Consiglio Regionale della Campania

I.1: Consiglio Regionale della Campania – Unità Dirigenziale Amministrazione e Datore di Lavoro – Telefono n. 081.7783951 fax 0297671545; Indirizzo internet: www.consiglio.regione.campania.it. - Indirizzo presso il quale inviare le domande di partecipazione: Consiglio Regionale della Campania – Protocollo Generale – Centro Direzionale Isola F13 – 80143 Napoli - **II.1.1:** Procedura aperta per l'affidamento del servizio di reception presso le sedi del Consiglio regionale della Campania; **II.1.2:** Servizi - Centro Direzionale di Napoli – Isola F13/F8; **II.1.3:** appalto pubblico; **II.1.5:** Servizio di reception presso le sedi del Consiglio Regionale della Campania; **II.1.8:** Divisione in lotti: NO; **II.2.1:** Importo complessivo presunto di appalto euro €.3.049.047,56 (tremilioniquarantanovemilaquarantasette/56); **II.3:** durata dell'appalto 36 mesi; **III.1.1:** Polizza fidejussoria provvisoria pari al 2% dell'importo complessivo dell'appalto; **III.2.2:** Come specificato nel Disciplinare di gara; **III.2.3:** Come specificato nel Disciplinare di gara; **IV.1.1:** Procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del D.lgs. 50/2016; **IV.2.1:** Offerta economicamente più vantaggiosa – aggiudicazione a lotto unico; **IV.3:** Obbligo di Sopralluogo; **IV.3.4:** Termine ultimo per ricevimento delle domande di partecipazione 19/02/2018 ore: 15.00; **IV.3.7:** 180 giorni dalla data di cui al punto IV.3.4; **IV.3.8:** 28/02/2018 ore 10,30 Consiglio Regionale della Campania - Centro Direzionale di Napoli - Isola F8, ottavo piano.

C.I.G. 7316197CBF

Il Responsabile Unità Dirigenziale Amministrazione e Datore di Lavoro: Dr.ssa Maria Grazia GIOVENCO

per comunicazioni contattare:
dott.ssa Annamaria Fragna
tel. 081.7783929 fax 0297671545
e-mail: fragna.mar@consiglio.regione.campania.it.

Delibera della Giunta Regionale n. 803 del 19/12/2017

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 1 - DG di gestione fondo sociale europeo e fondo per lo sviluppo e la coesione

U.O.D. 1 - Gestione finanziaria del PO FSE Campania

Oggetto dell'Atto:

POR CAMPANIA FSE 2014-2020. ISTITUZIONE CAPITOLI DI ENTRATA PER RECUPERI E RESTITUZIONI.

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

PREMESSO che

a. con il Regolamento (UE) n. 1303 del 17 dicembre 2013, il Parlamento e il Consiglio europeo hanno approvato le disposizioni comuni 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 le 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, abrogando il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
b. con il Regolamento (UE) n. 1304 del 17 dicembre 2013, il Parlamento e il Consiglio europeo hanno stabilito i compiti del Fondo sociale europeo (FSE);
c. con il Regolamento di esecuzione (UE) n. 288/2014, la Commissione europea del 25 febbraio 2014 ha adottato le modalità di applicazione del regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio;
d. con il Regolamento delegato (UE) n. 240 del 7 gennaio 2014, recante un "Codice europeo di condotta sul partenariato nell'ambito dei fondi strutturali e di investimento europei", la Commissione ha sostenuto gli Stati membri nell'organizzazione di partenariati finalizzati agli accordi di partenariato e ai programmi finanziati dai fondi strutturali e di investimento europei;
e. con la Decisione C(2014) 8021 del 29/10/2014, la Commissione Europea, a chiusura del negoziato formale, ha approvato determinati elementi dell'Accordo di Partenariato con l'Italia per il periodo dal 1º gennaio 2014 al 31 dicembre 2020, presentato nella sua versione definitiva il 30 settembre 2014;
f. con la Decisione n. C(2015)5085/F1 del 20 luglio 2015, la Commissione europea ha approvato il Programma Operativo "POR Campania FSE 2014-2020 " per il sostegno del Fondo sociale europeo nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" per la Regione Campania in Italia CCI 2014IT05SFOP020, del valore complessivo di euro 837.176.347,00 di cui euro 627.882.260,00 in quota UE;
g. con la Deliberazione n. 388 del 2 settembre 2015, la Giunta Regionale ha preso atto della succitata Decisione della Commissione Europea;
h. con la Deliberazione n. 719 del 16 dicembre 2015, la Giunta Regionale ha preso atto del documento "Metodologia e criteri di selezione delle operazioni", approvato nella seduta del Comitato di Sorveglianza del POR Campania FSE 2014-2020 del 25 novembre 2015;

PREMESSO, altresì

a. che il Consiglio Regionale, con legge regionale n. 4 del 20 gennaio 2017, ha approvato il bilancio di previsione finanziario per il triennio 2017-2019 della Regione Campania, in conformità con le disposizioni di cui al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, così come modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
b. che la Giunta Regionale con Delibera n. 6 del 10.01.2017 ha approvato il Documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario per triennio 2017-2019 della Regione Campania;
c. che la Giunta Regionale con Delibera n. 59 del 07.02.2017 ha approvato il Bilancio Gestionale per gli anni 2017-2018-2019;
d. che con Delibera della Giunta Regionale n. 230 del 26.04.2017, è stato approvato il Bilancio Gestionale assestato 2017/2019 con adeguamento della titolarità gestionale dei capitoli di entrata e di spesa alle nuove strutture ordinamentali come approvate con le DD.G.R.C. n. 619/2016 e n. 658/2016;

CONSIDERATO che nella fase di attuazione del POR Campania FSE 2014-2020 si possono verificare recuperi/restituzioni di somme non dovute o incassate in eccesso da parte dei soggetti beneficiari delle azioni previste nell'ambito del POR Campania FSE 2014/2020;

RILEVATO che nel bilancio gestionale 2017/2019 non risultano istituiti specifici capitoli di entrata su cui iscrivere le entrate derivanti dai predetti recuperi/restituzioni;

RITENUTO, pertanto, dover:

a. istituire nel bilancio gestionale 2017/2019 i capitoli di entrata come da allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento riportante le indicazioni delle relative denominazioni e classificazioni, ai sensi del D.lgs.118/2011;
b. attribuire i predetti capitoli di entrata di cui allegato A alla competenza della U.O.D. “Gestione Finanziaria PO FSE” della Direzione Generale Autorità di Gestione Fondo Sociale Europeo e Fondo per lo Sviluppo e la Coesione;
c. di correlare i succitati capitoli di entrata di cui allegato A, ai capitoli di spesa indicati nell'allegato B parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

VISTI

a. la legge Regionale n. 7 del 30.04.2002 e s.m.i;
b. la legge Regionale n. 4 del 20.01.2017;
c. la deliberazione di G.R n. 59 del 07.02.2017;
d. la D.G.R.C. n. 230 del 26.04.2017;
e. il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;
f. il D.P.C.M. 28 dicembre 2011;
g. l’art. 39, comma 16 del D.lgs. 118/2011;
h. la Legge Regionale n. 23/2017;

PROPONGONO e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente

1. di istituire nel bilancio gestionale 2017/2019 i capitoli di entrata come da allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento riportante le indicazioni della relative denominazioni e classificazioni, ai sensi del D.lgs.118/2011.
2. di attribuire i predetti capitoli di entrata di cui all'Allegato A alla competenza della U.O.D. “Gestione Finanziaria PO FSE” della Direzione Generale Autorità di Gestione Fondo Sociale Europeo e Fondo per lo Sviluppo e la Coesione.
3. di correlare i succitati capitoli di entrata di cui allegato A, ai capitoli di spesa indicati nell'allegato B parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
4. di inviare il presente provvedimento ad intervenuta esecutività alla Direzione Generale Autorità di Gestione Fondo Sociale Europeo e Fondo per lo Sviluppo e la Coesione, alla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, alla Segreteria della Giunta regionale, al Tesoriere, al Consiglio Regionale, al Collegio dei Revisori dei Conti, all’Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione Trasparenza – Bilanci del sito istituzionale della Regione Campania, nonché al BURC per la pubblicazione.

ALLEGATO A

Capitolo di entrata	Denominazione	Titolo	Tipologia	Categoria	IV Livello Piano dei conti/SIOPE	Ricorrenti non/ricorrenti	Codice identificativo Entrata UE	Perimetro sanità	Struttura assegnataria
1602	POR CAMPANIA FSE 2014/2020 – Entrate da recuperi e restituzioni – Amministrazioni centrali	4	500	4050300	4.05.03.01.000	2	1	1	DG 500101
1604	POR CAMPANIA FSE 2014/2020 – Entrate da recuperi e restituzioni – Amministrazioni locali	4	500	4050300	4.05.03.02.000	2	1	1	DG 500101
1606	POR CAMPANIA FSE 2014/2020 – Entrate da recuperi e restituzioni – Famiglie	4	500	4050300	4.05.03.04.000	2	1	1	DG 500101
1608	POR CAMPANIA FSE 2014/2020 – Entrate da recuperi e restituzioni – Imprese e società in house	4	500	4050300	4.05.03.05.000	2	1	1	DG 500101
1610	POR CAMPANIA FSE 2014/2020 – Entrate da recuperi e restituzioni – Istituzioni sociali private	4	500	4050300	4.05.03.06.000	2	1	1	DG 500101

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

ALLEGATO B

8602	8626	8650	8674	8708	8732	8756	8780	8804	8836	8860	8884	8908	8940	8968	8700
8604	8628	8652	8676	8710	8734	8758	8782	8806	8838	8862	8886	8910	8942	8970	8861
8606	8630	8654	8678	8712	8736	8760	8784	8816	8840	8864	8888	8912	8944	8922	8863
8608	8632	8656	8680	8714	8738	8762	8786	8818	8842	8866	8890	8914	8946	8643	
8610	8634	8658	8682	8716	8740	8764	8788	8820	8844	8868	8892	8916	8948	8920	
8612	8636	8660	8684	8718	8742	8766	8790	8822	8846	8870	8894	8926	8950	8954	
8614	8638	8662	8686	8720	8744	8768	8792	8824	8848	8872	8896	8928	8952	8839	
8616	8640	8664	8688	8722	8746	8770	8794	8826	8850	8874	8898	8930	8958	8924	
8618	8642	8666	8690	8724	8748	8772	8796	8828	8852	8876	8900	8932	8960	8918	
8620	8644	8668	8692	8726	8750	8774	8798	8830	8854	8878	8902	8934	8962	8694	
8622	8646	8670	8704	8728	8752	8776	8800	8832	8856	8880	8904	8936	8964	8696	
8624	8648	8672	8706	8730	8754	8778	8802	8834	8858	8882	8906	8938	8966	8698	

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

Delibera della Giunta Regionale n. 805 del 19/12/2017

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 1 - DG di gestione fondo sociale europeo e fondo per lo sviluppo e la coesione

U.O.D. 1 - Gestione finanziaria del PO FSE Campania

Oggetto dell'Atto:

PROGRAMMA OPERATIVO NAZIONALE PER L'ATTUAZIONE DELLA "INIZIATIVA EUROPEA PER L'OCCUPAZIONE DEI GIOVANI" (PON-YEI). ISTITUZIONE CAPITOLI ED ACQUISIZIONE IN BILANCIO.

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

PREMESSO CHE

a. la proposta di Accordo di Partenariato, trasmesso in data 10 dicembre 2013, individua il Programma Operativo Nazionale per l'attuazione della "Iniziativa Europea per l'Occupazione dei Giovani" (PON-YEI) tra i Programmi Operativi Nazionali finanziati dal FSE;
b. la Commissione europea ha preso atto con nota n. ARES EMPL/E3/MB/gc (2014) del Piano di attuazione della Garanzia Giovani, inviato alla medesima Commissione in data 23 dicembre 2013 che definisce le azioni comuni da intraprendere sul territorio italiano;
c. il summenzionato Piano al par. 2.2.1 "Governance gestionale" indica che l'attuazione della Garanzia Giovani venga realizzata mediante la definizione di un unico Programma operativo nazionale (PON YEI), che prevede le Regioni e le Province Autonome come organismi intermedi;
d. con DGR n. 117 del 24/04/2014, pubblicata sul BURC n. 29 del 29/04/2014, la Regione ha approvato il Programma Attuativo della Regione Campania "Garanzia Giovani" assumendo il ruolo di Organismo Intermedio ai sensi di quanto disposto dal comma 7 dell'art. 123 del Regolamento Europeo 1303/13;
e. allo scopo di regolare i rapporti e le procedure relative all'attuazione del Programma tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Campania è stata sottoscritta una specifica convenzione firmata in data 09/06/2014;
f. con le Delibere di Giunta Regionale n. 514 del 27/10/2015, n. 89 del 08/03/2016 , n. 315 del 28/06/2016 e n.91 del 21/02/17 si è proceduto alle rispettive riprogrammazioni delle risorse a valere sul PAR YEI;
g. nell'ambito del PAR Campania GG, con DGR 424 del 22/09/2014, la Regione ha individuato in un percorso di sperimentazione del "Servizio Civile Regionale" lo strumento fondamentale per realizzare la crescita individuale, l'orientamento, la formazione e l'inserimento lavorativo e professionale dei giovani, valorizzandone il ruolo nell'ambito delle politiche e dei servizi per il lavoro, la formazione e l'istruzione;
h. che con il DD n. 22 del 21/07/2015 della Direzione Generale per la Formazione, l'Istruzione e il Lavoro è stato approvato il Manuale Operativo per la Misura 6 Servizio civile Regionale;
i. da ultimo con DD n.3 del 30/05/2017 è stato approvato il documento "Integrazioni al SI.GE.CO. FSE - Indicazioni operative per la gestione e il controllo delle procedure" ed i suoi relativi allegati, che definisce le procedure di gestione e controllo del PAR Campania Garanzia Giovani;

PREMESSO, altresì

a. che il Consiglio Regionale con Legge Regionale n. 4 del 20 gennaio 2017, ha approvato il bilancio di previsione finanziario per il triennio 2017-2019 della Regione Campania in conformità con le disposizioni di cui al D. Lgs del 23 giugno 2011, n. 118, così come corretto ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
b. la Giunta Regionale con deliberazione n. 6 del 10 gennaio 2017 ha approvato il documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario per il triennio 2017-2019 della Regione Campania;
c. la Giunta Regionale con deliberazione n. 59 del 07/02/2017 ha approvato il Bilancio Gestionale per gli anni 2017, 2018 e 2019;
d. che la Giunta regionale con Deliberazione n. 230 del 26.4.2017 ha approvato il bilancio gestionale assestato per gli esercizi 2017, 2018 e 2019 con l'adeguamento della titolarità gestionale dei capitoli di entrata e di spesa alle nuove strutture ordina mentali come approvate con le DD.G.R.C. n. 619/2016 e n. 658/2016;

