080	14.094	8.703	2.376
B.3.3.c.3	Altri Servizi Sanitari	131.126	132.472	133.834	0	0	0	131.126	132.472	133.834
B.3.3.c.4	Altri Servizi Non Sanitari	241.636	244.536	247.470	0	0	0	241.636	244.536	247.470
B.3.3.c	Altri Servizi (Sanitari E Non Sanitari)	456.882	461.698	466.572	- 17.774	- 42.902	- 71.923	439.108	418.796	394.649
B.3.3.d	Godimento Beni Di Terzi	53.969	54.616	55.272	0	0	0	53.969	54.616	55.272
B.3.3	 Servizi	1.121.739	1.134.533	1.147.481	- 17.774	- 42.902	- 71.923	1.103.965	1.091.631	1.075.558
B3	 Altri Beni E Servizi	1.651.261	1.670.410	1.689.787	- 17.774	- 57.967	- 86.988	1.633.487	1.612.443	1.602.799
B4	 Ammortamenti E Costi Capitalizzati	25.611	25.611	25.611	0	0	0	25.611	25.611	25.611
B.5.1	Accantonamenti Rischi	244.692	244.692	244.692	0	0	0	244.692	244.692	244.692
B.5.2	Accantonamenti Sumai (+Tfr)	7.887	7.887	7.887	0	0	0	7.887	7.887	7.887
B.5.3	Altri Accantonamenti	17.576	17.576	17.576	34.000	0	0	51.576	17.576	17.576
B.5.4	Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali	117.574	117.574	117.574	3.506	8.414	14.023	121.080	125.988	131.597
B.5.5	Accantonamenti per quote inutilizzate di cont	144.814	9.222	9.222	0	0	0	144.814	9.222	9.222
B5	 Accantonamenti	532.543	396.951	396.951	37.506	8.414	14.023	570.049	405.365	410.974
B6	 Variazione Rimanenze	- 11.218	- 11.218	- 11.218	0	0	0	- 11.218	- 11.218	- 11.218
B	 Totale Costi Interni	6.137.367	6.089.714	6.181.715	74.370	96.317	197.232	6.211.737	6.186.031	6.378.947
C1	 Medicina Di Base	649.940	649.940	649.940	0	0	0	649.940	649.940	649.940
C2	 Farmaceutica Convenzionata	803.460	803.460	803.460	- 10.000	- 25.000	- 45.000	793.460	778.460	758.460
C.3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	806.481	806.481	806.481	65.280	65.280	65.280	871.761	871.761	871.761
C.3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	770.745	770.745	770.745	- 8.145	- 8.145	- 8.145	762.600	762.600	762.600
C.3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra O	303.514	307.156	310.842	- 8.863	- 38.820	- 63.558	294.651	268.336	247.284
C.3.4.a	Trasporti Sanitari Da Privato	51.638	52.258	52.885	0	0	0	51.638	52.258	52.885
C.3.4.b	Assistenza Integrativa E Protesica Da Priv	203.197	205.635	208.102	0	0	0	203.197	205.635	208.102
C.3.4.c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale E S	44.010	44.538	45.072	- 29.004	- 28.538	- 28.276	15.006	16.000	16.796
C.3.4.c.2	Distribuzione Di Farmaci E File F Da Priv	34.599	35.014	35.434	0	0	0	34.599	35.014	35.434
C.3.4.c.3	Assistenza Termale Da Privato	16.671	16.871	17.073	5.330	5.130	4.928	22.001	22.001	22.001
C.3.4.c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie Da Privato	136.066	137.699	139.351	- 17.845	40.688	87.498	118.221	178.387	226.849
C.3.4.c.5	Altri Servizi Sanitari Da Privato	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.3.4.c	Prestazioni Da Privato-Altro	231.346	234.122	236.930	- 41.519	17.280	64.150	189.827	251.402	301.080
C.3.4	 Altre Prestazioni Da Privato	486.181	492.015	497.917	- 41.519	17.280	64.150	444.662	509.295	562.067
C3	 Prestazioni Da Privato	2.366.921	2.376.397	2.385.985	6.753	35.595	57.727	2.373.674	2.411.992	2.443.712
C	 Totale Costi Esterni	3.820.321	3.829.797	3.839.385	- 3.247	10.595	12.727	3.817.074	3.840.392	3.852.112
D	 Totale Costi Operativi	9.957.688	9.919.511	10.021.100	71.123	106.912	209.959	10.028.811	10.026.423	10.231.059
E	 Margine Operativo	430.133	468.293	366.687	- 71.123	- 96.912	19.633	359.010	371.381	386.320
F1	 Svalutazione Crediti, Rivalutazioni E Svalutazio	9.326	9.438	9.551	0	0	0	9.326	9.438	9.551
F2	 Saldo Gestione Finanziaria	15.459	15.459	15.459	0	0	0	15.459	15.459	15.459
F3	 Oneri Fiscali	224.966	225.562	226.166	8.564	20.553	34.255	233.530	246.115	260.421
F4	 Saldo Gestione Straordinaria	98.698	98.698	98.698	0	0	0	98.698	98.698	98.698
F	 Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	348.449	349.157	349.874	8.564	20.553	34.255	357.013	369.710	384.129
	 Totale Costi	10.306.137	10.268.668	10.370.974	79.687	127.465	244.214	10.385.824	10.396.133	10.615.188
G	 Risultato Economico	81.684	119.136	16.813	- 79.687	- 117.465	- 14.622	1.997	1.671	2.191
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	81.684	119.136	16.813	- 79.687	- 117.465	- 14.622	1.997	1.671	2.191

Tabella 11: Programmatico 2019-2021



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. 97 DEL 16.11.2018

OGGETTO: Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017.

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta vi: "completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica")

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 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;

le 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 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 più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto v) “*completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica*”;

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;

RICHIAMATI:

- il comma 80 dell' articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui “*Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che e' obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro*”;
- il comma 231 bis dell' articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 così come introdotto dal comma 34, dell'articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011, n. 14 secondo cui: “*il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell'efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole*”;
- 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. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come ordinanze emergenziali statali in deroga, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro*”;

PREMESSO CHE

a) il Decreto del Commissario ad Acta n. 14 del 1/3/2017 di approvazione dei Programmi Operativi 2016/2018, tra gli obiettivi programmati nell'ambito dell'intervento 19.1 “Assistenza sociosanitaria territoriale”, individua la riqualificazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale dell' “Area Adulti e anziani non autosufficienti” e 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 e semiresidenziali” del Ministero della Salute;

assistenziale residenziale programmata è così articolata:

- b1) "Unità di cure residenziali intensive" (R1) per assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
- b2) "Unità di Cure Residenziali Estensive" (R2) per assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario;
- b3) "Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento" (R3) per assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento;
- b4) "Unità di cure residenziali per demenze" (R2D) per assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze;

c) per l' Area della Disabilità e Riabilitazione" l'offerta assistenziale residenziale programmata per disabili adulti prevede:

- c1) Unità di cure residenziali che erogano trattamenti assistenziali e riabilitativi intensivi a (RD1 intensivo);
- c2) Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi (RD2 estensivo);
- c3) Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali a media intensità assistenziale rivolti a persone con disabilità stabilizzate RD3;

CONSIDERATO CHE

- a) il DPCM 12 gennaio 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), al Capo IV- "*Assistenza sociosanitaria*", individua, tra l'altro, la tipologia di assistenza residenziale extraospedaliera e i trattamenti da garantire a persone adulte non autosufficienti e a persone adulte con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, stabilendo i criteri di eleggibilità, le modalità di accesso, la durata e gli oneri della spesa;
- b) all'art. 30 il citato DPCM stabilisce che nell'ambito dell'assistenza residenziale il SSN garantisce: trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore; trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a persone non autosufficienti, ivi compresi interventi di sollievo;
- c) all'art. 34 è stabilito che nell'ambito dell'assistenza residenziale il SSN garantisce, alle persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, trattamenti socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue;

RILEVATO

- a) che l'articolazione dell'assistenza residenziale extraospedaliera definita dal citato DPCM sui LEA corrisponde alla classificazione delle prestazioni contenuta nel documento della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA "*Prestazioni residenziali e semiresidenziali*", del 2007, alle quali vengono attribuiti codici di attività di norma utilizzati anche per il conferimento dei dati attraverso i flussi informativi nazionali sanitari – NSIS;
- b) che al codice di attività "R3" del citato documento corrispondono trattamenti di lungoassistenza e di mantenimento che per la loro stessa natura, intensità, durata e mix di complessità, sono riconducibili all'assistenza erogata nelle "*RSA per anziani e per cittadini affetti da demenze*" e nello specifico alla RSA anziani Alto e Medio carico, già disciplinata dalla Regione Campania;
- c) che al codice di attività "R2d" corrispondono trattamenti estensivi di elevata tutela sanitaria comprensivi di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, di riorientamento in ambiente protesico parzialmente riconducibili all'assistenza erogata nelle RSA per anziani affetti da demenza – Nucleo demenza, già presente nella normativa regionale;

d) che al codice di attività individuato come RD3 corrispondono prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento riconducibili al livello assistenziale erogato nelle "RSA per cittadini disabili" Alto e Medio carico, già presente nella normativa regionale;

TENUTO CONTO

che per effetto del DPCM 12/1/2017 l'assistenza residenziale per i cittadini affetti da demenze attualmente erogata nel Modulo demenze della RSA deve essere ricompresa nei trattamenti estensivi di recupero funzionale e deve essere caratterizzata da ulteriori e diversi specifici mix assistenziali;

RAVVISATO

che risulta necessario, per quanto esposto:

- adeguare i requisiti organizzativi e i criteri e le procedure di accesso già previsti dalla normativa regionale vigente alla disciplina prevista dal DPCM 12/1/2017;
- procedere all'attuazione del Programma Operativo 2016-2018 - Intervento 19.1 - DCA 14/2017, in coerenza con quanto previsto dal DPCM 12/1/2017 prioritariamente adeguando l'assistenza sociosanitaria residenziale per persone non autosufficienti e per disabili;

RITENUTO

di dover, per l'effetto:

- modulare l'intensità assistenziale in relazione all'articolazione assistenziale disciplinata dal DPCM 12/1/2017, per le tipologie R3 e RD3;
- modulare l'intensità assistenziale per la tipologia R2d aggiornando i requisiti organizzativi e le relative tariffe;
- aggiornare criteri di accesso e requisiti di eleggibilità per le unità di cure residenziali per persone non autosufficienti, e per disabili limitatamente alle tipologie R3, R2d e RD3;
- confermare che l'accesso all'indicata tipologia di strutture avviene mediante l'utilizzo delle schede SVAMA e SVAMD1 attraverso l'Unità di valutazione multidimensionale/UVI;

VISTI

-la Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 7301 del 31 dicembre 2001, che definisce i requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e/o socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione;

-la legge regionale 22 aprile 2003, n. 8, che disciplina la realizzazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle residenze sanitarie assistenziali e delle strutture semiresidenziali pubbliche e private per anziani non autosufficienti e per disabili;

-il Regolamento n. 1 del 22/6/2007 *"Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale"*;

-la D.G.R.C. n. 2006 del 5 novembre 2004 con la quale sono state approvate le Linee d'Indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza, che disciplinano le tipologie di strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, i criteri e il percorso di accesso degli utenti al sistema dei servizi;

RITENUTO necessario, altresì:

- a) aggiornare i requisiti organizzativi per le tipologie R3, R2d e RD3 già previsti dal DCA 110/2014, in relazione al diverso mix di complessità assistenziale e dai criteri di eleggibilità introdotti dal DPCM 12/1/2017, secondo quanto riportato all'Allegato 1 del presente provvedimento;

- te
nell'Allegato 1 del presente provvedimento, con l'applicazione delle quote di compartecipazione sociale stabilite con DPCM 17/1/2017, artt. 30 e 34, e l'eventuale compartecipazione degli utenti, da stabilirsi perentoriamente secondo i criteri stabiliti dalla L. R. n. 11/2007 art. 8 c. 1 lett. e, dalla L.R. 5/2013 art. 1 c. 34, e disciplinati dalle DGRC n. 134/13 punto 13.2, 869/2015 punto IV.2.3 e dalle linee guida di cui al DCA n. 110/2014;
- c) aggiornare le tariffe per le prestazioni erogate nell'Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d), già approvate con DCA n. 110/2014, in relazione alla ridefinizione dell'intensità assistenziale introdotta dal richiamato DPCM, come all'Allegato 1 del presente atto;
- d) modificare le linee di indirizzo di cui alla deliberazione n. 2006/2004 nella parte relativa alle prestazioni di tipo residenziale (RSA Anziani; RSA Nucleo demenze, RSA Disabili), secondo quanto descritto all'Allegato 1;
- e) modificare, per effetto della rimodulazione dell'offerta sociosanitaria territoriale di cui al presente decreto, la DGRC 7301 del 31/12/2001 – Sez. C – nella parte relativa a Residenze Sanitarie Assistenziali;
- f) modificare l'Allegato C - Scheda SRes3 del sopra citato Regolamento 1/2007 nella parte relativa ai requisiti specifici per *“RSA per anziani non autosufficienti”*, per *“RSA per anziani non autosufficienti Modulo demenza”* e per *“RSA per disabili non autosufficienti”*;

VISTI

- la D.G.R.C. n. 482 del 25/03/2004 “Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania” con la quale sono state approvate le Linee Guida sulla riabilitazione;
- la DGRC n. 41 del 14/2/2011 “Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: “Il sistema dei servizi domiciliari in Campania”;
- la DGR 323 del 3/7/2012 “Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziane-S.Va.M.A. Campania. modifiche ed integrazioni della D.G.R.C. 1811/2007”;
- la DGRC n. 324 del 3/7/2012 “Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.Va.M.Di. Campania.”;
- il DCA 110/2014;
- il D.C.A. n. 52 del 29/5/2015 “*Recepimento Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione “Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze”*”.
- il Regolamento n. 1/2007;
- il DCA n. 55/2017 e 55/2018;
- la DGR n. 282/2016, relativa alle procedure di pagamento della quota di compartecipazione a carico degli Ambiti sociali territoriali e/o Comuni;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

DECRETA

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

1. di **APPROVARE** il documento “Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3); Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d); Unità di cure per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche,



- sostanziale del presente provvedimento;
2. di **APPROVARE**, in sostituzione delle linee di indirizzo di cui alla deliberazione n. 2006/2004, nella parte relativa alle prestazioni di tipo residenziale (RSA Anziani; RSA Nucleo demenze, RSA Disabili), l'allegato documento "Allegato 1" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;
 3. di **MODIFICARE** per effetto e nei termini della rimodulazione dell'offerta sociosanitaria territoriale di cui al presente decreto, la DGRC 7301 del 31/12/2001 – Sez. C – nella parte relativa a Residenze Sanitarie Assistenziali;
 4. di **MODIFICARE** l'Allegato C - Scheda SRes3 del sopra citato Regolamento 1/2007 nella parte relativa ai requisiti specifici per "RSA per anziani non autosufficienti", per "RSA per anziani non autosufficienti Modulo demenza" e per "RSA per disabili non autosufficienti";
 5. di **CONFERMARE** gli strumenti valutativi SVAMA e SVAMD di cui alle DDGR 323 e 324 del 3/7/2012;
 6. di **CONFERMARE**, per le tipologie R3 e RD3, le tariffe previste dal DCA 110/2014 e riportate nell'Allegato 1 del presente provvedimento, con l'applicazione delle quote di compartecipazione sociale stabilite con DPCM 17/1/2017, artt. 30 e 34, e l'eventuale compartecipazione degli utenti, da stabilirsi perentoriamente secondo i criteri stabiliti dalla L. R. n. 11/2007 art. 8 c. 1 lett e, dalla L.R. 5/2013 art. 1 c. 34, e disciplinati dalle DGRC n. 134/13 punto 13.2, 869/2015 punto IV.2.3 e dalle linee guida di cui al DCA n. 110/2014;
 7. di **AGGIORNARE** le tariffe per le prestazioni erogate nell'Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d), già approvate con DCA n. 110/14, come all'Allegato 1 del presente atto;
 8. di **FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di definire, entro e non oltre tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, una procedura standard per la messa in rete delle RSA con i servizi territoriali e ospedalieri;
 9. di **STABILIRE** che
 - entro il termine massimo di 6 mesi dalla pubblicazione sul BURC del presente decreto dovrà essere realizzato l'adeguamento ai requisiti previsti dall'Allegato 1 delle strutture che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già in possesso di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio come RSA;
 - per i moduli per Demenze in RSA per Anziani attualmente autorizzati, le strutture debbano manifestare interesse per la trasformazione in R2D ovvero in R3, nei limiti del fabbisogno programmato con DCA n. 14/2017 e compatibilmente con i processi di riconversione di prestazioni in eccesso di riabilitazione ex art. 26 che hanno la priorità, entro il termine massimo di 60 giorni dalla pubblicazione sul BURC del presente decreto; a seguito di parere favorevole circa la compatibilità con il fabbisogno, espresso dalle ASL e della competente commissione regionale, le strutture devono adeguare la propria organizzazione ai requisiti riportati all'Allegato 1 del presente decreto, e successivamente acquisire autorizzazione all'esercizio aggiornata;
 - per le strutture RSA già provvisoriamente o definitivamente accreditate, si procederà al rinnovo dell'accreditamento con le procedure già in uso, attraverso la verifica, su richiesta della DG Tutela della Salute, da parte dei competenti servizi aziendali, dell'adeguamento ai requisiti di cui al presente decreto e previa adozione di Delibera aziendale di attestazione di accreditabilità;
 - per le strutture RSA di nuova autorizzazione ovvero non precedentemente convenzionate, si procederà, su istanza dell'interessato, al rilascio dell'accreditamento con riserva di verifica con le procedure già in uso, attraverso la verifica, su richiesta della DG Tutela della Salute, da parte dei competenti servizi aziendali dell'adeguamento ai requisiti di cui al presente decreto e previa adozione di Delibera aziendale di attestazione di accreditabilità;
 10. di **STABILIRE**, altresì, che le disposizioni di cui al presente Decreto potranno subire variazioni in esito a provvedimenti di riordino della rete territoriale disposti con Decreto del Commissario ad Acta;
 11. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;

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, alla Direzione Generale Politiche sociali anche per la notifica; agli Ambiti Sociali Territoriali, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R nonché al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

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

DE LUCA

“Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3); Unità di cure residenziali per persone affette da disturbi cognitivi e demenze (R2d); Unità di cure per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3)”.

La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio extraospedaliero che offre a persone adulte non autosufficienti, non assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità, che necessitano di trattamenti prevalentemente di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero.

La struttura R.S.A. è articolata in una o più unità di cure, anche di diversa tipologia, organizzate per l'erogazione di trattamenti residenziali a diversa intensità assistenziale nell'arco delle 24 ore, in relazione alla tipologia di utenza accolta e dei relativi bisogni assistenziali.

E' auspicabile che una struttura residenziale - RSA sia organizzata in più unità di cure, autonome, secondo la capacità recettiva ed i requisiti definiti di seguito, senza determinare sovrapposizioni, per rispondere alle specifiche e variabili esigenze del paziente non autosufficiente nell'ambito del percorso unico assistenziale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI e TECNOLOGICI DELLE RSA

La struttura deve essere localizzata in zona ben collegata anche mediante mezzi pubblici. La capacità recettiva di una struttura RSA non può essere inferiore a 20 posti letto e non superiore complessivamente a 120 posti, organizzati in una o più unità di cura (R3, R2D, RD3).

Ciascuna Unità di cura può essere articolata in massimo 3 moduli di max 20 posti letto che garantiscano trattamenti di diversa intensità assistenziale, se previsti.

Ad ogni Struttura RSA è preposto un Dirigente sanitario; sono garantite inoltre le funzioni amministrative con personale idoneo.

La superficie totale utile funzionale della struttura è fissata in mq. 40 per ospite, con l'abbattimento del 20% della superficie per le strutture collocate nei centri storici dei capoluoghi di provincia e per quelle preesistenti alla data di adozione del presente decreto.

Ogni struttura deve rispettare le norme generali sulla sicurezza, sulla prevenzione di infortuni; deve essere priva di barriere architettoniche e deve essere dotata di

- impianto di riscaldamento;
- impianto di illuminazione emergenze
- impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa;
- segnaletica di informazione diffusa

Di seguito si riportano i requisiti minimi previsti.

PER OGNI MODULO:

- Camere fino a 3 letti: metratura minima-bagno escluso: mq. 9 per una persona; mq. 18 per 2 persone; mq 27 per 3 persone; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'alzata con l'utilizzo di dispositivi appositi (elevatori, carrozzine adatte, ecc.)
- Servizi igienici per la non autosufficienza collegati alle camere di norma in numero di 1 ogni camera e comunque non meno di 1 ogni due camere, di dimensioni e con disposizioni tali

- da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine e il sostengo da parte degli operatori
- Ambulatorio /medicheria
 - Locale controllo persone con servizi igienici annessi.
 - Cucina attrezzata/tisaneria
 - Spazi soggiorno/gioco-TV/ spazio collettivo
 - Campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto
 - Locale deposito biancheria sporca
 - Locale per vuotatoio e lavapadelle.
 - Attrezzature particolarmente adattate ad ospiti non deambulanti non autosufficienti:
 - letti, materassi e cuscini antidecubito,
 - dotazione di 1 carrozzina di serie con schienale reclinabile, con pedana regolabile, con cuscino antidecubito e a ruote piccole, da utilizzare in caso di necessità (Unità posturale)
 - ausili posturali (1 per modulo)
 - idonei sistemi elettrici di sollevamento con dotazione adeguata di sollevatori elettrici in numero proporzionato alla tipologia degli ospiti ed alla presenza di personale e comunque in numero non inferiore ad 1 ogni modulo, di cui uno con bilancia automatica inserita, o di altri sistemi (ad es. binario – monorotaia o ad “H”);
 - Un pesa persona per non autosufficienti
 - Apparecchi per saturimetria transcutanea

Devono essere previste attrezzature e farmaci per il pronto soccorso cardio-respiratorio (defibrillatori, pallone ambu).

Deve essere presente, inoltre, adeguata e garantita disponibilità di pompe per l'alimentazione enterale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti e alla tipologia di utenti accolti.

PER UNITÀ DI CURA:

- locale per accoglienza delle famiglie dei ricoverati, necessario per l'incontro con il personale socio-sanitario, per la socializzazione tra i familiari e per eventuali incontri programmati con le Associazioni dei familiari,
- locale per il personale (guardiola)
- deposito medicinali e presidi medico-chirurgici
- vano per deposito biancheria
- Segnaletica per l'orientamento di facile intuizione (es. codici a colori);
- Locali e palestra con attrezzature per le attività riabilitative e motorie previste, dimensionato in relazione al numero di ospiti;
- Spazi per la socializzazione per unità di cura e comunque dimensionato in relazione al numero di ospiti composti da:
 - Angolo bar.
 - Sale e soggiorno polivalenti.
 - Locali per servizi all'ospite.
 - Servizi igienici.

PER STRUTTURA:

- Ingresso con portineria, posta e telefono;
- Camera di degenza (possibilità di servizio appaltato all'esterno);
- Lavanderia e stireria (il locale e le attrezzature devono essere appaltato all'esterno, per favorire momenti di socializzazione);
- Servizi igienici per il personale e locale spogliatoio, per unità di cura;
- Camera ardente;
- Almeno un ascensore montalettighe;
- Corrimani lungo tutti i corridoi, le scale e i locali di passaggio;
- Magazzini;
- Deposito pulito e sporco.
- Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo etc.
- Locale di accoglienza (atrio-attesa)
- Uffici amministrativi
- Direzione sanitaria
- Locali ed attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche;
- Area destinata all'erogazione delle attività di riabilitazione, comunque dimensionato in relazione al numero di ospiti.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Per ogni Unità di cura devono essere garantiti:

- collaborazione alle attività di valutazione multidisciplinare e multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- collaborazione alla stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- il lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'equipe interdisciplinare;
- la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività;
- il coinvolgimento delle famiglie degli ospiti;
- i collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri e con i distretti sanitari con protocolli operativi per eventuali interventi di urgenza o emergenza, protocolli di dimissione protetta/programmata;
- il numero e la tipologia di personale medico, infermieristico, di assistenza alle persone, di riabilitazione, di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Per le specifiche dotazioni di personale, nonché i minuti di assistenza, si rinvia alla Parte 5 riportante le tabelle "Articolazione del personale e minuti di assistenza" per ciascuna tipologia di Unità di cura.

Tabella 1: REQUISITI ULTERIORI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO
--

Di seguito sono riportati i requisiti specifici ulteriori per l'accreditamento istituzionale, comuni alle diverse unità di cura, fermi restando alcuni requisiti specifici che connotano la tipologia di unità di cura. L'accreditamento viene effettuato per ciascuna specifica unità di cura (RSA- R2D, RSA -R3, RSA-RD3). Ciascuna Unità di Cura deve possedere i requisiti ulteriori.

	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	A
	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A
	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: - Nome e cognome del responsabile della residenza - Elenco delle prestazioni erogabili - Modalità di accesso - Orari di accesso - Orari per il rilascio di eventuali referti all'interessato o al familiare delegato	A
	La Guida deve contenere, inoltre, informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi eventualmente a carico dell'utente e le relative modalità di pagamento	A
	Deve essere garantito ai familiari l'accesso alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	A
	Deve essere garantita la possibilità di socializzazione e di attività creativa per l'utenza	A
	Deve essere garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento	B
	Deve essere garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza	A
	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche, con telefonia fissa o mobile, dal letto di degenza	A
	Devono essere previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	A
	La struttura deve prevedere modalità di custodia valori e beni personali	B
	Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione. <i>Interpretazione: dispositivo medico: qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo</i>	A
	Per ciascun ospite deve essere redatta una cartella clinica in cui ogni operatore annota cure e trattamenti	A
	Deve esistere una documentazione attestante le relazioni intercorrenti tra la struttura e il responsabile della presa in carico per ciascun ospite	A
	Devono essere garantite, nella struttura, prestazioni specialistiche agli ospiti e devono essere previste procedure di assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno	A

In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite deve essere accompagnato da una
i clinica e devono essere mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero
esistere ed essere seguita una procedura di di

PARTE I Atti della Regione

	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite deve essere accompagnato da una i clinica e devono essere mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero esistere ed essere seguita una procedura di di	A
	il rientro a domicilio degli ospiti (che preveda la comunicazione al medico curante, l'addestramento dei familiari, l'acquisizione di tutti i materiali necessari, il proseguimento a domicilio delle cure necessarie). Nel caso di residenze sanitarie private la procedura deve prevedere l'attivazione dei competenti servizi sanitari per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale	A
	Deve esistere una documentazione della gestione delle liste d'attesa	A
	Deve esistere ed essere seguita una procedura scritta relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	B
	Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	A
	Deve essere garantita la presenza coordinata dei Medici di Medicina Generale, quando previsto, all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale	A
	Devono essere presenti e applicate procedure per la gestione delle emergenze	A
	Deve esistere ed essere seguita una procedura per le richieste di visite specialistiche	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure scritte per <ul style="list-style-type: none"> • il bagno e la doccia • l'igiene orale • l'igiene a letto 	A
	Devono esistere ed essere seguite procedure per la somministrazione di farmaci	A
	La distribuzione e somministrazione di farmaci deve essere eseguita da un infermiere	A
	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella	A
	Devono essere presenti ed essere seguite procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	A
	Devono essere predisposti programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette	B
	Deve essere garantita, all'occorrenza, l'attività di podologia	C
	Devono esistere ed essere applicate procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito	A
	Il decorso delle piaghe da decubito deve essere monitorato regolarmente in cartella	A
	Il personale di assistenza deve essere specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti con formazione documentata	A
	Devono esistere ed essere applicate procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es cateterizzati e tracheostomizzati)	A
	Volontari e parenti devono essere addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti	C
	I familiari devono essere addestrati al nursing prima della dimissione	B
	In cartella devono essere registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia	B
	Deve essere possibile scegliere in anticipo tra diversi menù	B
	Deve essere possibile offrire diete speciali personalizzate per ospiti con esigenze particolari (patologie, intolleranze, etc.) previa consulenza e controllo dietologico dell'ASL	A
	I pasti devono essere serviti a giusta temperatura	A

	Deve essere consentito agli ospiti di tenere nelle loro stanze oggetti personali	A
	guardaroba personale	B
	Gli indumenti personali devono essere identificati quando sono mandati in lavanderia	A
	Devono esistere protocolli interni per un corretto lavaggio della biancheria da letto e degli indumenti (se la lavanderia non è esternalizzata)	A
	Deve essere disponibile nella struttura un barbiere-parrucchiera almeno una volta alla settimana	A
	Deve essere garantita l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti	A
	Devono essere disponibili ed applicate linee guida, periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate	B
	Deve essere effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida	B
	Devono essere utilizzate scale di valutazione validate adeguate alla tipologia di disabilità e/o non autosufficienza presente	A
	Devono essere utilizzati gli strumenti di valutazione multidimensionale approvati dalla Regione	A
	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	B
	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)	B
	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> ● cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; ● quale azione è stata attuata o proposta; ● quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; ● quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento. 	C
	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	C
	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione sanitaria rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 72% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le strutture con dotazioni pari o inferiori a cinque unità lavorative.	A
	Devono essere svolte indagini sulla soddisfazione dell'utenza a scadenze periodiche (almeno una volta l'anno) e devono esistere procedure formalizzate o protocolli organizzativi per disciplinare le relazioni con il volontariato e il privato sociale al fine di garantire prestazioni anche non sanitarie legate all'autonomia e autodeterminazione delle persone ospitate (frequenza ad attività sociali, tempo libero, scuola, ecc).	B

	Non possono essere ammessi ospiti senza la previa valutazione multidimensionale appropriato	A
	Nelle ammissioni devono essere osservati criteri di priorità, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, secondo il criterio di individuare la struttura più prossima territorialmente alla residenza dell'utente.	A
	Deve essere presente il piano esecutivo declinato in: <ul style="list-style-type: none"> • azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate; • quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati; • durata complessiva del piano; • strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post 	A
	Deve essere previsto l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati: <ol style="list-style-type: none"> 1. cartella personale; 2. registro degli ospiti; 3. registro delle consegne; 4. diario delle attività collettive; 5. regolamento interno 	A
	Deve essere prevista la consulenza protesica	A
	Devono essere svolte attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo	A
	Devono esistere programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti	A
	Devono essere erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di terapia occupazionale secondo le più recenti linee guida	A
	Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispositivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti	C
	Deve essere definito il protocollo per la Nad e la nutrizione parenterale in relazione alle tipologie di Unità di cura e di utenti	A
	Devono essere garantite le prestazioni di sostegno psicologico, di orientamento cognitivo e di riattivazione, di neuroriabilitazione se rientranti nel progetto personalizzato, con personale interno o con personale dei servizi sanitari in relazione ai requisiti di personale (per la presa in carico dei soggetti affetti da demenze/disturbi cognitivi ineriti in unità di cura R3/R2D)	A
	Per i requisiti organizzativi e di personale devono essere utilizzati i parametri, di cui al presente atto, Tabella "Articolazione del personale e minuti di assistenza" per ciascuna tipologia di Unità di cura.	A

**Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) per adulti non autosufficienti
Unità di cura R3**

1. DESCRIZIONI E FINALITÀ.

L'Unità di cura residenziale extraospedaliera, classificata R3 è deputata ad erogare un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrata da un livello medio/alto di assistenza tutelare ed alberghiera, a favore di persone adulte totalmente o parzialmente non autosufficienti, in condizioni di stabilità clinica o a rischio di instabilità, comunque senza la compromissione delle funzioni vitali, e di persone affette da demenze/disturbi cognitivi non associati a disturbi comportamentali e/o dell'aggressività, con necessità di trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale.

I trattamenti sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

Essi sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per la NA, assistenza protesica, dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 del DPCM 17/1/2017 Nuovi LEA, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e associati ad attività di socializzazione e animazione, finalizzati anche al rientro a domicilio, se possibile.