RILEVATO, in occasione delle verifiche di competenza dell'AdG del POR FSE - Organismo Intermedio del PAR Campania GG è emerso, che, per mero errore materiale, per alcuni giovani destinatari dell'iniziativa è stata richiesta all'IGRUE, a valere sulla Misura 6, due volte l'erogazione dell'indennità riconosciute;

CONSIDERATO che, per poter incamerare le succitate somme indebitamente erogate al fine di poter effettuare il relativo rimborso all'IGRUE, occorre istituire appositi capitoli di entrata e di spesa nel bilancio gestionale 2017/2019, da attribuire alla competenza della Direzione Generale Autorità di Gestione Fondo Sociale Europeo e Fondo per lo Sviluppo e la Coesione;

RITENUTO, pertanto, di dover:

a. istituire nel bilancio gestionale 2017-2019 i correlati capitoli di entrata 1612 e di spesa 3094, con la classificazione prevista ai sensi del D.lgs 118/2011, come riportato nell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
b. iscrivere, ai sensi dell'art. 4, comma 2, lett. a), della Legge Regionale del 20 gennaio 2017, n. 4, la somma di € 30.000,00 in termini di competenza e cassa nel bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2017, come da Allegato B);

VISTI

a. la Legge Regionale del 30 Aprile 2002, n. 7;
b. il Decreto Legislativo del 23 Giugno 2011, n. 118;
c. il Decreto Legislativo del 26 Agosto 2014, n. 126;
d. la Legge Regionale del 20 gennaio 2017, n. 4;
e. la DGR n. 59 del 7 febbraio 2017;
f. la DGR n. 230 del 26/04/2017;

Propongono, e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

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

1. di istituire nel bilancio gestionale 2017-2019 i correlati capitoli di entrata 1612 e di spesa 3094, con la classificazione prevista ai sensi del D.lgs 118/2011, come riportato nell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

2. di attribuire la titolarità dei capitoli correlati capitoli di entrata 1612 e di spesa 3094 alla competenza della Direzione Generale Autorità di Gestione Fondo Sociale Europeo e Fondo per lo Sviluppo e la Coesione.

3. di iscrivere, in termini di competenza e di cassa, ai sensi dell'art. 4, comma 2, lettera a), della Legge Regionale del 20 gennaio 2017, n. 4, la somma di euro 30.000,00 nel bilancio di previsione finanziario 2017-2019, nel documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario per il triennio 2017-2019 e nel bilancio gestionale 2017-2019, come indicato nell'allegato B) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

4. di inviare il presente provvedimento ad intervenuta esecutività alla Direzione Generale Autorità di Gestione Fondo Sociale Europeo e Fondo per lo Sviluppo e la Coesione, alla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, alla Segreteria della Giunta regionale, al Tesoriere, al Consiglio Regionale, al Collegio dei Revisori dei Conti, all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione Trasparenza – Bilanci del sito istituzionale della Regione Campania, nonché al BURC per la pubblicazione.

ALLEGATO A

Capitolo di entrata	Denominazione	Titolo	Tipologia	Categoria	IV Livello Piano dei conti/SIOPE	Ricorrenti non/ricorrenti	Codice identificativo Entrata UE	Perimetro sanità	Struttura assegnataria
1612	PAR CAMPANIA "GARANZIA GIOVANI" – Entrate da recuperi e restituzioni	3	30500	3050200	3.05.02.03.000	2	2	1	DG 500100

Capitolo di spesa	Denominazione	Missione	Programma	Titolo	Macroaggregato	IV Livello Piano dei conti	COFOG	COD. UE	Spesa ricorrente	Perimetro Sanità	Struttura assegnataria
3094	PAR CAMPANIA "GARANZIA GIOVANI" – RESTITUZIONI DI SOMME INTROITATE A TITOLO DI RECUPERO. AMMINISTRAZIONE CENTRALE	01	12	1	109	1.09.99.01.000	01.3	3	4	3	DG 500100

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

BG 2017/2019 - Variazione ai sensi dell'art. 4, comma 2, lettera a) della LR n. 4/2017 **ALLEGATO B**

Esercizio	Titolo	Tipologia	Categoria	Cap Entrata	Missione	Programma	Titolo	Macroaggregato	Cap Spesa	Var Competenza	Var Cassa
2017	3	30500	3050200	1612	1	12	1	109	3094	30.000,00	30.000,00
Subtotale Titolo	30.000,00			Subtotale Missione	30.000,00						
Subtotale Tipologia		30.000,00		Subtotale Programma		30.000,00					
				Subtotale Titolo			30.000,00				

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

Delibera della Giunta Regionale n. 793 del 19/12/2017

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 8 - DIREZIONE GENERALE PER LA MOBILITA'

U.O.D. 2 - Trasporto su gomma

Oggetto dell'Atto:

CONCESSIONE DEI SERVIZI MINIMI DI TRASPORTO PUBBLICO LOCALE SU GOMMA DEL BACINO UNICO REGIONALE. ATTIVAZIONE PROCEDURA DI GARA: INDIRIZZI E CRITERI.

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

PREMESSO che

a. a seguito dell'avvio del processo di riforma del complesso ed articolato settore del Trasporto Pubblico Locale, con D.lgs. n. 422/97 sono state conferite a regioni ed enti locali le funzioni e i compiti amministrativi in materia di servizi pubblici di trasporto di interesse regionale e locale con qualsiasi modalità effettuati ed in qualsiasi forma affidati, e fissati i criteri di organizzazione dei medesimi;
b. in tale contesto di riforma, particolare valenza è stata data dal legislatore nazionale alle procedure concorsuali per l'individuazione degli affidatari dei contratti di servizio TPL, allo scopo di incentivare il superamento degli assetti monopolistici ed introdurre regole di concorrenzialità nella gestione dei servizi medesimi;
c. in ambito comunitario il Trasporto Pubblico Locale è considerato servizio di interesse economico generale (SIEG), ed in quanto tale ritenuto di rilevante importanza per l'Unione Europea, sia perché valore comune a tutti gli Stati membri, sia per il ruolo di promozione nella coesione sociale e territoriale (art. 14 TFUE); in tale ottica, i servizi di interesse economico generale sono stati oggetto di una specifica disciplina comunitaria volta da un lato a perseguire l'obiettivo della qualità, sicurezza ed accesso universale ai servizi e dall'altro a garantire, nel mercato di riferimento, il rispetto delle regole della concorrenza;
d. con particolare riferimento al trasporto pubblico, tale disciplina è stata dettata dal Regolamento Ce n. 1370 del 23.10.2007 relativo ai servizi pubblici di trasporto passeggeri su strada e per ferrovia;
e. in attuazione dei principi sanciti dalla normativa dianzi richiamata, la materia dei servizi pubblici locali a rilevanza economica è stata oggetto di una normativa nazionale volta a perseguire l'efficienza dei servizi, la tutela dell'accessibilità ed universalità degli stessi, il superamento della frammentazione organizzativa e gestionale, la liberalizzazione della gestione;
f. in particolare, l'art. 3 bis D.L. 13 agosto 2011 n. 138, convertito, con modificazioni, con Legge 14 settembre 2011 n. 148, ha previsto che, a tutela della concorrenza, le regioni organizzano lo svolgimento dei servizi pubblici locali a rete di rilevanza economica, definendo il perimetro degli ambiti o bacini territoriali ottimali e omogenei tali da consentire economie di scala e di differenziazione idonee a massimizzare l'efficienza del servizio e istituendo o designando gli enti di governo degli stessi;
g. la regione Campania ha dato attuazione al citato art. 3 bis con la L. R. n. 5 del 6 maggio 2013, il cui art 1 comma 89 individua la regione quale Ente di governo del Bacino Unico Ottimale per il Trasporto Pubblico Locale (TPL);
h. ai sensi dell'art. 1 comma 89 della richiamata legge, l'affidamento dei servizi di trasporto pubblico locale avviene mediante procedure di evidenza pubblica, per l'attuazione delle quali il Bacino Unico può essere suddiviso in più lotti individuati dalla Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare permanente competente, con il supporto di ACaMIR, nel rispetto dei criteri ed obiettivi di contenimento della spesa pubblica, liberalizzazione e concorrenza, economie di scala, differenziazione, massimizzazione dell'efficienza dei servizi e dell'efficacia dell'azione amministrativa;
i. ai sensi dell'art. 1 comma 90 della citata L.R. 5/2013, la partecipazione degli enti locali al processo di pianificazione, gestione e controllo dei servizi di TPL è garantita attraverso la istituzione di un organo di raccordo istituzionale denominato Comitato di indirizzo e monitoraggio, istituito con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 45 del 6 febbraio 2014
j. con DGR n. 462 del 24.10.2013, aggiornata con DGR n. 304 del 31.05.2017, è stato approvato il Documento "Piano di riprogrammazione dei servizi TPL ai sensi dell'art. 16-bis del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 e ss.mm.ii."
k. in sede di attuazione degli obiettivi posti dalla normativa di settore, con Delibere GR n. 144 del 12.05.2014 e n. 190 del 05.06.2014 è stato avviato l'iter amministrativo per l'espletamento delle procedure di evidenza pubblica di affidamento in concessione, per la durata di anni 9, dei servizi

minimi di Trasporto Pubblico Locale su gomma articolati in 5 lotti di gara, indette con D.D. n. 379 del 01.11.2014;

l. con DGR n. 571 del 24.11.2015 gli atti deliberativi di cui al punto che precede sono stati revocati in autotutela; tra le motivazioni a fondamento del ritiro, oltre ai diversi contenziosi instaurati in merito, è stato tenuto conto della opportunità di seguire, in sede di procedure di evidenza, le misure regolatorie per la redazione dei bandi di gara adottate dalla Autorità di regolazione dei Trasporti (ART) con Delibera n. 49 del 17 giugno 2015; ancora, è stata valutata la necessità di rivedere le attività di programmazione prodromiche all'affidamento, al fine di renderle rispondenti ai mutati assetti istituzionali in virtù della Legge 7 aprile 2014, n. 56 ed alle funzioni attribuite alla Città Metropolitana in materia di mobilità e viabilità;
m. con la medesima delibera è stato altresì conferito mandato alla Direzione Generale per la Mobilità di proporre, previa istruttoria con il supporto tecnico di ACaMIR, gli atti di programmazione di cui al punto che precede assicurando, nelle more, la continuità dei medesimi servizi TPL in conformità alla vigente normativa;
n. con DGR n. 36 del 02.02.2016 la regione Campania ha confermato la volontà di assegnare i predetti servizi minimi di TPL su gomma mediante procedura di gara ad evidenza pubblica, garantendo in ogni caso la continuità dei servizi non interrompibili di trasporto pubblico locale su gomma nel periodo necessario per l'aggiudicazione e per il subentro degli aggiudicatari, a mezzo delle misure di cui all'art. 5 par. 5 del Regolamento (CE) N. 1370/2007, con la prosecuzione fino a due anni degli affidamenti di servizi TPL su gomma con gli attuali esercenti, salvo subentro degli aggiudicatari prima della scadenza;
o. ai sensi dell'art. 1 comma 90 bis della L.R. n. 5/2013, come modificato dall'art. 19 comma 6 della legge regionale n. 6/2016 "*per assicurare la continuità del servizio pubblico, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria vigente in materia, la Città metropolitana, le Province, i Comuni capoluogo, in sintonia con i compiti di coordinamento del Comitato di indirizzo e di monitoraggio di cui al comma 90, proseguono nella gestione dei contratti di servizio fino al subentro degli aggiudicatari delle procedure di evidenza pubblica di cui al comma 89.*";

PREMESSO altresì che

a. in sede di avvio dell'iter tecnico amministrativo propedeutico alla indizione delle procedure in argomento, con DGR n. 763 del 20.12.2016, è stato preso atto del documento redatto da ACaMIR in attuazione dell'art. 1, comma 89, della L.R. n. 5/2013, denominato "*Analisi tecniche di supporto per la definizione dei diversi lotti del bacino unico regionale*", suddividendo il Bacino Unico Regionale in più lotti di gara; con la medesima delibera è stato dato mandato alla Segreteria di Giunta di trasmettere il provvedimento alla competente Commissione consiliare, per acquisirne il sentito ai sensi dell'art. 1, comma 89, della legge regionale n. 5/13;
b. con DGR n. 806 del 28.12.2016, preso atto del documento di cui alla precedente lett. a), rivisitato alla luce delle raccomandazioni espresse dalla IV Commissione Consiliare permanente Trasporti, il Bacino Unico Regionale è stato suddiviso, ai sensi dell'art. 1 comma 89 della L.R. n. 5/2013 ed ai fini dell'affidamento dei servizi TPL su gomma con gara ad evidenza pubblica, nei lotti distinti come di seguito: 1 Provincia di Salerno e Comune di Salerno; 2 Provincia di Avellino e Comune di Avellino – Provincia di Benevento e Comune di Benevento; 3 Provincia di Caserta e Comune di Caserta; 4 Città Metropolitana di Napoli; 5 Comune di Napoli; per i lotti 1, 2, 3 e 4, l'atto deliberativo ha definito altresì i km minimi e le risorse finanziarie di riferimento, con possibilità di rimodulazione sulla base dei trasferimenti disposti dal fondo nazionale trasporti;
c. con riferimento al lotto 5 Comune di Napoli, la citata delibera ha disposto la costituzione di un tavolo istituzionale - le cui risultanze sono sottoposte alla Giunta in ragione delle valutazioni di competenza a tutela dell'interesse pubblico alla cui cura essa è preposta - per l'approfondimento tecnico-giuridico delle diverse tematiche, finalizzato alla definizione di un accordo per il trasferimento delle risorse e per la gestione dei servizi ai sensi della normativa europea, anche allo scopo di favorire un processo di efficientamento, razionalizzazione ed economicità con i servizi già finanziati dal medesimo Comune;
d. al citato tavolo istituzionale è stata altresì demandata la definizione di modalità condivise per la gestione dei servizi ricadenti nel lotto Città Metropolitana, nel rispetto della normativa che costituisce

e individua le competenze dell'ente (in particolare dell'art. 1, comma 44, della legge 56/2014, che attribuisce al predetto ente funzioni fondamentali in materia di mobilità e viabilità ex art. 117 secondo comma lettera "p" della Costituzione);

RILEVATO che

a. con nota prot. 627773 del 25.09.2017 la Direzione Generale Mobilità ha chiesto al Comune di Napoli di far conoscere l'ambito applicativo nel quale ricadono i servizi TPL di competenza, in considerazione dell'art 27 comma 2 lett. d del D.L. 24 aprile 2017 n. 50 convertito con L. 21 giugno 2017, n. 96, che prevede la "*riduzione in ciascun anno delle risorse del Fondo da trasferire alle regioni qualora i servizi di trasporto pubblico locale e regionale non risultino affidati con procedure di evidenza pubblica entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, ovvero ancora non ne risulti pubblicato alla medesima data il bando di gara, nonché nel caso di gare non conformi alle misure di cui alle delibere dell' Autorità di regolazione dei trasporti adottate ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera f), del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, qualora bandite successivamente all'adozione delle predette delibere. La riduzione non si applica ai contratti di servizio affidati alla data del 30 settembre 2017 in conformità alle disposizioni di cui al regolamento (CE) n. 1370/2007, sino alla loro scadenza, nonché per i servizi ferroviari regionali nel caso di avvenuta pubblicazione alla medesima data ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del regolamento (CE) n. 1370/2007*".;
b. con nota prot. 738774 del 29.09.2017 il Comune di Napoli ha rappresentato che l'ambito applicativo nel quale ricadono i servizi TPL di competenza è quello dei "*contratti di servizio affidati alla data del 30 settembre 2017 in regime di house providing, come da deliberazione di Consiglio Comunale n. 36 del 29.07.2013*";

RILEVATO, altresì, che

a. in conformità alla vigente normativa nazionale e comunitaria ed in esecuzione del mandato di cui alla D.G.R. n 806/2016, in data 29 dicembre 2016 è stato pubblicato in GU/S S253 del 31/12/2016 l'avviso di preinformazione ai sensi dell'art. 7 comma 2 del Regolamento CE n. 1370/2007;
b. in conformità alle misure regolatorie dettate dall'ART con delibera n 49/2015 richiamata in premessa, in data 11.12.2017 si è tenuta la consultazione pubblica per l'individuazione dei beni essenziali e indispensabili per lo svolgimento dei servizi minimi TPL ricadenti nei lotti individuati dalle delibere G.R. 763/2016 e 806/2016, nonchè per l'individuazione delle modalità di successiva messa a disposizione all'assegnatario;
c. ricorrono pertanto le condizioni per bandire le procedure di evidenza pubblica in argomento, anche ai fini del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 27 comma 2 lett d) del D.L. n. 50/2017 convertito con L. 21 giugno 2017, n. 96;

CONSIDERATO che

a. in sede di Comitato di indirizzo e monitoraggio TPL del 27 ottobre 2017 è stato comunicato alla Città Metropolitana, alle Province e ai Comuni capoluogo l'imminente avvio delle procedure di gara relativamente ai primi 4 lotti individuati con la DGR n. 806/2016, ed affrontato il tema relativo alle attività propedeutiche alla predisposizione degli atti di gara;
b. in detta sede il Comune di Napoli ha avanzato la proposta di accorpare al lotto 4 Città Metropolitana i servizi suburbani attualmente gestiti da ANM per effetto dei rapporti contrattuali in essere con la Città Metropolitana;
c. con nota prot. 591 del 28/11/2017 il Comune di Napoli ha chiesto la convocazione del tavolo istituzionale per individuare congiuntamente i citati servizi suburbani attualmente gestiti da ANM;
d. con nota prot 470/IVC del 01.12.2017 la Regione Campania ha chiesto al Comune di Napoli di definire i dati riferiti ai servizi in argomento, ai fini dell'inserimento degli stessi in data room per l'espletamento delle procedure di gara (personale, depositi, officine, materiale rotabile);

e. con nota prot. 615 del 07.12.2017 il Comune di Napoli ha trasmesso i dati richiesti, oggetto di approfondimento congiunto nel tavolo istituzionale del 12 dicembre 2017;
f. in esito al tavolo istituzionale di cui al verbale del 12.12.2017 si è reso, pertanto, necessario ridefinire i lotti di gara, già suddivisi con le Delibere G.R. n. 763/2016 e n. 806/2016, secondo quanto riportato nel documento redatto da ACaMIR "Piano dei servizi minimi relativi ai lotti del bacino unico regionale individuati con DGR 763/2016 e 806/2016"e trasmesso con nota prot. 2340 del 18/12/2017;

TENUTO CONTO che

a. ai sensi dell'art 27 comma 12 quater del D.L. n. 50/2017, convertito con L. 21 giugno 2017, n. 96 "*L'ente affidante si avvale obbligatoriamente di altra stazione appaltante per lo svolgimento della procedura di affidamento dei servizi di trasporto pubblico regionale e locale qualora il gestore uscente dei medesimi servizi o uno dei concorrenti sia partecipato o controllato dall'ente affidante ovvero sia affidatario diretto o in house del predetto ente";*
b. tra i gestori uscenti dei servizi minimi di trasporto pubblico locale figurano, attualmente, le società EAV srl ed AIR spa, entrambe partecipate dalla regione Campania in qualità di Socio unico;
c. è necessario, ai fini del corretto espletamento delle gare ad evidenza pubblica in argomento, individuare altra stazione appaltante cui demandare lo svolgimento delle procedure di affidamento dei servizi;
d. ai sensi dell'art. 22 comma 1ter della L.R. n. 3/2002 e ss.mm.ii, l'ACaMIR può svolgere funzioni di gestione delle procedure di affidamento dei servizi di competenza della Regione, sulla base di indirizzi e criteri stabiliti con atto della Giunta regionale;

TENUTO CONTO, altresì, che

a. ai fini dell'affidamento dei servizi oggetto della presente delibera, vige il sistema tariffario definito, ai sensi dell'art. 7 L.R. n. 3/2002 e ss.mm.ii, con D.G.R. n. 128 del 30.04.2014 integrata e modificata dalle DD.GG.RR. n. 104 del 17/3/2015, n. 360 del 08.08.2014, n 538 del 10.11.2014 e con D.G.R. n. 451 del 02.08.2016 confermata con D.G.R. n. 486 del 27.07.2017 e, da ultimo, con D.D. Direzione Generale per la Mobilità n. 75 del 08.05.2017;
b. le risorse finanziarie occorrenti per le azioni di cui alla presente deliberazione trovano copertura nell'ambito della Missione 10, Programma 2, Titolo 1 del Bilancio di previsione 2018-2020 di cui al DdL n. 770 del 05.12.2017 "Bilancio di previsione finanziario triennio 2018-2020 della Regione Campania";

RITENUTO, pertanto

a. di poter attivare l'indizione di gara per l'affidamento in concessione, per la durata di anni 10, dei servizi minimi TPL su gomma del bacino regionale, come definiti e suddivisi nel Documento redatto da ACaMIR "Piano dei servizi minimi relativi ai lotti del bacino unico regionale individuati con DGR 763/2016 e 806/2016" – che aggiorna ed integra il Piano triennale approvato con DGR n. 462/2016 – a meno di ulteriori modifiche o aggiornamenti che si dovessero rendere necessari, avvalendosi di ACaMIR, nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 27 comma 12 quater del D.L. 50/2017 convertito con L. 21 giugno 2017 n. 96, quale stazione appaltante per la gestione della procedura di gara attivata con la presente deliberazione, per l'espletamento della quale la predetta stazione appaltante terrà conto degli indirizzi e criteri di seguito indicati:
   a.1 procedere alla pubblicazione dell'avviso di indizione di gara a procedura ristretta nel prescritto termine di un anno dalla preinformazione di cui in premessa, anche ai fini del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 27 comma 2 lett. d) del DL n. 50/2017 convertito con L. 21 giugno 2017, n. 96;
   a.2 procedura ristretta ad evidenza europea, da aggiudicare, per singoli lotti, con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo che valorizzi gli aspetti connessi, tra gli altri, agli investimenti, alla qualità del servizio e all'incremento della produzione chilometrica, fissando nel 20% il tetto massimo per il punteggio economico;
   a.3 rispetto delle disposizioni vigenti in tema di clausole sociali;

a.4 previsione di requisiti di capacità economico finanziaria idonei a garantire la affidabilità e solidità dell'affidatario del servizio, ovvero la capacità di essere in grado di realizzare l'attività oggetto dell'affidamento e di sostenerne lo sviluppo complessivo da un punto di vista anche patrimoniale, da ravvisarsi, per ogni lotto, in un fatturato almeno pari al valore stimato annuo del singolo lotto risultante dalla media dei bilanci dell'ultimo triennio, nonché in un patrimonio netto pari almeno al 15% del corrispettivo annuo a base di gara ai sensi dell'art. 48 comma 7 lett. b) del D.lgs. n. 50/2017;

a.5 possibilità per gli operatori economici interessati, nel rispetto dei principi di concorrenza e massima partecipazione, di concorrere a più lotti di gara e di poter essere aggiudicatari di più lotti, prevedendo, in tale ultima ipotesi, il possesso di un fatturato risultante dalla media dei bilanci dell'ultimo triennio, pari alla somma del valore stimato annuo del maggiore lotto aggiudicato e della metà del valore stimato annuo degli altri lotti aggiudicati, nonché di un patrimonio netto pari al 15% della somma del valore stimato annuo del maggiore lotto aggiudicato e della metà del valore stimato annuo degli altri lotti aggiudicati;

a.6 previsione di requisiti di capacità tecnico organizzativa idonei a garantire l'esperienza e la affidabilità tecnico-organizzativa dell'affidatario del servizio, da rinvenirsi, per ogni lotto, nell'espletamento di servizi TPL per un volume chilometrico almeno pari a quello del singolo lotto per cui si concorre, come risultante dalla media dei chilometri realizzati nell'ultimo triennio; in caso di aggiudicazione di più lotti, il possesso di un volume chilometrico almeno pari alla somma del monte chilometri annuo del maggiore lotto aggiudicato con la metà del monte chilometri annuo degli altri lotti aggiudicati come risultante dalla media dei chilometri realizzati nell'ultimo triennio;

a.7 previsione di requisiti di partecipazione a raggruppamenti di imprese idonei a garantire il principio del *favor partecipationis*;

a.8 previsione della facoltà di subappalto nel limite massimo di cui all'art. 105 del D.lgs. n. 50/2016;

a.9 previsione dell'obbligo, da parte dell'aggiudicatario della gara, di adesione al sistema tariffario integrato, al sistema delle agevolazioni tariffarie e alle iniziative e/o progetti regionali in tema di Intelligent Transport System;

b. con riferimento al lotto 5 - Comune di Napoli, di dover continuare ad assicurare, secondo quanto stabilito nel sopra citato verbale del Tavolo istituzionale del 12.12.2017, il trasferimento delle risorse al Comune di Napoli per la gestione dei servizi TPL, anche allo scopo di garantire un processo di efficientamento, razionalizzazione ed economicità con i servizi già finanziati dal medesimo Comune;

RAVVISATA inoltre la necessità di adottare, nelle more dei nuovi subentri ed in considerazione della imminente scadenza degli affidamenti in essere, giusta quanto disposto con DGR n. 36/2016, misure a tutela del diritto alla mobilità dei cittadini campani al fine di scongiurare il pericolo di interruzione dei servizi sul territorio regionale;

RILEVATO che

a. ai sensi dell'art. 1 comma 90 bis della L.R. n. 5/2013, come modificato dall'art. 19 comma 6 della legge regionale n. 6/2016 "*per assicurare la continuità del servizio pubblico, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria vigente in materia, la Città metropolitana, le Province, i Comuni capoluogo, in sintonia con i compiti di coordinamento del Comitato di indirizzo e di monitoraggio di cui al comma 90, proseguono nella gestione dei contratti di servizio fino al subentro degli aggiudicatari delle procedure di evidenza pubblica di cui al comma 89.*";

b. permane in capo agli enti sopra indicati e salvo remissione volontaria, la attività di gestione dei contratti di servizio nei territori di riferimento sino al subentro dei nuovi soggetti affidatari, in considerazione anche della ratio di continuità della gestione che sottende la previsione legislativa;

VISTI

a. il D.Lgs. 19 novembre 1997, n. 422 e ss.mm.ii;
b. la L.R. 28 marzo 2002 n. 3 e ss.mm.ii.;
c. il Regolamento (CE) N. 1370/2007;

d. la Comunicazione 2014/C92/01 della CE sugli orientamenti interpretativi concernenti il Regolamento (CE) N. 1370/2007;
e. la Delibera n. 49/2015 dell'Autorità di Regolamentazione dei Trasporti;
f. la L.R. 6 maggio 2013, n. 5;
g. la D.G.R. n. 462 del 24 Ottobre 2013;
h. la D.G.R. n. 36 del 02/02/2016;
i. la D.G.R. n. 763 del 20/12/2016;
j. la D.G.R. n. 806 del 28/12/2016;
k. la D.G.R. n. 164 del 28/03/2017;
l. il D.L. n. 50/2017, convertito con L. 21 giugno 2017, n. 96;

la Giunta, in conformità, a voto unanime

D E L I B E R A

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. di prendere atto delle risultanze del tavolo istituzionale attivato tra Regione Campania e Comune di Napoli – Città Metropolitana con DGR n. 806/2016, finalizzato alla definizione di un accordo per il trasferimento delle risorse e per la gestione dei servizi, nonché di modalità condivise per la gestione dei servizi ricadenti nel lotto Città Metropolitana;
2. di dare atto che, per l'effetto, a modifica della DGR n.806/2016, ai fini dell'espletamento delle procedure di evidenza pubblica per l'affidamento dei servizi minimi TPL su gomma, il Bacino regionale, coerente con i criteri di cui all'art. 48 del D.L. n. 50/2017 convertito con L. 21 giugno 2017, n. 96, è suddiviso nei lotti di gara come definiti nel Documento redatto da ACaMIR "Piano dei servizi minimi relativi ai lotti del bacino unico regionale individuati con DGR 763/2016 e 806/2016", allegato alla presente per formarne parte integrante;
3. di attivare l'indizione di gara per l'affidamento in concessione dei servizi minimi TPL su gomma del bacino regionale, come definiti e suddivisi nel Documento di cui al punto che precede, avvalendosi di ACaMIR, nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 27 comma 12 quater del D.L. 50/2017 convertito con L. 21 giugno 2017 n. 96, quale stazione appaltante per la gestione della procedura di gara secondo gli indirizzi e criteri indicati in narrativa;
4. di continuare ad assicurare, con riferimento al lotto 5 - Comune di Napoli, secondo quanto stabilito nel verbale del Tavolo istituzionale del 12.12.2017, il trasferimento delle risorse al Comune di Napoli per la gestione dei servizi TPL, anche allo scopo di garantire un processo di efficientamento, razionalizzazione ed economicità con i servizi già finanziati dal medesimo Comune;
5. di stabilire che Regione, Città Metropolitana di Napoli, Province e Comuni capoluogo proseguano nella gestione dei contratti di servizio in essere nei territori di riferimento, al fine di assicurare la continuità e regolarità dei servizi minimi TPL, fino al subentro dei nuovi soggetti aggiudicatari;
6. di dare mandato alla Direzione Generale per la Mobilità, alla luce degli indirizzi e dei criteri espressi dalla presente deliberazione, in funzione dell'efficace espletamento delle procedure di affidamento ed in ragione delle funzioni di *governance* del bacino regionale del trasporto pubblico locale attribuite ai sensi della L.R. n. 5/2013 e ss.mm.ii., di adottare le linee guida cui la predetta stazione appaltante dovrà attenersi nella redazione degli atti di gara, nonché di dare attuazione al presente provvedimento;
7. di dare atto che le risorse finanziarie occorrenti per le azioni di cui alla presente deliberazione trovano copertura nell'ambito della Missione 10, Programma 2, Titolo 1 del Bilancio di previsione 2018-2020 di cui al DdL n. 770 del 5.12.2017 "Bilancio di previsione finanziario triennio 2018-2020 della Regione Campania";
8. di inviare il presente atto all'Ufficio di Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale per la Mobilità, alla Direzione Generale Risorse Finanziarie, ad ACaMIR, alla Città Metropolitana, alle Province e ai Comuni capoluogo, al BURC per la pubblicazione ed all'Ufficio competente per la pubblicazione sul sito istituzionale della Regione Campania alla Sezione Trasparenza.