Il complesso dei trattamenti erogati è caratterizzato da un elevato e continuo nursing assistenziale, ed infermieristico, un medio nursing riabilitativo integrato da un medio/alto livello di assistenza tutelare ed alberghiera.

L'unità di cura R3 è organizzata in moduli di massimo 20 posti letto per un numero complessivo massimo di 3 moduli per struttura, organizzati preferibilmente in modo da garantire trattamenti di diverso livello ed intensità assistenziale.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione ai bisogni e alla loro evoluzione, e alle condizioni di dipendenza dei pazienti, al fine di garantire adeguata assistenza, in ciascun modulo dell'unità di cura R3 possono essere garantiti trattamenti di alta e media intensità assistenziale:

- Trattamenti di alta intensità assistenziale per adulti con totale perdita dell'autosufficienza, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
- Trattamenti di media intensità assistenziale per adulti con parziale perdita dell'autosufficienza non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

Un'unità di cura di lungo assistenza-R3 può coesistere con altre tipologie di unità di offerta per la non autosufficienza e per la disabilità, al fine di garantire senza soluzione di continuità il passaggio degli utenti da un setting di cura ad un altro nell'ambito di un unico percorso di presa in carico/pdta per particolari patologie o necessità assistenziali variabili nel tempo.

La RSA-R3 è ricompresa nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per la non autosufficienza e la cronicità, garantendo la continuità assistenziale nel regime residenziale tra ospedale, territorio e domicilio, ed è funzionalmente collegata alla rete mediante protocolli operativi definiti dalle Aziende Sanitarie anche per le dimissioni programmate/protette da altri setting assistenziali ospedalieri o territoriali.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei, di sollievo o per dimissioni protette, della durata massima di 30 giorni. Per tale tipologia di ricovero, successivamente descritta, l'intero costo è a carico del SSN.

2. DESTINATARI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

In RSA-R3 sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico, formulazione del progetto assistenziale individualizzato, i soggetti adulti, malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti con ridotta o completa perdita dell'autonomia, in condizioni di stabilità clinica o a rischio di instabilità senza la compromissione delle funzioni vitali, soggetti affetti da disturbi cognitivi lievi/moderati senza disturbi comportamentali e/o dell'aggressività, con necessità di trattamenti estensivi, di mantenimento funzionale e lungo assistenza, non assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità.

Le persone arruolabili in RSA presentano necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto/medio di assistenza tutelare ed alberghiera.

Le persone arruolabili in RSA possono presentare contemporaneamente i seguenti criteri di eleggibilità:

- Condizioni funzionali compromesse tali da determinare la completa o parziale non autosufficienza
- condizioni sanitarie caratterizzate da comoborsità tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni socio-ambientali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;

¹ Il restante 50% della tariffa è a carico dei Comuni/Ambiti territoriali di residenza dei pazienti, con l'eventuale compartecipazione dell'utente da stabilirsi tassativamente secondo i criteri stabiliti dalla Legge Regionale n. 11/2007 art. 8, comma 1, lett. E, dalla Legge Regionale 05/13 comma 34, così come disciplinate dalle DGRC 134/13 punto 13.2, dal DGRC 869 del 29/12/15 punto IV.2.3 e dalle "Linee Guida" di cui al DCA n. 110 del 2014.

I Comuni/Ambiti territoriali possono approvare criteri e soglie di esenzione alternative rispetto a quelle inderogabili previste dalla normativa regionale, ma solo se più favorevoli all'utente.

La soglia [ISEE o di reddito individuale] al di sotto della quale il soggetto richiedente la prestazione è esentato da ogni forma di compartecipazione al costo del servizio corrispondente al 160% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS, pari ad Euro 10.555/98 per il 2018. Tale soglia di esenzione identifica una quota che rimane in disponibilità all'assistito indipendentemente dal numero o dalla quantità di servizi utilizzati.

La soglia [ISEE o di reddito individuale] al di sopra della quale il soggetto richiedente la prestazione è tenuto a corrispondere per intero il costo unitario del servizio previsto dall'ente è fissata in 4,35 volte la l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS pari a € 28.691/86 per il 2018;

Per qualsiasi valore I.S.E.E. compreso tra le soglie di cui sopra il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione al costo del servizio strettamente correlata alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula: **Comp i j** = I.S.E.E.i * CS0 / I.S.E.E.0

- condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio o il sociale;
- necessità di medio/alto livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica) medio livello di assistenza riabilitativa, integrato da un livello medio/alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Possono essere accolti soggetti affetti da demenza e da disturbi cognitivi di entità lieve e moderata, con trattamenti ad alta o media intensità assistenziale a seconda del grado di autonomia e non autosufficienza determinate dalla demenza o da patologie concomitanti.

All'interno della RSA sono garantiti anche i ricoveri temporanei che rispondono ad un bisogno temporaneo o programmato di assistenza di norma per un massimo di 30 giorni.

Ai ricoveri temporanei accedono:

- α. soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare ed eventualmente inseriti nel circuito delle cure domiciliari, per esigenze anche di mero sollievo delle famiglie stesse dal carico di cura e assistenza. In questo caso sono definiti ricoveri di sollievo e possono ripetersi per un massimo di tre volte in un anno per lo stesso paziente;
- β. soggetti dimessi dalle UU.OO. Ospedaliere, anche di case di cura, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e/o riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute o delle condizioni socioambientali non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo.
- γ. Soggetti dimessi da altri setting assistenziali ospedalieri o extraospedalieri di diversa intensità per la continuità delle cure.

In questi ultimi due casi sono definiti ricoveri per dimissione protetta/programmata.

L'inserimento in RSA successivamente ad un ricovero ospedaliero, per un periodo di norma non superiore a 30 giorni e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, va inteso come garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso di dimissione protetta; durante il ricovero a termine in RSA l'obiettivo è accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio. Nel periodo di permanenza in RSA, i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure per rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero, ovvero avviare le attività necessarie a valutare l'eventuale esigenza di trasferimento ad altro setting ivi inclusa la permanenza in RSA.

3. ACCESSO IN RSA

L'accesso alla RSA per pazienti adulti, cronici, non autosufficienti è effettuato previa valutazione multidimensionale, ai fini della presa in carico integrata dell'utente e della definizione del progetto personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo.

Esso avviene attraverso la procedura di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sociali) o per dimissione protetta/programmata.

Il paziente può accedere a questo setting da strutture di ricovero per acuti (ospedali o case di cura), strutture post-acuzie, domicilio, da altro setting assistenziale.



Per quanto riguarda le procedure di accesso ordinario, valutazione e redazione del Progetto di dimissioni programmate/protette.

3.1 PROCEDURA DI ACCESSO

In caso di accesso ordinario in RSA, la richiesta per l'accesso è effettuata da uno dei seguenti soggetti alla P.U.A.

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO distrettuali etc; strutture residenziali, CDCD - centri disturbi cognitivi e demenze, altro)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.
- MMG.

La richiesta deve essere effettuata attraverso la specifica modulistica, prevista dal Regolamento di Accesso condiviso tra l'A.S.L. e l'Ambito Territoriale, e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la richiesta (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso.

Nel caso la richiesta per l'accesso sia effettuata dal MMG o da uno dei servizi sanitari distrettuali, contestualmente questi provvederanno a redigere ed inviare alla P.U.A. la scheda A o B della S.VA.M.A., a seconda se chi richiama l'accesso sia il MMG o il medico specialista dei servizi sanitari distrettuali. E' compito della PUA raccogliere e collazionare tutta la documentazione utile.

In seguito alla valutazione della richiesta, nel caso in cui sussistano i criteri di eleggibilità, la P.U.A. attiva il percorso integrato di valutazione multidimensionale, attiva l'U.V.I. e nel caso specifico invia alla U.O. Distrettuale competente che provvede a formulare la Proposta di Ammissione, attraverso la specifica modulistica già elaborata ed in uso, in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato (vedasi il D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101).

Il rispetto della procedura è responsabilità del Direttore del Distretto sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, come disciplinato dall'apposito regolamento.

La Proposta di ammissione contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti
- prima ipotesi di intervento mirato
- tempi di attivazione dell'U.V.I.

- Consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico.

casi in cui la segnalazione non sia effettuata io
acquisire in corso d'opera la liberatoria affinché P.U.A. ed U.V.I. possono operare il processo di integrazione socio sanitaria.

La valutazione multidimensionale a cura delle U.V.I. e criteri di accesso

La valutazione multidimensionale, ossia l'analisi dettagliata delle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, rappresenta l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, necessario per l'accesso in RSA.

Essa è effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata del distretto di residenza del paziente (U.V.I.), con competenze multi-disciplinari, in grado di individuare le esigenze delle persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

La U.V.I. svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito o suo tutore nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- programma la rivalutazione periodica
- aggiorna o modifica il Progetto Assistenziale Individualizzato in sede di rivalutazione in relazione agli esiti e ai risultati conseguiti

La valutazione multidimensionale, effettuata con la scheda S.VA.M.A. - approvata con dgrc 323/2012 e s.m.i.² - e eventuali altri strumenti inclusi l'indagine clinica e l'osservazione è articolata in:

- valutazione sanitaria
- valutazione specialistica
- valutazione sociale
- sintesi attività valutativa
- rilevazione dei bisogni/necessità assistenziali.

Per individuare il setting appropriato e il livello di assistenza appropriato occorre misurare con la scheda S.VA.M.A. complessivamente e in modo combinato **il VIP** (valutazione necessità di interventi infermieristici) con la sezione dedicata della scheda sanitaria A, **il VPIA- PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI** e il **VADL-VMOB con la scheda B, "Valutazione Cognitiva e Funzionale" da valutare con la scheda B "Valutazione Cognitiva e Funzionale"-, il VPOT -POTENZIALE RESIDUO, da valutare con scheda D , in occasione della seduta U.V.I.**

Dirimente per l'invio in struttura RSA, oltre al profilo di autonomia e al bisogno sanitario ed assistenziale è il PSOC, e il punteggio VCOG in caso di disturbi collegati ad uno stato di demenza

² Per la redazione della scheda S.Va.M.A. si rinvia alle istruzioni allegate alla scheda , approvata con d.g.r.c. 323/2012 .

La valutazione multidimensionale si concretizza nell'appropriata presa in carico della persona, sottoscritto dall'assistito/familiare/tutore. La valutazione deve concludersi con la redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a cui segue il Piano esecutivo redatto dall'U.O. competente con l'équipe della struttura che accoglie.

Il rispetto e l'applicazione delle procedure qui richiamate fanno capo al Direttore del Distretto di residenza dell'utente che ne è comunque responsabile e che ne cura e monitora l'applicazione, fino al momento della prima rivalutazione.

In caso di collocamento in Struttura in Distretto diverso da quello di residenza, le rivalutazioni successive alla prima devono essere effettuate comunque dal Distretto di residenza, fatto salvo diversa procedura espressamente stabilita dall'Azienda ASL di residenza, che può prevedere che le successive rivalutazioni vengano svolte, in tutto o in parte, su rogatoria, dal Distretto di residenza della Struttura.

Nel formulare la proposta di Progetto Assistenziale Individualizzato l'équipe di valutazione multidimensionale dell'U.V.I. individuerà in una fase successiva alla seduta U.V.I. la struttura RSA tenendo conto della libera scelta del cittadino e del principio di salvaguardia delle relazioni sociali, compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale. La scelta sarà sottoposta all'utente e al familiare che potranno optare per altra struttura, verificatane la disponibilità.

Il Direttore della struttura RSA che accoglie, comunica l'avvenuto ingresso in struttura entro 3 giorni dall'ammissione alla P.U.A. e alla U.V.I. di residenza dell'utente, e al Direttore del distretto in cui insiste la struttura se diverso dal distretto di residenza dell'utente, per calendarizzare le rivalutazioni periodiche e per la realizzazione gestione delle fasi successive e per gli adempimenti relativi ai debiti informativi.

E' cura del Direttore del distretto redigere e monitorare eventuali liste di attesa delle strutture che incidono sul proprio territorio, e quindi verificare la disponibilità di posti letto in caso di richiesta di accesso. La lista di attesa su base distrettuale e aziendale è resa disponibile alle AA.SS.LL. del territorio regionale per la verifica di disponibilità per tutti i cittadini.

Per l'invio di soggetti con demenze/disturbi cognitivi non associati a disturbi comportamentali e/o dell'aggressività, il Centro di disturbi cognitivi e demenze-CDCD competente per la presa in carico, al quale va comunque segnalato il caso se non noto, può avanzare la richiesta d'accesso alla P.U.A., partecipa alla valutazione multidimensionale, ha la regia operativa e del percorso assistenziale/PDPA, con compiti di monitoraggio del percorso e della presa in carico.

Per l'utente già inserito in altri setting assistenziali (per es. cure domiciliari), per il quale si verificano le condizioni per collocamento in RSA, il case manager e il responsabile del caso hanno l'obbligo di avviare il percorso di accesso in RSA, attivando la P.U.A. e la U.V.I. senza gravare gli oneri amministrativi sul diretto interessato e la famiglia. E' cura della P.U.A. raccogliere tutta la documentazione sociale e sanitaria utile allo scopo. (es. svama, relazioni, scale di valutazione) , informare l'utente o i famigliari/tutori della procedura e indicare la documentazione da produrre (ISEE)

Nel caso emerga la necessità di un ricovero temporaneo di sollievo, su richiesta del tutore di accesso con scheda A, il Direttore del Distretto, a parte del MMG, la U.O. distrettuale competente, ne dà comunicazione alla P.U.A. che dispone la Valutazione multidimensionale per la dimissione ovvero la permanenza in RSA.

La rivalutazione periodica è effettuata ogni 6 mesi dall'ammissione alla Unità di cura, e comunque ogni qualvolta le mutate condizioni del paziente richiedano una modifica sostanziale al Progetto Assistenziale Individualizzato e piano esecutivo.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato

L'Unità di valutazione integrata distrettuale elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. L'U.V.I. individua il *Case manager o Responsabile del caso*, responsabile della attuazione del PAI, che riferisce all'U.V.I. sull'andamento dell'intervento.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto al bisogno accertato:

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- le competenze e funzioni del referente familiare
- competenze e responsabilità di spesa
- durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al Progetto Assistenziale Individualizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale delle condizioni in base ai quali è stato elaborato il Progetto Assistenziale Individualizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I., e se comportano una modifica del piano economico devono essere specificamente comunicate al Comune di residenza dell'utente e sottoposto alla U.V.I. per l'autorizzazione. Il direttore sanitario della struttura dovrà attivare il Direttore del Distretto di residenza del paziente per avviare l'U.V.I. per l'aggiornamento del Progetto Assistenziale Individualizzato.

Copia del Progetto Assistenziale Individualizzato è conservata presso la P.U.A. e l'U.V.I. e la struttura RSA in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (richiesta, proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, piano esecutivo-di seguito descritto ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101).

Il Piano Esecutivo

A completamento del Progetto Assistenziale Individualizzato è previsto il piano esecutivo, lo strumento operativo elaborato dall'equipe operativa della struttura che accoglie e condiviso con

- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- fornitura di presidi, ausili, farmaci e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).
- durata complessiva del piano
- modalità di verifica delle attività svolte

Il piano esecutivo è inviato all'U.V.I. per il monitoraggio e la verifica degli output di progetto

3.2 PROCEDURA DI ACCESSO IN DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA/PROGRAMMATA.

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

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere **una dimissione programmata**, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi familiari, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta segue una procedura che ha lo scopo di sviluppare l'integrazione delle figure sanitarie ospedaliere e delle figure socio-sanitarie del territorio in un percorso unico di cura.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché dei tempi e degli strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso. In questa sezione è trattata la dimissione protetta da reparto di ricovero in RSA.

Fasi della dimissione protetta:

- Segnalazione/richiesta di ammissione in Rsa-R3.
- Condivisione dell’utente/ care giver
- Valutazione multidisciplinare e multidimensionale
- Individuazione della RSA –R3
- Redazione ed elaborazione del P.A.I.-piano di assistenza individualizzato
- Fornitura di presidi, ausili, farmaci
- Dimissione

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

Attori

- **Putente** e familiari dell'utente-care giver
- Il direttore sanitario della struttura di ricovero il responsabile del reparto che dimette
- case manager o il responsabile del caso per paziente in cure domiciliari
- il direttore del distretto o suo delegato
- la Porta Unica di Accesso –P.U.A. e l’Unità di valutazione integrata -U.V.I.
- referente sociosanitario del distretto sanitario
- Medico di Medicina Generale –MMG

La durata dei ricoveri in RSA-R3 in dimissione protetta, è di norma di 30 giorni.

I Criteri clinici e assistenziali per la collocazione in RSA-R3 in dimissione protetta sono quelli già descritti per paragrafo DESTINATARI.

Accedono al ricovero in RSA in dimissione protetta soggetti dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, dalle Case di Cura non immediatamente assistibili a domicilio, con o senza attivazione delle cure domiciliari, e che necessitano di assistenza e per i quali a causa delle condizioni di salute o delle condizioni socioambientali non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo o non è possibile l'invio ad altro setting assistenziale.

Nel periodo di permanenza in RSA, i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure per rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero, ovvero le azioni necessarie alla valutazione per il trasferimento ad altro setting, ivi inclusa l'esigenza di permanenza in regime ordinario in RSA.

E' privilegiata comunque la dimissione dall'unità di ricovero al domicilio e solo se le condizioni socioambientali e le necessità assistenziali non lo consentono si ricorre alla dimissione in RSA. E' pertanto fondamentale verificare e valutare il supporto della rete sociale ed informale con appositi strumenti nella fase precedente alla dimissione.

Anche nel caso di dimissione programmata/protetta è necessaria la valutazione multidimensionale effettuata con strumenti ad hoc e con modulistica specifica in uso presso le strutture di ricovero che saranno aggiornati ed approvati con atti dedicati.

Nell'ambito della medesima ASL, le procedure per le dimissioni protette sono stabilite con appositi protocolli operativi e procedurali.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA.

Il direttore del reparto - o suo delegato della struttura di ricovero, accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali:

- convoca il paziente e la famiglia per informare della procedura di dimissione e verificata la impossibilità a dimettere a domicilio per la carenza di supporto familiare ovvero per ragioni legate alla condizione clinica, avvia la procedura di dimissione programmata in RSA;

- invia al Direttore del distretto di residenza dell'utente e al referente distrettuale dell'integrazione sociosanitaria la proposta di ammissione in RSA-R3 corredandola di relazione e contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi, e trattamenti farmacologici e terapeutici necessari;

- segnala eventualmente ai servizi sociali del comune di residenza.

Tale procedura può essere garantita con l'assistente sociale del presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

E' quindi necessario che ogni struttura di ricovero adotti misure organizzative per la rilevazione del bisogno e della situazione socio ambientale, nonché per la gestione della fase della dimissione.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente, ricevuta la richiesta dalla struttura ospedaliera di inserimento in RSA di un paziente in dimissione dall'ospedale:

- attiva l'U.V.I. e contestualmente individua la struttura RSA possibilmente nel distretto di residenza del paziente, e ne richiede la disponibilità entro 3 giorni dalla richiesta di ammissione, tenendo conto della libera scelta del cittadino, la struttura alla sua dimora abituale al fine di tutelarne le relazioni sociali. Nel caso in cui la struttura individuata non insista sul territorio del distretto di residenza dell'utente, coinvolge il direttore di distretto/P.U.A. sul quale insiste la RSA al fine di verificare ed acquisire la disponibilità e l'autorizzazione all'ammissione.
- acquisisce il parere favorevole del direttore sanitario della RSA;
- comunica il nome della RSA disponibile al direttore sanitario/responsabile clinico del caso della struttura che dimette e all'utente e garantisce il trasferimento del paziente in struttura;
- il direttore del distretto emette autorizzazione al ricovero in RSA;
- per il soggetto con necessità di assistenza e riabilitazione post-acuta, per il quale, a causa delle condizioni di salute, non è possibile elaborare il relativo progetto riabilitativo e che non è immediatamente assistibile a domicilio, provvede agli adempimenti connessi al successivo accesso del paziente alla struttura di riabilitazione prescelta, previa implementazione del progetto riabilitativo sulla base della valutazione del bisogno riabilitativo.

La valutazione multidimensionale è effettuata con carattere di urgenza nei modi e nei luoghi descritti nel paragrafo dedicato; nel caso in cui non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il direttore del distretto, sulla base della relazione inviata dal direttore del reparto che dimette e con l'ausilio dei medici della U.O. distrettuale dispone il ricovero in RSA, con riserva di completare la valutazione multidimensionale entro 20 giorni dall'inserimento in struttura.

La fornitura dei farmaci almeno per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione deve essere effettuata dalla Farmacia della struttura che dimette. I farmaci devono essere compresi nel Prontuario farmaceutico e PTOR (salvo eccezioni motivate per iscritto e dovute a particolari necessità cliniche), in modo da consentirne la prosecuzione della fornitura gratuita, anche dopo il primo ciclo di terapia, da parte della Farmacia territoriale sulla quale incide la struttura.

Per farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, a cui non può provvedere il personale in organico alla RSA, la struttura che dimette concorda un protocollo operativo con il Distretto sanitario in cui insiste la struttura RSA: il Distretto sanitario garantisce il personale qualificato per la somministrazione del farmaco individuato nel piano terapeutico.

Il Distretto può concordare con la RSA le condizioni perché la stessa provveda alla somministrazione, garantendo il personale e le modalità idonee.

Per i pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi lievi, il trattamento farmacologico è prescritto e monitorato con l'ausilio del Centro di disturbi cognitivi e demenze competente.

Nel caso in cui a seguito di valutazione periodica di un paziente ricoverato in RSA in sede di U.V.I. si configuri la necessità/opportunità di inserimento in cure domiciliari integrate, si avvia la procedura di dimissione protetta/programmata a domicilio. Sarà cura del responsabile del caso avviare e definire le modalità di rientro al domicilio e disporre la presa in carico da parte dell'U.O. distrettuale e dell'equipe operativa.

E' comunque compito del direttore del distretto sul quale insiste la struttura attivare in referente per la applicazione e il monitoraggio della procedura, preferibilmente nel responsabile distrettuale delle cure domiciliari o nel referente dell'integrazione sociosanitaria.

4. DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA

La prestazione residenziale non deve essere intesa una soluzione terminale del percorso di cura e presa in carico ma come nodo dinamico della rete che preveda la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate. La durata del trattamento estensivo di lungoassistenza e mantenimento è infatti fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale. Un PAI ha una durata pertanto variabile ma di norma non superiore ai 6 mesi rinnovabili, alla scadenza dei quali è obbligatorio effettuare attraverso le U.V.I. un accurato aggiornamento della valutazione clinico funzionale del paziente, oltre che la valutazione multidimensionale. Essa va effettuata comunque periodicamente, comunque almeno ogni sei mesi in caso di ricovero ordinario e entro i 20 giorni dall'ingresso in struttura in caso di ricovero temporaneo.

Tuttavia a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità permanente.

Gli utenti in regime di ricovero temporaneo sono sottoposti a valutazione e nel caso di necessità di prolungamento del ricovero e di persistenza delle condizioni prolungano la permanenza in struttura come indicato nel Progetto personalizzato; in tal caso gli oneri finanziari a carico del SSN, dell'Utente/Comune sono definiti in sede di Valutazione multidimensionale in U.V.I. e come già precisato, l'onere a carico del SSN è pari al 50% della tariffa prevista.

La dimissione e sospensione dei trattamenti

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- o Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Assistenziale Individualizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- o Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Assistenziale Individualizzato, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- o Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili.
- o Dimissione programmata a domicilio
- o Dimissione per decesso della persona assistita
- o Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

Durante la permanenza in RSA può verificarsi il rientro periodico a domicilio o la necessità di un ricovero temporaneo ospedaliero, e per tali periodi l'assistenza è temporaneamente sospesa. L'evento è registrato nel flusso informativo ministeriale FAR Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale-di seguito trattato. In questi casi il posto letto è conservato per un massimo di 7 giorni.

Le prestazioni residenziali per adulti non autosufficienti sono monitorate attraverso i flussi informativi correnti attualmente in uso, che seguono regole specifiche per il conferimento e popolamento dei dati:

- modello ministeriale di rilevazione NSIS “STS 24” riquadro G,
- flusso ministeriale FAR, Banca dati dell’assistenza residenziale e semiresidenziale istituito dal Ministero della Salute con d.m. del 17/12/2008 e ss.mm. e ii.
- File H, ad uso della Regione Campania per il monitoraggio delle prestazioni.

E’ obbligo delle AA.SS.LL. conferire i dati relativi alle prestazioni residenziali per adulti non autosufficienti erogate direttamente attraverso proprie RSA o attraverso strutture private in regime di accreditamento. Tanto per il monitoraggio dell’appropriatezza e dei vincoli economico finanziari.

Il conferimento dei dati attraverso i flussi ministeriali è un obbligo LEA definito dall’Intesa stato regioni del 15.3.2005 ed è oggetto di valutazione annuale da parte del Ministero dell’Economia e Finanze oltreché del Ministero della salute.

Ai fini della corretta alimentazione dei flussi è vincolante la trasmissione e la corretta e tempestiva alimentazione dei dati relativi alla valutazione multidimensionale.

Per quanto riguarda il modello di rilevazione STS, la codifica prevista per tale tipologia di assistenza è S09, mentre per il flusso FAR occorre utilizzare il codice prestazione R3. Il flusso FAR, a livello regionale prevede la diversificazione in alto carico e medio carico R3 –AC e R3-MC.

E’ obbligo sia per le strutture pubbliche sia per le strutture private accreditate alimentare il flusso regionale File H

6. STRUMENTI OPERATIVI DELLE UNITA' DI CURA

Cartella e diario

Presso la RSA è custodita la cartella personale dell’utente a disposizione dell’Équipe Operativa della struttura e del personale dell’ASL e del Comune/ambito per verifiche e monitoraggio del progetto assistenziale e del piano esecutivo.

In tale cartella sono raccolti:

- Dati personali e anamnestici del paziente
- il Progetto Assistenziale Individualizzato
- il piano esecutivo,
- la valutazione multidimensionale

La cartella deve riportare la data di ingresso in struttura, gli interventi realizzati, le prestazioni garantite, le consulenze e le visite mediche, accertamenti effettuati, nonché gli episodi di cura e presa in carico rilevanti.

All'atto della dimissione la cartella è completata mediante la compilazione della Scheda di Dimissione con la valutazione degli esiti e gli outcome raggiunti.

Inoltre, per ciascun modulo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui

Registro delle consegne

Nell'unità di cura, per ogni modulo che la compone, deve essere presente un apposito registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc.

Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.

Il registro delle consegne deve essere visionato almeno ogni tre giorni dal responsabile della struttura che appone firma per presa visione.

Il diario delle attività collettive

Inoltre, per ciascun modulo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

Regolamento interno

Il regolamento interno della RSA, di norma deve garantire:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione
- dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza.
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, all'interno della struttura, favorendo con
- orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori della RSA, consentendo all'ospite, compatibilmente con le sue condizioni psico-fisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura.
- la riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli Ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
- la socializzazione, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo;
- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate di:
 - a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti garantiti ;
 - b) consentire l'identificazione di tutto il personale delle RSA mediante cartellini di identificazione ;

c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il

e) conoscere la carta dei servizi vigente nella RSA.

E' fatto obbligo al responsabile della struttura di esporre, in modo visibile, all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali, collegati alle reali necessità.

Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione.

Il regolamento deve inoltre indicare:

- α) la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro.
- β) le norme igienico-sanitarie;
- γ) le finalità degli interventi;
- δ) l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e
- ε) alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- φ) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- γ) le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
- η) Le modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale.

Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico.

La Carta dei servizi

Ogni struttura deve avere la Carta dei Servizi che deve contenere tra le altre informazioni relative a:

- a) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli assistiti, delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e garantire la riservatezza
- b) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposta al pubblico in maniera visibile.

7. VIGILANZA E CONTROLLO

Le AASSLL e i Comuni, effettuano controlli sulle RRSSAA. e sulle attività autorizzate, con periodicità almeno annuale ed anche mediante ispezioni.

L'attività di controllo è svolta, attraverso:

- a) Il servizio per l'igiene pubblica e ambientale per gli aspetti igienico- sanitari;



b) Il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela dell'ambito per gli aspetti assistenziali organizzativi e di funzionamento delle strutture.

La vigilanza e il controllo verificano anche il rispetto della Carta dei servizi della struttura, compreso l'uso corretto degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.

Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni, anche del Responsabile della R.S.A.

Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL e all'Ufficio Servizi Sociali del Comune o all'Ufficio di Piano dell'Ambito, secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al Responsabile della R.S.A.

Inoltre il Direttore del Distretto sul quale insiste la struttura dispone anche la verifica delle condizioni assistenziali degli utenti e predisporre, avvalendosi del referente per l'integrazione sociosanitaria e il responsabile della u.o. distrettuale, prevedendo il coinvolgimento del MMG e dell'assistente sociale del comune di residenza del paziente

8.ORGANICO e TRATTAMENTI GARANTITI

8.1 Figure professionali

Le Unità di Cura RSA - R3 devono essere dotate delle seguenti figure professionali ciascuna in numero variabile in relazione al numero e alla tipologia degli ospiti:

- Assistente sociali con funzioni di responsabile della attività sociali
- Infermieri.
- Fisioterapisti.
- Terapisti occupazionali.
- OSS, OSA ciascuno per i compiti propri della qualifica di appartenenza.
- Animatori di Comunità.
- Assistente sociale

Deve essere individuato un responsabile della struttura e un Medico con funzioni di direttore sanitario.

La struttura deve essere dotata di idoneo personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e specialistica erogabile dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente.

Le prestazioni di tipo alberghiero possono essere erogate in proprio o attraverso l'affidamento a società di servizi.

Si riportano nell'allegato le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle RR.SS.AA.

8.2 TRATTAMENTI EROGATI IN RSA ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

Agli ospiti delle RSA - R3 devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento dello stato di salute, delle capacità funzionali residue della cura di sé ovvero al tenimento della massima autonomia possibile e al miglioramento del livello di vita e al contrasto di riacutizzazioni e regressioni, in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

Per le prestazioni di cui ai successivi punti a, b e c, l'assistenza sanitaria d'urgenza è garantita dal servizio di emergenza sanitaria; l'assistenza notturna è garantita dalle ASL, secondo i modelli organizzativi della continuità assistenziale.

Tutte le attività avvengono sulla base di programmi predisposti dall'U.V.I. e devono rientrare nei progetti di assistenza individualizzati, garantendo le seguenti prestazioni:

a) prestazioni di medicina generale: le prestazioni di medicina generale sono erogate dal MMG dell'assistito alle condizioni previste per la generalità dei cittadini, nell'ambito del relativo accordo collettivo nazionale e regionale.

b) prestazioni specialistiche, farmaceutiche, protesiche e integrative

Esse comprendono visite specialistiche, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, nonché le altre prestazioni specialistiche, di assistenza protesica e integrativa, erogabili dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente. Esse sono garantite dal Distretto in cui insiste la struttura.

Per la somministrazione di farmaci-ricompresi nel PTOR- in caso di dimissione protetta/programmata da reparto ospedaliero/casa di cura il primo ciclo di farmaci è garantito dalla struttura che dimette. Nel seguito la fornitura è garantita dalla Farmacia territoriale sulla quale incide la struttura.

Nei casi di ricovero ordinario in RSA, ai sensi dell'art. 9 del d.p.cm. 12.1.2017, il SSR garantisce i farmaci necessari e il distretto sul quale insiste la struttura ne cura la prescrizione.

In caso di necessità di farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, a cui non può provvedere il personale in organico alla RSA il Distretto sanitario garantisce il personale qualificato per la somministrazione del farmaco individuato nel piano terapeutico. Il Distretto può concordare con la RSA le condizioni perché la stessa provveda alla somministrazione, garantendo il personale e le modalità idonee.

Per i pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi lievi, il trattamento farmacologico è prescritto e monitorato con l'ausilio del Centro di disturbi cognitivi e demenze competente.

c) prestazioni infermieristiche: comprendono, oltre alle normali prestazioni di routine (terapia iniettiva, fleboclisi, prelievi, medicazioni), il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale, l'attivazione tempestiva degli interventi necessari da parte degli altri operatori competenti. L'assistenza infermieristica è garantita dal personale in servizio nella struttura.

d) prestazioni di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico: l'assistenza generica alla persona è garantita dal personale in servizio nella struttura.

Per tali attività di assistenza generica alla persona è utilizzato personale in possesso di idonea qualifica professionale (O.S.S.), ciascuna per i compiti propri della qualifica di appartenenza. Le prestazioni di assistenza generica alla persona comprendono l'igiene dell'ospite e la cura della persona e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'accompagnamento e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la sorveglianza generica continuativa la collaborazione con le altre figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal piano individuale e, per le RSA anche la mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

e) Attività sociali



Esse sono garantite dal personale in servizio presso la RSA, dotato di idonea qualifica relazionali dell'ospite, delle potenzialità residue e nell'individuazione di strategie di risposta (stesura dei piani individuali di assistenza);

- programmazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
- coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari;
- mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza, attraverso sistematici incontri con familiari ed amici, utilizzando anche il contributo delle associazioni di volontariato, attività ludiche, prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;

f) assistenza sociale

L'assistenza sociale è garantita dal Comune o dall'ambito di residenza del cittadino con le modalità previste per la generalità dei cittadini, in collaborazione con la struttura; essa comprende:

- attività di segretariato sociale, anche relativamente a pratiche assistenziali, previdenziali, amministrative;
- attività tutelari anche relativamente a nomina di tutori, amministratori di sostegno e etc., assistenza sociale al nucleo familiare.

g) prestazioni fisioterapiche e riabilitative

Sono finalizzate al mantenimento delle abilità e al rallentamento della perdita di funzioni e abilità per effetto dell'invecchiamento o della patologia, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti); dette prestazioni comprendono inoltre la prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei confronti delle persone totalmente non autosufficienti, con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto.

Per quanto riguarda pazienti affetti da disturbi cognitivi e demenze in forma lieve e moderata e non affetti da disturbi comportamentali o dell'aggressività la rieducazione psicosociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, la riabilitazione cognitiva, la neuroriabilitazione e la ROT, si rinvia al protocollo che l'ASL deve stipulare per garantirle con personale proprio del CDCD o in convenzione con p.o./aorn, ovvero in convenzione con la struttura ad integrazione delle prestazioni di base che essa deve garantire, secondo le indicazioni del PAI.

Tale tipologia di prestazione può essere garantita dal CDCD di riferimento e comunque deve essere concordata con l'équipe di riferimento.

h) consulenza e controllo dietologico: comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti a carico dell'ASL;

i) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, nonché tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione;

l) prestazioni di tipo alberghiero: comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;

m)attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine

n)Attività di mobilitazione prevenzione dei decubiti e delle sindromi da allettamento, compresa le attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, gli stili di vita salutari ed utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia

o) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della RSA.

Eventuali prestazioni non previste dal progetto individuale, vanno concordate all'interno all'U.V.I.. Inoltre, agli ospiti delle RSA, sono assicurate le prestazioni odontoiatriche alle condizioni previste per la generalità dei cittadini e l'intervento del podologo.

Sono, altresì, assicurate:

- a) prestazioni di cura personale (barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

Tutte le prestazioni sanitarie nei confronti degli ospiti sono assicurate dall'ASL o sono comunque a carico del SSN. Le RRSSAA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la razionalizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

Compiti del direttore di distretto

Il Direttore del distretto sul quale insiste la RSA provvede agli adempimenti connessi alla garanzia dei trattamenti necessari per la presa in carico del paziente. In base alle indicazioni contenute nella richiesta del Distretto di residenza del paziente, dispone che le UU.OO. Distrettuali preposte assicurino l'eventuale fornitura di preparati per nutrizione artificiale, e dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 e 17 del DPCM 12.1.2017 recante definizione e aggiornamenti dei Lea affinché siano disponibili fin dall'ammissione del paziente in struttura e comunque per tutta la permanenza dello stesso, previa verifica della necessità della fornitura, garantendone l'erogazione continuata da parte della farmacia distrettuale e dal distretto.

E' compito del Direttore del distretto in cui insiste la RSA definire la procedura per assicurare in modo continuativo l'approvvigionamento e la fornitura di quanto sopra indicato senza aggravio per la famiglia e duplicazione di iter burocratico.

Inoltre, oltre a definire come già indicato il protocollo e la procedura per la dimissione protetta/programmata a domicilio, definisce altresì le modalità organizzative con le quali garantire le prestazioni di medicina specialistica specifiche quali consulenza geriatrica, neurologica, consulenza e controllo dietologico, in ordine alla condizione clinica dell'utente e alla patologia, individuando il personale interno all'asl o stipulando convenzioni con i p.o., e AORN vicini.

TABELLA DELLE PRESTAZIONI EROGATE

PRESTAZIONI	EROGATORE
a) medicina generale	M.M.g. + A.S.L. in caso di urgenza e nelle ore notturne si attiva il medico della continuità assistenziale
b) specialistiche, farmaceutiche, protesiche ed integrative	A.S.L. Le prestazioni di medicina specialistica sono garantite dal personale proprio dell'asl o con protocolli stipulati dall'A.S.L. con P.O./A.O.R.N. vicini*
c) infermieristiche	Struttura con personale interno + in caso di urgenza e nelle ore notturne con personale A.S.L.
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno

Struttura con personale interno

Servizi si PARTE I  Atti della Regione no

g) fisioterapiche e riabilitative

Struttura con personale interno, salvo particolari esigenze per le quali l'A.S.L., verificata la impossibilità di utilizzare personale proprio può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni, a condizioni concordate.

h) consulenza e controllo dietologico

ASL

i) sostegno psicologico, riabilitazione cognitiva

Struttura con personale interno + ASL*

l) alberghiere

Struttura con personale interno

m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione con l'ambiente

Struttura con personale interno

n) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie esterne

Struttura con personale interno

*il Distretto, verificata l'impossibilità ad erogare con proprio personale o con personale all'uopo contrattualizzato può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni, a condizioni concordate.

ALLEGATO 1
PARTE 3 CRITERI RSA-RD3

Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) per disabili adulti non autosufficienti
Unità di cura RD3

1.DEFINIZIONE E FINALITA'

L'Unità di cura residenziale extraospedaliera, classificata RD3, è deputata ad erogare un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa), congiuntamente ad un livello di assistenza tutelare ed alberghiera di diversa intensità, a favore di persone adulte con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, con diverso grado di non autosufficienza, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, che necessitano di trattamenti terapeutici, riabilitativi e socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue.

I trattamenti sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare.

L'unità di cura RD3 si differenzia dal presidio residenziale territoriale di riabilitazione estensiva per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti.

Essa è organizzata in moduli di massimo 20 posti letto per un numero complessivo massimo di 3 moduli per struttura.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione ai bisogni e alla loro evoluzione, e alle condizioni di dipendenza dei pazienti, al fine di garantire adeguata assistenza, in ciascun modulo dell'unità di cura RD3 possono essere garantiti trattamenti di alta e media intensità assistenziale:

- Trattamenti di alta intensità assistenziale per disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare.
- Trattamenti di media intensità assistenziale per per disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

Secondo quanto previsto all'art. 34, comma 2, del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, i trattamenti per disabili di cui alla lettera a) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti a favore dei disabili di cui alla lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. ³

L'Unità di cura RD3 può coesistere con altre tipologie di unità di offerta per la non autosufficienza al fine di garantire senza soluzione di continuità il passaggio degli utenti da un setting di cura ad un altro nell'ambito di un unico percorso di presa in carico/pdta per particolari patologie o necessità assistenziali variabili nel tempo.

³ Per la compartecipazione di Comune/Ambito e Utenti vedi nota 1

o, ai soggetti non autosufficienti con disabilità non modificabili, non assistibili a domicilio, di seguito specificati. Le Aziende sanitarie definiscono specifici protocolli operativi per la creazione di collegamenti funzionali tra le varie realtà organizzative, anche per le dimissioni programmate/protette da altri setting assistenziali ospedalieri o territoriali.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei della durata massima di 30 giorni, con oneri a totale carico del SSN, nei casi e con le modalità di seguito indicati.

2.DESTINATARI E CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Nella R.S.A.- RD3 sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico e formulazione del progetto sociosanitario personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo, soggetti adulti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, che necessitano di un medio livello di assistenza sanitaria, con attività di riabilitazione a bassa complessità ed intensità, di mantenimento delle abilità funzionali residue, a fronte di un alto o di un moderato impegno assistenziale e tutelare.

Le persone arruolabili in RSA presentano contemporaneamente i seguenti criteri di eleggibilità:

- condizioni funzionali compromesse tali da determinare la completa o parziale non autosufficienza;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni socio-ambientali che non consentono la permanenza al domicilio neanche con il supporto dei servizi domiciliari e semiresidenziali;
- condizioni cliniche che non consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute, o l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;
- necessità di un medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello di assistenza tutelare di diversa intensità.

All'interno della RSA sono garantiti anche ricoveri temporanei che rispondono ad un bisogno temporaneo o programmato di assistenza per un massimo di 30 giorni.

Ai ricoveri temporanei accedono:

a) disabili non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare ed eventualmente inseriti nel circuito delle cure domiciliari, per esigenze anche di mero sollievo delle famiglie stesse dal carico di cura e assistenza. In questo caso sono definiti ricoveri di sollievo e possono ripetersi per un massimo di tre volte in un anno per lo stesso paziente;

b) soggetti dimessi dalle UUOO ospedaliere, anche di case di cura, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e riabilitazione, per i quali a causa delle condizioni di salute non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo.

L'inserimento in RSA successivamente ad un ricovero ospedaliero, per un periodo di norma non superiore a 30 giorni e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, va inteso come garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso di dimissione protetta; durante il ricovero a termine in RSA l'obiettivo è accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.

Nel periodo di permanenza in RSA i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure
la permanenza in RSA.

Compatibilmente con la disponibilità e distribuzione dei posti sul territorio regionale, le strutture residenziali, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, ospitano nell'ordine:

- persone residenti nello stesso comune o circoscrizione,
- persone residenti nel distretto e ambito territoriale in cui è ubicata la struttura;
- persone residenti altri ambiti o distretti dell'A.S.L. di appartenenza;
- persone residenti in A.S.L. diverse.

3.ACCESO IN RSA

L'accesso alla RSA per disabili adulti non autosufficienti è effettuato previa valutazione multidimensionale, ai fini della presa in carico integrata dell'utente e della definizione del progetto sociosanitario personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo.

Esso avviene attraverso la procedura di accesso ordinario (richiesta del diretto interessato, del familiare, del MMG, dei servizi sanitari o sociali) o per dimissione protetta/programmata.

Il paziente può accedere a questo setting da strutture di ricovero per acuti (ospedali o case di cura), strutture post-acuzie, domicilio, da altro setting assistenziale.

Per quanto riguarda le procedure di accesso ordinario, valutazione e redazione del progetto personalizzato, si seguono le procedure di accesso e valutazione multidimensionale già in uso e che di seguito sono riportate ed integrate dalle procedure di dimissioni programmate/protette.

3.1 PROCEDURA DI ACCESSO

In caso di accesso ordinario in RSA, la richiesta per l'accesso è effettuata da uno dei seguenti soggetti alla P.U.A.:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO distrettuali etc; strutture residenziali)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale
- dal MMG

La richiesta deve essere effettuata attraverso la specifica modulistica, prevista dal Regolamento di Accesso condiviso tra l'A.S.L. e l'Ambito Territoriale, e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la richiesta (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso.

Nel caso la richiesta per l'accesso sia effettuata dal MMG o da uno dei servizi sanitari distrettuali contestualmente alla segnalazione questi provvederanno a redigere ed inviare alla P.U.A. la scheda A o B della S.Va.M.Di., a seconda se chi richieda l'accesso sia il MMG o il

medico specialista dei servizi sanitari distrettuali. E' compito della PUA raccogliere e

In seguito alla valutazione della richiesta, nel caso in cui sussistano i criteri di eleggibilità, la P.U.A. attiva il percorso integrato di valutazione multidimensionale, attiva l'U.V.I. e nel caso specifico invia alla U.O. Distrettuale competente che provvede a formulare la Proposta di Ammissione, attraverso la specifica modulistica già elaborata ed in uso, in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato (vedasi il D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101).

Il rispetto della procedura è responsabilità del Direttore del Distretto sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano, come disciplinato dall'apposito regolamento.

La Proposta di ammissione contiene, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti
- prima ipotesi di intervento mirato
- tempi di attivazione dell'U.V.I.
- consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico;

In tutti i casi in cui la richiesta non sia effettuata dal diretto interessato è necessario acquisire in corso d'opera la liberatoria affinché P.U.A. ed U.V.I. possono operare il processo di integrazione socio sanitaria.

La valutazione multidimensionale a cura dell'U.V.I. e criteri di accesso

La valutazione multidimensionale, ossia l'analisi dettagliata delle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, rappresenta l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto sociosanitario personalizzato, necessario per l'accesso in RSA.

Essa è effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) del distretto di residenza del paziente attraverso lo strumento valutativo S.V.A.M.D.I., di cui alla DGRC n. 324 del 3/7/2012 e s.m.e i., ed eventuali altri strumenti di valutazione, inclusi l'osservazione e l'indagine clinica, utili per l'inquadramento del caso, ai fini della individuazione del grado di autosufficienza e del livello di intensità assistenziale.

L'U.V.I. svolge i compiti già definiti per i trattamenti R3.

La valutazione multidimensionale è articolata in:

- valutazione sanitaria
- valutazione specialistica
- valutazione sociale
- sintesi attività valutativa
- rilevazione dei bisogni/necessità assistenziali

La valutazione multidimensionale si concretizza nell'appropriata presa in carico della persona, che di norma deve avvenire entro 20 giorni dalla richiesta di accesso, attraverso la redazione del progetto personalizzato e del piano esecutivo, condiviso e sottoscritto dall'assistito/familiare/tutore.

Il rispetto dell'applicazione delle procedure qui richiamate fa capo al Direttore del Distretto di residenza dell'utente; egli ne è responsabile e ne cura e monitora l'applicazione.

In caso di collocamento in struttura insistente in Distretto diverso da quello di residenza, prevedere che le successive rivalutazioni vengano svolte, in tutto o in parte, su rogatoria, dal Distretto di residenza della struttura.

Nel formulare la proposta di progetto personalizzato l'equipe di valutazione multidimensionale dell'U.V.I. individuerà in una fase successiva alla seduta U.V.I. la struttura RSA tenendo conto della libera scelta del cittadino e del principio di salvaguardia delle relazioni sociali, compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale. La scelta sarà sottoposta all'utente e al familiare che potranno optare per altra struttura, verificandone la disponibilità.

Il Direttore della struttura RSA che accoglie comunica l'avvenuto ingresso in struttura, entro 3 giorni dall'ammissione, alla P.U.A. e alla U.V.I. di residenza dell'utente e al Direttore del distretto in cui insiste la struttura, se diverso dal distretto di residenza dell'utente, per calendarizzare le rivalutazioni periodiche e per la realizzazione gestione delle fasi successive e per gli adempimenti relativi ai debiti informativi.

E' cura del Direttore del Distretto redigere e monitorare eventuali liste di attesa delle strutture che incidono sul proprio territorio, e quindi verificare la disponibilità di posti letto in caso di richiesta di accesso. La lista di attesa su base distrettuale e aziendale è resa disponibile alle AA.SS.LL. del territorio regionale per la verifica di disponibilità per tutti i cittadini.

Per l'utente già inserito in altri setting assistenziali (per es. cure domiciliari), per il quale si verificano le condizioni per collocamento in RSA, il case manager e il responsabile del caso hanno l'obbligo di avviare il percorso di accesso in RSA, attivando la P.U.A. e l'U.V.I. senza gravare gli oneri amministrativi sul diretto interessato e la famiglia. E' cura della P.U.A. raccogliere tutta la documentazione sociale e sanitaria utile allo scopo (es. SVAMDI, relazioni, scale di valutazione ecc.), informare l'utente o i famigliari/tutori della procedura e indicare la documentazione da produrre (ISEE).

Nel caso emerga la necessità di un ricovero temporaneo di sollievo, su richiesta dei familiari o del tutore al Direttore del Distretto corredata da richiesta di accesso con scheda A della S.Va.M.DI da parte del MMG, la U.O. distrettuale competente autorizza l'accesso in RSA, e ne dà comunicazione alla P.U.A. che dispone la valutazione multidimensionale per la dimissione ovvero la permanenza in RSA.

La rivalutazione periodica è fissata in 6 mesi dall'ammissione alla Unità di cura e comunque è effettuata ogni qualvolta le mutate condizioni del paziente richiedano una modifica sostanziale al progetto personalizzato e piano esecutivo.

Il Progetto assistenziale individualizzato

L'Unità di valutazione integrata distrettuale elabora il Progetto Assistenziale individualizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. L'U.V.I. individua il *Case manager o Responsabile del caso*, responsabile della attuazione del PAI, che riferisce all'U.V.I. sull'andamento dell'intervento.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato è comprensivo del progetto riabilitativo e socioriabilitativo individuale che descrive la valutazione delle capacità residue individuando i bisogni riabilitativi ed assistenziali connessi alla disabilità stabilizzata, la metodologia degli interventi e gli obiettivi raggiungibili.

rapporto al bisogno accertato:

- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- le competenze e funzioni del referente familiare
- competenze e responsabilità di spesa
- durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al Progetto Assistenziale individualizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale delle condizioni in base alle quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I., e se comportano una modifica del piano economico devono essere specificamente comunicate al Comune di residenza dell'utente e sottoposto alla U.V.I. per l'autorizzazione. Il direttore sanitario della struttura dovrà attivare il Direttore di distretto di residenza del paziente per avviare l'U.V.I. per l'aggiornamento del Progetto Assistenziale Individualizzato.

Copia del Progetto Assistenziale Individualizzato è conservata presso la P.U.A., l'U.V.I. e la struttura RSA in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs. 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101).

Il Piano Esecutivo

A completamento del Progetto Assistenziale Individualizzato è previsto il Piano Esecutivo, lo strumento operativo elaborato dall'equipe operativa della struttura che accoglie e condiviso l'U.V.I. e il case manager e comunicato all'U.O. Competente; esso descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- fornitura di presidi, ausili, farmaci e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).
- Durata complessiva del piano
- Modalità di verifica delle attività svolte

Il piano esecutivo è inviato all'U.V.I. per il monitoraggio e la verifica degli output di progetto.

3.2 PROCEDURA DI ACCESSO IN DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA/PROGRAMMATA.

Per "dimissione protetta" si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di

passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro. Il processo delle dimissioni (a.o.r.n.) che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi famigliari, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta segue una procedura che ha lo scopo di sviluppare l'integrazione delle figure sanitarie ospedaliere e delle figure socio-sanitarie del territorio in un percorso unico di cura.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché dei tempi e degli strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso. In questa sezione è trattata la dimissione protetta da reparto di ricovero in RSA.

Fasi della dimissione protetta:

- Segnalazione/richiesta di ammissione in RSA-RD3
- Condivisione dell'utente/ care giver
- Valutazione multidisciplinare e multidimensionale
- Individuazione della RSA – RD3
- Redazione ed elaborazione del P.A.I. - piano di assistenza individualizzato
- Fornitura di presidi, ausili, farmaci
- Dimissione

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

Attori

- l'utente e familiari dell'utente-care giver
- Il direttore sanitario della struttura ospedaliera o il responsabile del reparto che dimette
- il case manager o responsabile del caso per paziente in cure domiciliari
- il direttore del distretto o suo delegato
- la Porta Unica di Accesso – P.U.A. e l'Unità di valutazione integrata -U.V.I.
- il referente sociosanitario del distretto sanitario
- medico di Medicina Generale –MMG
- assistente sociale dell'ambito/comune di appartenenza
- direttore della struttura RSA-RD3 che accoglie

La durata dei ricoveri in RSA-R3 in dimissione protetta, è di norma di 30 giorni.

I criteri clinici e assistenziali per la collocazione in RSA-RD3 in dimissione protetta sono quelli già descritti nel paragrafo DESTINATARI.

Per i soggetti in dimissione da un struttura di ricovero ospedaliero, l'individuazione di questo specifico setting per un periodo temporaneo non superiore a 30 giorni risulta appropriato nei seguenti casi:

- persona con disabilità valutata dall'equipe riabilitativa ospedaliera come non modificabile, non bisognevole quindi di riabilitazione intensiva o estensiva postacuta, con necessità di assistenza e privo di adeguato supporto familiare e domiciliare;
- soggetto che necessita di assistenza e riabilitazione post-acuta per il quale, a causa delle condizioni di salute, non è immediatamente possibile elaborare il relativo progetto

riabilitativo e che per le condizioni socioambientali non è immediatamente assistibile a rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero, ovvero le azioni necessarie alla valutazione per il trasferimento ad altro setting, ivi inclusa l'esigenza di permanenza in regime ordinario in RSA.

E' privilegiata comunque la dimissione dall'unità di ricovero al domicilio e solo se le condizioni socioambientali e le necessità assistenziali non lo consentono si ricorre alla dimissione in RSA. E' pertanto fondamentale verificare e valutare il supporto della rete sociale ed informale con appositi strumenti nella fase precedente alla dimissione.

Anche nel caso di dimissione programmata/protetta è necessaria la valutazione multidimensionale effettuata con strumenti ad hoc e con modulistica specifica in uso presso le strutture di ricovero che saranno aggiornati ed approvati con atti dedicati.

Nell'ambito della medesima ASL, le procedure per le dimissioni protette sono stabilite con appositi protocolli operativi e procedurali.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA.

Il direttore del reparto della struttura di ricovero, o suo delegato, accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali:

- convoca il paziente e la famiglia per informare della procedura di dimissione e verificata la impossibilità a dimettere a domicilio per la carenza di adeguato supporto familiare anche in relazione alla condizione clinica, avvia la procedura di dimissione programmata in RSA;
- invia al Direttore del distretto di residenza dell'utente e al referente distrettuale dell'integrazione sociosanitaria la proposta di ammissione in RSA-RD3 corredandola di relazione contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi e trattamenti farmacologici e terapeutici necessari;
- segnala eventualmente ai servizi sociali del comune di residenza.

Tale procedura può essere garantita con l'assistente sociale del presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

E' quindi necessario che ogni struttura di ricovero adotti misure organizzative per la rilevazione del bisogno e della situazione socio ambientale, nonché per la gestione della fase della dimissione.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente, ricevuta la richiesta dalla struttura ospedaliera di inserimento in RSA di un paziente in dimissione dall'ospedale:

- attiva l'U.V.I. e contestualmente individua la struttura RSA possibilmente nel distretto di residenza del paziente e ne richiede la disponibilità, entro 3 giorni dalla richiesta di ammissione, tenendo conto della libera scelta del cittadino/famiglia e della prossimità della struttura alla sua dimora abituale al fine di tutelarne le relazioni sociali. Nel caso in cui la struttura individuata non insista sul territorio del distretto di residenza dell'utente, coinvolge il direttore di distretto/P.U.A. sul quale insiste la RSA al fine di verificare ed acquisire la disponibilità e l'autorizzazione all'ammissione.
- acquisisce il parere favorevole del direttore sanitario della RSA;

- comunica il nome della RSA disponibile al direttore sanitario/responsabile clinico del caso
- il direttore del distretto emette autorizzazione al ricovero in RSA;
- per il soggetto con necessità di assistenza e riabilitazione post-acuta, per il quale, a causa delle condizioni di salute, non è possibile elaborare il relativo progetto riabilitativo e che non è immediatamente assistibile a domicilio, provvede agli adempimenti connessi al successivo accesso del paziente alla struttura di riabilitazione prescelta, previa implementazione del progetto riabilitativo sulla base della valutazione del bisogno riabilitativo.

La valutazione multidimensionale è effettuata con carattere di urgenza nei modi e nei luoghi descritti nel paragrafo dedicato; nel caso in cui non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il direttore del distretto, sulla base della relazione inviata dal direttore del reparto che dimette e con l'ausilio dei medici della U.O. distrettuale dispone il ricovero in RSA, con riserva di completare la valutazione multidimensionale entro 20 giorni dall'inserimento in struttura.

La fornitura dei farmaci almeno per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione deve essere effettuata dalla Farmacia della struttura che dimette. I farmaci devono essere compresi nel Prontuario farmaceutico e PTOR (salvo eccezioni motivate per iscritto e dovute a particolari necessità cliniche), in modo da consentirne la prosecuzione della fornitura gratuita, anche dopo il primo ciclo di terapia, da parte della Farmacia territoriale sulla quale incide la struttura.

Per farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, a cui non può provvedere il personale in organico alla RSA, la struttura che dimette concorda un protocollo operativo con il Distretto sanitario in cui insiste la struttura RSA: il Distretto sanitario garantisce il personale qualificato per la somministrazione del farmaco individuato nel piano terapeutico.

Il Distretto può concordare con la RSA le condizioni perché la stessa provveda alla somministrazione, garantendo il personale e le modalità idonee.

Nel caso in cui a seguito di valutazione periodica di un paziente ricoverato in RSA in sede di U.V.I. si configuri la necessità/opportunità di inserimento in cure domiciliari integrate, si avvia la procedura di dimissione protetta/programmata a domicilio. Sarà cura del responsabile del caso avviare e definire le modalità di rientro al domicilio e disporre la presa in carico da parte dell'U.O. distrettuale e dell'èquipe operativa.

E' comunque compito del direttore del distretto sul quale insiste la struttura attivare protocolli per la dimissione programmata a domicilio nei quali definire ruoli, tempi per la presa in carico, la continuità assistenziale e la fornitura di ausili, protesi e farmaci ed individuare un referente per la applicazione e il monitoraggio della procedura, preferibilmente nel responsabile distrettuale delle cure domiciliari o nel referente dell'integrazione sociosanitaria.

4. DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA

La prestazione residenziale non deve essere intesa una soluzione terminale del percorso di cura e presa in carico ma come nodo dinamico della rete che preveda la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate. La durata dell'assistenza residenziale in RSA è strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione, oggetto di periodica valutazione multidimensionale per la verifica del

livello di bisogno del paziente nel tempo e dell'eventuale modifica delle condizioni di assistibilità a necessaria la rivalutazione ad ogni modifica delle condizioni del paziente. Un PAI tanto variabile ma di norma non superiore a 1000 euro, come stabilito dall'art. 95 del 19 Dicembre 2018 PARTE I Atti della Regione Campania, per i quali è obbligatorio effettuare attraverso le U.V.I. un accurato aggiornamento della valutazione clinico funzionale del paziente, oltre che la valutazione multidimensionale. Essa va effettuata comunque periodicamente, almeno ogni sei mesi in caso di ricovero ordinario ed entro i 20 giorni dall'ingresso in struttura in caso di ricovero temporaneo.

Tuttavia a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità permanente.

Gli utenti in regime di ricovero temporaneo sono sottoposti a valutazione; nel caso di necessità di prolungamento del ricovero per la sussistenza delle condizioni di cui ai criteri di eleggibilità, prolungano la permanenza in struttura come indicato nel progetto personalizzato; gli oneri finanziari a carico del SSn e dell'Utente/Comune sono definiti in sede di Valutazione multidimensionale in U.V.I., secondo la percentuale di compartecipazione prevista per il tipo di prestazione.

Dimissione e sospensione dei trattamenti

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- o Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Assistenziale Individualizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- o Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Assistenziale Individualizzato, o a seguito di mutate condizioni socio-sanitarie.
- o Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili.
- o Dimissione programmata a domicilio
- o Dimissione per decesso della persona assistita
- o Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

Durante la permanenza in RSA può verificarsi il rientro periodico a domicilio o la necessità di un ricovero temporaneo ospedaliero, e per tali periodi l'assistenza è temporaneamente sospesa. L'evento è registrato nel flusso informativo ministeriale FAR Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale-di seguito trattato. In questi casi il posto letto è conservato per un massimo di 7 giorni.

5.MONITORAGGIO

Le prestazioni residenziali sono monitorate attraverso i flussi informativi correnti attualmente in uso, che seguono regole specifiche per il conferimento e popolamento dei dati:

- modello ministeriale di rilevazione NSIS "STS 24" riquadro G,
- flusso regionale SANIARP/FAR ,secondo le indicazioni regionali
- File H, ad uso della Regione Campania per il monitoraggio delle prestazioni

E' obbligo delle AA.SS.LL. conferire i dati relativi alle prestazioni residenziali per disabili adulti non autosufficienti erogate direttamente attraverso proprie RSA o attraverso strutture



private in regime di accreditamento. Tanto per il monitoraggio dell'appropriatezza e dei vincoli regioni del 15.3.2005 ed è oggetto di valutazione annuale da parte del Ministero dell'Economia e Finanze oltreché del Ministero della Salute.

Ai fini della corretta alimentazione dei flussi è vincolante la trasmissione e la corretta e tempestiva alimentazione dei dati relativi alla valutazione multidimensionale.

Per quanto riguarda il modello di rilevazione STS, la codifica prevista per tale tipologia di assistenza è S10 e S11, mentre per il flusso regionale FAR occorre utilizzare il codice prestazione RD3.

E' obbligo sia per le strutture pubbliche sia per le strutture private accreditate alimentare il flusso regionale File H.

6. STRUMENTI OPERATIVI

Cartella e diario

Presso la RSA è custodita la cartella personale dell'utente a disposizione dell'Equipe operativa della struttura e del personale dell'ASL e del Comune/ambito per verifiche e monitoraggio del progetto assistenziale.

In tale cartella sono raccolti:

- dati personali e anamnestici del paziente
- il progetto personalizzato comprensivo di progetto riabilitativo
- il piano esecutivo,
- la valutazione multidimensionale.

La cartella deve riportare la data di ingresso in struttura, gli interventi realizzati, le prestazioni garantite, le consulenze e le visite mediche, accertamenti effettuati, nonché gli episodi di cura e presa in carico rilevanti.

Inoltre, per ciascun modulo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

Registro delle consegne

Nell'unità di cura, per ogni modulo che la compone, deve essere presente un apposito registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc.

Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.

Il registro delle consegne deve essere visionato almeno ogni tre giorni dal responsabile della Struttura che appone firma per presa visione.

Il diario delle attività collettive

Per ciascun modulo deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono

Regolamento interno

Il regolamento interno della RSA, a norma, deve garantire:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza.
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, all'interno della struttura, favorendo con orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori della RSA, consentendo all'ospite, compatibilmente con le sue condizioni psico-fisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura.
- la riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
- la socializzazione, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo;
- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate di:
 - a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
 - b) consentire l'identificazione di tutto il personale delle RSA mediante cartellini di identificazione;
 - c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
 - d) conoscere la carta dei servizi vigente nella RSA.

E' fatto obbligo al responsabile della struttura di esporre, in modo visibile, all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali, collegati alle reali necessità.

Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione.

Il regolamento deve inoltre indicare:

- la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro previsti dal presente regolamento, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro.
- le norme igienico-sanitarie;
- le finalità degli interventi;
- l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti,

Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico.

La Carta dei servizi

Ogni struttura deve avere la Carta dei Servizi che deve contenere tra le altre informazioni relative a:

- a) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli assistiti, delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e garantire la riservatezza
- b) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposta al pubblico in maniera visibile.

7.VIGILANZA E CONTROLLO

Le AASSLL e i Comuni, effettuano controlli sulle RRSSAA. e sulle attività autorizzate, con periodicità almeno annuale ed anche mediante ispezioni.

L'attività di controllo è svolta, attraverso:

- a) Il servizio per l'igiene pubblica e ambientale per gli aspetti igienico- sanitari;
- b) Il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela della salute dei lavoratori e alla sicurezza degli impianti;
- c) L'U.O. Competente del Distretto e i Servizi Sociali del Comune o l'Ufficio di Piano dell'ambito per gli aspetti assistenziali organizzativi e di funzionamento delle strutture.

La vigilanza e il controllo verificano anche il rispetto della Carta dei servizi della struttura, compreso l'uso corretto degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.

Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni, anche del Responsabile della R.S.A.

Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL e all'Ufficio Servizi Sociali del Comune o all'Ufficio di Piano dell'Ambito, secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al Responsabile della R.S.A .

Inoltre il Direttore del Distretto sul quale insiste la struttura dispone anche la verifica delle condizioni assistenziali degli utenti e predisporre, avvalendosi del referente per l'integrazione sociosanitaria e il responsabile della u.o. distrettuale, prevedendo il coinvolgimento del MMG e dell'assistente sociale del comune di residenza del paziente

8. ORGANICO e TRATTAMENTI EROGATI IN RSA PER DISABILI ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

8.1 Figure professionali

Le Unità di Cura RSA – RD3 devono essere dotate delle seguenti figure professionali ciascuna in numero variabile in relazione al numero e alla tipologia degli ospiti:

- Assistente sociale responsabile delle attività sociali

- Terapisti occupazionali
- Educatori professionali
- Animatori di Comunità
- OSS, OSA, ciascuno per i compiti specifici della qualifica di appartenenza
- Assistente sociale

Deve essere individuato un responsabile della struttura e un Medico con funzioni di direttore sanitario.

La struttura deve essere dotata di idoneo personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e specialistica erogabile dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente.

Le prestazioni di tipo alberghiero possono essere erogate in proprio o attraverso l'affidamento a società di servizi.

Si riportano nell'allegato le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle RRSSAA.

8.2 TRATTAMENTI EROGATI IN RSA PER DISABILI ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI

Agli ospiti della RSA-Rd3 devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona, allo sviluppo e/o mantenimento di abilità sociali, al mantenimento e consolidamento delle abilità acquisite e al contrasto di riacutizzazioni e regressioni, in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

Per le prestazioni indicate ai successivi punti a, b, e c, l'assistenza sanitaria d'urgenza è garantita dal servizio di emergenza sanitaria; l'assistenza notturna è garantita dalle ASL, secondo i modelli organizzativi della continuità assistenziale.

Tutte le attività avvengono sulla base di programmi predisposti dall'unità di valutazione integrata e devono rientrare nei progetti di assistenza individualizzati, garantendo le seguenti prestazioni:

a) prestazioni di medicina generale: le prestazioni di medicina generale sono erogate dal MMG dell'assistito alle condizioni previste per la generalità dei cittadini, nell'ambito del relativo accordo collettivo nazionale e regionale.

b) prestazioni specialistiche, farmaceutiche, protesiche e integrative

Esse comprendono visite specialistiche, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, nonché le altre prestazioni specialistiche, di assistenza protesica e integrativa, erogabili dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente. Esse sono garantite dal Distretto in cui insiste la struttura.

Per la somministrazione di farmaci-ricompresi nel PTOR- in caso di dimissione protetta/programmata da reparto ospedaliero/ casa di cura il primo ciclo di farmaci è garantito dalla struttura che dimette. Nel seguito la fornitura è garantita dalla Farmacia territoriale sulla quale incide la struttura.

quotidiane nonché alla rieducazione psico-sociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, confronti delle persone totalmente non autosufficienti, con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto.

h) consulenza e controllo dietologico: comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti a carico dell'ASL;

i) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione se necessarie;

l) prestazioni di tipo alberghiero comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;

m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;

n) attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, stili di vita salutari e utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia.

o) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della RSA.

Eventuali prestazioni non previste dal progetto individuale, vanno concordate all'interno dell'U.V.I. e successivamente autorizzate. Sono escluse le prestazioni che si rendano necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico, le quali sono comunicate all'U.V.I..

Inoltre, agli ospiti delle RSA, sono assicurate prestazioni odontoiatriche alle condizioni previste per la generalità dei cittadini e l'intervento del podologo.

Sono, altresì, assicurate:

- a) prestazioni di cura personale (barbiere parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

Tutte le prestazioni sanitarie nei confronti degli ospiti sono assicurate dall'ASL o sono comunque a carico del SSN. Le RSA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la realizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

Compiti del direttore di distretto

Il Direttore del distretto sul quale insiste la RSA provvede agli adempimenti connessi alla garanzia dei trattamenti necessari per la presa in carico del paziente. In base alle indicazioni contenute nella richiesta del Distretto di residenza del paziente, dispone che le UU.OO. Distrettuali preposte assicurino l'eventuale fornitura dei dispositivi medici monouso e di protesi, ortesi ed ausili previsti nell'ambito del progetto assistenziale riabilitativo, affinché siano disponibili fin dall'ammissione del paziente in struttura e comunque per tutta la permanenza dello

stesso, previa verifica della necessità della fornitura, garantendone l'erogazione continuata da

E' compito del Direttore del distretto in cui insiste la RSA definire la procedura per assicurare in modo continuativo l'approvvigionamento e la fornitura di quanto necessario senza ulteriore aggravio per la famiglia e duplicazione di iter burocratico.

Inoltre, oltre a definire come già indicato il protocollo e la procedura per la dimissione protetta /programmata a domicilio, definisce altresì le modalità organizzative con le quali garantire le prestazioni di medicina specialistica specifiche quali consulenza geriatrica, neurologica, consulenza e controllo dietologico, in ordine alla condizione clinica dell'utente e alla patologia, individuando il personale interno all'asl o stipulando convenzioni con i p.o. e AORN vicini.

TABELLA DELLE PRESTAZIONI EROGATE

PRESTAZIONI	EROGATORE
a) medicina generale	M.M.g. + A.S.L. in caso di urgenza e nelle ore notturne si attiva il medico della continuità assistenziale
b) specialistiche, farmaceutiche, protesiche ed integrative	A.S.L. Le prestazioni di medicina specialistica sono garantite dal personale proprio dell'asl o con protocolli stipulati dall'A.S.L. con P.O./A.O.R.N. vicini*
c) infermieristiche	Struttura con personale interno +. in caso di urgenza e nelle ore notturne con personale A.S.L.
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno
e) attività sociali	Struttura con personale interno
f) assistenza sociale	Servizi sociali territoriali e personale interno
g) fisioterapiche e riabilitative	Struttura con personale interno, salvo particolari esigenze per le quali l'A.S.L., verificata la impossibilità di utilizzare personale proprio può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni, a condizioni concordate.
h) consulenza e controllo dietologico	ASL
i) sostegno psicologico, riabilitazione cognitiva	Struttura con personale interno + ASL*
l) alberghiere	Struttura con personale interno
m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione con l'ambiente	Struttura con personale interno
n) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie esterne	Struttura con personale interno

**ALLEGATO 1
PARTE 4
RSA-R2D**

Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) per adulti non autosufficienti affetti da disturbi cognitivi e demenze Unità di cura R2D. Criteri di accesso e di eleggibilità

1. DESCRIZIONI E FINALITÀ.

L'Unità di cura residenziale extraospedaliera, classificata R2D è deputata ad erogare trattamenti residenziali di cura e mantenimento funzionale, di natura medica, infermieristica e riabilitativa; i trattamenti, caratterizzati da un alto livello di complessità non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono erogati a favore di adulti con patologie neurodegenerative e disturbi cognitivi e demenze anche in fase acuta, e che richiedono un elevato livello di tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, integrata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera

I trattamenti sono garantiti mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare e di riorientamento in ambiente protesico, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per la NA, nutrizione enterale e parenterale protratta, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, assistenza protesica, dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver.

La RSA per disturbi cognitivi e demenze è una unità di cura intermedia per il trattamento estensivo persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento e/o dell'affettività di livello significativo non gestibili con altre modalità assistenziali, anche non deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo.

I trattamenti R2D sono interamente a carico del sistema sanitario nazionale, come definito dal comma 2 art 30 del d.p.cm. del 12.1.2017, per un periodo di norma di 60 giorni.

La RSA disturbi cognitivi e demenze è uno dei nodi assistenziali della rete della non autosufficienza e del percorso di cura dei soggetti affetti da disturbi cognitivi e comportamentali, garantendo la continuità assistenziale nel regime residenziale tra ospedale, territorio e domicilio ed è funzionalmente collegata mediante protocolli operativi definiti dalle Aziende Sanitarie anche per le dimissioni programmate/protette per gli invii da altri setting assistenziali territoriali.

Essa è *preferibilmente* allocata in prossimità di CDCD-Centro di disturbi cognitivi e demenze, laddove possibile al suo interno, se trattasi di strutture di natura pubblica, collegata ed inserita nella rete dei servizi per le demenze e i disturbi cognitivi, o comunque funzionalmente

collegata mediante protocolli operativi definiti dai distretti sanitari/asl CDCD⁴.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei della durata massima di 30 giorni con le modalità successivamente indicate. Anche per tale tipologia di ricovero, successivamente descritta, gli oneri della compartecipazione sono a carico del SSN.

assistenziale necessario in relazione ai bisogni e alle condizioni di bisogno e di dipendenza dei pazienti, al fine di garantire adeguata assistenza; nella struttura RSA coesistono preferibilmente l'unità di cura R2D e Unità di cure RSA per non autosufficienti e cronici classificata R3.

Comunque, nel caso di coesistenza nella medesima struttura RSA dell' Unità di cura R2D con altre tipologie di Unità di cura, deve essere garantita la separazione dei diversi setting assistenziali.

La RSA garantisce stabilmente ricoveri temporanei della durata massima di 30 giorni con le modalità successivamente indicate. Anche per tale tipologia di ricovero, successivamente descritta, gli oneri della compartecipazione sono a carico del SSN.

2. DESTINATARI E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI AFFETTI DA DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI

In RSA disturbi cognitivi-R2D sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico, formulazione del p.a.i., soggetti adulti affetti da disturbi cognitivi nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a severi disturbi del comportamento e/o dell'affettività non assistibili a domicilio o in altri setting assistenziali di maggiore o minore intensità.

Le persone arruolabili in R2D presentano un quadro clinico di compromissione delle funzioni cognitive e necessitano di alto livello di assistenza sanitaria (medico, infermieristico, riabilitativo), trattamenti farmacologici, elevato livello di assistenza tutelare.

I soggetti arruolabili in questo setting hanno necessità di un trattamento estensivo costituito dall'associazione del trattamento farmacologico con terapia di riabilitazione cognitiva ed occupazionale non erogabili in altri setting assistenziali; presentano contestualmente anche le seguenti caratteristiche:

1. condizioni funzionali compromesse tali da determinare la completa o parziale non autosufficienza
2. condizioni sanitarie caratterizzate da comoborsità tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
3. condizioni socio-ambientali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
4. condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio o il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute o l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;

All'interno della RSA -R2D sono garantiti anche i ricoveri temporanei che rispondono ad un bisogno temporaneo o programmato di assistenza per un massimo di 30 giorni all'anno:

⁴ L'indicazione operativa per le AA.SS.LL. È di istituire un polo per la presa in carico per le demenze comprensivo di Centro disturbi cognitivi e demenze, Unità di cura R2D e Centro diurno dedicato alla presa in carico dei soggetti con demenze

assistenza.

- soggetti ricoverati per altri episodi di cura non necessariamente collegati alla demenza e dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, che presentino un quadro clinico di compromissione delle funzioni cognitive e non sono immediatamente assistibili a domicilio o in altri setting, che necessitano di assistenza medica, trattamenti farmacologici, riabilitazione cognitiva.

3. ACCESSO IN RSA -R2D

L'accesso alla RSA per pazienti affetti da demenze e disturbi comportamentali è effettuata, al pari della altre tipologie di assistenza residenziale a seguito di valutazione multidimensionale che consente la definizione del progetto socio-sanitario personalizzato, comprensivo di progetto riabilitativo e di indicazioni relative al trattamento farmacologico.

L'accesso avviene sulla base di un progetto assistenziale individuale formulato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale territoriale attivata dall'ASL di residenza, in accordo con il responsabile della struttura che accoglie; il Centro di disturbi cognitivi e demenze-CDCD territorialmente competente partecipa all'Unità di valutazione multidimensionale.

Esso avviene su istanza dei servizi sanitari di tipo territoriale- compreso il Centro di disturbi cognitivi e demenze- od ospedaliero che hanno già in carico l'utente, su richiesta del familiare, del MMG, dei servizi sociali per dimissione protetta/programmata,

Il paziente può accedere a questo setting da ospedali per acuti, strutture post-acuzie, domicilio, da altro setting assistenziale.

Trattandosi di uno dei nodi della rete assistenziale per le demenze, che il CDCD territoriale deve presiedere e monitorare e poichè le condizioni mediche, cliniche di questa tipologia di utenti non consentono di seguire l'iter amministrativo già definito per l'accesso alle altre tipologie di setting residenziali, il ricovero in R2D può essere disposto direttamente, in casi accertati di urgenza direttamente dal CDCD.

Ne consegue che il direttore del distretto e il responsabile del CDCD territoriale di riferimento per la presa in carico dell'utente, devono seguire parimenti le fasi di segnalazione, valutazione, accesso in R2D. L'ingresso è regolato attraverso la Valutazione Multidimensionale effettuata con le schede già validate S.Va.M.A., corredate di istruzioni per la corretta compilazione ed utilizzo dei profili di cura, nonché i criteri di complessità già indicati.

Occorre prevedere la rivalutazione ad ogni modifica delle condizioni del paziente e comunque non oltre un mese dall'ingresso d'urgenza in struttura.

Per le persone adulte non autosufficienti con demenze/disturbi cognitivi il centro di disturbi cognitivi e demenze-CDCD è competente per la presa in carico, ha la regia operativa del percorso assistenziale/PDPA, con compiti di monitoraggio del percorso stesso e della presa in carico ed è responsabile del caso attraverso i medici specialisti che in esso confluiscano.

3.1 PROCEDURA DI ACCESSO

In caso di accesso in R2D, la **procedura prevede:**

- richiesta di accesso
- proposta di ammissione

- valutazione multidimensionale

- formulazione del piano esecutivo
- attivazione u.v.i. per le fasi successive

L'auspicio è che l'utente da inserire in R2D sia già in carico ai servizi sociosanitari o sanitari e al Centro disturbi cognitivi e demenze-CDCD, che ne disponga il ricovero in R2D, in questo caso sarà il CDCD ad attivare la rete dei servizi per l'accesso alla RSA-R2D.

Nell'ipotesi in cui ciò non avvenga, la richiesta di accesso è formulata alla P.U.A., oltre che dal CDCD come già detto, da:

- da un familiare,
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO distrettuali etc; strutture residenziali, altro)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.
- MMG

La richiesta deve essere effettuata attraverso la specifica modulistica e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la richiesta
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico

In questo caso la P.U.A. dovrà contestualmente attivare il percorso integrato per la presa in carico e la valutazione multidimensionale e inviare la richiesta al CDCD competente che nel caso in cui l'utente non sia ancora in carico -provvederà anche ad individuare.

Il CDCD, competente, valutate le condizioni cliniche, provvede alla formulazione della proposta di ammissione, in raccordo con il MMG, raccogliendo il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato /tutore (vedasi il D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal D.lgs 10 agosto 2018 n.101). La proposta di ammissione sarà naturalmente corredata dalla scheda B della S.V.A.M.A.

Si ricorda che in tutti i casi in cui la segnalazione di accesso ad un servizio sociosanitari non sia effettuata dal diretto interessato è necessario acquisire la liberatoria affinché la P.U.A. ed U.V.I. possono operare il processo di integrazione socio sanitaria.

La valutazione multidimensionale a cura delle U.V.I. E del CDCD e criteri di accesso

Il Direttore del Distretto Sanitario di residenza del cittadino attiva l'U.V.I., per la valutazione multidimensionale e la definizione del PAI per l'ingresso in RSA.

La valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata del distretto di residenza del paziente nella quale confluisce in questo caso il CDCD attraverso i referenti clinici/case manager del caso già individuati tra i medici componenti il CDCD, se

La valutazione multidimensionale, che di norma deve avvenire entro 20 giorni dalla richiesta di accesso, attraverso la redazione da parte dell'U.V.I. del Progetto Assistenziale Individualizzato e del piano esecutivo, condiviso e sottoscritto dall'assistito/familiare/tutore, nel caso di utenti affetti da demenze associate a disturbo menisco e comportamentale, può avvenire in urgenza entro le 48 ore dalla richiesta, al fine di non interrompere la continuità delle cure e per avviare tempestivamente i trattamenti di natura farmacologica e riabilitativa. La valutazione deve concludersi con la redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a cui segue il Piano esecutivo redatto dopo l'inserimento in RSA.

La U.V.I. svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- programma la rivalutazione periodica
- aggiorna o modifica il Progetto Assistenziale Individualizzato in sede di rivalutazione in relazione agli esiti e ai risultati conseguiti

La valutazione multidimensionale, effettuata con la scheda S.VA.M.A. - approvata con dgrc 323/2012 e s.m.i. - è articolata in:

- valutazione sanitaria
- valutazione specialistica
- valutazione sociale
- sintesi attività valutativa
- rilevazione dei bisogni/necessità assistenziali.

L'accesso in R2D e si accompagna ad una accurata valutazione neuropsicologica effettuata con test cognitivi, valutazione psicocomportamentale con approccio clinico e con scale standardizzate, che saranno utilizzati anche in fasce di follow-up per il monitoraggio e verifica degli esiti del trattamento farmacologico e riabilitativo e delle comorbidità con scale e strumenti specifici.

Nel caso di soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze, ai soli fini della valutazione multidimensionale in U.V.I, i profili di autonomia derivanti dalla valutazione multidimensionale effettuata con la S.Va.M.A. sono di supporto all'individuazione di questo setting quale setting appropriato. Dirimente comunque per l'ingresso in R2D è il punteggio VCOG=4 per qualsiasi punteggio SPMSQ, come da scheda B della S.Va.M.A.

Tutte le procedure qui richiamate fanno capo al Direttore del Distretto di residenza dell'utente che ne è comunque responsabile e che ne cura e monitora l'applicazione, fino al momento della prima rivalutazione.

In caso di collocamento in Struttura in Distretto diverso da quello di residenza, le rivalutazioni successive alla prima devono essere effettuate comunque dal Distretto di residenza, fatto salvo diversa procedura espressamente stabilita dall'Azienda ASL di residenza, che può

prevedere che le successive rivalutazioni vengano svolte, in tutto o in parte, su rogatoria, dal

Nel formulare la proposta di Progetto Assistenziale Individualizzato a seguito di valutazione multidimensionale, il CDCD in raccordo con l'équipe di valutazione multidimensionale dell'U.V.I. individuerà la struttura RSA tenendo conto disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale cercando di salvaguardare le relazioni sociali dell'utente e il principio della scelta del cittadino.

Il Direttore della struttura RSA che accoglie, comunica l'avvenuto ingresso in struttura entro 3 giorni dall'ammissione alla P.U.A. e alla U.V.I. di residenza dell'utente che deve calendarizzare le rivalutazioni periodiche e per la realizzazione gestione delle fasi successive. Il responsabile U.V.I. avrà cura, in raccordo con il direttore della struttura che accoglie, di informare i familiari tempestivamente sulla necessità di produrre la documentazione ISEE da utilizzare in sede di valutazione della dimissione.

E' cura del Direttore del distretto redigere e monitorare eventuali liste di attesa delle strutture che incidono sul proprio territorio, e quindi verificare la disponibilità di posti letto in caso di richiesta di accesso. La lista di attesa dovrà essere resa disponibile anche ai CDCD regionali, in modalità che saranno individuate.

Per l'invio di soggetti con demenze/disturbi cognitivi il CDCD, centro di disturbi cognitivi e demenze, è competente per la presa in carico, ha la regia operativa del percorso assistenziale/PDTA, con compiti di monitoraggio del percorso stesso e della presa in carico ed è responsabile del caso attraverso i medici specialisti che in esso confluiscono.

Per l'utente già inserito in altri setting assistenziali (per es. cure domiciliari), per il quale si verificano le condizioni per collocamento in RSA-R2D, il case manager e il responsabile del caso hanno l'obbligo di avviare il percorso di accesso in R2D, coinvolgendo sempre il CDCD, se non già coinvolto, attivando la P.U.A. e la U.V.I. senza gravare gli oneri amministrativi sul diretto interessato e la famiglia. E' cura della P.U.A. raccogliere tutta la documentazione sociale e sanitaria utile allo scopo. (es. S.Va.M.A., relazioni, scale di valutazione, altro), informare l'utente o i familiari/tutori dell'iter procedurale.

La rivalutazione periodica è fissata in 30 giorni dall'ammissione alla Unità di cura e comunque è effettuata ogni qualvolta le mutate condizioni del paziente richiedano una modifica sostanziale al Progetto Assistenziale Individualizzato e piano esecutivo.

Entro il termine dei 60 giorni -durata del ricovero in Unità di cura R2D- il paziente è sottoposto a valutazione per la verifica degli esiti e l'invio ad altra tipologia di assistenza ovvero per la permanenza in R2D secondo quanto di seguito.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato

L'Unità di valutazione integrata distrettuale elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità

dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori
l'U.V.I. sull'andamento dell'intervento. Qualora il CDCD territoriale non fosse istituito/attivo si
provvede come di norma ad individuare il case manager nell'U.O. Competente.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato nel caso di ammissione in R2D deve definire
esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto al bisogno accertato:

- Ω ① le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- ℳ ① le competenze e funzioni del referente familiare
- Ω ① competenze e responsabilità di spesa
- ℳ ① durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale
- × ① le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- Υ ① Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al Progetto Assistenziale Individualizzato
- ≡ ① fornitura di presidi, ausili, farmaci e materiali vari
- ⋈ ① progetto riabilitativo in ordine alla riabilitazione cognitiva, alla terapia occupazionale, al riorientamento e al trattamento dei disturbi comportamentali

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale delle condizioni in base ai quali è stato elaborato
il Progetto Assistenziale Individualizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità
residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato,
adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica
strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I. Il direttore della struttura/responsabile
sanitario dovrà attivare il Direttore del Distretto di residenza del paziente per avviare l'U.V.I. per
l'aggiornamento del Progetto Assistenziale Individualizzato.

Copia del Progetto Assistenziale Individualizzato è conservata presso la P.U.A.
e l'U.V.I. e la struttura RSA in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la
documentazione relativa all'assistito (richiesta, proposta di ammissione, certificazioni, schede di
valutazione, cartella, revisioni del progetto, piano esecutivo-di seguito descritto ecc.) nel rispetto
della normativa sulla privacy (**D.lgs 30 giugno 2013 n. 196 come modificato ed integrato dal
D.lgs 10 agosto 2018 n.101**).

il Piano Esecutivo

A completamento del Progetto Assistenziale Individualizzato è previsto il piano esecutivo,
lo strumento operativo elaborato dall'equipe operativa della struttura che accoglie e condiviso
con il CDCD; esso descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate

- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- dettagliato piano del trattamento farmacologico
- progetto riabilitativo in ordine alla riabilitazione cognitiva, alla terapia occupazionale, al riorientamento e al trattamento dei disturbi comportamentali
- fornitura di presidi, ausili, farmaci e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).
- Durata complessiva del piano

- Modalità di verifica delle attività svolte dagli erogatori con riferimento al Progetto
- Il piano esecutivo è inviato all'U.V.I. e al CDCD per il monitoraggio e la verifica

Della prescrizione, fornitura dei farmaci è responsabile il CDCD che ne monitora l'andamento e effettua follow-up, anche in relazione all'applicazione corretta delle note AIFA e al monitoraggio della prescrizione, predisponendone anche il monitoraggio attraverso i flussi informativi ministeriali e regionali correnti

Nel caso siano necessari accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici che devono obbligatoriamente essere effettuati in ambiente ospedaliero, il paziente inserito comunque nel PDTA demenze ha l'accesso prioritario ai servizi e il CDCD che ne monitora la presa in carico per conto del direttore del Distretto si attiva per garantire la prestazione specialistica/diagnostica, garantendo un accesso preferenziale ed il trasporto in autolettiga a carico del distretto/ASL.

3.2 PROCEDURA DI ACCESSO IN DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA/PROGRAMMATA.

Per “dimissione protetta” si intende **l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro**. Il processo delle dimissioni protette richiede un'attenta programmazione, un **coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento**, in questo caso il reparto ospedaliero (casa di cura, p.o., a.o.r.n.) che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere **una dimissione programmata**, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi familiari, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta segue una procedura che ha lo scopo di sviluppare l'integrazione delle figure sanitarie ospedaliere e delle figure socio-sanitarie del territorio in un percorso unico di cura.

Nel processo di dimissione protetta ciascun attore ha un ruolo ed una funzione definita, nonché dei tempi e degli strumenti specifici che garantiscono la validità del processo stesso. In questa sezione è trattata la dimissione protetta da reparto di ricovero in RSA

Fasi della dimissione protetta:

- **Segnalazione/richiesta di ammissione in Rsa-R3.**
- **Condivisione dell'utente/ care giver**
- **Valutazione multidisciplinare e multidimensionale**
- **Individuazione della RSA –R2D**
- **Redazione ed elaborazione del P.A.I.-piano di assistenza individualizzato**
- **Fornitura di presidi, ausili, farmaci**
- **dimissione**

Attori

- **l'utente** e familiari dell'utente-care giver
- Il direttore sanitario del p.o./aorn o caposala del reparto che dimette
 - 1 . case manager o il responsabile del caso
 - 2 . CDCD territorialmente competente
- il direttore del distretto o suo delegato
- la Porta Unica di Accesso –P.U.A. e l'Unità di valutazione integrata -U.V.I.
- referente sociosanitario del distretto sanitario
- Medico di Medicina Generale –MMG
- assistente sociale dell'ambito/comune di appartenenza
- direttore della struttura RSA-R2d che accoglie

La durata dei ricoveri in RSA-R2d in dimissione protetta, è di norma di 30 giorni.

I Criteri clinici e assistenziali per la collocazione in RSA-R2d in dimissione protetta sono quelli già descritti per paragrafo DESTINATARI.

Accedono al ricovero in RSA-R2D in dimissione protetta soggetti dimessi dalle UU.OO. ospedaliere, anche case di cura, non immediatamente assistibili a domicilio, con o senza attivazione delle cure domiciliari, e che necessitano di assistenza e riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute o delle condizioni socioambientali non è possibile nell'immediato elaborare un progetto riabilitativo. Nel periodo di permanenza in RSA-R2D, i servizi sociali e sanitari dovranno attivare le procedure per rendere possibile il rientro a domicilio alla scadenza del ricovero o in altro setting di minore intensità (R3-Cure domiciliari, etc etc).

Anche nel caso di dimissione programmata/protetta è necessaria la valutazione multidimensionale effettuata con strumenti ad hoc e con modulistica specifica in uso presso le strutture di ricovero che saranno aggiornati ed approvati con atti dedicati.

Nell'ambito della medesima ASL, le procedure per le dimissioni protette sono stabilite con appositi protocolli operativi e procedurali.

Segnalazione/richiesta di ammissione alla RSA.

Il direttore del reparto - o suo delegato della struttura di ricovero- accertate le condizioni cliniche e i bisogni assistenziali:

- convoca il paziente/ la famiglia per informare della procedura di dimissione e verificata la impossibilità a dimettere a domicilio per ragioni legate alla condizione clinica, avvia la procedura di dimissione programmata in RSA-R2D;

- invia al Direttore del distretto di residenza dell'utente e al CDCD la proposta di ammissione in RSA-R2D corredandola di relazione e contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili, protesi, e trattamenti farmacologici e terapeutici necessari;

Tale procedura può essere garantita con l'assistente sociale del presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

Il Direttore del Distretto di residenza/P.U.A. del paziente, ricevuta la richiesta dalla struttura ospedaliera di inserimento in RSA di un paziente in dimissione dall'ospedale:

-attiva l'U.V.I. e contestualmente individua la struttura RSA possibilmente nel distretto di residenza del paziente e ne richiede la disponibilità, entro 3 giorni dalla richiesta di ammissione tenendo conto della libera scelta del cittadino/famiglia e della prossimità della struttura alla sua dimora abituale al fine di tutelarne le relazioni sociali. Nel caso in cui la struttura individuata non insista sul territorio del distretto di residenza dell'utente, coinvolge il direttore di distretto/P.U.A. sul quale insiste la RSA al fine di verificare ed acquisire la disponibilità e l'autorizzazione all'immissione.

-acquisisce il parere favorevole del responsabile sanitario della RSA.

-comunica il nome della RSA disponibile al direttore sanitario/responsabile clinico del caso della struttura che dimette e all'utente e garantisce il trasferimento del paziente in struttura.

-il direttore del distretto emette autorizzazione al ricovero.

La valutazione multidimensionale è effettuata con carattere di urgenza nei modi e nei luoghi descritti nel paragrafo dedicato; nel caso in cui non sia possibile garantire in modo compiuto e rapido la procedura, il direttore del distretto, sulla base della relazione inviata dal direttore del reparto che dimette e con l'ausilio dei medici della U.O. distrettuale dispone il ricovero in RSA, con riserva di completare la valutazione multidimensionale entro 20 giorni dall'inserimento in struttura.

La fornitura dei farmaci per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione (almeno per una settimana) deve essere effettuata dalla Farmacia della struttura che dimette. I farmaci devono essere compresi nel Prontuario Farmaceutico e PTOR (salvo eccezioni motivate per iscritto e dovute a particolari necessità cliniche), in modo da consentirne la prosecuzione della fornitura gratuita, anche dopo il primo ciclo di terapia, da parte della Farmacia territoriale sulla quale incide la struttura.

Della prescrizione, dei Farmaci specifici e del monitoraggio del loro utilizzo è il CDCD, della fornitura a pazienti collocati in R2D è il direttore del distretto.

Per farmaci che richiedono particolari condizioni di somministrazione, la struttura che dimette concorda un protocollo operativo con il Distretto sanitario in cui insiste la struttura RSA, il quale Distretto garantisce il personale qualificato per la somministrazione del farmaco individuato nel piano terapeutico.

4. DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA

La prestazione residenziale non deve essere intesa una soluzione terminale del percorso di cura e presa in carico ma come nodo dinamico della rete che preveda la dimissibilità a domicilio o in un setting di minore intensità assistenziale (R3, Centro diurno Alzheimer, cure domiciliari integrate....) in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Il responsabile del CDCD territoriale⁵ al quale la RSA fa riferimento, in raccordo con la U.V.I. competente avrà cura di definire modi, tempi di valutazione multidimensionale e di eventuale conferma del ricovero in struttura

Entro il termine dei 20 giorni del ricovero temporaneo, gli utenti sono sottoposti a valutazione e nel caso di necessità di prolungamento del ricovero e di persistenza delle condizioni, gli oneri finanziari sono a carico del SSN.

Il ricovero in Rsa -R2D di norma non è superiore ai 60 giorni, salvo diverse e motivate determinazioni scaturite in sede di rivalutazione multidimensionale e comunque secondo i tempi previsti dal pdta/percorso integrato per soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze.

I costi del ricovero in R2D sono a carico del SSN per una durata di norma pari a 60 giorni.

A causa dell'elevato impegno sanitario e in virtù di un fabbisogno assistenziale ridotto e in relazione della natura altamente riabilitativa delle prestazioni erogate, è richiesto un elevato turn over di posti letto onde facilitare l'accesso ai pazienti di nuova diagnosi.

Tuttavia, a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità fino ad un massimo di ulteriori 12 mesi, oltre i 60 giorni individuati quale durata di norma, solo se supportata e basata da evidenze cliniche, da condizioni cliniche misurate con gli strumenti di valutazione multidimensionale e le scale cliniche specifiche e se definita in sede di valutazione multidimensionale effettuata in raccordo con il CDCD.

In questo caso il trattamento è remunerato con una tariffa ridotta del 20% rispetto alla tariffa piena.

Entro i 12 mesi, si procede Valutazione multidimensionale in U.V.I. e sempre in raccordo con il CDCD per la dimissione ad altro setting assistenziale (RSA -R3; cure domiciliari, ambulatorio, Centro diurno Alzheimer, altro) .

In caso di impossibilità alla dimissione dall'Unità di cure R2D, in sede di U.V.I. si procederà alla determinazione degli oneri a carico a carico del Comune/Utente, che, trattandosi di lungodegenza, sono pari al 50% della tariffa prevista. Pertanto sarà cura del Direttore della Struttura concordare informare i familiari delle necessità di produrre all'atto della dimissione i documenti necessari alla definizione degli oneri (ISEE) utili in sede di U.V.I.

Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriata clinica. E pertanto il ricovero protratto è ammesso esclusivamente se vi è l'impossibilità oggettiva all'invio ad altri setting. In ogni caso, è ammesso solo per il 10% dei 20 posti letto del modulo Unità di cure R2D, nell'impossibilità accertata ad inviare in altri setting assistenziali quali R3, Cure domiciliari.

⁵ Se non è presente un cdcD territoriale di competenza nelle more della sua attivazione, si fa riferimento all'U.VA. Territorialmente competente o all'U.O. Anziani/geriatria.

Occorre prevedere la rivalutazione ad ogni modifica delle condizioni del paziente e
n. 95 del 19 Dicembre 2018
PARTE I
Atti della Regione
2d
adenzia trimestrale. In ogni caso, anche ai fini della corretta alimentazione dei
i la ri-valutazione delle condizioni che deter
va effettuata in unità di valutazione e registrata mediante il flusso FAR.

La dimissione e sospensione dei trattamenti

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Assistenziale Individualizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Assistenziale Individualizzato, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili.
- Dimissione programmata a domicilio
- Dimissione per decesso della persona assistita
- Dimissioni per volontà dell'assistito o del tutore (con precisazione della motivazione, se espressa).

Nel caso in cui a seguito di valutazione periodica di un paziente ricoverato in RSA in sede di U.V.I. si configuri la necessità/opportunità di inserimento in cure domiciliari integrate, si avvia la procedura di dimissione protetta/programmata a domicilio. Sarà cura del responsabile del caso avviare e definire le modalità di rientro al domicilio e disporre la presa in carico da parte dell'U.O. distrettuale e dell'èquipe operativa.

E' comunque compito del direttore del distretto sul quale insiste la struttura attivare protocolli per la dimissione programmata a domicilio nei quali definire ruoli, tempi per la presa in carico, la continuità assistenziale e la fornitura di ausili, protesi e farmaci ed individuare un referente per la applicazione e il monitoraggio della procedura, preferibilmente nel responsabile distrettuale delle cure domiciliari o nel referente dell'integrazione sociosanitaria. Durante la permanenza in RSA può verificarsi la necessità di un ricovero temporaneo ospedaliero, e per tali periodi l'assistenza è temporaneamente sospesa. L'evento è registrato nel flusso informativo ministeriale FAR Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale-di seguito trattato. In questi casi il posto letto è conservato per un massimo di 7 giorni.

5. MONITORAGGIO

Le prestazioni residenziali per adulti persone affette da disturbi cognitivi e demenze sono monitorate attraverso i flussi informativi correnti attualmente in uso, che seguono regole specifiche per il conferimento e popolamento dei dati:

- modello ministeriale di rilevazione NSIS "STS 24" riquadro G,
- flusso ministeriale FAR, Banca dati dell'assistenza residenziale e semiresidenziale istituito dal Ministero della Salute con d.m. del 17/12/2008 e ss.mm. e ii.

- File H, ad uso della Regione Campania per il monitoraggio delle prestazioni.

E' obbligo delle AA.SS.LL. conferire i dati relativi alle prestazioni residenziali per adulti non autosufficienti erogate direttamente attraverso proprie RSA o attraverso strutture private in regime di accreditamento. Tanto per il monitoraggio dell'appropriatezza e dei vincoli economico finanziari.

Il conferimento dei dati attraverso i flussi ministeriali è un obbligo LEA definito dall'Intesa stato regioni del 15.3.2005 ed è oggetto di valutazione annuale da parte del Ministero dell'Economia e Finanze oltreché del Ministero della salute.

Ai fini della corretta alimentazione dei flussi è vincolante la trasmissione e la corretta e tempestiva alimentazione dei dati relativi alla valutazione multidimensionale.

Per quanto riguarda il modello di rilevazione STS, la codifica prevista per tale tipologia di assistenza è S09, mentre per il flusso FAR occorre utilizzare il codice prestazione R2D.

E' obbligo sia per le strutture pubbliche sia per le strutture private accreditate alimentare il flusso regionale File H.

6. STRUMENTI OPERATIVI DELLE UNITA' DI CURA

Cartella e diario

Presso la RSA è custodita la cartella personale dell'utente a disposizione dell'Équipe Operativa della struttura e del personale dell'ASL e del Comune/ambito per verifiche e monitoraggio del progetto assistenziale.

In tale cartella sono raccolti:

- Dati personali e anamnestici del paziente
- il Progetto Assistenziale Individualizzato
- il piano esecutivo,
- la valutazione multidimensionale

Il diario deve riportare la data di ingresso in struttura, gli interventi realizzati, le prestazioni garantite, le consulenze e le visite mediche, accertamenti effettuati, nonché gli episodi di cura e presa in carico rilevanti.

All'atto della dimissione il diario unico va completato mediante la compilazione della Scheda di Dimissione con la valutazione degli esiti e gli outcome raggiunti.

Inoltre, per ciascun modulo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

Registro delle consegne

registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc.

Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.

Il registro delle consegne deve essere visionato almeno ogni tre giorni dal responsabile della Struttura che appone firma per presa visione.

Il diario delle attività collettive

Inoltre, per ciascun modulo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

Regolamento interno

Il regolamento interno della RSA , di norma deve garantire:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione
- dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza.
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, all'interno della struttura, favorendo con
- orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori della RSA, consentendo all'ospite, compatibilmente con le sue condizioni psico-fisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura.
- la riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli Ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
- la socializzazione, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo;

- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate

- a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
- b) consentire l'identificazione di tutto il personale delle RSA mediante cartellini di identificazione ;
- c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
- e) conoscere la carta dei servizi vigente nella RSA.

E' fatto obbligo al responsabile della struttura di esporre, in modo visibile, all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali, collegati alle reali necessità.

Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione.

Il regolamento deve inoltre indicare:

- a) la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro.
- b) le norme igienico-sanitarie;
- c) le finalità degli interventi;
- d) l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- e) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- f) le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
- g) Le modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale.

Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico.

La Carta dei servizi

informazioni relative a:

- a) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli assistiti, delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e garantire la riservatezza
- b) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposta al pubblico in maniera visibile.

7. VIGILANZA E CONTROLLO

Le AASSLL effettuano controlli sulle RRSSAA. -R2D e sulle attività autorizzate, con periodicità almeno annuale ed anche mediante ispezioni.

L'attività di controllo è svolta, attraverso:

- a) Il servizio per l'igiene pubblica e ambientale per gli aspetti igienico- sanitari;
- b) Il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela della salute dei lavoratori e alla sicurezza degli impianti;
- c) L'U.O. Competente del Distretto e i Servizi Sociali del Comune o l'Ufficio di Piano del Distretto per gli aspetti assistenziali organizzativi e di funzionamento delle strutture.

La vigilanza e il controllo verificano anche il rispetto della Carta dei servizi della struttura, compreso l'uso corretto degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.

Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni, anche del Responsabile della R.S.A.

Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al Responsabile della R.S.A .

Inoltre il Direttore del Distretto sul quale insiste la struttura dispone anche la verifica delle condizioni assistenziali degli utenti e predispone, avvalendosi del referente per l'integrazione sociosanitaria e il responsabile della u.o. distrettuale, prevedendo il coinvolgimento del MMG e dell'assistente sociale del comune di residenza del paziente

8. ORGANICO

8.1 Figure professionali

- Assistente sociali con funzioni di responsabile della attività sociali
- Psicologo
- Infermieri.
- Fisioterapisti.
- Terapisti occupazionali.
- OSS, OSA ciascuno per i compiti propri della qualifica di appartenenza.
- Animatori di Comunità.
- Neuropsichiatra
- Medico specialista neurologo
- Medico specialista geriatra
- Assistente sociale

Deve essere individuato un responsabile della struttura e un Medico con funzioni di direttore sanitario.

La struttura deve essere dotata di idoneo personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e di continuità assistenziale, assistenza specialistica, erogabile dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente.

Le prestazioni di tipo alberghiero possono essere erogate in proprio o attraverso l'affidamento a società di servizi.

Si riportano nell'allegato le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle RR.SS.AA.

8.2 TRATTAMENTI EROGATI IN RSA PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZE E DISTURBI COGNITIVI

Agli ospiti delle RSA - R2D devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento dello stato di salute, delle capacità funzionali residue, della cura di se, ovvero al recupero o mantenimento della massima autonomia possibile, o rallentamento possibile del deterioramento delle capacità funzionali o al contrasto di riacutizzazioni e regressioni in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

I trattamenti erogati in Unità di cura R2D sono prevalentemente

- trattamenti farmacologici
- trattamento di riabilitazione, ivi compresa la riabilitazione neurocognitiva
- trattamenti medici
- assistenza infermieristica ed aiuto tutelare

persona e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'assistenza e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la consulenza generica e la collaborazione con le altre figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal piano individuale e, per le RSA anche la mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

- Attività sociali

1. Sono garantite dal personale in servizio presso la RSA, dotato di idonea qualifica professionale (assistente sociale) e consistono in:
2. -collaborazione nell'ambito dell'equipe multiprofessionale, nella rilevazione dei bisogni relazionali dell'ospite, delle potenzialità residue e nell'individuazione di strategie di risposta (stesura dei piani individuali di assistenza);
3. -programmazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
4. -coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari;
5. -mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza, attraverso sistematici incontri con familiari ed amici, utilizzando anche il contributo delle associazioni di volontariato, attività ludiche, prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;

- Interventi psicosociali. Negli interventi orientati alla cognitività sono incluse le tecniche di stimolazione cognitiva e di attivazione comportamentale, arricchimento sociale con lo scopo di mantenere le capacità cognitive e le abilità. Sono trattamenti combinati al trattamento farmacologico, sono eseguiti dai terapisti della riabilitazione, dallo psicologo, dal terapeuta occupazionale, dall'animatore

- assistenza sociale.

L'assistenza sociale è garantita dal Comune o dall'ambito di residenza del cittadino con le modalità previste per la generalità dei cittadini, in collaborazione con la struttura; essa comprende:

- -attività di segretariato sociale, anche relativamente a pratiche assistenziali, previdenziali, amministrative;
- -attività tutelari anche relativamente a nomina di tutori, amministratori di sostegno etc., assistenza sociale al nucleo familiare.

- prestazioni fisioterapiche e riabilitative, comprese le prestazioni di riabilitazione neurocognitiva, comportamentale.

Sono finalizzate al mantenimento delle abilità e al rallentamento della perdita di funzioni e abilità per effetto dell'invecchiamento o della patologia, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti); dette prestazioni comprendono inoltre la prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei

Le modalità dell'intervento terapeutico di riabilitazione cognitiva per i pazienti con demenza prevedono approcci aspecifici e globali, oppure specifici con tecniche orientate al trattamento di singole funzioni cognitive. L'intervento aspecifico può essere effettuato con l'utilizzo di tecniche validate come la terapia di Validazione, la terapia della Reminiscenza, la Terapia di Ri-orientamento della realtà (ROT), la Cognitive Stimulation Therapy (CST) e la Terapia Occupazionale (TO). Le ultime tre sono le più utilizzate, e per le quali esistono protocolli operative già diffusi e validati. Tali prestazioni sono garantite garantiti con il personale interno alla struttura e eventualmente con la integrazione del personale già utilizzato per i CDCD, nell'ambito del PDTA demenze.

Tale tipologia di prestazioni sono comunque garantite in raccordo e con la regia del CDCDC di riferimento e della sua équipe di riferimento. L'intervento specifico si riferisce a trattamenti dedicati a singole funzioni cognitive e si avvale sia di metodi "carta e penna", che di strumenti informatici con programmi di riabilitazione cognitiva al computer la cui efficacia si sta dimostrando sempre maggiore dando un valore aggiunto all'intervento. Il trattamento di riabilitazione cognitiva prevede un approccio terapeutico individualizzato, dove la collaborazione tra più figure professionali (medico specialista, psicologo, terapeuta occupazionale, ecc) realizza il piano di intervento sulla base delle caratteristiche cliniche e cognitive del paziente. Si esegue congiuntamente all'animazione e terapia occupazionale.

- Attività di mobilitazione prevenzione dei decubiti e delle sindromi da allettamento , compresa le attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, gli stili di vita salutari ed utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia
- consulenza e controllo dietologico: comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti, sono a carico della ASL. Il Direttore del Distretto, effettuata la verifica dell'impossibilità a garantire con personale proprio o con personale già contrattualizzato in altri setting assistenziali può concordare con la struttura le condizioni perché la struttura stessa garantisca le prestazioni;
- prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, nonché tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione, concorso nella verifica dell'attuazione del progetto individuale
- prestazioni di tipo alberghiero: comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine
- Attività motorie adeguate finalizzate a mantenere la mobilità, il livello di attivazione fisica, gli stili di vita salutari ed utili al mantenimento dello stato di salute e dell'autonomia

- trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni

Eventuali prestazioni non previste dal progetto individuale, vanno concordate all'interno dell'U.V.I. e successivamente autorizzate. Sono escluse le prestazioni che si rendono necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico le quali sono comunicate all'U.V.I..

Inoltre, agli ospiti delle RSA, sono assicurate le prestazioni odontoiatriche alle condizioni previste per la generalità dei cittadini e l'intervento del podologo.

Sono, altresì, assicurate:

- a) prestazioni di cura personale (barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

Tutte le prestazioni sanitarie nei confronti degli ospiti sono assicurate dall'ASL o sono comunque a carico del SSN. Le RRSSAA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la razionalizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

Compiti del direttore di distretto

Il Direttore del distretto sul quale insiste la RSA provvede agli adempimenti connessi alla garanzia dei trattamenti necessari per la presa in carico del paziente. In base alle indicazioni contenute nella richiesta del Distretto di residenza del paziente, dispone che le UU.OO. Distrettuali preposte assicurino l'eventuale fornitura di preparati per nutrizione artificiale, e dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 e 17 del DPCM 12.1.2017 recante definizione e aggiornamenti dei Lea affinché siano disponibili fin dall'ammissione del paziente in struttura e comunque per tutta la permanenza dello stesso, previa verifica della necessità della fornitura, garantendone l'erogazione continuata da parte della farmacia distrettuale e dal distretto.

E' compito del Direttore del distretto in cui insiste la RSA definire la procedura per assicurare in modo continuativo l'approvvigionamento e la fornitura di quanto sopra indicato senza ulteriore aggravio per la famiglia e duplicazione di iter burocratico.

Inoltre, oltre a definire come già indicato il protocollo e la procedura per la dimissione protetta /programmata a domicilio, definisce altresì le modalità organizzative con le quali garantire le prestazioni di medicina specialistica specifiche quali consulenza geriatrica, neurologica, consulenza e controllo dietologico, in ordine alla condizione clinica dell'utente e alla patologia, individuando il personale interno all'asl o stipulando convenzioni con i p.o., aorn vicini.

Compiti del CDCD

Il CDCD distrettuale è il luogo della presa in carico del soggetto con diagnosi di demenza e della sua famiglia e si caratterizza per una forte integrazione con l'organizzazione distrettuale; al Centro accedono i pazienti nelle fasi moderate e severe di malattia.

accompagnamento, eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, accesso ai presidi e ausili protesici, assistenza domiciliare integrata e programmata, accesso ai centri diurni e alle RSA per disturbi cognitivi e demenze-R2D). Il CDCD -Centro distrettuale partecipa alla realizzazione del PDTA per i soggetti affetti da demenza, garantisce, inoltre, la continuità assistenziale nelle fasi avanzate con funzioni di indirizzo, controllo e coordinamento tra il medico di famiglia, i reparti ospedalieri e i Servizi sanitari distrettuali, le strutture di ricovero RSA.

Opera in stretta collaborazione con il Distretto di appartenenza, prende parte direttamente alle U.V.I. alle quali partecipa sia nella fase di valutazione, redazione del P.A.I. anche nella fase di monitoraggio e rivalutazione del caso, monitora i casi e supporta e coadiuva le unità operative, le équipe territoriali dei distretti nella presa in carico, alla quale partecipa anche con forme di consulenza. Ha il compito di valutare e ricoverati presso le RSA -R2D e ne monitora l'andamento della malattia.

Effettua in modo diretto o in collegamento funzionale con le unità operative territoriali:

- l'accertamento della diagnosi, approfondimenti di valutazione neuropsicologica, funzionale e comportamentale;
- il trattamento farmacologico (per il disturbo cognitivo e per il controllo dei disturbi comportamentali) e psicosociale (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà,
- terapia occupazionale);
- i successivi follow-up per il monitoraggio dei trattamenti in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;
- l'attività informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.

Lavora, inoltre, insieme ai Servizi territoriali , garantendo:

- supporto ai familiari impegnati nell'assistenza, con incontri informativi dove approfondire aspetti sanitari, psicologici, di comportamento e di sicurezza legati allo sviluppo della malattia
- approfondimenti diagnostici specialistici
- la formulazione di programmi specifici di aggiornamento professionale per gli operatori del settore
- alimentazione dei flussi informativi, conferisce dati all'osservatorio epidemiologico
- collaborazione con il direttore di distretto per la lista di attesa per le Rsa -R2D, secondo modalità definite con atti regionali

TABELLA DELLE PRESTAZIONI EROGATE

PRESTAZIONI	EROGATORE
a) medicina generale	M.M.g. + A.S.L. in caso di urgenza e nelle ore notturne si attiva il medico della continuità assistenziale
b) specialistiche, farmaceutiche, protesiche ed integrative	PERSONALE INTERNO+A.S.L.per le prestazioni protesiche ed integrative e Le prestazioni di medicina specialistica non previste dal pai che sono garantite dal personale proprio dell'asl o con protocolli stipulati dall'A.S.L. con P.O./A.O.R.N. vicini* vicini* vicini* vicini*
c) infermieristiche	Struttura con personale interno
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno
e) attività sociali	Struttura con personale interno
f) assistenza sociale	Servizi sociali territoriali
g) fisioterapiche e riabilitative	Struttura con personale interno, salvo particolari esigenze per le quali l'A.S.L verificata la impossibilità di utilizzare personale proprio può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni, a condizioni concordate.
h) consulenza e controllo dietologico	ASL
i) sostegno psicologico, riabilitazione cognitiva	Struttura con personale interno + ASL* per particolari esigenze comunque concordate con il CDCD.
l) alberghiere	Struttura con personale interno
m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione con l'ambiente	Struttura con personale interno
n) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie esterne	Struttura con personale interno

* il Distretto, verificata l'impossibilità ad erogare con proprio personale o con personale all'uopo può stabilire che la struttura garantisca le prestazioni a condizioni concordate

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 95 del 19 Dicembre 2018

PARTE I



Atti della Regione

**PARTE QUINTA PERSONALE E
MINUTI DI ASSISTENZA****Articolazione del personale e minuti di assistenza**

Ogni struttura, anche con unità di cura diverse, deve garantire la presenza di un medico con funzioni di Direttore sanitario. Per le strutture con 120 posti letto il Direttore sanitario deve svolgere servizio a tempo pieno.

RSA – R3: ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI**MINUTI DI ASSISTENZA**

RSA ADULTI N.A. R3 Trattamenti di Alto Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	216
	Fisioterapista	108
	Terapista Occupazionale	0
	Animatore di Comunità	108
	Assistente sociale	36
	OSA	324
	OSS	540

RSA ADULTI N.A. R3 Trattamenti di Medio Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	108
	Fisioterapista	108
	Terapista Occupazionale	54
	Animatore di Comunità	108
	Assistente sociale	36
	OSA	324
	OSS	324

ORGANICO

**RSA ADULTI N.A. R3 – Organico minimo
RSA ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI**

1, 95, del 19 Dicembre 2018
n.

Profilo	Qualif. Funzionale	Operatori/modulo
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	1,5
	Fisioterapista	1
	Terapista Occupazionale	0,25
	Animatore di Comunità	1
	Assistente sociale	0,33
	OSA	3
	OSS	4

TARIFFE

Tariffe di cui al DCA n. 110/2014

ADULTI ALTO CARICO € 121,26

ADULTI MEDIO CARICO € 105,83

RSA – RD3: DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI

MINUTI DI ASSISTENZA

RSA DISABILI N.A. Trattamenti di Alto Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	216
	Fisioterapista	162
	Terapista Occupazionale	108
	Educatore Professionale	108
	Animatore di Comunità	0
	Assistente sociale	36
	OSA	324
	OSS	540

RSA DISABILI N.A. Trattamenti di Medio Livello Assistenziale		
Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	108
	Fisioterapista	162
	Terapista Occupazionale	108
	Educatore Professionale	108
	Animatore di Comunità	108
	Assistente sociale	36
	OSA	216
	OSS	216

RSA DISABILI N.A. Organico minimo per modulo per 20 ospiti		
Profilo	Qualif. Funzionale	n. Operatori/modulo
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	2
	Fisioterapista	1,5
	Terapista Occupazionale	1
	Educatore Professionale	1
	Animatore di Comunità	0,5
	Assistente sociale	0,33
	OSA	2,5
	OSS	4

TARIFFE**Tariffe di cui al DCA n. 110/2014**

DISABILI ALTO CARICO € 131,64

DISABILI MEDIO CARICO € 107,21

**RSA – R2D: PERSONE CON DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE
MINUTI DI ASSISTENZA E ORGANICO MODULO**

Modulo R2D

n. 95 del 19 Dicembre 2018

PARTE I

Atti della Regione

Profilo	Qualif. Funzionale	Min/sett/osp	lo
Personale medico	GERIATRA	54	0,5
	NEUROLOGO	54	0,5
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	infermiere	H24	6
	fisioterapista	108	1
	Terapista occupazionale	54	0,5
	psicologo	72	0,6
	Animatore comunità	108	1
	Assistente sociale	36	0,33
	osa	H 24	10
	oss	400	3,7

TARIFFE

DEMENZE

PRIMI 60 GIORNI € 173

SUCCESSIVI 12 MESI € 147



Decreto Dirigenziale n. 1549 del 11/12/2018

Direzione Generale 11 - Istruzione, Formazione, Lavoro e Politiche
Giovanili

Oggetto dell'Atto:

POR CAMPANIA FSE 2014 -2020 - ASSE I, OT 8, OBIETTIVO SPECIFICO 4-AZIONE 8.6.1. AVVISO "TRAINING PER COMPETERE - FORMAZIONE CONTINUA IN AZIENDA"(DGR N. 420 DEL 27/07/2016 E SS.MM. E II) - D.D. N. 305 DEL 13/09/2016 E D.D. N. 331 DEL 07/10/2016 - RIPARAMETRAZIONI AUTORIZZATE, REVOCA FINANZIAMENTI BENEFICIARI E PRESA D'ATTO DELLE RINUNCE PERVENUTE - PROPOSTA DI DISIMPEGNO DELLE SOMME E AMMISSIONE A FINANZIAMENTO DEFINITIVA.

OGGETTO DELL'ATTO : POR CAMPANIA FSE 2014 -2020 - ASSE I, OT 8, OBIETTIVO SPECIFICO 4- AZIONE 8.6.1. AVVISO "TRAINING PER COMPETERE - FORMAZIONE CONTINUA IN AZIENDA" (DGR N. 420 DEL 27/07/2016 E SS.MM. E II) - D.D. N. 305 DEL 13/09/2016 E D.D. N. 331 DEL 07/10/2016 – RIPARAMETRAZIONI AUTORIZZATE, REVOCA FINANZIAMENTI BENEFICIARI E PRESA D'ATTO DELLE RINUNCE PERVENUTE – PROPOSTA DI DISIMPEGNO DELLE SOMME E AMMISSIONE A FINANZIAMENTO DEFINITIVA.

PREMESSO CHE

- la Giunta Regionale, con deliberazione n. 420 del 27.07.2016, ha programmato risorse finanziarie per 12ML a valere sul POR FSE Campania 2014/2020, Asse I "Occupazione", OT 8 "Promuovere un'occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori", Obiettivo Specifico 4 "Favorire la permanenza al lavoro e la ricollocazione dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi (RA 8.6)" Azione 8.6.1 "Azioni integrate di politiche attive e politiche passive, tra cui azioni di riqualificazione e di outplacement dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi collegate a piani di riconversione e ristrutturazione aziendale";

CONSIDERATO CHE

- con Decreto Dirigenziale n. 305 del 13/09/2016 è stato approvato l' "Avviso pubblico Training per Competere- Formazione continua in Azienda", con i relativi allegati pubblicati sul BURC n. 61 del 16 Settembre 2016 ;
- le risorse del POR FSE Campania 2014/2020, destinate al finanziamento dell'Avviso, a valere sull'Asse I, OT 8, Ob. Spec. 4 , Azione 8.6.1, ammontano complessivamente ad € 12.000.000,00;
- con Decreto Dirigenziale n. 331 del 07/10/2016 si è proceduto all'annullamento in autotutela del citato decreto e all'approvazione del nuovo Avviso pubblico e dei relativi allegati sul BURC n. n. 66 del 10 Ottobre 2016;
- ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 dell'Avviso, le domande di partecipazione corredate dagli allegati richiesti devono essere presentate dal Soggetto Proponente/Attuatore (azienda capofila del raggruppamento nel caso di progetti pluriaziendali), esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo: trainingpercompetere@pec.regione.campania.it, dalle ore 9.00 del 24 ottobre 2016 sino alle ore 24.00 del 24 ottobre 2017 , pena l'inammissibilità;
- la Giunta Regionale con la deliberazione n. 253 del 09/05/2017 ad oggetto " Formazione-Lavoro per ex percettori di ammortizzatori sociali ordinari e straordinari ora privi di sostegno al reddito e/o disoccupati. Riprogrammazione risorse" ha disposto, tra l'altro, di rimodulare le azioni previste dalla DGR n. 420/16;
- con Decreto Dirigenziale n. 430 del 17/05/2017 sono stati nominati i componenti del nucleo di ammissibilità delle domande pervenute alla data del 31.03.2017 di cui all'art. 10 dell'Avviso de quo;
- con Decreto Dirigenziale n. 368 del 31/07/2017 tra l'altro si è preso atto della verifica di ammissibilità svolta dal Nucleo di ammissibilità nominato con Decreto Dirigenziale n. 430 del 17/05/2017, trasmessa, con nota n. 2017.0519750 del 28/07/2017 al RUP e Direttore Generale dell'Istruzione, la Formazione, il Lavoro e le Politiche Giovanili e Responsabile dell'Obiettivo Specifico, dalla quale risultano n. 123 progetti ammissibili e finanziabili, n. 13 progetti ammissibili e non finanziabili, n. 15 progetti non ammessi con indicazione delle relative motivazioni di esclusione;

- con D.D. n. 1061 del 04/12/2017 si è proceduto ad ammettere a finanziamento definitivo n.124 progetti ammissibili e finanziabili per un importo complessivo pari a € 11.981.221,01, n. 9 progetti ammissibili e non finanziabili e n. 18 progetti non ammessi con i relativi motivi di esclusione come da allegati A, B e C al citato Decreto;
- con Decreto Dirigenziale n. 139 del 07/12/2017 è stato assunto l'impegno di spesa a valere sulle risorse del POR Campania FSE 2014-2020, Asse I, Obiettivo Specifico 4, Azione 8.6.1 per un importo complessivo pari a € 11.981.221,01;
- con D.D. n. 155 del 26/02/2018 si è proceduto, tra l'altro, all'integrazione del componente del nucleo di ammissibilità delle proposte pervenute;
- con D.D. n. 270 del 26/09/2018 del Dirigente della U.O.D. 02 "Gestione Finanziaria del POR FSE Campania" della Direzione Generale 51.01 "Programmazione Economica e Turismo" si è proceduto al disimpegno, dell'importo complessivo di € **1.773.952,80** sull'impegno assunto con DD n. 139 del 07/12/2017;
- con D.D. n. 1289 del 19/10/2018 si è proceduto a prendere atto della rinuncia presentata dal Soggetto Proponente "ZORAC SRLS" per il progetto "FORMATECH II" C.U. 03 - CODICE SURF 16040AP000000003 - CUP B29D16011490009 con un finanziamento assentito pari a euro 24.840,00;
- con D.D. n. 1382 del 12/11/2018 si è disposto, tra l'altro,
 - di procedere allo scorrimento della graduatoria ammettendo a finanziamento i progetti presenti nell'elenco degli interventi ammessi e non finanziabili di cui all'Allegato B al D.D. n. 1061 del 04/12/2017 per un numero pari a **n. 9** per un importo complessivo pari a € **536.200,00** così come da **Allegato A** al succitato decreto che ne forma parte integrante e sostanziale ;
 - di prendere atto, altresì, della verifica di ammissibilità svolta dal Nucleo di ammissibilità nominato con D.D. n. 430 del 17/05/2017 e successivamente integrato con D.D. n. 155 del 26/02/2018 delle proposte pervenute sulla piattaforma dedicata al dispositivo;
 - di ammettere, altresì, a finanziamento ulteriori **n. 12** progetti per un importo complessivo di € **1.104.836,00** così come da **Allegato A** al succitato decreto che ne forma parte integrante e sostanziale ;
 - di approvare l'elenco dei progetti ammessi e non finanziabili come da **Allegato B** e l'elenco dei progetti non ammessi come da **Allegato C** con l'indicazione delle relative motivazioni di esclusione;
- a seguito delle opportune verifiche amministrative, preliminari alla definizione degli adempimenti consequenziali in capo agli uffici preposti, i progetti rubricati con i codici ufficio di seguito riportati presenti nella graduatoria provvisoria pubblicata con D.D. n. 1382 del 12/11/2018 , sono risultati non ammissibili per le motivazioni di seguito esposte:
 - con nota PEC del 20/11/2018, è stato inoltrato preavviso di revoca al Soggetto Proponente "GOSER SOC. COOP" per il progetto "PIANO DI AGGIORNAMENTO SULL'EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI DI SANIFICAZIONE" C.U. 151 per "mancato riscontro a richiesta dati anagrafici nei termini prescritti cui non hanno fatto seguito le controdeduzioni del Beneficiario nei tempi disposti;
 - con nota PEC del 22/11/2018, il Legale Rappresentante del Soggetto Proponente C.U. 157 dell'ATS a costituirsi "ME.CA IMPIANTI DI CASONE AMODIO", ha comunicato formale rinuncia delle Società "NAVAL MAINTENANCE SRL" e "CENTRO SERVIZI EDILI SRL" al progetto dal titolo "TORRE STABIA PER IL CAMBIAMENTO" con conseguente necessità di ridefinizione del contributo pubblico da ammettere a finanziamento e che , il Nucleo di ammissibilità, con verbale del 26/11/2018, ha ritenuto ammissibile la

richiesta formulata dalla Società "ME.CA IMPIANTI DI CASCONO AMODIO" rideterminando il contributo pubblico assentito pari a euro 200.361,28.