REGIONE CAMPANIA

ACaMIR

Agenzia Campana Mobilità Infrastrutture e Reti

Piano dei servizi minimi

relativi ai lotti del bacino unico regionale individuati con DGR n. 763/2016 e DGR n. 806/2016

Il Commissario
Dott. Antonio Marchiello

Direzione Tecnica
Ing. Dario Gentile

Gruppo di lavoro ACaMIR
Ing. Federica Borzillo (Analisi tecnico-trasportistiche)
Ing. Tommaso Esposito (Analisi tecnico-trasportistiche)
Ing. Francesca Mennitti (Analisi tecnico-trasportistiche)

Supporto specialistico società LEM Reply
Dott. Simone Gragnani (Analisi economiche e consultazione)
Dott. Mattia Cugini (Analisi economiche e consultazione)

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

Sommario

1. PREMESSA 3

2. I LOTTI DI GARA 6

2.1. Criteri ed obiettivi per la definizione dei lotti 6

2.2. Individuazione dei lotti di gara 6

2.3. Metodologia per la quantificazione dei lotti 10

3. IL PIANO DELLE LINEE 12

3.1. Le linee del lotto 1 12

3.2. Le linee del lotto 2 16

3.3. Le linee del lotto 3 19

3.4. Le linee del lotto 4 21

4. ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIE 25

4.1. La verifica di congruità condotta nel 2016 25

4.2. Modello di analisi finalizzato al PEFS 25

4.3. Struttura ed elementi chiave del modello 26

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

1. PREMESSA

Il Piano dei Servizi Minimi su gomma relativo ai lotti del bacino unico regionale presentato in questo documento, è stato predisposto secondo criteri e obiettivi indicati dalla normativa vigente.

Premesso che:

- l'assetto normativo ha inteso avviare un processo di modernizzazione e liberalizzazione del settore del trasporto pubblico, nel quale le Regioni rivestono un ruolo centrale di programmazione, coordinamento, finanziamento e controllo, mediante la definizione degli indirizzi per la pianificazione dei trasporti locali, la redazione del Piano regionale dei trasporti e dei Programmi triennali dei servizi, nonché l'individuazione delle risorse da destinare agli investimenti e all'esercizio;
- in tale contesto, particolare valenza è stata data dal legislatore nazionale alle procedure concorsuali per l'individuazione degli affidatari dei contratti di servizio TPL, allo scopo di incentivare il superamento degli assetti monopolistici ed introdurre regole di concorrenzialità nella gestione dei servizi medesimi. In particolare, l'art. 3 bis della legge n. 148/11 ha previsto che, a tutela della concorrenza, le regioni organizzano lo svolgimento dei servizi pubblici locali a rete di rilevanza economica, definendo il perimetro degli ambiti o bacini territoriali ottimali e omogenei, tali da consentire economie di scala e volti a perseguire l'efficienza dei servizi, la tutela dell'accessibilità ed universalità degli stessi, il superamento della frammentazione organizzativa e gestionale, la liberalizzazione della gestione;
- la Regione Campania ha dato attuazione al citato art. 3 bis con L.R. n. 5 del 6 maggio 2013 (legge finanziaria regionale 2013); in particolare con l'art 1 comma 89, il territorio regionale è stato individuato quale Bacino Unico Ottimale per lo svolgimento servizi TPL, e la Regione è stata designata Ente di governo del medesimo. Ai sensi dell'art. 1 comma 90 della suddetta L.R., la partecipazione degli Enti locali al processo di pianificazione, gestione e controllo dei servizi di TPL è garantita attraverso l'istituzione di un organo di raccordo istituzionale denominato Comitato di indirizzo e monitoraggio. il bacino unico regionale ottimale può essere suddiviso in più lotti individuati dalla Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare permanente competente, con il supporto dell'ACaMIR (già ACaM), nel rispetto dei seguenti criteri e obiettivi:
  - contenimento della spesa pubblica;
  - liberalizzazione e concorrenza;
  - economie di scala;
  - differenziazione;
  - massimizzazione dell'efficienza dei servizi e dell'efficacia dell'azione amministrativa;
- la Regione Campania con D.G.R. 379/2014, ha indetto procedura ristretta ex art. 55 D.Lgs. n. 163/06 e ss.mm.ii. con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa previa pubblicazione di manifestazione di interesse rivolta agli operatori del settore. Quest'ultima è stata impugnata in sede giurisdizionale e gli atti sopra richiamati sono stati sospesi con ordinanze del TAR della Campania;
- con D.G.R. n. 571/2015 la Regione Campania, a seguito della sospensione da parte del TAR, ha revocato in autotutela gli atti deliberativi suddetti. Tra le motivazioni fondanti l'atto di ritiro vi è, in particolare, il lavoro svolto dall'ART che, con Delibera n. 49/2015, che ha adottato nuove misure regolatorie per la redazione dei bandi di gara per l'affidamento dei servizi di trasporto. Con la stessa delibera, la Regione Campania ha dato mandato alla Direzione Generale per la Mobilità di proporre, previa istruttoria con il supporto tecnico di ACaMIR, di predisporre gli atti di programmazione propedeutici all'affidamento dei servizi minimi TPL, assicurando la continuità dei medesimi in conformità alla vigente normativa;

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

- con D.G.R. n. 36 del 02/02/2016 la Regione Campania ha confermato la volontà di assegnare i servizi minimi di TPL su gomma mediante procedura di gara ad evidenza pubblica, garantendo in ogni caso, la continuità dei servizi non interrompibili di trasporto pubblico locale su gomma, nel periodo necessario per l'aggiudicazione e per il subentro degli aggiudicatari, con la prosecuzione fino a due anni degli affidamenti di servizi TPL su gomma con gli attuali esercenti, salvo subentro degli aggiudicatari prima della scadenza;
- con DGR n. 763 del 20/12/2016 "*Art. 1 comma 89 L.R. n. 5 del 6/5/2013 - Bacino Unico Regionale del Trasporto Pubblico Locale - rete dei servizi minimi TPL su gomma - INDIVIDUAZIONE LOTTI*" la Direzione Generale per la Mobilità con il supporto tecnico di ACaMIR e del gruppo di lavoro interdisciplinare all'uopo costituito, ha avviato le attività tecnico-amministrative necessarie alla redazione degli atti di programmazione propedeutici all'affidamento dei servizi; in particolare, sono state sviluppate da ACaMIR le analisi tecnico-trasportistiche necessarie all'individuazione dei lotti di gara in cui suddividere il Bacino unico Regionale, riportate nel documento "Analisi tecniche di supporto per la definizione dei diversi lotti del bacino unico regionale";
- con DGR n. 806 del 28/12/2016 "*Art. 1 comma 89 L.R. n. 5 del 6/5/2013 - Bacino Unico Regionale del Trasporto Pubblico Locale - rete dei servizi minimi TPL su gomma - ADEMPIMENTI SUCCESSIVI*", la Regione Campania ha preso atto del parere della IV Commissione Trasporti che, con nota prot. n. 448 del 27.12.2016, raccomanda, anche per motivazioni di carattere sociale, di rivedere i lotti 3 e 4 afferenti, rispettivamente, alla Provincia di Caserta e alla Città metropolitana di Napoli, trasferendo i servizi interprovinciali tra Napoli e Caserta svolti dall'Azienda CTP al lotto 4;
- Con la DGR alla disponibilità n. 164 del 28/03/2017 "Servizi Minimi Trasporti Pubblici Locali (Tpl) - Programmazione risorse ed indirizzi operativi" si è provveduti alla distribuzione delle risorse destinate ai servizi di tpl;

si è proceduto con le attività di analisi e approfondimento tecnico tenendo conto anche di quanto riportato ai seguenti punti.

- In data 12/12/2017 si è tenuto una seduta del tavolo inter istituzionale, previsto dalla DGR n. 806 del 28/12/2016, con i rappresentanti del Comune di Napoli, per l'approfondimento tecnico-giuridico delle diverse tematiche, finalizzato alla definizione di un accordo per il trasferimento delle risorse e per la gestione dei servizi ai sensi della normativa europea, anche allo scopo di favorire un processo di efficientamento, razionalizzazione ed economicità dei servizi già finanziati dal Comune stesso; gli esiti dell'incontro sono riportati nel relativo verbale. Per quanto riguarda il lotto 5 (Comune di Napoli) il tavolo inter istituzionale ha confermato quanto già dichiarato dall'ente locale con nota prot. 738774 del 29/09/2017, ovvero la gestione in regime di *house providing*, come da deliberazione di consiglio comunale n. 36 del 29/07/2013.
- Nella stessa seduta di cui sopra, con riferimento al lotto 4 (Città Metropolitana di Napoli), il tavolo inter istituzionale concorda che i servizi suburbani affidati ad ANM, per effetto dei rapporti contrattuali in essere con la Città Metropolitana, sono da accorpare al lotto 4 ad esclusione delle due linee filobus che rientrano nel servizio urbano.
- In data 11/12/2017 si è tenuta una seduta di consultazione pubblica per l'individuazione dei beni essenziali e indispensabili per lo svolgimento del servizio e delle modalità di successiva messa a disposizione dell'assegnatario, ai sensi della Deliberazione Autorità per la Regolazione dei Trasporti n. 49/2015 (Misura 2), per i servizi del bacino Unico regionale della Campania, per i lotti individuati con DGR n. 763 del 20/12/2016 e DGR n. 806 del 28/12/2016.

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

- Per quanto riguarda le risorse dei lotti si è tenuto conto di quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 164 del 28/03/2017 "Servizi Minimi Trasporti Pubblici Locali (TPL) - Programmazione risorse ed indirizzi operativi".
- Nel corso delle annualità 2016/2017, per effetto del potenziamento e sviluppo soprattutto della domanda di mobilità scolastica, sono stati programmati ulteriori servizi, in particolare linee scolastiche e a servizio delle aree deboli, le cui risorse sono state desunte dai seguenti decreti:
  - DD n. 193 del 09/10/2017
  - DD n. 27 del 27/06/2017 e DD n. 163 del 18/09/2017
  - DD n. 28 del 27/06/2017 e DD n. 165 del 18/09/2017
  - DD n. 32 del 30/06/2017 e DD n. 164 del 18/09/2017

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

2. I LOTTI DI GARA

2.1. Criteri ed obiettivi per la definizione dei lotti

Come riportato in DGR n. 763 del 20/12/2016 e successiva DGR n. 806 del 28/12/2016, in base all'art 1 comma 89 della L.R. n. 5 del 6 maggio 2013, per l'affidamento del servizio del TPL mediante procedura ad evidenza pubblica, il bacino unico regionale ottimale è stato suddiviso in più lotti, nel rispetto dei seguenti criteri e obiettivi:

- contenimento della spesa pubblica;
- liberalizzazione e concorrenza;
- economie di scala;
- differenziazione;
- massimizzazione dell'efficienza dei servizi e dell'efficacia dell'azione amministrativa.

A partire dall'ambito del Bacino Unico Regionale, sulla base dei criteri prima indicati, sono stati definiti i "lotti", ognuno dei quali presenta specifiche peculiarità dal punto di vista dell'interazione trasporti/territorio, della dotazione infrastrutturale, della domanda di mobilità e dei flussi di spostamenti. La definizione dei lotti è stata effettuata sulla base delle seguenti valutazioni:

- economie di scala: le dimensioni di lotti individuati sono tali da garantire il perseguimento di economie di scala, attraverso l'uso ottimale dei principali fattori di produzione e, quindi, la diminuzione dei costi marginali di produzione del servizio;
- contenimento della spesa pubblica: viene garantito attraverso l'individuazione di lotti che assicurino il perseguimento di economie di scala, in termini dimensionali ma anche omogenei dal punto di vista territoriale, delle reti e del bacino di domanda servito;
- liberalizzazione e concorrenza: vengono assicurati attraverso l'individuazione di lotti di dimensioni non coincidenti con il bacino regionale e comunque di dimensioni tali da non essere restrittivi verso l'apertura al mercato. Inoltre, non vengono considerati lotti comprendenti sia servizi ferroviari regionali che servizi automobilistici. Difatti i lotti promiscui, a fronte di non particolari benefici sul fronte del contenimento della spesa, dell'economie di scala, della differenziazione, della massimizzazione dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi, potrebbero invece comportare problemi sul fronte della liberalizzazione e della concorrenza;
- differenziazione: nel settore del trasporto pubblico locale non si riconoscono forti economie di differenziazione, tuttavia nei lotti coesistono servizi urbani ed extraurbani;
- massimizzazione dell'efficienza dei servizi e dell'efficacia dell'azione amministrativa: viene perseguita attraverso l'accentramento a livello regionale e del comitato di indirizzo e di monitoraggio del TPL, delle attività di programmazione, monitoraggio e controllo dei servizi di trasporto pubblico locale.

2.2. Individuazione dei lotti di gara

La rete stradale a supporto dei servizi su gomma presenta delle caratteristiche di connessione diffusa che non consentono l'individuazione di sistemi chiusi.

L'individuazione dei lotti deriva, anzitutto, dalle considerazioni di carattere generale e di natura trasportistica, legate alla domanda di mobilità. Ad esempio, al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi si sono costruiti dei lotti composti prevalentemente da servizi con origine/destinazione all'interno dello stesso lotto e rispondenti ad una

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

domanda di mobilità con origine/destinazione prevalentemente all'interno dello stesso lotto per quanto possibile. Tale considerazione non comprende, ovviamente, i servizi da/per i capoluoghi di Provincia ed, in particolare, il capoluogo di Regione: la forte attrattività esercitata dagli stessi in termini di domanda di mobilità, infatti, giustifica la presenza di servizi automobilistici di scambio fra lotti diversi. La definizione dei lotti secondo questi criteri consente, inoltre, di bilanciare la maggiore attrattività di alcune direttrici, con direttrici caratterizzate da livelli di domanda potenziale inferiore.

Oltre a considerazioni sulla domanda potenziale, allo scopo di perseguire il raggiungimento di maggiori economie di scala rispetto allo stato attuale, i singoli lotti sono stati definiti in modo che i livelli di produzione complessivi di servizi previsti siano sostanzialmente confrontabili, evitando, in pratica, di imporre una gamma di valori eccessivamente ampia e frammentata. A tal proposito, vista l'entità dei servizi nel Comune di Napoli, si è ritenuto opportuno inserirli in uno specifico lotto.

A valle della definizione dei criteri prima richiamati, con le DGR 763/2016 e 806/2016 sono stati individuati i seguenti lotti di gara (Tabella 1) con riferimento ai servizi attualmente gestiti dalla Regione e dagli EELL, nei diversi contratti di servizio:

- **lotto 1**: comprende i servizi di TPL relativi al bacino della Provincia di Salerno (compresi i servizi interni al capoluogo di provincia);
- **lotto 2**: comprende i servizi di TPL relativi al bacino delle Provincie di Avellino e di Benevento (compresi i servizi interni ai capoluoghi di provincia);
- **lotto 3**: comprende i servizi di TPL relativi al bacino della Provincia di Caserta (compresi i servizi interni al capoluogo di provincia);
- **lotto 4**: comprende i servizi di TPL relativi al bacino alla Città Metropolitana di Napoli (esclusi i servizi interni al capoluogo di provincia);
- **lotto 5**: comprende i servizi di TPL interni al capoluogo di Regione.

Per quanto detto in premessa circa gli esiti del tavolo interistituzionale previsto dalla DGR 806/2016, il lotto 5 non viene trattato nelle analisi descritte successivamente in questo documento.
I servizi di TPL afferenti i lotti sopra descritti, sono rappresentati schematicamente nelle figure che seguono.

Tabella 1: Ipotesi di lotti

Lotti	Definizione
1	• Servizi nell'ambito della Provincia di Salerno • Servizi nell'ambito del Comune di Salerno
2	• Servizi nell'ambito della Provincia di Avellino • Servizi nell'ambito del Comune di Avellino • Servizi nell'ambito della Provincia di Benevento • Servizi nell'ambito del Comune di Benevento
3	• Servizi nell'ambito della Provincia di Caserta • Servizi nell'ambito del Comune di Caserta
4	• Servizi nell'ambito della Città Metropolitana di Napoli

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

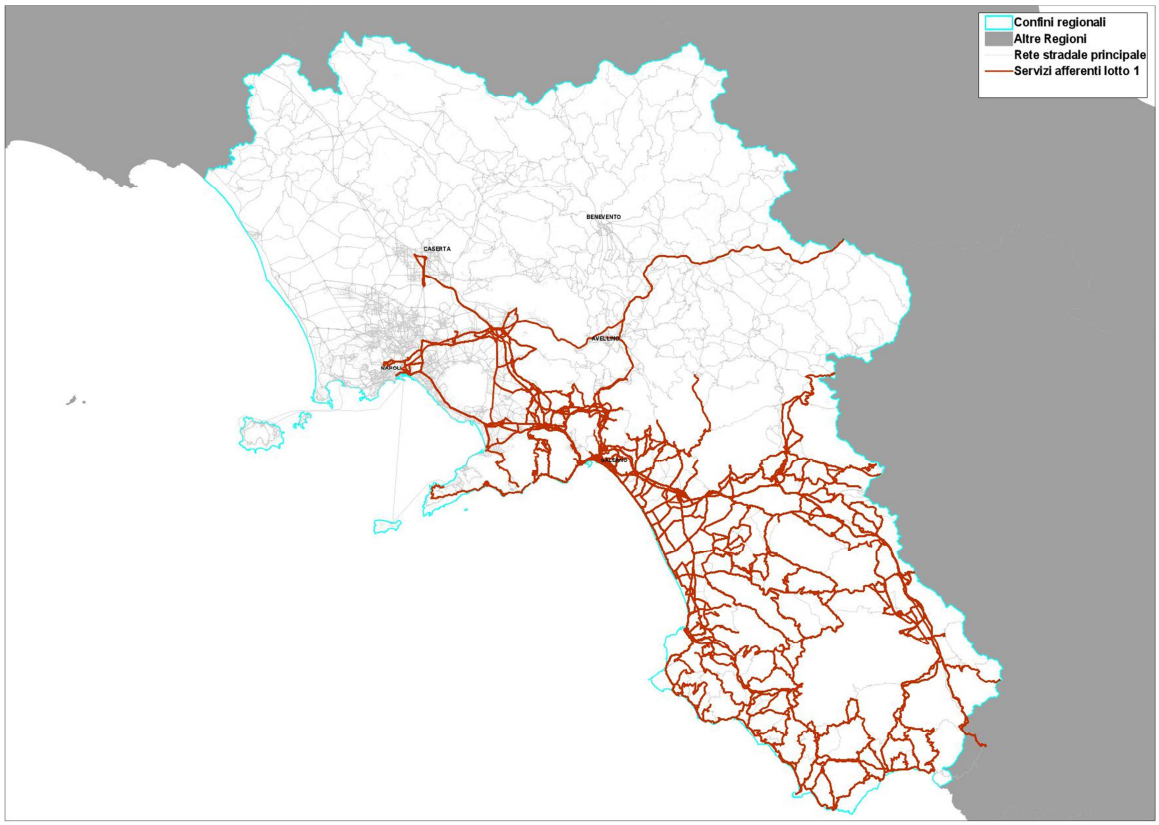


Figura 1: Rappresentazione qualitativa dei servizi afferenti il lotto 1.

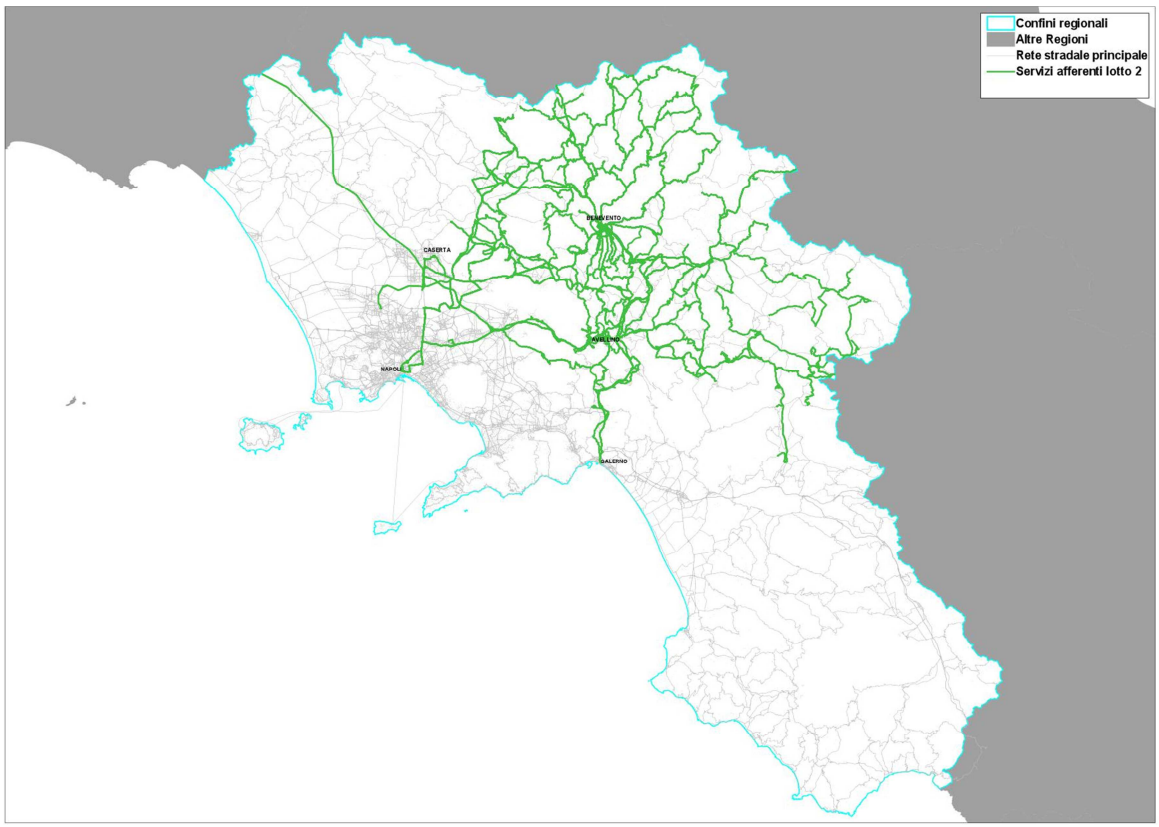


Figura 2: Rappresentazione qualitativa dei servizi afferenti il lotto 2.

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

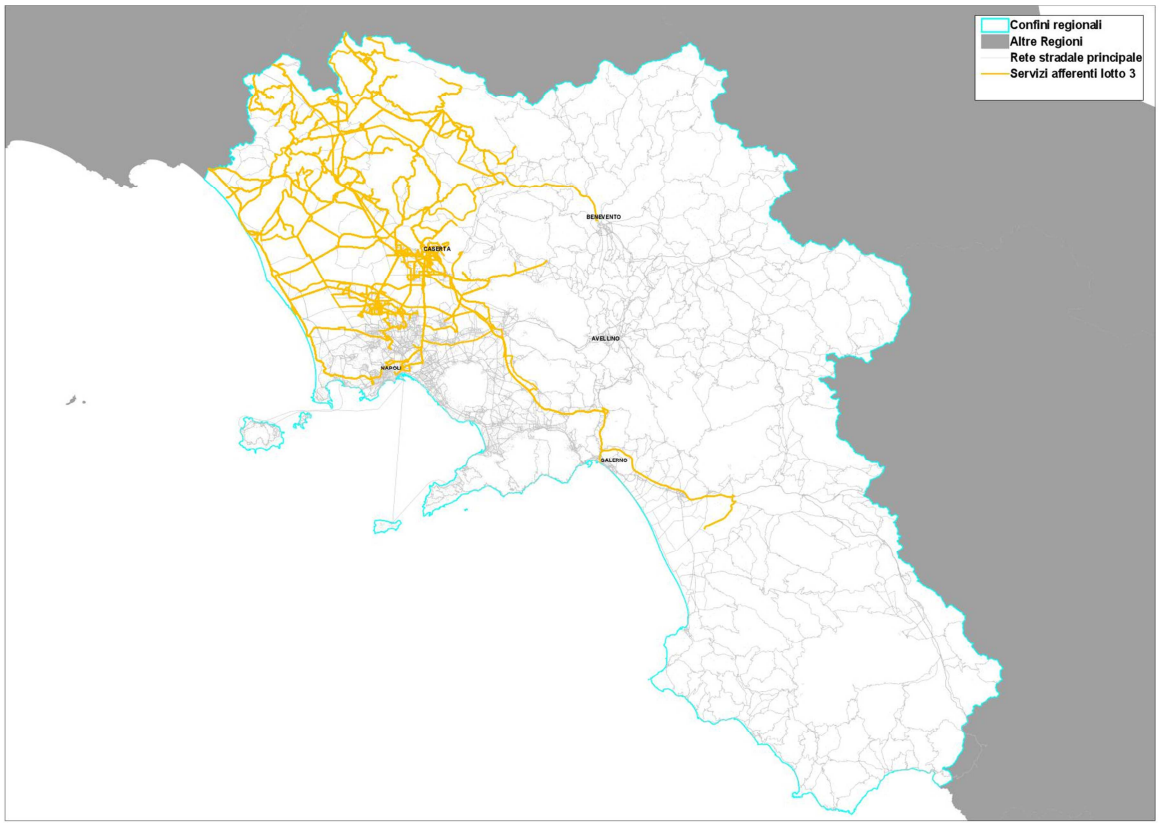


Figura 3: Rappresentazione qualitativa dei servizi afferenti il lotto 3.

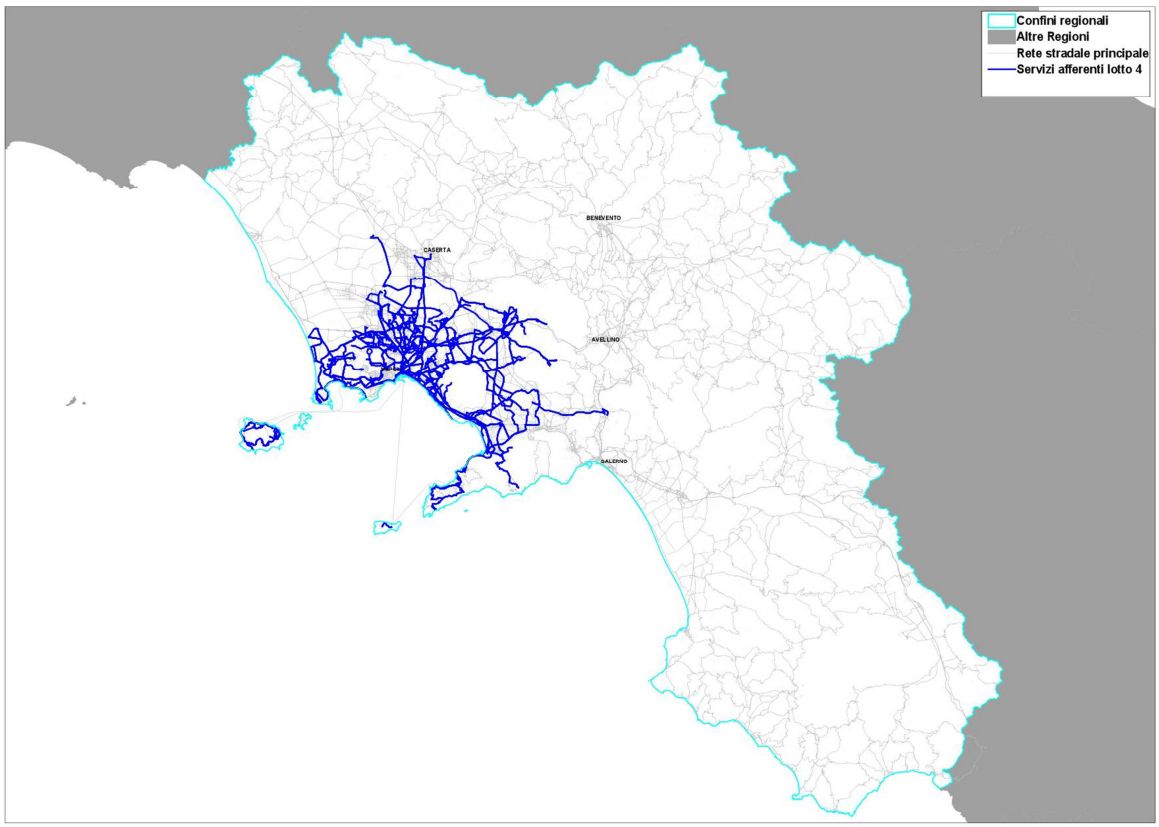


Figura 4: Rappresentazione qualitativa dei servizi afferenti il lotto 4.