- per mero errore materiale, nell'Allegato A al citato D.D. n.1382 del 12/11/2018 non sono stati riportati, per taluni progetti, le quote di cofinanziamento privato e per il CU 149 sono state erroneamente riportate le quote contributo pubblico assentito, di cofinanziamento privato e costo totale progetto;
- occorre, pertanto, provvedere alla revoca del finanziamento assentito in via provvisoria relativamente al progetto sopra riportato CU n.151 per le motivazioni succitate;
- occorre, altresì, procedere allo scorrimento della graduatoria a seguito delle esclusioni e della rettifica apportata per il succitato errore materiale, atteso che la verifica di ammissibilità delle istanze pervenute, a valere sul presente dispositivo, è stata realizzata fino alla concorrenza delle risorse disponibili pari ad € 12.000.000,00;

PRESO ATTO CHE

- per tutte le motivazioni considerate, a seguito dello scorrimento della graduatoria, sono utilmente finanziabili i progetti presenti nell'elenco degli interventi ammessi e non finanziabili di cui al D.D. n.1382 del 12/11/2018 come di seguito indicati :

N.	Soggetto proponente	Soggetto Attuatore	Titolo del progetto	Contributo Pubblico
165	SCONGELANDO S.R.L.	SCONGELANDO S.R.L.	TECNICO DEL CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E DELLA QUALITA' ALIMENTARE	€ 75.960,00

RITENUTO PERTANTO

- di dover richiedere alla UOD 50.01.01 - Gestione Finanziaria del POR FSE Campania 2014-2020, il disimpegno del finanziamento assentito al Soggetto Proponente "ZORAC SRLS"- C.U. 03 - CODICE SURF 16040AP000000003 - CUP B29D16011490009 per le motivazioni succitate, per un importo complessivo pari a € 24.840,00 , di cui € 18.630,00 in quota UE (75%), in quota Stato (17,5%) € 4.347,00 e in quota delibera CIPE (7,5%) e € 1.863,00 , a valere sulle risorse del POR Campania FSE 2014-2020, come di seguito specificato:

CAP	Denominazione	Missione	Programma	Titolo	Macroaggregato	IV livello piano dei conti	COFOG	Codice UE	Spesa ricorrente	Perimetro Sanità
8670	POR FSE 2014-2020 - Asse I - Obiettivo Specifico 4 - Azione 8.6.1 - Azioni integrate di politiche attive e politiche passive - IMPRESE	15	04	02	203	2.03.03.03.000	04.1	3	4	3

- di dover stabilire che il disimpegno in questione sul capitolo citato presenta la competenza economica di seguito riportata:

Capitolo	Denominazione	Competenza 01/01/2017-31/12/2017	Competenza 01/01/2018-31/12/2018
8670	POR FSE 2014-2020 - Asse I - Obiettivo Specifico 4 - Azione 8.6.1 -Azioni integrate di politiche attive e politiche passive – IMPRESE	€ 17.388,00	€ 7.452,00

- di dover revocare il finanziamento assentito in via provvisoria al Soggetto Proponente "GOSER SOC. COOP" per la realizzazione del progetto denominato "PIANO DI AGGIORNAMENTO SULL'EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI DI SANIFICAZIONE" C.U. 151 per un finanziamento assentito pari a euro 75.00,00 e per le motivazioni succitate;
- di dover prendere atto dell'istruttoria compiuta dal Nucleo di ammissibilità, con verbale del 26/11/2018 con la quale ha ritenuto ammissibile la richiesta formulata dalla Società "ME.CA IMPIANTI DI CASCONO AMODIO" rideterminando il contributo pubblico assentito in via provvisoria per un importo pari a euro 200.361,28;
- di dover procedere, pertanto, allo scorrimento e all'approvazione definitiva della graduatoria ammettendo a finanziamento n.ro 21 progetti ammissibili e finanziabili per un importo complessivo pari a € 1.604.982,88 così come da Alleg. A , n. 56 progetti ammissibili e non finanziabili come da Alleg. B e n. 11 progetti non ammessi con i relativi motivi di esclusione che formano parte integrante del presente decreto;
- di dover rinviare ad atto successivo l'assunzione dell'impegno contabile delle risorse a valere sul POR FSE Campania 2014/2020, Asse I "Occupazione", OT 8 "Promuovere un'occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori", Obiettivo Specifico 4 " Favorire la permanenza al lavoro e la ricollocazione dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi (RA 8.6)" Azione 8.6.1 "Azioni integrate di politiche attive e politiche passive, tra cui azioni di riqualificazione e di outplacement dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi collegate a piani di riconversione e ristrutturazione aziendale;
- di dover informare i beneficiari del presente dispositivo che l'accettazione del finanziamento implica anche l'accettazione del loro inserimento nell'elenco delle operazioni pubblicato sul sito istituzionale dedicato al POR Campania FSE 2014-2020 ai sensi dell'articolo 115, paragrafo 2 del Reg. (UE) n. 1303/2013;
- di dover disporre, che la pubblicazione del presente atto sul BURC e sul sito web della Regione Campania ha valore di notifica agli interessati e sul sito dedicato al FSE www.fse.regione.campania.it;
- di trasmettere il presente provvedimento alla UOD 50.01.01 - Gestione Finanziaria del POR FSE Campania 2014-2020, sussistendone i presupposti di fatto e di diritto per l'adozione del

corrispondente successivo decreto di disimpegno contabile di spesa, relativo all'operazione sopra citata, a valere sul capitolo di bilancio sopra citato e all'ADG POR Campania FSE 2014/2020 2020 e alla Sezione relativa agli adempimenti previsti dalla Legge Regionale n. 23 del 28/07/2017 "Regione Campania Casa di Vetro. Legge annuale di semplificazione 2017".

VISTI

- gli atti e la normativa richiamata in premessa;
- il D.D. n. 161 del 18/07/2016 di conferimento dell'incarico al Direttore Generale dell'Istruzione, la Formazione, il Lavoro e le Politiche Giovanili;
- il D.D. n. 272 del 30/12/2016 con cui il Presidente della Giunta Regionale ha designato quali Responsabili di Obiettivo Specifico (RdOS) del POR Campania FSE 2014-2020 i Dirigenti pro tempore incardinati nelle strutture regionali riportate nell'Allegato A del citato Decreto;
- la D.G.R. n. 11 del 16/01/2018 di approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario per il triennio 2018-2020 e del bilancio gestionale 2018-2020 della Regione Campania con contestuale aggiornamento dei residui e della cassa;
- il D.D. n. 535 del 16/05/2018 con cui è stato aggiornato il nuovo Team di Obiettivo Specifico di supporto alla Direzione Generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro, e le Politiche Giovanili;
- il Decreto Dirigenziale n. 281 del 30/11/2018 pubblicato sul BURC n. 91 del 3 Dicembre 2018 si è proceduto ad un ulteriore aggiornamento del Manuale delle procedure di gestione, delle Linee guida per i beneficiari e del Manuale dei controlli di I livello del POR Campania FSE 2014/2020 e relativi allegati;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dall'Ufficio competente, dal Team di obiettivo specifico a supporto del Responsabile di Obiettivo Specifico

DECRETA

per tutto quanto espresso in narrativa che qui si intende integralmente riportato di:

- di richiedere alla UOD 50.01.01 - Gestione Finanziaria del POR FSE Campania 2014-2020, il disimpegno del finanziamento assentito al Soggetto Proponente "ZORAC SRLS"- C.U. 03 - CODICE SURF 16040AP000000003 - CUP B29D16011490009 per le motivazioni succitate, per un importo complessivo pari a € 24.840,00 , di cui € 18.630,00 in quota UE (75%), in quota Stato (17,5%) € 4.347,00 e in quota delibera CIPE (7,5%) e € 1.863,00 , a valere sulle risorse del POR Campania FSE 2014-2020, come di seguito specificato:

CAP	Denominazione	Missione	Programma	Titolo	Macroaggregato	IV livello piano dei conti	COFOG	Codice UE	Spesa ricorrente	Perimetro Sanità
8670	POR FSE 2014-2020 - Asse I - Obiettivo Specifico 4 - Azione 8.6.1 - Azioni integrate di politiche attive e politiche passive - IMPRESE	15	04	02	203	2.03.03.03.000	04.1	3	4	3

- di stabilire che il disimpegno in questione sul capitolo citato presenta la competenza economica di seguito riportata:

Capitolo	Denominazione	Competenza 01/01/2017-31/12/2017	Competenza 01/01/2018-31/12/2018
8670	POR FSE 2014-2020 - Asse I - Obiettivo Specifico 4 - Azione 8.6.1 -Azioni integrate di politiche attive e politiche passive – IMPRESE	€ 17.388,00	€ 7.452,00

- di revocare il finanziamento assentito in via provvisoria al Soggetto Proponente “GOSER SOC. COOP” per la realizzazione del progetto denominato “PIANO DI AGGIORNAMENTO SULL’EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI DI SANIFICAZIONE” C.U. 151 per un finanziamento assentito pari a euro 75.00,00 e per le motivazioni succitate;
- di prendere atto dell’istruttoria compiuta dal Nucleo di ammissibilità, con verbale del 26/11/2018 con la quale ha ritenuto ammissibile la richiesta formulata dalla Società “ME.CA IMPIANTI DI CASCONO AMODIO” rideterminando il contributo pubblico assentito in via provvisoria per un importo pari a euro 200.361,28;
- di procedere, pertanto, allo scorrimento e all’approvazione definitiva della graduatoria ammettendo a finanziamento n.ro **21** progetti ammissibili e finanziabili per un importo complessivo pari a € **1.604.982,88** così come da Alleg. A , n. **56** progetti ammissibili e non finanziabili come da Alleg. B e n. **11** progetti non ammessi con i relativi motivi di esclusione che formano parte integrante del presente decreto;
- di rinviare ad atto successivo l’assunzione dell’impegno contabile delle risorse a valere sul POR FSE Campania 2014/2020, Asse I “Occupazione”, OT 8 “Promuovere un’occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori”, Obiettivo Specifico 4 “ Favorire la permanenza al lavoro e la ricollocazione dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi (RA 8.6)” Azione 8.6.1 “Azioni integrate di politiche attive e politiche passive, tra cui azioni di riqualificazione e di outplacement dei lavoratori coinvolti in situazioni di crisi collegate a piani di riconversione e ristrutturazione aziendale;
- di informare i beneficiari del presente dispositivo che l’accettazione del finanziamento implica anche l’accettazione del loro inserimento nell’elenco delle operazioni pubblicato sul sito istituzionale dedicato al POR Campania FSE 2014-2020 ai sensi dell’articolo 115, paragrafo 2 del Reg. (UE) n. 1303/2013;
- di disporre, che la pubblicazione del presente atto sul BURC e sul sito web della Regione Campania ha valore di notifica agli interessati e sul sito dedicato al FSE www.fse.regione.campania.it;
- di trasmettere il presente provvedimento alla UOD 50.01.01 - Gestione Finanziaria del POR FSE Campania 2014-2020, sussistendone i presupposti di fatto e di diritto per l’adozione del corrispondente successivo decreto di disimpegno contabile di spesa, relativo all’operazione sopra citata, a valere sul capitolo di bilancio sopra citato e all’ADG POR Campania FSE 2014/2020 2020 e

alla Sezione relativa agli adempimenti previsti dalla Legge Regionale n. 23 del 28/07/2017 "Regione Campania Casa di Vetro. Legge annuale di semplificazione 2017".

- dare atto che per la fattispecie oggetto del presente provvedimento ricorre l'obbligo della pubblicazione ai sensi del D.lgs n. 33/2013, artt. 26 e 27 e ss.mm.ii.;
- inviare il presente provvedimento al Capo di Gabinetto, al Responsabile della Programmazione Unitaria, all'Autorità di Gestione POR Campania FSE 2014/2020, all'Ufficio Regionale competente per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Maria Antonietta D'Urso



Avviso pubblico " Training per competere – Formazione continua in azienda"
D.D. n. 305 del 13/09/2016 e D.D. n. 331 del 07/10/2016
Progetti ammessi e finanziabili

Allegato A

CU	SOGGETTO PROPONENTE	SOGGETTO ATTUATORE	TITOLO DEL PROGETTO	CONTRIBUTO PUBBLICO RICHIESTO	COFINANZIAMENTO PRIVATO	COSTO TOTALE DEL PROGETTO	CONTRIBUTO PUBBLICO ASSENTITO
142	CENTRO STUDI DELLA SCOLIOSI SRL	CENTRO STUDI DELLA SCOLIOSI SRL	OPERATORE AMMINISTRATIVO	€ 50.000,00	€ 25.000,00	€ 75.000,00	€ 50.000,00
143	MESTIERI CAMPANI-CONSORZIO DI COOP.SOCIALI-SOC.DI COOP.SOC	MCG CONSULTING S.R.L.	ECNICO ESPERTO PER L'INSERIMENTO,REINSERIMENTO LAVORATIVO DI SOGGETTI SVANTAGGIATI	€ 66.500,00	€ 28.500,00	€ 95.000,00	€ 66.500,00
144	LA LOCOMOTIVA ONLUS SOC. COOP.SOC.A R.L.	ASSOCIAZIONE OBIETTIVO NAPOLI ONLUS	FORMAZIONE CONTINUA LA LOCOMOTIVA	€ 79.800,00	€ 0,00	€ 79.800,00	€ 79.800,00
145	TECNOLOGIE IND.LI & AERONAUTICHE SPA	TECNOLOGIE IND.LI & AERONAUTICHE SPA	AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI ADDETTI AI SISTEMI CNC	€ 49.040,00	€ 21.017,14	€ 70.057,14	€ 49.040,00
146	LATTERIA VESUVIANA SRL	LATTERIA VESUVIANA SRL	ADDETTO AL CONFEZIONAMENTO DI PRODOTTI ALIMENTARI	€ 60.500,00	€ 0,00	€ 60.500,00	€ 60.500,00
147	SOCIETA' COOP.ISCHIA BARCHE A R.L.	SOCIETA' COOP.ISCHIA BARCHE A R.L.	TECNICO ESPERTO DI CUSTOMER CARE	€ 60.500,00	€ 0,00	€ 60.500,00	€ 60.500,00
148	MILLENNIUM COSTRUZIONI DI CITRO MARIO	MANAGEMENT HOUSE ITALIA SRL	TRAINING PER COMPETERE-MONITORAGGIO E SUPERVISIONE DEL SISTEMA DI CONTROLLO QUALITA'	€ 37.500,00	€ 0,00	€ 37.500,00	€ 36.780,00
149	COOP. UNICA DEI LAVORATORI DEL PORTO "F.GIOIA"	C.S.P.S. (CENTRO STUDI PROGRAMMAZIONE E SVILUPPO)	AGGIORNAMENTO DELLE COMPETENZE TECNICHE AZIENDALI	€ 63.840,00	€ 35.750,40	€ 89.376,00	€ 53.625,60
153	LAMBERTI 1870 -S.R.L.	LAMBERTI 1870- S.R.L.	AGGIORNAMENTO DELE COMPETENZE PER ADDETTO ALLE VENDITE	€ 48.400,00	€ 20.742,85	€ 69.142,85	€ 48.400,00
154	IL GIRASOLE SOC.COOP.SOC.ONLUS	IL GIRASOLE SOC.COOP.SOC.ONLUS	EDUCATORE PER L'INFANZIA	€ 72.600,00	€ 0,00	€ 72.600,00	€ 72.600,00
155	DITRONETWORK SRL	CENTRI LINGUISTICI CONSORZIATI S.C.P.A.	CORSO PER ADDETTI ALL'AMMINISTRAZIONE	€ 84.700,00	€ 36.300,00	€ 121.000,00	€ 84.700,00
156	RUGGI SERVICE SRLS	RUGGI SERVICE SRLS	TRAINING PER COMPETERE PER RUGGI SERVICE	€ 148.560,00	€ 0,00	€ 148.560,00	€ 148.560,00
157	ME.CA. IMPIANTI DI CASCONO AMODIO in ATI con MIRAGI SRL SV GROUP SRL S.I.N. SERVICE SRL MECCANICA RUSSO SRL GE.SA. SRL NAVAL MAINTENANCE SRL LU.PA. SRL ETS - SRL SOCIETA' CONSORTILE GEFA ITALIA ARL DG SCAVI SRL C.O.S.M.A. SRL - GPS Srl	I.C.F. ISTITUTO CENTRALE DI FORMAZIONE	TORRE STABIA PER FORMARE IL CAMBIAMENTO	€ 200.361,28	€ 85.869,12	€ 286.230,40	€ 200.361,28
158	HACCA IMPIANTI SRL IN ATI con KOME' SRL SOSMA SRL EUROASCENSORI SERVICE SRL	CAMPANIA FUTURA SRL	FORMARSI PER ELEVARSI	€ 74.520,00	€ 0,00	€ 74.520,00	€ 74.520,00
159	INFRABEN SRL	INFRABEN SRL	CERCATORI DI CONOSCENZE	€ 25.000,00	€ 12.500,00	€ 37.500,00	€ 25.000,00
160	BOVIAR SRL	META SCARL	TECNICO DELLA PROGETTAZIONE IMPLEMENTAZIONE E MANUTENZIONE DI SISTEMI DI DATABASE	€ 60.900,00	€ 0,00	€ 60.900,00	€ 60.900,00
161	LES NUANCES DI DI BIASE MARIA	LES NUANCES DI DI BIASE MARIA	FORMAZIONE PER ADDETTI AMMINISTRATIVI	€ 73.080,00	€ 0,00	€ 73.080,00	€ 73.080,00
162	BUSINESS & PERFORMANCE SRLS	BUSINESS & PERFORMANCE SRLS	CORSO PER COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI DI INTERNAL AUDITOR	€ 60.900,00	€ 0,00	€ 60.900,00	€ 60.900,00
163	IMS S.R.L.	IMS S.R.L.	RAFFORZARE LA CAPACITA' COMPETITIVA DI I.M.S.	€ 82.200,00	€ 40.814,00	€ 117.430,00	€ 76.616,00
164	REGINE GIUSEPPA & C. SNC DI CASTAGLIULO	REGINE GIUSEPPA & C. SNC DI CASTAGLIULO	OPERATORE DEL PUNTO VENDITA	€ 146.640,00	€ 0,00	€ 146.640,00	€ 146.640,00
165	SCONGELANDO S.R.L.	SCONGELANDO S.R.L.	TECNICO DEL CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E DELLA QUALITA' ALIMENTARE	€ 75.960,00	€ 0,00	€ 75.960,00	€ 75.960,00

€ 1.604.982,88



Aviso pubblico " Training per competere – Formazione continua in azienda"

D.D. n. 305 del 13/09/2016 e D.D. n. 331 del 07/10/2016

Progetti ammessi e non finanziabili

Allegato B

C.U.	SOGGETTO PROPONENTE	SOGGETTO ATTUATORE	TITOLO DEL PROGETTO	CONTRIBUTO PUBBLICO RICHIESTO	COFINANZIAMENTO PRIVATO	COSTO TOTALE DEL PROGETTO	CONTRIBUTO PUBBLICO AMMISSIBILE
167	AGAS HOTELS SRL	AGAS HOTELS SRL	TECNICO ESPERTO DI CUSTOMERCARE	€ 139.156,00	€ 0,00	€ 139.156,00	€ 139.156,00
168	CALDAIE MURALI SRL	CALDAIE MURALI SRL	LA FORMAZIONE COME VOLANO DI SVILUPPO	€ 75.000,00	€ 37.500,00	€ 112.500,00	€ 75.000,00
169	ENERGY LIFE SAS DI RUSSO G. & C.	ENERGY LIFE SAS DI RUSSO G. & C.	FORMARE PER CRESCERE	€ 50.000,00	€ 25.000,00	€ 75.000,00	€ 50.000,00
171	A.D. SERVICE SRL	CERTFORM SRL	ADDETTO ALLA CURA E PULIZIA DI SPAZI ED AMBIENTI	€ 48.720,00	€ 0,00	€ 48.720,00	€ 48.720,00
172	IMPEROSO TOURS BY HINTERLAND TURISMO SRL	IMPEROSO TOURS BY HINTERLAND TURISMO SRL	FORMARE I DIPENDENTI PER FAR VOLARE L'AZIENDA	€ 73.080,00	€ 0,00	€ 73.080,00	€ 73.080,00
173	MOUSE FASHION PROJECT SAS DI RAIA ANTONIO & C.	MOUSE FASHION PROJECT SAS DI RAIA ANTONIO & C.	FORMARE PER COMPETERE NELLA MODA	€ 25.000,00	€ 12.500,00	€ 37.500,00	€ 25.000,00
174	TITAGARH FIREMA ADLER SPA	TITAGARH FIREMA ADLER SPA	L'ECCELLENZA: UN'ABITUDINE PER MUOVERSI VERSO IL FUTURO	€ 210.000,00	€ 140.000,00	€ 350.000,00	€ 210.000,00
176	R.C.M. COSTRUZIONI SRL	R.C.M. COSTRUZIONI SRL	AGGIORNAMENTO DELLE COMPETENZE PER ADDETTO AMMINISTRATIVO	€ 48.400,00	€ 20.742,85	€ 69.142,85	€ 48.400,00
177	ATITECH SPA	MULTIMEDIAFORM SRL	AGGIORNAMENTO MNUTENTORI AERONAUTICI	€ 825.000,00	€ 825.000,00	€ 1.650.000,00	€ 825.000,00
178	SIP&T SPA	VIRVELLE SRL	OPERATORE MACCHINE A CONTROLLO NUMERICO	€ 39.420,00	€ 16.980,00	€ 56.400,00	€ 39.420,00
179	G.G. COSTRUZIONI srl in ATI con CFS-CENTRO PER LA FORMAZIONE E SICUREZZA IN EDILIZIA SCUOLA	CFS-CENTRO PER LA FORMAZIONE E SICUREZZA IN EDILIZIA SCUOLA	COSTRUIRE IL CAMBIAMENTO IN EDILIZIA: SVILUPPO COMPETENZE	€ 51.600,00	€ 22.200,00	€ 73.800,00	€ 51.600,00
180	MEROPE DI RIVELLI LUIGI	MEROPE DI RIVELLI LUIGI	RIQUALIFICAZIONE DEGLI OPERATORI DI CALL CENTER	€ 24.200,00	€ 12.500,00	€ 36.700,00	€ 24.200,00
181	I.V.P. MIREA SRL in ATI con MIREA SERVICE SRL, MIREA GROUP CORPORATE SRL	C.F.I. SRL CONSULENZA FORMAZIONE IMPRESA	SKILLS SERVIZI SICUREZZA	€ 108.820,00	€ 46.637,14	€ 155.457,14	€ 108.820,00
182	POWERFONE SRL	POWERFONE SRL	RESPONSABILE DELLA GESTIONE DI CALL CENTER	€ 66.500,00	€ 28.500,00	€ 95.000,00	€ 66.500,00
183	AGRIFOGLIO SOC. COOP. AGRICOLA ARL	AGRIFOGLIO SOC. COOP. AGRICOLA ARL	ADDETTO AL CONFEZIONAMENTO	€ 15.000,00	€ 7.200,00	€ 22.200,00	€ 15.000,00
184	HOTEL CORONA DI BUONINCONTI IVANO&SAS	HOTEL CORONA DI BUONINCONTI IVANO&SAS	AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEI LAVORATORI DELL'HOTEL CORONA	€ 24.200,00	€ 0,00	€ 24.200,00	€ 24.200,00
185	VIOLA TRASPORTI S.R.L.	VIOLA TRASPORTI S.R.L.	FORMARE GLI ADDETTI ALLE RIPARAZIONI DI CARROZZERIA DEGLI AUTOVEICOLI CORSO DI RIQUALIFICAZIONE PER TECNICO CALL CENTER	€ 72.600,00	€ 0,00	€ 72.600,00	€ 72.600,00
187	MARRONE SRL	MARRONE SRL	RESPONSABILE DELLA GESTIONE DI CALL CENTER	€ 75.000,00	€ 32.142,86	€ 107.142,86	€ 75.000,00
188	ESAWORLD SRL	CERTFORM SCARL	ESPERTO AMMINISTRATIVO	€ 48.720,00	€ 0,00	€ 48.720,00	€ 48.720,00
189	B.ENERGY SPA	B.ENERGY SPA	TECNICO DELLO SMALTIMENTO E RACCOLTA RIFIUTI	€ 261.360,00	€ 174.240,00	€ 435.600,00	€ 261.360,00
190	F.LLI CAPASSO DI CAPASSO FRANCESCO & C. SNC	F.LLI CAPASSO DI CAPASSO FRANCESCO & C. SNC	AGGIORNAMENTO PER ADDETTI ALLE PRODUZIONI DI PASTICCERIA	€ 48.400,00	€ 20.742,85	€ 69.142,85	€ 48.400,00
192	SUPERSONICA SAS	SUPERSONICA SAS	TECNICO DEL CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E DELLA QUALITA' ALIMENTARE	€ 79.800,00	€ 0,00	€ 79.800,00	€ 79.800,00
193	CMG SRL	CMG SRL	MECCANICAL	€ 24.680,00	€ 0,00	€ 24.680,00	€ 24.680,00
194	OMNIA PLUS SOC. COOP.	OMNIA PLUS SOC. COOP.	TRAINING PER COMPETERE PER LAOMNIA PLUS	€ 156.720,00	€ 0,00	€ 156.720,00	€ 156.720,00
195	IL SORRISO SOCIETA' COOPERATIVA	IL SORRISO SOCIETA' COOPERATIVA	TRAINING PER COMPETERE PER IL SORRISO	€ 76.440,00	€ 0,00	€ 76.440,00	€ 76.440,00
197	GE.MA.PA. SRL	CFI SRL CONSULENZA FORMAZIONE IMPRESA SRL	INDUSTRIA AGROALIMENTARE 4.0	€ 114.180,00	€ 76.120,00	€ 190.300,00	€ 114.180,00
198	GRANATO & DOLGETTA E C. SRL	C.S.P.S. (CENTRO STUDI PROGRAMMAZIONE E SVILUPPO)	TRAINING PROGRAMMI: COMPETERE AGGIORNANDOSI	€ 63.840,00	€ 35.750,40	€ 99.590,40	€ 53.625,60
201	R4i SRL	R4i SRL	RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' DI ANALISI, PROGETTAZIONE E AGGIORNAMENTOD EI SISTEMI INFORMATIVI	€ 36.300,00	€ 0,00	€ 36.300,00	€ 36.300,00
202	SANNIOMATICA SRL	SANNIOMATICA SRL	RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' DI IMPLEMENTAZIONE, INSTALLAZIONE, PERSONALIZZAZIONE E MANUTENZIONE DI SISTEMI INTEGRATI PER LA GESTIONE AZIENDALE	€ 36.780,00	€ 0,00	€ 36.780,00	€ 36.780,00
203	PETER PAN SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	PETER PAN SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	TRAINING PER COMPETERE PER PETER PAN	€ 73.080,00	€ 0,00	€ 73.080,00	€ 73.080,00
204	DOMUS PUERI DUE IMPRESA SOCIALE DI SIMONETTI ANTONIETTA & C. SAS	DOMUS PUERI DUE IMPRESA SOCIALE DI SIMONETTI ANTONIETTA & C. SAS	EDUCATORE PER L'INFANZIA	€ 74.520,00	€ 0,00	€ 74.520,00	€ 74.520,00
205	SOCIETA' COOPERATIVA AGRICOLA CASTAGNE DI MONTELLA	SOCIETA' COOPERATIVA AGRICOLA CASTAGNE DI MONTELLA	AGGIORNAMENTO DELLE COMPETENZE PER ADDETTO AMMINISTRATIVO	€ 48.400,00	€ 20.742,85	€ 69.142,85	€ 48.400,00
206	DASIR TECH SRL	DASIR TECH SRL	FORMATECH	€ 25.000,00	€ 0,00	€ 25.000,00	€ 25.000,00
207	LABORATORIO JONATA SRL in ATI con MINICASEIFICIO COSTANZO SRL SOCIETA'COOPERATIVA POLARIS MULTISERVIZI, TECNOBRIANT SRL	MAGISTRA FORMAZIONE	RIQUALIFICARSI PER COMPETERE	€ 254.100,00	€ 108.900,00	€ 363.000,00	€ 254.100,00
208	CAVIR CALCESTRUZZI SRL	CAVIR CALCESTRUZZI SRL	CAVIRFORM	€ 52.500,00	€ 22.500,00	€ 75.000,00	€ 52.500,00
209	P.P. ELETTRONICA MARIGLIANELLA S.R.L.	P.P. ELETTRONICA MARIGLIANELLA S.R.L.	TRAINING PER COMPETERE PER P.P. ELETTRONICA MARIGLIANELLA S.R.L.	€ 73.080,00	€ 0,00	€ 73.080,00	€ 73.080,00
210	AUTOTRASPORTI LA SUD FRIGO SRL	AUTOTRASPORTI LA SUD FRIGO SRL	FORMARE GLI ADDETTI ALLE RIPARAZIONI DI CARROZZERIA DEGLI AUTOVEICOLI	€ 72.600,00	€ 0,00	€ 72.600,00	€ 72.600,00
211	M.C.S. HYDRAULICS SRL	M.C.S. ACADEMY SRL	PROGETTISTA MECCANICO	€ 59.342,50	€ 50.657,50	€ 110.000,00	€ 59.342,50

212	GALEOTAFIORE SRL	GALEOTAFIORE SRL	FORMARE GLI ADDETTI ALLE CASSE DELLA GDO	€ 73.080,00	€ 0,00	€ 73.080,00	€ 73.080,00
213	ECOCE S.R.L.	ECOCE S.R.L.	LE PROCEDURE PER LA RACCOLTA DEI RIFIUTI	€ 219.240,00	€ 129.600,00	€ 348.840,00	€ 219.240,00
214	OLMAR SRLS	OLMAR SRLS	RIQUALIFICAZIONE OPERATORE CALL CENTER	€ 24.200,00	€ 12.500,00	€ 36.700,00	€ 24.200,00
215	GROUP BIG MOCCIA S.R.L.	GROUP BIG MOCCIA S.R.L.	OPERATORE DEL PUNTO VENDITA	€ 72.600,00	€ 31.080,00	€ 103.600,00	€ 72.520,00
216	CASILLO ALLESTIMENTI V.I. SRL	CASILLO ALLESTIMENTI V.I. SRL	FORMARE GLI ADDETTI ALLE RIPARAZIONI DI CARROZZERIA DEGLI AUTOVEICOLI	€ 73.080,00	€ 0,00	€ 73.080,00	€ 73.080,00
217	HOTEL TIRO A VOLO SRL	COOPERATIVA SOCIALE LA GIRELLA	ADDETTO QUALIFICATO AL FRONTOFFICE	€ 37.740,00	€ 0,00	€ 37.740,00	€ 37.740,00
218	OFFICINE MECCANICHE PONTILLO SRL	OFFICINE MECCANICHE PONTILLO SRL	LE OFFICINE MECCANICHE PONTILLO E LA POLIVALENZA	€ 145.200,00	€ 129.600,00	€ 274.800,00	€ 145.200,00
219	ROMANO SPA	MANAGEMENT HOUSE ITALIA SRL	TECNICHE DI MONITORAGGIO QUALITATIVO DEL PROCESSO PRODUTTIVO AZIENDALE	€ 65.000,00	€ 0,00	€ 62.920,00	€ 62.920,00
220	SOFTWARE BUSINESS SRL	SOFTWARE BUSINESS SRL	ESPERTO AMMINISTRATIVO	€ 72.600,00	€ 0,00	€ 72.600,00	€ 72.600,00
221	ASSOCIAZIONE LEO ONLUS	ASSOCIAZIONE LEO ONLUS	COMPETENZE PER IL TERZO SETTORE	€ 36.300,00	€ 0,00	€ 36.300,00	€ 36.300,00
222	LAER SRL	STOA'	PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO PER MONTATORE DI STRUTTURA AEREAUTICHE	€ 75.000,00	€ 48.626,37	€ 123.626,37	€ 75.000,00
223	ALLA VIOLETTA SAS	ALLA VIOLETTA SAS	MASSAGGIATORE ESTETICO	€ 75.000,00	€ 0,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00
224	SUPERMERCATI GESCAR SRL	SUPERMERCATI GESCAR SRL	FORMARE GLI ADDETTI ALLE CASSE DELLA GDO	€ 75.000,00	€ 0,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00
225	SUPERCAPRI SAS	AIM FORMAZIONE SCARL	IL VALORE AGGIUNTO DELLA FORMAZIONE CONTINUA	€ 159.600,00	€ 0,00	€ 159.600,00	€ 159.600,00
226	ATITECH MANUFACTURING SRL	ATITECH MANUFACTURING SRL	MANUTENTORE AEREAUTICO	€ 248.000,00	€ 248.000,00	€ 496.000,00	€ 248.000,00
227	GE.IM.IN SRL	GE.IM.IN SRL	CORSO PER ADDETTO ALL'AMMINISTRAZIONE	€ 42.910,00	€ 18.390,00	€ 61.300,00	€ 42.910,00
228	CASA DI RIPOSO MONS.F.GENOVESE SRL	CASA DI RIPOSO MONS.F.GENOVESE SRL	OPERATORE PER L'ASSISTENZA FAMILIARE	€ 72.600,00	€ 0,00	€ 72.600,00	€ 72.600,00
229	PINK PANTER DI AMENDOLA CIRO SAS	PINK PANTER DI AMENDOLA CIRO SAS	OPERATORI DEL SERVIZIO BAR	€ 75.000,00	€ 33.000,00	€ 108.000,00	€ 75.000,00



Avviso pubblico " Training per competere – Formazione continua in azienda"
D.D. n. 305 del 13/09/2016 e D.D. n. 331 del 07/10/2016
Progetti non ammessi