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

2.3. Metodologia per la quantificazione dei lotti

Così come descritto nelle DGR n.763/2016 e n.806/2016, il primo step per l'individuazione e quantificazione dei lotti di gara è consistito nella ricognizione di tutti i contratti di servizio in essere e delle relative modifiche avvenute nel corso degli anni, attraverso atti integrativi, decreti dirigenziali, ecc.. Nei casi in cui la documentazione non è risultata disponibile, si è fatto riferimento ai dati trasmessi dalle aziende all'Osservatorio Nazionale del TPL. Tale ricognizione ha consentito di ricostruire l'elenco dei contratti di servizio per ciascun Ente competente, con la relativa indicazione del bacino territoriale di appartenenza, della produzione chilometrica e del corrispettivo unitario, come riportato nell'allegato alla DGR . 763 del 20/12/2016 e successiva DGR n. 806 del 28/12/2016.

Per la quantificazione di dettaglio dei diversi lotti, si è fatto riferimento per le DGR n.763/2016 e n.806/2016 alla disponibilità e distribuzione delle risorse previste dalla Delibera di Giunta Regionale n. 106 del 23/03/2016. Le risorse sono state ripartite sui lotti come ampiamente illustrato nell'allegato alla DGR . 763 del 20/12/2016 e successiva DGR n. 806 del 28/12/2016.

Dalle analisi sviluppate relative alla ricognizione dei contratti di servizio e all'assegnazione dei servizi ai diversi lotti, e dalle successive modifiche apportate a valle del parere espresso dalla IV Commissione Consiliare Permanente nella seduta del 27/12/2016, si è giunti ai valori di produzione chilometrica, corrispettivo totale e unitario per ciascun lotto di gara, come da DGR n. 806 del 28/12/2016.

A partire da queste analisi, che hanno portato alla quantificazione aggregata dei lotti di gara e a quanto previsto dalla DGR 806/2016, si è proceduto ad ulteriori analisi ed approfondimenti tecnico-economici a partire, anzitutto, da tutto quanto esposto in premessa, con particolare riferimento agli esiti del tavolo inter istituzionale con il Comune di Napoli.

Relativamente alla programmazione delle linee di ciascun lotto l'approfondimento ha riguardato le seguenti attività:

- analisi e aggiornamento dei programmi di esercizio relativi ai servizi minimi contrattualizzati con gli enti (Regione Campania, Provincia di Avellino, Provincia di Salerno e Città Metropolitana di Napoli);
- eliminazione delle eventuali linee in sovrapposizione;
- ottimizzazione ed efficientamento dei percorsi di linea;
- analisi ed ottimizzazione dei servizi aggiuntivi (linee scolastiche e relative ad aree deboli);
- aggiornamento/integrazione dei servizi sostitutivi eserciti da Trenitalia e da EAV;
- programmazione di linee di adduzione a servizio dei nuovi poli attrattivi, come la stazione AV di Afragola e l'Ospedale del Mare.

Relativamente alla quantificazione economica di ciascun lotto, si è partiti dalla disponibilità e distribuzione delle risorse previste dalla Delibera di Giunta Regionale n. 164 del 28/03/2017 "Servizi Minimi Trasporti Pubblici Locali(Tpl) - Programmazione risorse ed indirizzi operativi", secondo quanto indicato nella tabella che segue (Tabella 2) e seguendo la stessa metodologia riportata in DGR 763/2017. Si è, poi, tenuto conto dei diversi decreti che hanno previsto il potenziamento soprattutto delle linee scolastiche.

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

Tabella 2: Stanziamenti a favore degli EELL come da DGR 164/2017 - Valori dei corrispettivi complessivi (IVA inclusa).

RISORSE PER SERVIZI GESTITI DA ENTI LOCALI (€) (IVA compresa)		
Provincia Avellino		20.662.137,00
Città metropolitana Napoli		51.384.944,00
Comune Napoli		58.484.022,00
Provincia Salerno		34.543.420,00
Comune Avellino		1.343.655,00
Comune Benevento		1.635.005,00
Comune Salerno		5.093.959,00
RISORSE PER SERVIZI GESTITI DALLA REGIONE (€)(IVA compresa)		
Servizi regionali		4.085.876,30
Ex Provincia Benevento		5.265.711,00
Ex Provincia Caserta		19.940.450,40
Contratto CLP		20.612.202,60
Contratto Sita Sud		24.955.040,00
Contratto servizi ex Eavbus		42.340.997,60
Contratto ATC		1.568.998,20
Contratto A.Ir. Autoservizi Irpini		6.788.029,60
Servizi di supporto ferrovie regionali		1.650.000,00
Azioni di efficientamento di cui al Piano approvato con DPGRC n. 221 del 4 novembre 2015; sviluppo servizi (€)		10.000.000,00

Totale	**310.354.447,70**

All'esito delle analisi prima richiamate si è giunti alla quantificazione complessiva dei lotti 1,2,3,4 in termini di veic-km/anno, di corrispettivo anno e di corrispettivo/km così come riportato nella tabella seguente.

Tabella 3: Valori di sintesi della produzione chilometrica, corrispettivi complessivi e unitari per ciascun lotto.

Lotti	Definizione	veic-km/anno (mln)	Corrispettivo anno IVA inclusa (mln €)	€/km (IVA inclusa)	€/km (IVA esclusa)
1	Provincia di Salerno e Comune di Salerno	**28,4**	**€ 63,5**	**2,24**	**2,03**
2	Provincia di Avellino, Comune di Avellino, Provincia di Benevento, Comune di Benevento	**20,6**	**€ 42,5**	**2,06**	**1,88**
3	Provincia di Caserta e Comune di Caserta	**16,2**	**€ 34,5**	**2,13**	**1,94**
4	Città Metropolitana di Napoli	**35,2**	**€ 104,5**	**2,97**	**2,70**

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

3. IL PIANO DELLE LINEE

Sulla base delle analisi prima descritte si è giunti alla definizione delle linee e della relativa produzione chilometrica annua per ciascun lotto oggetto di gara.

3.1. Le linee del lotto 1

Nella tabella che segue vengono riportate tutte le linee afferenti il lotto 1, nel seguente ordine: linee extraurbane, linee urbane, servizi aggiuntivi, servizi sostitutivi Trenitalia.

Tabella 4 Linee Lotto 1

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
1	Acerno - M.C. Rovella - (Giffoni V.P.) con diramazione per Curti E Ornito - M.C. Pugliano - Salerno	588.994
2	Agro-Nocerino-Sarnese-Universita'	2.209
3	Agropoli - Paestum - Agropoli (Circolare)	46.483
4	Agropoli - Paestum - Magazzeno Di Salerno	143.165
5	Agropoli – S.Maria Castellabate – Acciaroli - Vallo	87.029
6	Agropoli - S.Maria Castellabate – Serramezzana – S.Mauro Cilento	36.143
7	Agropoli - Spinazzo Di Capaccio	30.701
8	Albanella - Eboli - Salerno	36.325
9	Altavilla - Universita'	27.919
10	Altavilla S. - Albanella - Roccadaspide	36.119
11	Altavilla S. – Battipaglia	135.887
12	Altavilla S. – Eboli – Campagna	15.914
13	Amalfi - Agerola	153.139
14	Amalfi - Positano - Sorrento Via Meta, Via Massa Lubrense via Nastro Verde con diramazione a Nerano - Marina Lobra	657.102
15	Amalfi - Vietri Sul Mare - Cava De' Tirrenti - Nocera - Napoli (via A3 - via SS 18)	88.870
16	Aquara - Castelcivita - Eboli - Salerno	61.095
17	Aquara - Gromola - Paestum	30.368
18	Ascea - Vallo Della Lucania con diramazione per Ascea Scalo	57.467
19	Ascea Scalo - Ascea - Catona - Vallo Della Lucania	50.434
20	Ascea Scalo - Marina Di Casalvelino	8.618
21	Balvano-Buccino-Contursi Terme	29.088
22	Balvano-San Gregorio Magno-Buccino-Contursi Terme	32.804
23	Baronissi – Calvanico	126.580
24	Battipaglia - SS19 - Rotatoria Eboli - Albanella	10.400
25	Battipaglia-Viggiano	76.665
26	Bellizzi - Battipaglia - Arenella Di Eboli	133.550
27	Bracigliano - Mercato San Severino	11.580
28	Bracigliano - Mercato San Severino - Fisciano/Lancusi	27.233
29	Bracigliano - Salerno con diramazione per Lanzara e Fimiani	168.247
30	Bracigliano - Siano - Nocera Inferiore con prolungamento a Napoli	21.197
31	Bv. Palomonte - Campagna-Battipaglia - Autostrada - Salerno - Napoli con diramazione per Olevano sul Tusciano	651.269
32	Campagna - Battipaglia	11.150
33	Campagna - Contursi	19.635
34	Campagna - Contursi Terme	10.400
35	Campagna - Eboli - Battipaglia	7.280
36	Campora - Capaccio Scalo - Salerno	78.883
37	Campus Fisciano - Lancusi	28.937
38	Canalone - Vietri - Dragonea	175.865
39	Casalbuono - Montesano Sc. - Padula Buonab. - Trinità - Sala Consilina - Atena B. - S. Arsenio - Polla	89.570
40	Casalbuono - Montesano Scalo - Padula Buonab. - Silla - Teggiano - S. Arsenio - Polla	77.514
41	Caserta -Fisciano/Lancusi Università - Salerno	159.968
42	Castel S.Giorgio – Codola - Roccapiemonte	24.344

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
43	Castelcivita - Battipaglia	19.176
44	Castiglione Del Genovesi - San Cipriano Picentino - S. Mango - Pontecagnano - Salerno	288.812
45	Cava De'Tirreni – Roccapiemonte - Universita'	119.743
46	Celso-Acciaroli – S.Maria Castellabate – Agropoli – Salerno	594.377
47	Cicerale - Ogliastro - Agropoli	52.018
48	Cicerale - Ogliastro - Salerno	33.640
49	Codola – Sarno	193.719
50	Colliano - Eboli	12.600
51	Corbara-S.Marzano-Angri-Castellammare di Stabia	239.362
52	Curti (Giffoni Sei Casali) - Battipaglia	16.791
53	Eboli - Battipaglia - Campolongo	84.950
54	Eboli - Battipaglia - Fisciano (Università)	15.750
55	Eboli - Battipaglia (Pontecagnano) - P.U. Lancusi/Fisciano E Diramazioni Da M.C. Rovella - Giffoni V.P E San Cipriano P..	464.507
56	Gaiano - Nocera Inferiore	32.676
57	Gaiano - Mercato S.Severino	11.359
58	Giffoni Valle Piana - Gauro - Montecorvino Rovella - Battipaglia	198.573
59	Giungano - Bivio Mattine - Agropoli	12.995
60	Iaconti –Vietri - Molina	44.734
61	Laurino - Piaggine - Lurino	4.840
62	Maiori - Tramonti - Pietre - Nocera Inferiore - Cava De' Tirreni - Salerno	243.637
63	Marina Di Camerota - Pisciotta Scalo - Vallo Della Lucania - San Giovanni A Piro	114.859
64	Mercato S.Severino - Orignano - Fisciano - C.Barone Liceo - Acquamela	81.892
65	Moliterno - Ponte Mazziotto - Montesano - Sala Consilina con diramazione per Buonabitacolo	60.093
66	Monte San Giacomo - Salerno - Fisciano - Napoli	198.202
67	Montecorice – Agropoli	7.839
68	Nocera Inf. (Ospedale)-S.Marzano-Sarno	159.428
69	Nocera Inferiore - Mercato San Severino - Lancusi/Fisciano	65.710
70	Nocera Inferiore - Perrazze Di Palomonte - Ricigliano	124.123
71	Nocera Superiore - Fisciano	38.248
72	Olevano - Campolongo	71.289
73	Omignano - Sessa Cilento - Agropoli con diramazione per Vatolla, Sanreani, Torchiara e Ogliastro di Agropoli	63.064
74	Ornito (Giffoni Valle Piana) - Ospedale Ruggi D'Aragona (Salerno)	21.804
75	Ottati - S. Angelo A Fasanella - Sala Consilina con Ddiramazione S. Rufo, S. Lorenzo, Teggiano	41.636
76	Padula - Buonabitacolo - Policastro - Sapri	14.359
77	Padula - Sala Consilina	33.296
78	Padula - Teggiano - Sala Consilina - Sant'Arsenio	43.470
79	Pagani – Angri - Napoli	536.563
80	Palinuro - Centola - Centola Scalo	1.632
81	Palinuro - Pisciotta - Vallo Della Lucania	112.576
82	Parco Arbostella - Stazione F.S. - Universita'	238.753
83	Pertosa - Eboli - Salerno - Napoli	125.018
84	Pescopagano - Laviano - Eboli - Salerno con prolungamento Plessi Universitari di Lancusi e Fisciano	408.156
85	Petina - Sicignano - Salerno - Napoli	288.668
86	Petina - Sicignano degli Alburni con diramazione per Galdo E Castelluccio	40.978
87	Piaggine - Roccadaspide - Salerno Via Capaccio e via Albanella con diramazione per Aquara	510.747
88	Pogerola - Amalfi - Maiori - Cetara - Salerno	438.136
89	Polla - Fisciano	52.632
90	Polla - S. Arsenio - Atena B. - Sala C. - Trinità - Padula B. - Montesano Sc. - Casalbuono	94.746
91	Polla - S. Arsenio - Teggiano - Silla - Casalbuono	69.382
92	Polla - Salerno	60.300
93	Polla : Direzione Mattina - Buccino - Pertosa - Auletta - Caggiano-Salvitelle	45.336
94	Polla-Scario-Palinuro-M.Camerota	1.300
95	Pomigliano - Università Via Lauro	52.777
96	Pomigliano - Università Via Marigliano	42.147
97	Pomigliano - Università Via Nola	131.760
98	Pomigliano - Università Via Roccarainola	27.363

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
99	Pompei - Salerno Vinciprova	419.752
100	Ponte Calore Di Altavilla Silentina - B.Carillia - Matinella - P.Barizzo - Eboli - Battipaglia - Salerno	79.748
101	Positano - Praiano - Positano	58.603
102	Postiglione - Bagni Di Colliano	3.510
103	Ricigliano - (Romagnano Al Monte) - Buccino - Eboli - Salerno	150.722
104	Ricigliano - Buccino - San Gregorio Magno - Oliveto Citra - Campagna - Battipaglia - Salerno	120.727
105	Ricigliano - Campolongo	8.469
106	Ricigliano - Oliveto - Palomonte - Buccino	2.741
107	Ricigliano - San Gregorio Magno - Romagnano Al Monte - Buccino Scalo e diramazioni	104.021
108	Roccadaspide - Agropoli	60.870
109	Roccadaspide - Tempalta - Controne - Castelcivita Con arrivo a Capaccio Scalo Ff.Ss.	148.175
110	Rodio - Vallo Della Lucania	44.352
111	Rofrano - Alfano - Vallo Della Lucania	67.100
112	Rofrano - Palinuro	2.370
113	Rofrano - Salerno Fisciano (Università)	265.740
114	Rorano - Sapri	68.720
115	Roscigno - Bellosguardo - Corleto - Aquara - Soccadaspide - Capaccio Scalo - Paestum	24.302
116	Roscigno - Polla - Napoli	101.963
117	Rutino - Salerno	21.570
118	S. Gregorio Magno - Tuoppo Di Ricigliano	13.288
119	S. Maria Di Castellabate - Perdifumo - Castellabate - Agropoli	17.833
120	S.Antonio Abate-Scafati-Castellammare di Stabia	74.919
121	S.Giovanni A Piro - Scario - Sapri	145.059
122	S.Marzano - Sarno - Universita'	146.728
123	S.Mauro Cilento – Vallo Della Lucania	28.280
124	Sacco - Roscigno - Roccadaspide	10.350
125	Sacco - Roscigno - Salerno	280.290
126	Salerno - Capitignano - Giffoni Valle Piana	18.418
127	Salerno - Castel S. Giorgio - Sarno - Pomigliano D'Arco	38.920
128	Salerno - Eboli - Petina - Polla - Sant'Arsenio	34.362
129	Salerno - Napoli (Aeroporto Di Capodichino) - Napoli (Policlinico)	96.500
130	Salerno - Napoli (via A3 - via SS 18 - via A30) con prolungamento Università Fisciano/Lancusi e Aeroporto Capodichino	2.444.002
131	Salerno - Piaggine	65.292
132	Salerno - Viestri Sul Mare - Nocera - Napoli - Bari con diramazione Avellino in coincidenza a Mercogliano	320.904
133	Salerno -Gioi - Valo Della Lucania	191.438
134	Salerno Vinciprova - Battipaglia	507.387
135	Salerno Vinciprova - Mercato S. Severino	425.838
136	Salerno- Vinciprova - Pompei	777.498
137	Salerno Vinciprova - Siano	408.546
138	Salerno Vinciprova-Campolongo	85.322
139	Salerno Vinciprova-Capriglia-Baronissi	252.534
140	Salerno-Lauria	68.520
141	San Cipriano Picentino - Pontecagnano - Campolongo	29.778
142	San Giuseppe Di Giungano - Cicerale - Perito - Agropoli - Salerno	22.522
143	San Mango Cilento - Sessa Cilento - Vallo Della Lucania - Agropoli	28.805
144	San Marco Di Castellabate - Acciaroli - Agropoli - Università	125.140
145	San Marzano - Pomigliano - Napoli/Bosco R. - Pompei - Università	97.075
146	San Rufo - Sala Consilina	6.970
147	Santa Maria La Carita' Angri – Napoli	89.565
148	Sanza - Buonabitacolo - Padula - Sala Consilina - S. Pietro Di Polla - Università Lancusi - Fisciano	76.712
149	Sapri - Salerno - Napoli con diramazione per Sicilì e Scario	234.771
150	Sapri-Scario-S.Giovanni A Piro	163.101
151	Sarno -Nocera Inferiore - Napoli (Nuovo Policlinico)	337.904
152	Sasso Di Castalda - Buccino - Polla - Salerno	42.003
153	Scafati – Angri - Universita'	339.088
154	Scala - Ravello - Amalfi	125.352

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
155	Scalo Di Centola - San Giovanni A Piro - Sapri	57.132
156	Serre – Eboli – Battipaglia	35.236
157	Serre – Salerno – Napoli (Aeroporto)	164.505
158	Sessa Cilento - Battipaglia - Salerno - Napoli - Napoli Apt	149.480
159	Sessa Cilento - Fisciano Università	127.366
160	Sessa Cilento - Vallo Della Lucania	14.056
161	Sicignano D' Alburni - Contursi - Fisciano	59.524
162	Sieti - Salerno	135.306
163	Solofra - Nocera Inferiore	113.088
164	Stazione F.S. - Universita' Lancusi/Fisciano	34.300
165	Tempalta Di Roccadaspide - Eboli - Battipaglia	17.195
166	Torraca - Salerno con diramazione per Padula Centro	229.941
167	Trentinara - Agropoli - Paestum - Salerno	47.720
168	Trentinara - Paestum - Agropoli	7.850
169	Universita' Fisciano - Lancusi - Salerno (C.So Garibaldi)	231.167
170	Vallo - Vallo Scalo - Capaccio Scalo - Universita'	84.980
171	Vallo Della Lucania – Agropoli – Capaccio Scalo	66.925
172	Vallo Della Lucania - Agropoli - Salerno - Napoli - Napoli APT	135.243
173	Vallo Della Lucania – Campora – Piaggine - Sacco	54.836
174	Vallo Della Lucania – Cannalonga	101.286
175	Vallo Della Lucania - Centola - Palinuro	102.780
176	Vallo Della Lucania - Ceraso - S.Barbara - Vallo Scalo	19.482
177	Vallo Della Lucania – Futani – S.Mauro La Bruca – Pisciotta	46.651
178	Vallo Della Lucania – Gioi - Salento – Vallo Scalo	11.293
179	Vallo Della Lucania – Gioi – Stio – Gorga	28.316
180	Vallo Della Lucania – Novi Velia	70.948
181	Vallo Della Lucania – Ostigliano	31.301
182	Urbano Agropoli	50.186
183	Urbano Angri	33.006
184	Urbano Baronissi	40.934
185	Urbano Battipaglia	81.244
186	Urbano Campagna	80.303
187	Urbano Castellabate	172.658
188	Urbano Cava	360.083
189	Urbano Colliano	37.111
190	Urbano Contursi Terme	142.161
191	Urbano Eboli	135.550
192	Urbano Fisciano	58.642
193	Urbano Montecorvino Pugliano	31.362
194	Urbano Olevano	13.682
195	Urbano Pontecagnano	57.724
196	Urbano Positano	103.974
197	Urbano S.Severino	154.177
198	Urbano Salerno	1.836.435
199	Urbano San Gregorio Magno	14.713
200	Urbano Sarno	45.556
201	Urbano Scafati	17.825
202	Urbano Serre	6.303
203	Urbano Teggiano	99.828
204	Urbano Vietri	40.816
205	Servizi aggiuntivi per linee scolastiche e aree deboli	457.703
206	Battipaglia-Lagonegro Scalo-(Sostitutivo Trenitalia)	273960
207	Battipaglia-Montesano-(Sostitutivo Trenitalia)	55530
208	Buccino-Eboli-(Sostitutivo Trenitalia)	6160
209	Buccino-Salerno-(Sostitutivo Trenitalia)	17400

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
210	Castel S.G.-Napoli Centrale-(Sostitutivo Trenitalia)	3286
211	Eboli-Salerno-(Sostitutivo Trenitalia)	10560
212	Lagonegro Scalo-Napoli C.le-(Sostitutivo Trenitalia)	216450
213	Lagonegro Scalo-Polla-(Sostitutivo Trenitalia)	67140
214	Mercato S.S.-Caserta-(Sostitutivo Trenitalia)	20475
215	Mercato S.S.-Napoli C.le-(Sostitutivo Trenitalia)	186006
	Totale Produzione Lotto 1	**28.400.000**

3.2. Le linee del lotto 2

Nella tabella che segue vengono riportate tutte le linee afferenti il lotto 2, nel seguente ordine: linee extraurbane, linee urbane, servizi aggiuntivi, servizi sostitutivi Trenitalia.

Tabella 5 Linee Lotto 2

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
1	Aiello - Avellino - Napoli	407.248
2	Altavilla Irpinia - Avellino	156.320
3	Andretta - Guardia -Lioni	14.626
4	Andretta - Lioni	12.045
5	Andretta -Bisaccia - Calitri	25.595
6	Andretta Scalo- Andretta - Sant'Angelo dei Lombardi	26.184
7	Apice - Bonito	18.483
8	Apice - San Giorgio Del Sannio	10.999
9	Apice- Benevento	65.986
10	Apice- S.Arcangelo Trimonte- Benevento	22.265
11	Apollosa - Fraz. San Giovanni - Benevento	43.489
12	Aquilonia - Bisaccia - Andretta - S.Angelo Dei Lombardi	140.275
13	Aquilonia - Lacedonia	12.045
14	Aquilonia -Calitri - Avellino	46.244
15	Ariano - Grottaminarda - Avellino - Napoli	946.442
16	Ariano - Grottaminarda - Vallata - Lacedonia	72.130
17	Ariano - Montecalvo - Casalbore	66.617
18	Ariano - Savignano - Greci - Montaguto	98.710
19	Ariano Irpino - Ariano Scalo - Castelfranco In Miscano	57.135
20	Ariano Irpino - Castel Del Lago - Napoli	502.317
21	Ariano Irpino - Grottaminarda - Benevento	343.762
22	Ariano Irpino - Villanova Del Battista - Fiat - Grottaminarda	75.143
23	Atripalda - Pianodardine / Maddalena - FF.SS - Avellino	252.331
24	Avella -Baiano- Sirignano - Avellino	31.570
25	Avellino - Avella - Avellino	20.631
26	Avellino - Avella - Purgatorio - Avellino	19.526
27	Avellino - Baiano - Avellino	9.457
28	Avellino - Caserta	58.000
29	Avellino - Cassano - Montesarchio	50.001
30	Avellino - Cesinali - Solofra - Montoro - Mercato San Severino	166.268
31	Avellino - Faibano - Avellino	14.473
32	Avellino - Fisciano (Università)	355.837
33	Avellino - Forino - Montoro - Salerno (via SS 88 con diramazione a Banzano e plessi universitari di Fisciano)	792.763

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
34	Avellino - Grotta - Ariano - Foggia	237.552
35	Avellino - Lauro - Taurano	21.715
36	Avellino - Montemiletto - Pietradefusi - Benevento	340.463
37	Avellino - Moschiano - Quindici - Napoli	314.066
38	Avellino - Pomigliano - Avellino	34.842
39	Avellino - Quadrelle - Avellino	17.487
40	Avellino - Salerno	63.837
41	Avellino - Sirignano - Avellino	26.509
42	Avellino - Sperone - Avellino	18.940
43	Avellino - Sperone - Nola	626.831
44	Avellino - Taurano - Aeritalia	68.086
45	Avellino - Tufo - Montefusco - Benevento	431.865
46	Avellino (Piazza Kennedy) - Monteforte Irpino	16.845
47	Avellino Baiano Monteforte Avellino	11.989
48	Avellino Camposano Avellino	13.495
49	B. Barba-Ceppaloni-Benevento	86.961
50	Bagnoli - Montella - Volturara - Avellino - Napoli	190.103
51	Bagnoli - Ponteromito - Paternopoli	129.185
52	Baiano - Mugnano - Monteforte - Fisciano	49.986
53	Baiano - Mugnano Del Cardinale - Avella - Baiano Con Prolungamento A Pomigliano D'Arco E Avella - Pianodardine	224.354
54	Baselice - Benevento con deviazione per Molinara	48.190
55	Baselice - San Bartolomeo In Galdo	27.710
56	Benevento - San Giorgio Del Sannio - Fisciano - Lancusi - Salerno	70.632
57	Benevento -Mercogliano- Altavilla -Benevento	68.770
58	Benevento-Napoli	735.943
59	Bivio Nusco - Nusco - Nusco Scalo - Montella	28.286
60	Bonea-Montesarchio-Benevento	6.235
61	Calitri - Lioni - Avellino	228.662
62	Calitri - P. S. Antonio	15.486
63	Calitri - S.Angelo - Lioni	25.810
64	Calvi (Cubante)-S. Giorgio Del Sannio- Benevento Con Prolungamento Stazione C/Le	37.195
65	Capriglia - Avellino	29.090
66	Casalbore - Buonalbergo - Paduli - Benevento	161.520
67	Casalduni - Benevento	12.880
68	Castelpoto - Scalo Vitulano - S. Vitale Benevento	39.376
69	Castelvetere Valfortore - Benevento	152.424
70	Cerreto Sannita-Telese Scalo Con Istradamento Per San Salvatore T.-Castel Venere	95.624
71	Circolare Montesarchio	59.985
72	Circolare Telese Scalo	18.500
73	Conza Della C.- Lioni - S'Angelo Dei Lombardi	32.940
74	Conza Della C.- S'Angelo Dei Lombardi	6.407
75	Faicchio - Durazzano Con Diramazione Limatola E Castelvenere"	46.846
76	Fontanarosa - Calore - Avellino - Napoli	273.869
77	Frasso - Benevento	211.741
78	Frasso - Sant'Agata De Goti	8.580
79	Funicolare di Montevergine	14.000
80	Ginestra Degli Schiavoni - Benevento	151.260
81	Grottaminarda - Anzano - Vallata - Lacedonia	359.846
82	Grottaminarda - Bonito - Mirabella - Taurasi	87.507
83	Grottaminarda - Fisciano Università	34.974
84	Grottaminarda - Frigento - Villamaina - S.Angelo Dei Lombardi	237.214
85	Grottaminarda - Paternopoli - S.Mango Sul C. - Avellino - Napoli	173.201
86	Guardia - Calitri - Potenza	53.710
87	Laiano-S. Agata Dei Goti-Napoli	111.599
88	Lapio - Avellino - Napoli	226.147
89	Laviano - Calitri	14.276