Allegato C

N	SOGGETTO PROPONENTE	SOGGETTO ATTUATORE	TITOLO DEL PROGETTO	CONTRIBUTO PUBBLICO RICHIESTO	COFINANZIAMENTO PRIVATO	COSTO TOTALE	MOTIVAZIONE
151	GOSER SOC. COOP.	GOSER SOC. COOP.	PIANO DI AGGIORNAMENTO SULL'EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI DI SANIFICAZIONE	€ 75.000,00	€ 0,00	€ 75.000,00	REVOCA DEL FINANZIAMENTO ASSENTITO PER MANCATA TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE NEI TERMINI PRESCRITTI
152	CONVERGENZE SPA	SELEFOR	COMMUNICATION IN ACTION	€ 25.800,00	€ 11.057,00	€ 36.857,00	TRASMESSO ERRONEAMENTE DUE VOLTE
166	EITD SCARL	EITD SCARL	ESPERTO DI GESTIONE COMUNICAZIONE E MARKETING	€ 48.400,00	€ 20.742,86	€ 69.142,86	TRASMESSO ERRONEAMENTE DUE VOLTE
170	GRUPO ANTOLIN ITALIA S.R.L.	BEMORE SNC	TRAINING AND TALENTS DEVELOPEMENT	€ 72.600,00	€ 0,00	€ 72.600,00	NON CONFORME ART.9 DELL'AVVISO : LA DOCUMENTAZIONE E' FIRMATA DIGITALMENTE DA SOGGETTO NON LEGITTIMATO ALLA FIRMA
175	MAX MANIFATTURE SRL	MAX MANIFATTURE SRL	OPERATORE ALLA LAVORAZIONE DI CALZATURE	€ 75.000,00	€ 0,00	€ 75.000,00	TRASMESSO ERRONEAMENTE DUE VOLTE
186	ACEN - ASSOCIAZIONE COSTRUTTORI EDILI	ACEN - ASSOCIAZIONE COSTRUTTORI EDILI DI NAPOLI	TECNICO ESPERTO APPALTI ED OFFERTE	€ 73.560,00	€ 0,00	€ 73.560,00	NON CONFORME ALL'ART 3 DELL'AVVISO : NON ISCRITTA ALLA C.C.I.A.A.
191	A.M.P. SAS DEI FRATELLI AMBRUOSO DI	A.M.P. SAS DEI FRATELLI AMBRUOSO DI VITIELLO GIOVANNA & C	AGGIORNAMENTO DELLE COMPETENZE PER TECNICI DEL COLLAUDO MECCANICO	€ 48.400,00	€ 20.742,85	€ 69.142,85	TRASMESSO ERRONEAMENTE DUE VOLTE
196	GENNARO FALANGA	C.F.P. OPLONTI ASSOCIAZIONE	RIQUALIFICARSI PER COMPETERE	€ 50.820,00	€ 21.780,00	€ 72.600,00	RINUNCIA AL FINANZIAMENTO CON PEC DEL 06/04/2018
199	I.V.P. MIREA SRL	C.F.I. SRL CONSULENZA FORMAZIONE IMPRESA	SKILLS SERVIZI SICUREZZA	€ 108.820,00	€ 46.637,14	€ 155.457,14	TRASMESSO ERRONEAMENTE DUE VOLTE
200	SOCIETA' COOP.ISCHIA	SOCIETA' COOP.ISCHIA BARCHE A R.L.	TECNICO ESPERTO DI CUSTOMER CARE	€ 60.500,00	€ 0,00	€ 60.500,00	TRASMESSO ERRONEAMENTE DUE VOLTE
230	RAMA EVENTI Srl	RAMA EVENTI Srl	FORMAZIONE PER GLI OPERATORI CATERING	€ 48.720,00	€ 0,00	€ 48.720,00	TRASMESSO ERRONEAMENTE DUE VOLTE



Decreto Dirigenziale n. 287 del 30/11/2018

Dipartimento 60 - Uffici Speciali

Direzione Generale 6 - Centrale Acquisti, Procedure di Finanziamento di
Progetti Relativi ad Infrastrutture, Progettazione

Oggetto dell'Atto:

Procedura aperta telematica n.2730/A-T/18 Dichiarazione di esito infruttuoso

IL DIRIGENTE

Premesso che :

a) con Decreto Dirigenziale n.227 del 22.10.2018 qui richiamato per formare parte integrante e sostanziale del presente decreto, quest'Ufficio Speciale, su incarico della Struttura di Missione per lo smaltimento dei RSB (70 05 00) ha avviato la procedura *aperta telematica n. 2730/A-T/18 ai sensi dell'art.60 del D.lgs n. 50/2016 e s.m.i. per l'appalto del "Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale dei rifiuti aventi codici CER 19.12.12 - CER 19.05.01 provenienti da stabilimenti di tritovagliatura ed imballaggio rifiuti della Regione Campania "suddivisa in n.2 lotti CUP:B84H18000110001-CIG Lotto 1 7634927D10-CIG Lotto 2 7634961920*, da aggiudicare con le modalità previste dall'art. 95 comma 2 del D. Lgs. 50/2016;

b) che l'importo complessivo compreso di opzione è pari a € 21.286.800,00 così suddiviso:

- Lotto 1 – STIR di Tufino (Na) costo del servizio a base d'asta di € 4.518.000,00 oltre oneri di sicurezza per € 15.000,00 e Iva; CIG 7634927D10;
- Lotto 2 – STIR di Battipaglia (Sa) costo del servizio a base d'asta di € 1.848.000,00 oltre oneri di sicurezza per € 5.000,00 e Iva; CIG 7634961920 - *Opzione: Adesione Postuma € 14.900.800,00.*

c) tale procedura telematica è stata avviata tramite il Portale della Gare della Giunta Regionale della Campania;

d) termine per la presentazione delle offerte è stato fissato al 30 novembre 2018, alle ore 13:00;

e) entro il suddetto termine non è pervenuta alcuna offerta;

Ritenuto pertanto opportuno:

Prendere atto delle risultanze della piattaforma del Portale gare della Giunta Regionale della Campania dalla quale risulta che non sono pervenute offerte per la *procedura aperta telematica n. 2730/A-T/18* e, per l'effetto, dichiarare pertanto conclusa infruttuosamente la procedura in parola per assenza di offerte;

Visti:

il D. Lgs. 18 aprile 2016 n. 50;

il Decreto Legislativo n. 56 del 19 aprile 2017 “Disposizioni integrative e correttive al decreto Legislativo n. 50/2016;

il D.P.R. 5 ottobre 2010 n. 207 “Regolamento di esecuzione ed attuazione dell'ex D.Lgs. 163/06” limitatamente alle disposizioni che rimangono in vigore transitoriamente in base all'art. 216 del D.lgs. n. 50/2016;

la D.G.R n. 38 del 02.02.2016 con la quale è stata approvata l'articolazione della Struttura ” Centrale acquisti procedure di finanziamento di progetti relativi ad infrastrutture, progettazione” 60.06.00;

il Decreto Presidenziale n. 107 del 08.05.2017 con il quale il dott. Giovanni Diodato è stato confermato Responsabile della UOD 01 dell'Ufficio Speciale 60.06.00;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal funzionario P:O Umberto Scalo nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità resa con il presente provvedimento

DECRETA

Per le motivazioni esposte in narrativa, che s'intendono integralmente ripetute e trascritte nel presente dispositivo, a seguito dell'istruttoria svolta dal Responsabile della procedura di gara

1. di prendere atto delle risultanze del Portale della Gare al quale risulta che non sono pervenute offerte per la *procedura telematica n. 2730/A-T/18 per l'appalto del "Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale dei rifiuti aventi codici CER 19.12.12 - CER 19.05.01 provenienti da stabilimenti di tritovagliatura ed imballaggio rifiuti della Regione Campania "suddivisa in n.2 lotti CUP:B84H18000110001-CIG Lotto 1 7634927D10-CIG Lotto 2 7634961920 ;*

2. di dichiarare, conclusa infruttuosamente la procedura n. 2730/A.-T/18 per assenza di offerte;

3. di dare pubblicità agli atti di gara, con le modalità di cui all'art.72, 73 e 74 del D.lgs n.50/16 attraverso:

-pubblicazione del bando sulla GUUE;

-pubblicazione del bando per estratto sulla GURI;

-pubblicazione degli atti di gara completi sul B.U.R.C. e sul sito istituzionale della Regione Campania (www.regione.campania.it - link "Bandi e Gare della "Centrale Acquisti");

-pubblicazione del bando di gara, per estratto, su due quotidiani a diffusione nazionale e su due a diffusione locale;

4. di inviare il presente atto, ai sensi delle vigenti disposizioni amministrative:

4.1 Alla U.O.D. Bollettino Ufficiale – Ufficio Relazioni col pubblico (URP) per la pubblicazione sul B.U.R.C.;

4.2 Alla Struttura di Missione per lo smaltimento dei RSB (70 05 00)

4.3 All'U.D.C.P. Segreteria di Giunta per i successivi adempimenti;

4.4 Al RUP ing. Antonio De Falco

dott. Giovanni Diodato

**Documento firmato da:
GIOVANNI DIODATO
REGIONE CAMPANIA/03516070632
dirigente
13/12/2018**

Avviso nel sito web TED: <https://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:541814-2018:TEXT:IT:HTML>

**Italia-Napoli: Trattamento e smaltimento dei rifiuti
2018/S 237-541814**

Avviso di aggiudicazione di appalto

Risultati della procedura di appalto

Servizi

Legal Basis:

Direttiva 2014/24/UE

Sezione I: Amministrazione aggiudicatrice

- I.1) **Denominazione e indirizzi**
Giunta Regionale della Campania — Ufficio Speciale Centrale Acquisti — UOD 01
Via P. Metastasio 25–29
Napoli
80125
Italia
Persona di contatto: Dott. Umberto Scalo
Tel.: +39 0817964521
E-mail: umberto.scalo@regione.campania.it
Codice NUTS: ITF3
Indirizzi Internet:
Indirizzo principale: www.regione.campania.it
Indirizzo del profilo di committente: <http://gare.regione.campania.it/portale>

- I.2) **Appalto congiunto**

- I.4) **Tipo di amministrazione aggiudicatrice**

Autorità regionale o locale

- I.5) **Principali settori di attività**

Servizi generali delle amministrazioni pubbliche

Sezione II: Oggetto

- II.1) **Entità dell'appalto**

- II.1.1) **Denominazione:**

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale dei rifiuti aventi codice CER 19.12.12 — CER 19.05.01 provenienti da stabilimenti di tritov. ed imballaggio
Numero di riferimento: 2730/A-T/18

- II.1.2) **Codice CPV principale**

90510000

- II.1.3) **Tipo di appalto**

Servizi

- II.1.4) **Breve descrizione:**

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di 15 000 ton. di rifiuti aventi codice CER 19.12.12 e 11 000 ton. avente codice CER 19.05.01 provenienti dallo stabilimenti di tritovagliatura ed imballaggio rifiuti di Tufino (NA) e servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di ton. 11.000 di rifiuti aventi codice CER 19.05.01 provenienti da stabilimenti di tritovagliatura ed imballaggio rifiuti dello stir di Battipaglia (SA)

II.1.6) Informazioni relative ai lotti

Questo appalto è suddiviso in lotti: sì

II.2) Descrizione

II.2.1) Denominazione:

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di 15 000 ton. di rifiuti aventi codice CER 19.12.12 e 11 000 ton. avente codice CER 19.05.01 provenienti dallo
Lotto n.: 1

II.2.2) Codici CPV supplementari

90510000

II.2.3) Luogo di esecuzione

Codice NUTS: ITF33

Luogo principale di esecuzione:

Tufino (Napoli)

II.2.4) Descrizione dell'appalto:

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di 15 000 ton. di rifiuti aventi codice CER 19.12.12 e 11 000 ton. avente codice CER 19.05.01 provenienti dallo stabilimenti di tritovagliatura ed imballaggio rifiuti di Tufino (NA)

II.2.5) Criteri di aggiudicazione

Prezzo

II.2.11) Informazioni relative alle opzioni

Opzioni: sì

Descrizione delle opzioni:

Si veda capitolato di gara all. art. 3.1 adesione postuma

II.2.13) Informazioni relative ai fondi dell'Unione europea

L'appalto è connesso ad un progetto e/o programma finanziato da fondi dell'Unione europea: sì

Numero o riferimento del progetto:

Fondi FSC 2014/2020

II.2.14) Informazioni complementari

II.2) Descrizione

II.2.1) Denominazione:

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di 11 000 ton. di rifiuti aventi codice CER 19.05.01 provenienti da stabilimenti di tritovagliatura ed imballag

Lotto n.: 2

II.2.2) Codici CPV supplementari

90510000

II.2.3) Luogo di esecuzione

Codice NUTS: ITF35

Luogo principale di esecuzione:

Battipaglia (SA)

II.2.4) **Descrizione dell'appalto:**

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di 11 000 tonnellate avente codice CER 19.05.01 provenienti dallo stabilimenti di tritovagliatura ed imballaggio rifiuti di Battipaglia (SA)

II.2.5) **Criteri di aggiudicazione**

Prezzo

II.2.11) **Informazioni relative alle opzioni**

Opzioni: sì

Descrizione delle opzioni:

Si veda capitolato di gara all. art. 3.1 — adesione postuma

II.2.13) **Informazioni relative ai fondi dell'Unione europea**

L'appalto è connesso ad un progetto e/o programma finanziato da fondi dell'Unione europea: sì

Numero o riferimento del progetto:

Fondi FSC 2014/2020

II.2.14) **Informazioni complementari**

Sezione IV: Procedura

IV.1) **Descrizione**

IV.1.1) **Tipo di procedura**

Procedura aperta

IV.1.3) **Informazioni su un accordo quadro o un sistema dinamico di acquisizione**

IV.1.6) **Informazioni sull'asta elettronica**

IV.1.8) **Informazioni relative all'accordo sugli appalti pubblici (AAP)**

L'appalto è disciplinato dall'accordo sugli appalti pubblici: no

IV.2) **Informazioni di carattere amministrativo**

IV.2.1) **Pubblicazione precedente relativa alla stessa procedura**

Numero dell'avviso nella GU S: 2018/S 206-470495

IV.2.8) **Informazioni relative alla chiusura del sistema dinamico di acquisizione**

IV.2.9) **Informazioni relative alla fine della validità dell'avviso di indizione di gara in forma di avviso di preinformazione**

Sezione V: Aggiudicazione di appalto

Lotto n.: 1

Denominazione:

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di 15 000 ton. di rifiuti aventi codice CER 19.12.12 e 11 000 ton. avente codice CER 19.05.01 provenienti dallo

Un contratto d'appalto/lotto è stato aggiudicato: no

V.1) **Informazioni relative alla non aggiudicazione**

L'appalto/il lotto non è aggiudicato

Non sono pervenute o sono state tutte respinte le offerte o domande di partecipazione

Sezione V: Aggiudicazione di appalto

Contratto d'appalto n.: 2

Lotto n.: 2

Denominazione:

Servizio di recupero e/o smaltimento e relativo trasporto a destino in ambito nazionale di 11 000 ton. di rifiuti aventi codice CER 19.05.01 provenienti da stabilimenti di tritovagliatura ed imballag

Un contratto d'appalto/lotto è stato aggiudicato: no

V.1) **Informazioni relative alla non aggiudicazione**

L'appalto/il lotto non è aggiudicato

Non sono pervenute o sono state tutte respinte le offerte o domande di partecipazione

Sezione VI: Altre informazioni

VI.3) **Informazioni complementari:**

Con decreto dirigenziale n. 287 del 30.11.2018 è stato dichiarato l'esito infruttuoso della procedura per mancanza di offerte.

VI.4) **Procedure di ricorso**

VI.4.1) **Organismo responsabile delle procedure di ricorso**

TAR Campania — Napoli

Piazza Municipio 64

Napoli

80100

Italia

Indirizzo Internet: <http://www.giustizia-amministrativa.it>


VI.4.2) **Organismo responsabile delle procedure di mediazione**

VI.4.3) **Procedure di ricorso**

VI.4.4) **Servizio presso il quale sono disponibili informazioni sulle procedure di ricorso**

VI.5) **Data di spedizione del presente avviso:**

05/12/2018



Documento firmato da:
GIOVANNI DIODATO
REGIONE CAMPANIA/03516070632
dirigente
13/12/2018



Giunta Regionale della Campania

Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e Forestali

Ai Dirigenti delle UOD della Direzione Generale –
Servizi territoriali provinciali di
Avellino, Benevento, Caserta, Napoli e
Salerno

Loro sedi

Prot. n. 2018.0789007 del 11/12/2018

Oggetto: PSR 2014-2020 – Misure connesse alla superficie e/o agli animali –
Consegna del cartaceo della domanda di conferma impegni (domanda di pagamento)

Fermo restando che la consegna del cartaceo è un obbligo del beneficiario;

- rilevato che nell'ambito delle misure a superficie, è emersa la problematica inerente la consegna del "cartaceo" della domanda di pagamento per l'annualità 2018, oltre il termine previsto dal decreto n. 85 del 21/03/2018, dal decreto n. 90 del 28/03/2018 e dal decreto n. 151 del 13/06/2018, come successivamente modificato con il decreto n. 326 del 18/09/2018 e, da ultimo, con il decreto n. 366 del 25/09/2018;
- considerato che, alla luce di quanto precisato al riguardo, nel decreto n. 326/2016 e richiamato poi, nel decreto n. 366/2018, è chiarito che la verifica del cartaceo (effettuata dagli istruttori regionali) è elemento necessario per l'ammissione della domanda di pagamento per l'annualità 2018;
- tenuto conto che è necessario alleggerire gli adempimenti per il pagamento da parte di AGEA, per i beneficiari che hanno reso la dichiarazione annuale entro la scadenza prevista dalla normativa comunitaria e registrata sul SIAN;

si chiede di prendere in carico tutti i cartacei delle domande pervenute, ancorché inoltrate agli uffici oltre i termini indicati nei suddetti decreti, per le verifiche di ammissibilità.

L'Autorità di Gestione
-dott. Filippo Diasco-

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Scario - Comune di San Giovanni a Piro (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 35/2015 - Richiedente : Soc. Mega Tourist s.a.s

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che con istanza prot. n. 0651950 del 16/10/2018, la Soc. Mega Tourist s.a.s. ...*omissis*..., Titolare della concessione demaniale marittima n. 35/15, della superficie totale di mq. 789,06 rilasciata allo scopo di ormeggiare imbarcazioni per il trasporto passeggeri, così suddivisi: specchio acqueo mq. 593,00; pontile mq. 32,00; gazebo mq. 25,00, con una struttura amovibile sormontata da un telo ombreggiante; banchina mq. 100,00 e linea interrata di mq. 39,06 per l'approvvigionamento idrico con l'installazione di una colonnina di servizio, sul Porto di Scario, ha chiesto il rinnovo della stessa;
- che la concessione demaniale marittima n. 35/15, per la quale è stato chiesto il rinnovo, scade il 31/12/2018;
- che gli elaborati tecnici possono essere visionati presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano rif. Dr. Ferruccio Padula, tel. 081/7969284, il mercoledì dalle ore 10,00 alle 13,00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuzzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Scario - Comune di San Giovanni a Piro (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 06/2015 - Richiedente : Società Cooperativa di lavoro Sant'Anna

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che con istanza prot. n. 0651942 del 16/10/2018, la Società Cooperativa di lavoro Sant'Anna *...omissis...*, Titolare della concessione demaniale marittima n. 06/15, della superficie totale di mq. 1.798,00 rilasciata allo scopo di mantenere n. 3 specchi acquei per ormeggio imbarcazioni, così suddivisi: SP 001 mq. 566,10; SP 002 mq. 615,80; SP 003 mq. 577,70; OR001 mq. 30,00 (pontile mq. 29,00 passerella mq. 1,00) sul Porto di Scario, ha chiesto il rinnovo della stessa;
- che la concessione demaniale marittima n. 06/15, per la quale è stato chiesto il rinnovo, scade il 31/12/2018;
- che gli elaborati tecnici possono essere visionati presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano rif. Dr. Ferruccio Padula, tel. 081/7969284, il mercoledì dalle ore 10,00 alle 13,00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella lasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Scario - Comune di San Giovanni a Piro (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 08/2015 - Richiedente : Società Marina di Scario S.a.s.

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che con istanza prot. n. 0538080 del 21/08/2018, la Società Marina di Scario S.a.s. . . .*omissis*..., Titolare della concessione demaniale marittima n. 08/15, di mq. 150,00, di cui: mq 125 di specchio acqueo e mq. 25 di banchina al fine di ormeggiare un'imbarcazione destinata al traffico passeggeri, sul Porto di Scario, ha chiesto il rinnovo della stessa;
- che la concessione demaniale marittima n. 08/15, per la quale è stato chiesto il rinnovo, scade il 31/12/2018;
- che gli elaborati tecnici possono essere visionati presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano rif. Dr. Ferruccio Padula, tel. 081/7969284, il mercoledì dalle ore 10,00 alle 13,00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella lasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Scario - Comune di San Giovanni a Piro (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 10/2015 - Richiedente : Società Cooperativa Mare Blu A.r.l.

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che con istanza prot. n. 00599347 del 25/09/2018, la Società Cooperativa Mare Blu A.r.l. *...omissis...*, titolare della concessione demaniale marittima n. 10/15, di complessivi mq. 3.478,32, rilasciata per mantenere n. 2 gazebo, uno specchio acqueo per l'ormeggio di natanti e n. 12 colonnine per il rifornimento idrico ed elettrico, sul Porto di Scario, ha chiesto il rinnovo della stessa;
- che la concessione demaniale marittima n. 10/15 per la quale è stato chiesto il rinnovo, scade il 31/12/2018;
- che gli elaborati tecnici possono essere visionati presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano rif. Dr. Ferruccio Padula, tel. 081/7969284, il mercoledì dalle ore 10,00 alle 13,00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella lasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Scario - Comune di San Giovanni a Piro (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 10/2016 - Richiedente : Consorzio Cilento Mare A.r.l.

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che con istanza prot. n. 0783143 del 10/12/2018, il Consorzio Cilento Mare A.r.l. ...*omissis*..., Titolare della concessione demaniale marittima n. 10/16, di mq. 470,49 rilasciata per mantenere magazzini destinati al ricovero delle attrezzature da pesca, terrazzo per manifestazioni ed un manufatto adibito a laboratorio per il controllo del pescato, ha chiesto il rinnovo della stessa;
- che la concessione demaniale marittima n. 10/16, per la quale è stato chiesto il rinnovo, scade il 31/12/2018;
- che gli elaborati tecnici possono essere visionati presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano rif. Dr. Ferruccio Padula, tel. 081/7969284, il mercoledì dalle ore 10,00 alle 13,00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuzzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Scario - Comune di San Giovanni a Piro (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 16/2015 - Richiedente : Società Marina di Scario S.a.s

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che con istanza prot. n. 0562874 del 07/09/2018, la Società Marina di Scario S.a.s. . . .*omissis*..., Titolare della concessione demaniale marittima n. 16/15, di mq. 236,90, di cui: mq 125 di specchio acqueo al fine di ormeggiare un'imbarcazione destinata al traffico passeggeri, e mq. 25,00 di banchina per gazebo con telo ombreggiante mq. 86,90 linea interrata per l'approvvigionamento idrico con installazione di colonnina di servizio, sul Porto di Scario, ha chiesto il rinnovo della stessa;
- che la concessione demaniale marittima n. 16/15, per la quale è stato chiesto il rinnovo, scade il 31/12/2018;
- che gli elaborati tecnici possono essere visionati presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano rif. Dr. Ferruccio Padula, tel. 081/7969284, il mercoledì dalle ore 10,00 alle 13,00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella lasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Scario - Comune di San Giovanni a Piro (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo delle concessioni demaniali marittime n° 33/2015 e della concessione suppletiva n° 75/2017 - Richiedente : Società Cooperativa Europa 92

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che con istanza prot. n. 0712749 del 12/11/2018, la Società Cooperativa Europa 92 *...omissis...*, Titolare della concessione demaniale marittima n. 33/15, e della concessione suppletiva n. 75/2017 di totali mq. 759,00 di cui: mq. 750,00 adibiti a parcheggio e mq. 9,00 per un gazebo biglietteria, sul Porto di Scario, ha chiesto il rinnovo delle stesse;
- che le concessioni demaniali marittime n. 33/15 e la concessione suppletiva n. 75/2017, per la quale è stato chiesto il rinnovo, scadono il 31/12/2018;
- che gli elaborati tecnici possono essere visionati presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano rif. Dr. Ferruccio Padula, tel. 081/7969284, il mercoledì dalle ore 10,00 alle 13,00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuzzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Amalfi (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 107/2016 - Richiedente : sig. Coppola Antonio

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che il sig. Coppola Antonio *...omissis...* è titolare della c.d.m. n. 107/16, allo scopo di installare e mantenere in loc. Piazzale dei Protontini del porto di Amalfi, dal 01/04 al 31/10 di ciascun anno, un manufatto di facile rimozione di mq. 09,00, poggiato su profili in ferro o mattoni, da adibire a deposito attrezzature connesso all'attività di gestione di un sistema di pontili in ferro per l'ormeggio di unità da diporto, con obbligo di rimozione al termine della stagione e con annessa area asservita di mq. 2,40, nonché mq. 35,19 per cavo elettrico, mq. 39,27 di rete telefonica e mq. 22,95 di rete idrica, il tutto per una superficie complessiva di mq. 108,81 con validità 31/12/2018;
- che con istanza acquisita al protocollo d'Ufficio al n. 0694450 del 05/11/2018, lo stesso, ha chiesto alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, il rinnovo per il periodo 2019 - 2022, della concessione demaniale marittima n. 107/16, della superficie complessiva di mq. 108,81 con validità al 31/12/2018;
- che l'istanza è depositata presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano, rif. Responsabile del procedimento geom. Aniello Formisano tel. n. 081/7969649, con ricevimento il mercoledì dalle ore 10.00 alle 13.00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Amalfi (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 17/2015 come modificata ed integrata dalla n° 118/2018 - Richiedente : sig. Esposito Aniello

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che il Sig. Esposito Aniello ...*omissis*... è titolare della c.d.m. n. 17/15, allo scopo di installare e mantenere in loc. Piazzale dei Protontini del porto di Amalfi, dal 01/04 al 31/10 di ciascun anno, un manufatto da adibire a deposito attrezzature di facile rimozione di mq. 15,86, poggiato su profili in ferro o mattoni, con annessa area asservita di mq. 3,38, e cavo elettrico mq. 20,91, il tutto per una superficie complessiva di mq. 40,15 con validità 31/12/2018;
- che con atto suppletivo n. 118/18 lo stesso è stato autorizzato alla variazione del periodo di utilizzo della citata concessione da stagionale ad annuale.
- che con istanza acquisita al protocollo d'Ufficio al n. 0703438 del 07/11/2018, lo stesso, ha chiesto alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, il rinnovo per il periodo 2019 - 2022, della concessione demaniale marittima n. 17/15 come modificata ed integrata dalla n. 118/18, della superficie complessiva di mq. 40,15;
- che l'istanza è depositata presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano, rif. Responsabile del procedimento geom. Aniello Formisano tel. n. 081/7969649, con ricevimento il mercoledì dalle ore 10.00 alle 13.00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Amalfi (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 18/2015 come modificata ed integrata dalla n° 119/2018 - Richiedente : sig. Esposito Aniello

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che il Sig. Esposito Aniello ...*omissis*... è titolare della c.d.m. n. 18/15, allo scopo di installare e mantenere in loc. Piazzale dei Protontini del porto di Amalfi, dal 01/04 al 31/10 di ciascun anno, un manufatto da adibire a deposito attrezzature di facile rimozione di mq. 15,86, poggiato su profili in ferro o mattoni, con annessa area asservita di mq. 3,38, e cavo elettrico mq. 17,60 e rete idrica di mq. 05,70, il tutto per una superficie complessiva di mq. 43,00 con validità 31/12/2018;
- che con atto suppletivo n. 119/18 lo stesso è stato autorizzato alla variazione del periodo di utilizzo della citata concessione da stagionale ad annuale.
- che con istanza acquisita al protocollo d'Ufficio al n. 0703438 del 07/11/2018, lo stesso, ha chiesto alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, il rinnovo per il periodo 2019 - 2022, della concessione demaniale marittima n. 18/15 come modificata ed integrata dalla n. 119/18, della superficie complessiva di mq. 43,00;
- che l'istanza è depositata presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano, rif. Responsabile del procedimento geom. Aniello Formisano tel. n. 081/7969649, con ricevimento il mercoledì dalle ore 10.00 alle 13.00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Amalfi (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 08/2015 come modificata ed integrata dalla n° 122/2018 - Richiedente : sig. Imperato Alfonso (Soc. Amalfi Sails Charter & C. S.a.s.)

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che la Soc. Amalfi Sails Charter & C. S.a.s. c...*omissis*... legalmente rappresentata dal sig. Imperato Alfonso ...*omissis*..., è titolare della c.d.m. n. 87/15, allo scopo di installare e mantenere nell'ambito del porto di Amalfi, dal 01/04 al 31/10 di ciascun anno, un manufatto di facile rimozione di mq. 15,86, poggiato su profili in ferro o mattoni, da adibire a deposito attrezzature connesse all'attività di noleggio e di servizio turistico trasporto passeggeri, con obbligo di rimozione al termine stagione, e con annessa area asservita di mq. 3,38, nonché mq. 32,13 per cavo elettrico e mq. 19,50 di linea idrica, il tutto per una superficie complessiva di mq. 71,26, con validità 31/12/2018;
- che con atto suppletivo n. 122/18 la stessa società è stata autorizzata alla variazione del periodo di utilizzo della citata concessione da stagionale ad annuale.
- che con istanza acquisita al protocollo d'Ufficio al n. 0759566 del 29/11/2018, la Soc. Amalfi Sails Charter & C. S.a.s. c ...*omissis*... legalmente rappresentata dal sig. Imperato Alfonso ...*omissis*..., ha chiesto alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, il rinnovo per il periodo 2019 - 2022, della concessione demaniale marittima n. 87/15 come modificata ed integrata dalla n. 122/18, della superficie complessiva di mq. 71,26;
- che l'istanza è depositata presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano, rif. Responsabile del procedimento geom. Aniello Formisano tel. n. 081/7969649, con ricevimento il mercoledì dalle ore 10.00 alle 13.00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuzzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Amalfi (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 97/2015 come modificata ed integrata dalla n° 138/2018 - Richiedente : sig. Siani Gerardo

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che il Sig. Siani Gerardo *...omissis...* è titolare della c.d.m. n. 97/15, allo scopo di installare e mantenere in loc. Piazzale dei Protontini del porto di Amalfi, dal 01/04 al 31/10 di ciascun anno, un manufatto di facile rimozione di mq. 15,86, poggiato su profili in ferro o mattoni, adibito a deposito attrezzature, ombrelloni e sedie sdraio, funzionale all'attività di noleggio esercitata, nonché area asservita annessa di mq. 3,38, mq. 29,17 per cavo elettrico e mq. 17,13 di linea idrica, il tutto per una superficie complessiva di mq. 65,54 con validità 31/12/2018;
- che con atto suppletivo n. 138/18 lo stesso è stato autorizzato alla variazione del periodo di utilizzo della citata concessione da stagionale ad annuale.
- che con istanza acquisita al protocollo d'Ufficio al n. 0713406 del 12/11/2018, lo stesso, ha chiesto alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, il rinnovo per il periodo 2019 - 2022, della concessione demaniale marittima n. 97/15 come modificata ed integrata dalla n. 138/18, della superficie complessiva di mq. 65,54;
- che l'istanza è depositata presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano, rif. Responsabile del procedimento geom. Aniello Formisano tel. n. 081/7969649, con ricevimento il mercoledì dalle ore 10.00 alle 13.00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuzzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Amalfi (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 20/2015 come modificata ed integrata dalla n° 103/2018 - Richiedente : sig. Gambardella Antonio (soc. Officina Gambardella Antonio & C. S.a.s.)

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che la soc. Officina Gambardella Antonio & C. S.a.s. ...*omissis*..., legalmente rappresentata dal sig. Gambardella Antonio ...*omissis*... è titolare della c.d.m. n. 20/15, allo scopo di installare e mantenere nell'ambito del porto di Amalfi, dal 01/04 al 31/10 di ciascun anno, un manufatto di facile rimozione di mq. 15,86, poggiato su profili in ferro o mattoni, da adibire ad officina meccanica, con obbligo di rimozione al termine stagione, e con annessa area asservita di mq. 3,38, nonché mq. 23,56 per cavo elettrico e mq. 11,73 di rete idrica, il tutto per una superficie complessiva di mq. 54,53, con validità 31/12/2018;
- che con atto suppletivo n. 103/18 la stessa società è stata autorizzata alla variazione del periodo di utilizzo della citata concessione da stagionale ad annuale.
- che con istanza acquisita al protocollo d'Ufficio al n. 0703443 del 07/11/2018, la soc. Officina Gambardella Antonio & C. S.a.s. ...*omissis*..., legalmente rappresentata dal sig. Gambardella Antonio ...*omissis*..., ha chiesto alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, il rinnovo per il periodo 2019 - 2022, della concessione demaniale marittima n. 20/15 come modificata ed integrata dalla n. 103/18, della superficie complessiva di mq. 54,53;
- che l'istanza è depositata presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano, rif. Responsabile del procedimento geom. Aniello Formisano tel. n. 081/7969649, con ricevimento il mercoledì dalle ore 10.00 alle 13.00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuozzo

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Assessorato ai Trasporti e Viabilità - Direzione Generale per la Mobilità - Unità Operativa Dirigenziale 50 08 04.

Porto di Amalfi (Sa) - Pubblicazione avviso - Istanza di rinnovo della concessione demaniale marittima n° 21/2015 come modificata ed integrata dalla n° 104/2018 - Richiedente : sig. Gambardella Antonio (soc. Officina Gambardella Antonio & C. S.a.s.)

IL DIRIGENTE U.O.D.

VISTI :

- l'art. 18 del d.P.R. 15 febbraio 1952, n° 328;
- gli artt. 8, 9 e 10 l. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.;
- la l. 16/03/01, n° 88;
- il D.D. n° 133 del 05/10/2010;
- la delibera di G.R.C. del 17/05/2002, n° 2000;
- la delibera di G.R.C. del 30/09/2004, n° 1806;
- la delibera di G.R.C. del 19/06/2008, n° 1047;

RENDE NOTO

- che la soc. Officina Gambardella Antonio & C. S.a.s. ...*omissis*..., legalmente rappresentata dal sig. Gambardella Antonio ...*omissis*... è titolare della c.d.m. n. 21/15, allo scopo di installare e mantenere nell'ambito del porto di Amalfi, dal 01/04 al 31/10 di ciascun anno, un manufatto di facile rimozione di mq. 15,86, poggiato su profili in ferro o mattoni, da adibire ad uso deposito attrezzi pezzi di ricambio e quant'altro necessario all'attività di meccanico, con obbligo di rimozione al termine stagione, e con annessa area asservita di mq. 3,38, il tutto per una superficie complessiva di mq. 19,24 con validità 31/12/2018;
- che con atto suppletivo n. 104/18 la stessa società è stata autorizzata alla variazione del periodo di utilizzo della citata concessione da stagionale ad annuale.
- che con istanza acquisita al protocollo d'Ufficio al n. 0703443 del 07/11/2018, la soc. Officina Gambardella Antonio & C. S.a.s. ...*omissis*..., legalmente rappresentata dal sig. Gambardella Antonio ...*omissis*..., ha chiesto alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, il rinnovo per il periodo 2019 - 2022, della concessione demaniale marittima n. 21/15 come modificata ed integrata dalla n. 104/18, della superficie complessiva di mq. 19,24;
- che l'istanza è depositata presso la Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli 19° piano, rif. Responsabile del procedimento geom. Aniello Formisano tel. n. 081/7969649, con ricevimento il mercoledì dalle ore 10.00 alle 13.00;
- che entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC, possono essere presentate osservazioni e/o domande concorrenti alla Regione Campania, Direzione Generale per la Mobilità, Unità Operativa Dirigenziale 4, Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, Napoli.

D.ssa Lorella Iasuozzo



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
Via Marconi, 66 ex Presidio Bottazzi – 80059 Torre del Greco (NA)
P.I. C.F. - N° 06322711216
Sito:www.aslnapoli3sud.it

AVVISO PUBBLICO, PER SOLI TITOLI, PER LA COPERTURA A TEMPO DETERMINATO DI n. 3 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA RADIODIAGNOSTICA.

PARTE GENERALE

In esecuzione della deliberazione **n. 924 del 23 novembre 2018**, esecutiva a norma di legge, in conformità alla vigente normativa concorsuale, al C.C.N.L. della Dirigenza Medica e Sanitaria e alle disposizioni regionali, è indetto avviso pubblico, **per soli titoli**, a copertura di **n. 3 posti di Dirigente Medico - disciplina Radiodiagnostica** -, a tempo determinato per la durata di mesi otto, eventualmente rinnovabili, nelle more dell'espletamento e dell'indizione di una nuova procedura concorsuale

Le modalità per l'espletamento dell'avviso in questione sono disciplinate dal C.C.N.L. vigente per l'area della Dirigenza Medica del S.S.N., dal Decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997 n. 483, recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale, e dal Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994 n. 487, e successive modificazioni ed integrazioni. Per quanto non previsto nel presente bando si fa espresso rinvio alla normativa vigente in materia.

L'avviso pubblico verrà espletato nel rispetto delle norme che garantiscono le pari opportunità fra uomini e donne per l'accesso al lavoro, ai sensi della Legge n. 125 del 10.04.1991 e s.m.i..

ART. 1 REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

Possono partecipare all'avviso coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- A) Cittadinanza italiana**, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- B) Idoneità fisica all'impiego**. L'accertamento della idoneità fisica all'impiego, con osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuato a cura di questa Azienda prima dell'immissione in servizio. E' dispensato dalla visita medica il personale dipendente da pubbliche

amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti, ospedali ed enti di cui agli artt. 25 e 26, comma 1, del DPR 761/79.

C) Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;

D) SPECIALIZZAZIONE NELLA DISCIPLINA DI RADIODIAGNOSTICA in disciplina equipollente. Il personale del ruolo sanitario in servizio di ruolo al 02/02/98, data di entrata in vigore del DPR 483/97, è esentato dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto alla predetta data per la partecipazione ai concorsi presso aziende diverse da quella di appartenenza. La specializzazione conseguita ai sensi del Decreto Legislativo 257/1991 e/o ai sensi del Decreto Legislativo 368/99, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutata con uno specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione. Il certificato deve indicare se la specializzazione è stata conseguita ai sensi della citata legge.

E) Iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi. 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.

Non possono accedere all'impiego coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo, nonché coloro che siano stati 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;

Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione, **pena l'esclusione.**

Art. 2 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione, **dovrà essere redatta in carta semplice** con ordine - chiarezza e precisione, **con sistema di videoscrittura o macchina** seguendo lo schema che si allega al presente bando e dovrà riportare tutte le dichiarazioni di seguito riportate ed essere sottoscritta dal candidato, **pena l'esclusione.**

La domanda deve essere scritta con caratteri chiari e leggibili. La firma in originale, in calce alla stessa, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445/2000, non deve essere autenticata e non è soggetta all'imposta di bollo.

Nella domanda di ammissione il candidato deve dichiarare, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici

eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, quanto segue **ed a pena di esclusione** :

1. cognome e nome;
2. la data, il luogo di nascita e la residenza;
3. il possesso della cittadinanza italiana, o di uno dei Paesi della U.E. (in quest'ultimo caso specificare i requisiti sostitutivi di cui al D.P.C.M. 7/2/1994);
4. il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
5. le eventuali condanne penali riportate, anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale, gli eventuali procedimenti penali pendenti a proprio carico che escludano dalla nomina agli impieghi presso P.A. Si precisa che ai sensi di legge la sentenza prevista dall'art. 444 del codice di procedura penale (c.d. patteggiamento) è equiparata a condanna. In caso negativo dichiarare espressamente di non averne riportate;
6. il titolo di studio posseduto e i requisiti specifici di ammissione alla procedura; per quanto riguarda il diploma di specializzazione dovranno essere indicati gli anni di durata del corso e se lo stesso è stato **conseguito ai sensi del D.Lgs.257/91 e/o del D.Lgs. 368/99**, in quanto in tal caso, anche se fatto valere come requisito di ammissione, verrà valutato con uno specifico punteggio pari a punti 0,500 per anno di corso di specializzazione;
7. la posizione nel riguardo degli obblighi militari;
8. i servizi prestati come dipendenti presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
9. l'idoneità fisica all'impiego;
10. gli eventuali titoli comprovanti il diritto di precedenza e/o preferenza di legge nella nomina previsti dall'art.5 del DPR 487/94 e successive modifiche ed integrazioni;
11. l'autorizzazione all'Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.vo n. 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva;
12. di accettare le condizioni previste dal bando.
13. il domicilio - ed eventuale recapito telefonico - presso il quale deve essere fatta pervenire ogni necessaria comunicazione inerente l'avviso pubblico. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza di cui **al punto 2.** L'Amministrazione non assume responsabilità per la

dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o, comunque, imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti d'indirizzo all'Azienda che non assume responsabilità nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato. In caso di mancata indicazione vale la residenza indicata nella domanda.

Tutti i titoli di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione alla procedura dell'avviso, **a pena di esclusione** dalla partecipazione alla procedura.

La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata, ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000.

**Non è sanabile e comporta l'esclusione dall'avviso l'omissione:
-anche di una sola delle dichiarazioni richieste nella domanda;
-della firma del concorrente a sottoscrizione della domanda.**

Art. 3 DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione il candidato deve allegare:

- a) documentazione di cui ai requisiti specifici di ammissione;
- b) un curriculum formativo e professionale, in carta semplice, datato, firmato e formalmente documentato;

Si precisa che in caso di mancata autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, il curriculum non sarà oggetto di valutazione.

- c) un elenco, firmato, in carta semplice e in triplice copia, dei documenti e dei titoli presentati.

d) tutte le certificazioni relative ai titoli che ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;

e) le pubblicazioni, che devono essere edite a stampa, vanno presentate in originale o in fotocopie autocertificate. Infatti, il candidato dovrà allegare copia semplice delle stesse spillate, anche se autocertificate. Per le pubblicazioni la sola dichiarazione di autocertificazione non sarà oggetto di valutazione, né sarà oggetto di valutazione fogli alla rinfusa di pubblicazioni;

f) **una sola copia fotostatica, fronte e retro, documento di identità** in corso di validità, ai fini della validità dell'istanza di partecipazione.

Tutti i titoli possono essere prodotti in originale o in copia autenticata, ovvero in copia resa conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000, corredato di fotocopia di un valido documento d'identità.

E' possibile, altresì, produrre, in luogo del titolo, una dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del citato decreto.

Tutte le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, per essere prese in esame, devono contenere tutti gli elementi e le informazioni previste nella certificazione originale, rilasciata dall'autorità competente.

Il servizio prestato deve contenere l'esatta denominazione e l'indirizzo dell'ente presso il quale è stato prestato, la posizione funzionale, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno o tempo parziale con relativa percentuale), il periodo di servizio effettuato, nonché le eventuali interruzioni (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare, etc.), il motivo della cessazione e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso. Inoltre, se il servizio è stato prestato presso il S.S.N., deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art.46 del DPR 761/79, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

Tutte le situazioni relative all'adempimento degli obblighi militari, ivi comprese quella attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio, possono essere comprovate con dichiarazioni sostitutive di certificazione e devono contenere l'esatta indicazione del periodo effettivamente prestato.

Ai sensi dell'art.1, comma 1, della legge 370/88, a decorrere dal 01/01/89 non sono soggette all'imposta di bollo le domande ed i relativi documenti per la partecipazione.

Non è ammesso alcun riferimento a documentazione prodotta per la partecipazione a precedenti avvisi o comunque esistenti agli atti di questa Azienda.

Dichiarazioni sostitutive (fac - simile allegati B e C devono essere redatti con sistema di videoscrittura o macchina)

Ai sensi dell'art. 15 della Legge 12.11.2011 n. 183, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono sempre sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000. Non potranno pertanto essere accettate certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni e da gestori di pubblici servizi, che - ove presentate - devono ritenersi nulle.

Le autocertificazioni di cui al DPR n. 445/2000, ossia le dichiarazioni sostitutive di certificazione (art. 46) e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (art. 47) devono contenere la clausola specifica che il candidato è consapevole che, in caso di falsità o dichiarazioni mendaci, incorre nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000, oltre a decadere, ai sensi del precedente art. 75, dai benefici conseguiti per effetto al provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere. L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal candidato con le modalità e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni. La sottoscrizione delle dichiarazioni sostitutive presentate contestualmente alla domanda o richiamate dalla stessa deve essere accompagnata da fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento.

a) nelle autocertificazioni di servizio devono essere indicate le posizioni funzionali e le qualifiche rivestite, le discipline nelle quali i servizi sono stati prestati, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno/tempo parziale con percentuale), **nonché le date iniziali e finali dei relativi periodi di attività** e deve essere attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del DPR n. 761/79. Non saranno presi in considerazione dichiarazioni generiche che non consentono una idonea conoscenza degli elementi necessari per l'ammissione.

b) nell'autocertificazione relativa al servizio militare deve essere indicato l'esatto periodo di svolgimento, della qualifica rivestita e della struttura presso la quale è stato prestato;

c) nell'autocertificazione attestante il servizio prestato presso Case di Cura private deve espressamente contenuta l'indicazione della convenzione o accreditamento con il S.S.N.; in assenza di tale indicazione il servizio non sarà considerato nei titoli di carriera ma nel curriculum formativo e professionale.

Le dichiarazioni sostitutive rese in modo generico o incomplete non saranno valutate.

I candidati, trascorsi novanta giorni dalla data di approvazione della graduatoria, potranno ritirare la documentazione prodotta. Trascorsi ulteriori sei mesi, salvo eventuale contenzioso in atto, l'Azienda disporrà del materiale secondo le proprie necessità senza alcuna responsabilità.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali, o, comunque, imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Si precisa che, tutta la documentazione allegata, non spillata (fogli alla rinfusa) non sarà oggetto di valutazione.

Art. 4 - MODALITÀ E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda e la documentazione ad essa allegata devono essere inoltrate, specificando gli estremi del titolo del presente avviso e della relativa pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione

Campania, **esclusivamente a mezzo del servizio pubblico postale - Raccomandata A.R.** - al seguente indirizzo: **Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud - Via Marconi n. 66 ex Presidio Bottazzi - 80059 Torre del Greco.**

Il termine per la presentazione delle domande di partecipazione all'avviso **scade il quindicesimo giorno, decorrente** dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania. Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. La data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante. Il termine fissato per la presentazione delle domande è perentorio. La eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti. Non saranno esaminate le domande inviate prima della pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o, comunque, imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Art. 5 AMMISSIONE ED ESCLUSIONE DEI CANDIDATI

L'Amministrazione provvederà con apposito atto deliberativo all'ammissione dei candidati all'avviso, previa verifica del possesso dei requisiti richiesti nel presente bando.

L'esclusione dall'avviso sarà disposta con provvedimento motivato del Direttore Generale e l'elenco dei candidati ammessi ed esclusi verrà pubblicato, sul sito internet www.aslnapoli3sud.it nell'apposito **link concorsi**, che avrà valore di notifica ad ogni effetto di legge ai candidati interessati.

Art. 6 COMMISSIONE VALUTATRICE

La Commissione Valutatrice sarà nominata con apposito atto deliberativo dal Direttore Generale.

Art. 7 Valutazione Titoli e Colloquio

I titoli esibiti dai concorrenti verranno valutati secondo i criteri dettati dal DPR 483/97.

La selezione avverrà per titoli e colloquio, ai sensi del DPR 483/97, a cura di apposita commissione che disporrà, complessivamente, **di 20 punti** così ripartiti:

Titoli _____ **punti 20**

I 20 punti dei titoli sono così ripartiti:

Titoli di carriera punti 10
Titoli accademici e di studio punti 3
Pubblicazioni e titoli scientifici punti 3
Curriculum formativo e professionalepunti 4.

Art. 8 APPROVAZIONE DELLA GRADUATORIA

Al termine delle operazioni, la Commissione Valutatrice formulerà la graduatoria di merito sulla base della valutazione dei titoli di carriera, accademici, pubblicazioni, del curriculum professionale.

La graduatoria di merito sarà approvata dal Direttore Generale della A.S.L. Napoli 3 Sud.

Art. 9 CONFERIMENTO INCARICO

L'attribuzione dell'incarico è effettuata dal Direttore Generale dell'Azienda sulla base della graduatoria formulata dalla Commissione, e i posti saranno assegnati in base alle esigenze aziendali.

Il vincitore dell'avviso sarà convocato ai fini della notifica del conferimento e dell'acquisizione dei documenti propedeutici alla stipula del contratto di lavoro individuale, nel quale sarà indicata la data di inizio del servizio, **che avverrà non oltre il termine di quindici giorni** dalla data di notifica del conferimento, **a pena di decadenza**. L'assunzione del vincitore comporta

l'accettazione incondizionata da parte di questo, **di essere assegnato a qualsiasi posto di lavoro individuato dall'Azienda, secondo le esigenze di servizio**.

Qualora il candidato vincitore dopo aver accettato l'incarico rinunci allo stesso prima della data di presa di servizio, l'Azienda si riserva di azionare tutte le misure a tutela dei propri interessi riconducibili a responsabilità precontrattuale in funzione della gravità del danno arrecato all'Amministrazione.

Entro il termine previsto dall'Azienda il vincitore - ai fini della esclusività del rapporto di lavoro - deve dichiarare, sotto la Sua responsabilità, di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'articolo 53 del D. L.vo 165/2001, dal D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dalla Legge 662/96, dall'art. 72 della Legge 448/98, anche agli effetti di quanto previsto dal vigente CCNL in materia di corresponsione della indennità di esclusività del rapporto di lavoro.

Il trattamento giuridico e economico è quello previsto dal citato CCNL.

Ai fini giuridici ed economici la nomina decorre dalla data dell'effettiva immissione in servizio.

Art. 10 ACCESSO AGLI ATTI DELL'AVVISO PUBBLICO

L'accesso alla documentazione attinente ai lavori della Commissione valutatrice è possibile a conclusione dell'Avviso pubblico.

Art. 11 TUTELA DEI DATI PERSONALI-INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 s.m.i., i dati personali forniti dai candidati saranno trattati per le finalità di gestione dell'avviso e per la gestione del rapporto stesso.

Art. 12 MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DELL'AVVISO

Il Direttore Generale si riserva la facoltà, per ragioni di pubblico interesse, di prorogare, sospendere o revocare a sua insindacabile giudizio il presente avviso, senza che gli aspiranti possano sollevare o vantare diritti di sorta.

Art. 13 NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando si fa espresso rinvio alla normativa vigente in materia ed in particolare al DPR 761/79, al DPR 487/94, al DPR 483/97 e al D.Lgs. n.165/2001.

Con la partecipazione all'avviso pubblico implica da parte del concorrente l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché di tutte le disposizioni di leggi vigenti in materia.

Per tutto quanto ciò non espressamente previsto e menzionato nei precedenti paragrafi, valgono le disposizioni di legge che disciplinano la materia concorsuale.

Il presente bando sarà pubblicato integralmente sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it, Albo pretorio - **link concorsi**, dopo la pubblicazione sul **Bollettino Ufficiale della Regione Campania**.

Per eventuali informazioni e chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Procedure Concorsuali, Via Marconi n. 66, 80059 Torre del Greco – il martedì dalle ore 09,00 alle ore 12,30, e il mercoledì dalle ore 15,00 alle ore 17,00.

Per quanto non espressamente previsto nel presente bando, si fa riferimento alle disposizioni legislative che disciplinano la materia.

Il Direttore Generale
f.to Dott.ssa Antonietta Costantini

**Al Direttore Generale
dell'ASL Napoli 3 Sud
Via Marconi, 67 ex Presidio Bottazzi
80059 Torre del Greco**

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico, **per titoli e colloquio**, per la copertura n..... posti..... di Dirigente Medico disciplina Malattie dell'Apparato Respiratorio pubblicato sul Burc n. del.....

A tale scopo dichiara, ai sensi dell' art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/00):

a) di essere nato/a a il..... e di risiedere in.....alla via..... telefono..... PEC/e-mail _____;

b) di essere in possesso della cittadinanza italiana (o requisito sostitutivo);

c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di (ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste);

d) di non aver riportato condanne penali (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali per);

e) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

laurea in conseguita all'Università di..... il

specializzazione in conseguita all'Università il

ai sensi del vecchio ordinamento

ai sensi del D.Lgvo n. 257/1991 della durata di anni.....

ai sensi del D.Lgvo n. 368/1999 della durata di anni.....

iscrizione all'Ordine Professionale della Provincia di..... dal con n.;

f) di avere nei riguardi degli obblighi militari la seguente posizione

g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso PP.AA. per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

h) di avere prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni:

i) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire di riserve, precedenza o preferenze.....;

j) di accettare le condizioni previste dal bando;

k) di dare il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/03).

Il sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata al seguente indirizzo

Allega alla presente:

curriculum formativo e professionale, datato e firmato,

eventuale documentazione che il candidato ritenga opportuno presentare;

elenco in triplice copia, datato e firmato, della documentazione presentata;

una sola fotocopia documento di identità in corso di validità.

Luogo e data.....

firma per esteso e leggibile del dichiarante

(ALLEGATO B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.
(riguardante i servizi prestati)

Il/La sottoscritto/a nato a..... il consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

D I C H I A R O

Di aver prestato o di prestare servizio presso i seguenti Enti:

Azienda/Ente	Qualifica e disciplina	Tipo di rapporto	Tipologia di contratto	Impegno orario	dal (gg/m/a)	al (gg/m/a)

Dichiara, inoltre che per i suddetti servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR n. 761/1979.

N.B. I candidati devono indicare:

- *denominazione Ente (se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato non accreditato)
- * tipo di rapporto di lavoro (se a tempo indeterminato o a tempo determinato)
- * tipologia del contratto (CCNL Area Medica-Veterinaria, specialista ambulatoriale, guardia medica, libero professionale o a progetto, borse di studio, COCOCO ecc.)
- * impegno orario
- * periodo (gg/m/a).

Allega fotocopia di documento di identità.

Luogo e data

firma per esteso e leggibile del dichiarante

(ALLEGATO C)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____ residente in _____ alla via _____, n. _____ C.A.P.____,
pienamente consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DP.R.
445/00)

DICHIARA

sono conformi agli originali.

Allega fotocopia di documento di identità.

Luogo e data

firma per esteso e leggibile del dichiarante

REGIONE CAMPANIA
ASL NA 2 NORD
Codice Fiscale 96024110635**AVVISO DI MOBILITA' INTERREGIONALE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N° 2 POSTI DI DIRIGENTE AVVOCATO DA ASSEGNARE ALL'U.O.C. AFFARI LEGALI.**

In esecuzione del provvedimento n° _____ del _____ ed in conformità alla vigente normativa concorsuale della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa – Area Sanità Pubblica, e alle disposizioni regionali, è indetto Avviso di Mobilità Interregionale, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato, di n° 2 posti di Dirigente Avvocato, da assegnare all'U.O.C. Affari Legali.

Agli incaricati verrà attribuito il trattamento economico prevista dal CC. CC. NN. LL. vigente, nel tempo, per l'Area della Dirigenza S.T.P.A e verranno applicate le disposizioni normative e contrattuali vigenti, per gli aspetti giuridici e previdenziali. In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 7 del D. Leg.vo 165/2001 è garantita la pari opportunità tra uomo e donna per l'accesso al lavoro.

1. REQUISITI GENERALI

Possono partecipare alla selezione coloro i quali sono in possesso dei seguenti requisiti:

1 – **Cittadinanza italiana**, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea o cittadini extracomunitari regolarmente soggiornati in Italia;

2 – Godimento dei diritti civili e politici: non possono accedere all'impiego coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile o interdetti da pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;

Ai sensi della legge n. 127/97 non opera alcun limite di età

3 - **Idoneità fisica all'impiego, senza alcuna limitazione, e assenza di istanze tendenti ad ottenere una inidoneità seppur parziale.** L' Amministrazione prima di procedere alla stipula del contratto, ha facoltà di sottoporre a visita medica i vincitori dell'avviso pubblico. Il personale dipendente da pubbliche Amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti, ospedali ed enti di cui agli articoli 25 e 26, comma 1, del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, è dispensato dalla visita medica;

4 – Essere dipendente in servizio a tempo indeterminato nel profilo professionale oggetto dell'Avviso di Mobilità, presso AA.SS.LL., AA.OO. I.R.C.C.S. pubblici del S.S.N.;

5- Aver superato il periodo di prova

2. REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE (art. 58 D.P.R. 483 e art. 26 D.Leg.vo 165/2001)

A. **Diploma di Laurea in Giurisprudenza** (Diploma di laurea vecchio ordinamento, laurea specialistica (L.S. ex decreto n. 509/99 e laurea magistrale ex decreto n. 270/2004) relativa alla figura dirigenziale in selezione. A tal fine, così come disposto dall'art. 2 del D.M. 9 luglio 2009, tenuto conto della suddivisione delle lauree del vecchio ordinamento in più percorsi indipendenti, qualora una delle citate lauree trovi corrispondenza con più classi specialistiche o magistrali, il candidato dovrà allegare, a pena di esclusione, una dichiarazione rilasciata dall'Ateneo che ha conferito il diploma di laurea che attesti a quale singola classe è equiparato il titolo di studio posseduto.

B. **Titolo di avvocato;**

C. **Iscrizione all'ordine Professionale.**

D. **Assenso incondizionato al trasferimento presso questa Azienda da parte dell'Amministrazione di appartenenza, in conformità all'art. 30 del d.lgs. 165/2001 e s.m.i.**

Qualora lo stesso non venisse prodotto al momento della partecipazione alla procedura, dovrà, in caso di vincita, essere obbligatoriamente prodotto entro 15 gg. decorrenti dalla data di notifica della nomina, a pena di decadenza dal diritto al trasferimento.

I predetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione delle domande di ammissione.

3. MODALITÀ E TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

LE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO, DOVRANNO ESSERE ESCLUSIVAMENTE PRODOTTE TRAMITE PROCEDURA TELEMATICA, CON LE MODALITÀ DESCRITTE AL PUNTO SEGUENTE ENTRO E NON OLTRE LE ORE 24,00 DEL QUINDICESIMO GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE BANDO PER ESTRATTO SULLA GAZZETTA UFFICIALE IV SERIE SPECIALE – CONCORSI ED ESAMI.

QUALORA DETTO GIORNO SIA FESTIVO, IL TERMINE È PROROGATO AL PRIMO GIORNO SUCCESSIVO NON FESTIVO

PROCEDURA DI REGISTRAZIONE E COMPILAZIONE ON-LINE DELLA DOMANDA E DEI RELATIVI TITOLI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA MOBILITÀ:

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 ALL'AVVISO DI MOBILITA':

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 **COMPORTE 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**

Il partecipante deve dichiarare l'indirizzo al quale inviare qualunque comunicazione inerente il concorso deve, inoltre, indicare il codice fiscale e un recapito telefonico.

Il candidato deve essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, formazione e uso di fatti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR. 445/00.

dei concorrenti.

4. AMMISSIONE ED ESCLUSIONE DEI CANDIDATI

L'Amministrazione provvederà, previa verifica del possesso dei requisiti richiesti nel presente bando, all'ammissione o all'esclusione dei candidati con provvedimento motivato dal Direttore Generale.

L'elenco dei candidati ammessi ed esclusi verrà pubblicato sul sito Aziendale:

<http://www.aslnapoli2nord.it> nell'apposita sezione "concorsi ed avvisi" e sulla home page aziendale ed avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

5. MODALITA' di accertamento della qualificazione prof.le e delle competenze richieste.

L'accertamento della qualificazione professionale e delle competenze degli aspiranti, sarà effettuato da una commissione nominata dal Direttore Generale composta sulla base di quanto disposto dal DPR 483/97 che opererà sulla scorta dei seguenti elementi:

a - valutazione del curriculum professionale (nella valutazione curriculare e nel colloquio verrà dato particolare rilievo a:

- Esperienze formative e/o professionali in materia di risarcimento danni, nonché in materia di responsabilità medica e responsabilità sanitaria, disciplina del rapporto di lavoro alle dipendenze del SSR o in convenzione con lo stesso, nonché in materia di appalti e contratti delle AA.SS.LL. , nonché in materia di accreditamento con il S.S.N.

6. COMMISSIONE ESAMINATRICE

La valutazione dei titoli sarà effettuata da una Commissione nominata con apposito atto del Direttore Generale dell'Azienda.

VALUTAZIONE DEI TITOLI

La Commissione, nel formulare la graduatoria, dispone, complessivamente, di 100 punti così ripartiti:

- a) punti 20 per i titoli
- b) punti 80 per le prove di esame – colloquio
 1. I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:
 - a) titoli di carriera punti 10
 - b) titoli accademici e di studio punti 3
 - c) pubblicazioni di titoli scientifici punti 3
 - d) curriculum formativo e professionale punti 4

Le categorie dei titoli ed i punteggi attribuibili sono quelli di cui al D.P.R. 483/1997. Per la valutazione delle pubblicazioni, dei titoli scientifici, dei curricula, nonché dei titoli accademici e di studio si applicheranno i criteri di cui agli articoli 11 e 27 del citato decreto.

Nel caso di parità di punteggio si applicano le preferenze previste dall'art.5 del D.P.R. n.487/94, purché documentate, e dall'art. 2, comma 9 della L. n. 191\1998.

7. FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

La Commissione, al termine della valutazione, formulerà la graduatoria di merito dei candidati. La stessa sarà approvata con apposito atto dal Direttore Generale.

La graduatoria sarà pubblicata nel sito internet Aziendale <http://www.aslnapoli2nord.it> nell'area Avvisi e Concorsi.

8. CONFERIMENTO INCARICO

I vincitori della selezione saranno invitati ad assumere servizio entro i termini stabiliti dalla normativa contrattuale vigente e dalle norme regionali.

Ai fini giuridici ed economici la mobilità decorrerà dalla data dell'effettiva immissione in servizio.

Si precisa che l'assegnazione della sede lavorativa sarà disposta direttamente dal Direttore Generale dell'Azienda.

I candidati daranno il proprio impegno a non chiedere trasferimento ad altra Azienda, per un periodo di cinque anni a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio presso questa A.S.L.

L'incaricato che, senza giustificato motivo, non assumerà servizio alla data prestabilita sarà dichiarato decaduto dall'incarico.

Chiunque abbia conseguito la nomina mediante la presentazione di documenti falsi o viziati da irregolarità non sanabile ai sensi di legge, decadrà dal diritto all'impiego.

Tale bando è stato formulato tenuto conto della Legge n. 127/97 e suo regolamento esecutivo DPR 403/98, nonché del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa DPR 445/00 e s.m. e i..

Per quanto non previsto dal presente Avviso si fa espresso riferimento alle disposizioni vigenti in materia concorsuale che qui si intendono integralmente richiamate.

La partecipazione all'Avviso implica l'accettazione di tutte le suddette disposizioni.

9. NORME FINALI DI SALVAGUARDIA

E' garantita la parità e la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro così come stabilito dall'art. 3, comma 2, del D.P.R. n° 487/94 a cui rinvia l'art. 2 del D.P.R. n° 483/97. 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 avviso o riaprire e/o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio e in qualsiasi momento, 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 AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003, COME SOSTITUITO DAL REGOLAMENTO UNIONE EUROPEA 2016/679 (GDPR). 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. La presentazione della domanda di partecipazione costituisce autorizzazione al trattamento dei dati nella medesima indicati per le predette finalità.

Per quanto non esplicitamente previsto nel presente bando, si fa riferimento alla normativa vigente.

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 sulla G.U. - serie IV- concorsi.

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 .

Il Direttore UOC GRU
Dr. Lorenzo Verde
d'Amore

Il Direttore Generale
Dr. Antonio