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
90	Laviano - Conza Della Campania	7.869
91	Limatola - Caserta	64.392
92	Linee a servizio di staz. AV Afragola e area industriale di Pomigliano	150.000
93	Macchia - Morcone Centro - Contrada Fuschi	95.043
94	Masseria Carrara - Castelpoto	9.394
95	Materdomini - Contursi - Eboli	29.960
96	Materdomini - S.Cecilia -Battipaglia	51.850
97	Materdomini - S.Nicola Melfi	33.514
98	Materdomini -Lioni	42.822
99	Melizzano-Frasso Telesino-Bucciano-Montesarchio-Benevento	38.802
100	Mercogliano - Torelli - Avellino	231.129
101	Mirabella - Eclano - Benevento	101.606
102	Moiano-Luzzano-Airola-Benevento	28.276
103	Molinara - Pago Veiano - Pietrelcina - Benevento	23.180
104	Molinara - San Marco Dei Cavoti - Benevento	54.370
105	Monteforte Irpino -Mugnano Del Cardinale - Baiano -Roma	120.000
106	Montefredane - Avellino - Napoli	303.057
107	Montesarchio - Benevento con prolungamento Fisciano E Lancusi (Università)	272.299
108	Montesarchio - Vitulano - Benevento	227.190
109	Montesarchio-Tuoro-Benevento	16.770
110	Monteverde - Calitri	39.040
111	Monteverde - Lacedonia	25.200
112	Napoli - Foggia (Via Autostrada)	1.164.192
113	Napoli (Via Benevento) Campobasso	133.865
114	Napoli (Via Telese) Campobasso	96.809
115	Piana S. Lorenzo-Telese Terme (Poste Centrali)	20.640
116	Piano Marotta - Lioni	12.045
117	Picarelli - P.Kennedy - C. Servizi - Casa Circondariale - Atripalda - C.da Alvanite	212.030
118	Pietraroja-Cerreto-S. Lorenzo-Ponte-Benevento	199.922
119	Pietraroja-Telese-Napoli	170.892
120	Ponte Sette Luci - San Bartolomeo In Galdo - Castelvetere Valfortore	18.060
121	Pratola - Atripalda - Avellino - Monteforte - Pomigliano Z. I.	142.250
122	Riccia - Benevento	38.690
123	Rotondi - Avellino - Napoli	464.492
124	S. Agata Dei Goti-Arpaia Con Dir Luzzano	62.241
125	S. Agata Dei Goti-Caserta Via Durazzano	39.996
126	S. Agata Dei Goti-Montesarchio-Benevento	66.179
127	S. Agata Dei Goti-S. Tommaso-Airola-Arpaia Scalo	31.978
128	S. Andrea Di Conza - Avellino	63.420
129	S. Angelo Lombardi - Lioni - Ponteromito - Avellino - Napoli	561.485
130	S. Croce Del Sannio - Morcone - Benevento con diramazione Pontelandolfo	40.297
131	S. Croce Del Sannio - Sassinoro -Morcone - Benevento Con Diramazione Pontelandolfo	43.655
132	S. Lucia - S.Stefano Del Sole - Avellino - Napoli	327.918
133	S. Marco Ai Monti-S. Maria A Toro-Benevento	18.355
134	S. Maria A Toro-Benevento (Pagliara)	19.704
135	S. Nazzaro-S. Giorgio Del Sannio-Benevento	62.181
136	San Bartolomeo In Galdo - Castelfranco In Miscano	18.300
137	San Bartolomeo In Galdo- Benevento - Napoli Con Deviazione Per Molinara E San Giorgio Del Sannio	201.300
138	San Giorgio La Molara - Pago Veiano - Benevento -	99.960
139	San Marco Dei Cavoti - Reino - Fragneto L'Abate - Benevento	138.230
140	Sant'Egidio - Avellino	35.802
141	Scarnecchia - Camporeale	188.298
142	Senerchia - Calabritto - Lioni - S. Angelo Di L. - Avellino - Fisciano	166.398
143	Serracavallo - Lacedonia	29.682
144	Servizio 2 "Dugenta - Castel Venere	21.434
145	Solopaca - Benevento	24.841

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
146	Solopaca - Salvatore Telesino	10.188
147	Teora - Oliveto Zona Industriale Con Diramazioni	55.419
148	Toccanisi-Benevento	27.876
149	Torrecuso - Paupisi - Ponte Scalo - Benevento	86.560
150	Urbano Avellino (servizi su gomma e altre modalità)	544.158
151	Urbano Benevento	450.000
152	Urbano Casalduni	3.006
153	Vallocchia - Benevento (Terminal)	40.584
154	Vallocchia - Casalduni	4.392
155	Venticano (Castel Del Lago) Benevento Con Diramazione Calvi	93.930
156	Vorturara Irpinia - Foce Sele	52.985
157	Servizi aggiuntivi per linee scolastiche e aree deboli	125.870
158	Avellino-Benevento-(ex Sostitutivo Trenitalia)	50400
159	Avellino-Lioni-(ex Sostitutivo Trenitalia)	29280
160	Avellino-Salerno-(ex Sostitutivo Trenitalia)	21900
161	Benevento-Aversa-(ex Sostitutivo Trenitalia)	26986
162	Benevento-Campobasso-(ex Sostitutivo Trenitalia)	44100
163	Benevento-Foggia-(ex Sostitutivo Trenitalia)	226800
164	Napoli-Benevento (ex Servizio supporto EAV)	37.800
	Totale Produzione Lotto 2	**20.600.000**

3.3. Le linee del lotto 3

Nella tabella che segue vengono riportate tutte le linee afferenti il lotto 3, nel seguente ordine: linee extraurbane, linee urbane, servizi aggiuntivi, servizi sostitutivi Trenitalia ed EAV.

Tabella 6 Linee Lotto 3

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
1	Acerra-Crisci-Airola-Montesarchio	59.867
2	Alife - Piedimonte - Gioia S. E Frazioni	47.324
3	Aversa-Casapesenna (Via Casale)	57.882
4	Aversa-Casapesenna (Via Lusciano)	30.156
5	Aversa-Frignano-Trentola	84.456
6	Aversa-Pinetamare	398.382
7	Aversa-Universita'	80.319
8	Camino- Cocuruzzo- Galluccio- Conca Campania - Cassino	150.352
9	Capua - Belona - Vitulazio - Camigliano - Pastorano - Giano V. E Diram. Teano	304.695
10	Capua - Napoli C.Malta-Ponticelli-T.Annunziata Nord-Pompei Est/Scafati-Angri-Persano	78.814
11	Capua - S. Maria C.V. - Caserta	196.796
12	Capua - S.Maria Cv - Autostrada Ce Nord - Napoli C. Direzionale - P.Zza Garibaldi	748.679
13	Capua- S. Maria C.V. - Caserta- Napoli Aeroporto- Napoli Stazione Fs- Napoli P.Zza Municipio-Napoli Porto	289.220
14	Capua-Caserta-Pomigliano Z.I.	92.662
15	Capua-Grazzanise - Cancello A - Castelvolturno	657.592
16	Capua-Pignataro-Calvi R-Rocch. E Croce E Diramazione Sparanise Fs-Falciano Fs	206.538
17	Capua-Raviscanina	52.800
18	Casafredda-Teano-Caserta-Napoli	268.216
19	Casal Di Principe-Teverola-Aversa	14.594
20	Casaluce-Aversa	51.117
21	Casanova-Napoli	706.526
22	Caserta - Napoli	15.504
23	Caserta - Casertavecchia - Maddaloni	64.263

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

24	Caserta - Marcianise - Aversa	47.560
25	Caserta - Marcianise - Orta Di Atella	135.739
26	Caserta - S. Nicola La Strada - S. Marco Evangelista	133.743
27	Caserta – Bivio Casagiove – Bivio Casapulla – Bivio Curti – S.Maria C.V.	105.925
28	Caserta-Baia Domizia	736.300
29	Caserta-Capua-Pignataro-Riardo-Pietramelara- Roccaromana	100.113
30	Caserta-Maddaloni-Polvica E Diramazione Maddaloni Cimitero	48.007
31	Caserta-Maddaloni-S.Felice A Cancello-Nola-Sarno-Lancusi-Persano	78.212
32	Caserta-Recale-Capodrise-Marcianise-Portico -Macerata-S.Maria C.V.	209.981
33	Caserta-S.Leucio-Ponte Di Annibale-Piana Di M.V.-Caiazzo-Ruviano-Castel Campagnano-Squille-Cesarano	90.043
34	Caserta-Sasagiove-S. Prisco-S. Maria C.V.	25.193
35	Casoria- Caserta -Fisciano- Lancusi	177.840
36	Cassino -S.Pietro Infine -Mignano - Vaglie - Caspoli - Galluccio - San Clemente - Sipicciano	64.558
37	Castel Morrone - Caserta	108.936
38	Cervino - Maddaloni - Caserta	218.045
39	Contrada Parco - Isernia	56.150
40	Falciano Scalo -Croce Di Casale Con Prolung. A Teano	122.730
41	Galleria-Corigliano-Aulpi-Rongolise-Sessa A.	17.766
42	Gioia Sannitica - Cassino	84.524
43	Letino - Isernia	42.136
44	Letino -Capriati - Vairano Scalo - Napoli E Diramazione Caserta	411.838
45	Mondragone - Formia - Gaeta	203.442
46	Mondragone-Falciano-Sparanise	25.620
47	Mondragone-Mondragone Scalo	99.990
48	Mondragone-Villa Literno-Aversa	435.251
49	Parete-Teverola -Aversa-Frignano-S.Maria Cv-Capua E Diramazione -Marcianise-Caserta	604.926
50	Piedimonte - Capriati - Venafro	399.691
51	Piedimonte - Formicola - Caserta E Diramazione Castel Di Sasso	336.817
52	Piedimonte - Mastrati - Venafro	148.767
53	Piedimonte M. - Alvignano - Caiazzo - S. Leucio -Caserta	132.401
54	Piedimonte M. - Telese	52.850
55	Piedimonte M. - Telese - Caiazzo - Caserta	34.635
56	Piedimonte M. - Vairano Sc	96.374
57	Piedimonte Matese - Cerreto Sannita	8.573
58	Piedimonte-Benevento	127.866
59	Pietramelara- Piedimonte Matese	123.058
60	Pietravairano-Caserta Con Arretr. Pietramelara E Riardo E Con Diramazioni Per Valle Assano, Calvi Risorta E Teano".	136.858
61	Pietravairano - Cassino - Piedimonte S. Germano	7.272
62	Pietravairano - Cassino - Piedimonte S. Germano (Stab.To Fiat)	69.112
63	Pinetamare-Castelvolturno-Mondragone	16.269
64	Roccamonfina - Teano	38.050
65	S.Gregorio M. -Piedimonte M. - Caserta	170.461
66	San Felice A Cancello - Caserta	318.821
67	San Marco - Sessa Aurunca	22.360
68	Sessa A. - Cupa - Fasani	24.725
69	Sessa A. - Mignano Montelungo E Diramazione Corbara Marzulli	154.446
70	Sessa A. - Ponte - Corigliano - S. Carlo - S.Clemente -Galluccio E Diramazione Cescheto	181.502
71	Sessa A. - Sparanise -Capua Autos. A1 Napoli E Diramazione Caserta	563.675
72	Sessa A. (Piazza L.Toro) - Itcg G.Florimonte	462
73	Sessa A.- Mondragone Con Prolungam. Via Domitiana Rotonda Villaliterno	144.205
74	Sessa A.-Rongolise-Lauro-S.Castrese-Bivio S.Castrese - Fasani - Bivio Fasani - Maiano -Galleria	67.103
75	Sessa Aurunca - Cellole - Baia Domizia - Formia	188.651
76	Sessa Aurunca - Falciano Scalo	109.060
77	Sessa Aurunca-Caserta	101.808
78	Sparanise - Formia - Gaeta	92.657
79	Teano - Formia	101.202
80	Teano - Vairano - Roccaromana - Statigliano	121.172
81	Teverola-Aversa	232.992

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

82	Teverola-Caserta (Via Caivano)	31.856
83	Torre Pescopagano-Villaricca C.E.	187.311
84	Trentola-Casale-S.Cipriano	14.455
85	Vairano - Cassino Diramazione Napoli	218.783
86	Vairano - Conca C.- Tuoro - Vairano S.	71.952
87	Vairano - Presenzano - Venafro	82.960
88	Vairano - Roccamonfina	116.541
89	Vairano - Tuoro - Conca C. - Vairano S.	46.712
90	Valle Assano-Calvi Risorta (Fraz. Petrulo- Zuni- Visciano) Sparanise Centro, Con Arretramento Capolinea Vairano Scalo.	15.565
91	Villa Literno-Mondragone	57.613
92	Urbano Caserta	1.050.151
93	Urbano Mondragone	58.328
94	Urbano Rocca D'Evandro	34.463
95	Urbano Teano	132.780
96	Urbano: Talanico - S. Felice- Cancello S.- P. Di Nola	110.470
97	Servizi aggiuntivi per linee scolastiche e aree deboli	485.632
98	Caserta-Salerno-(ex Sostitutivo Trenitalia)	23.625
99	Palma S.Gennaro-Caserta-(ex Sostitutivo Trenitalia)	3.315
100	Villa Literno-Benevento-(ex Sostitutivo Trenitalia)	22.270
101	Villa Literno-Cancello Arnone-(ex Sostitutivo Trenitalia)	28.680
102	Napoli-Piedimonte Matese (ex Servizio supporto EAV)	41.328
	Totale Produzione Lotto 3	**16.200.000**

3.4. Le linee del lotto 4

Nella tabella che segue vengono riportate tutte le linee afferenti il lotto 4, nel seguente ordine: linee extraurbane, linee urbane, servizi aggiuntivi, servizi sostitutivi Trenitalia ed EAV.

Tabella 7 Linee Lotto 3

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
1	Acerra (Pezzalunga)-Pomigliano	202.487
2	Acerra-Casoria	196.343
3	Acerra-Napoli	273.929
4	Acerra-Nola	81.635
5	Acerra-Pomigliano	21.809
6	Afragola-Casoria-Napoli (Staz. Metrò Piscinola)	260.351
7	Afragola-Napoli (P.Zza Carlo Iii)	279.870
8	Afragola-Napoli (Via Tangenziale)	102.586
9	Agerola-Pimonte-Pomigliano D'Arco	77.656
10	Amalfi - Agerola - Gragnano - Castellammare Di Stabia Con Prolungamento A Napoli	669.813
11	Anacapri - Grotta Azzurra	174.659
12	Arzano-Casavatore-Napoli (P.Zza Carlo Iii°)	132.360
13	Arzano-Napoli	8.633
14	Arzano-Napoli	179.338
15	Avella-Nola	87.821
16	Aversa-Caivano	197.982
17	Aversa-Chiaiano Metro'	66.856
18	Aversa-Parete-Giugliano (Via S.Marcellino)	7.781
19	Aversa-S.Antimo-Giugliano (Staz. Metrò)	198.676
20	Baia Domizia-Licola Borgo	17.690
21	Baiano - Napoli (Aerop. Capodichino) - Via Don Bosco - P.zza Carlo III- Z.I. Di Nola	29.356
22	Baia-Torregaveta	380.428
23	Bellavista-La Schiana	71.747
24	Caivano-Afragola-Napoli (Via Autostrada)	422.188
25	Caserta - Napoli (Via Autostrada -Tari)	429.256

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
26	Caserta-Napoli (Via Caivano)	575.056
27	Casoria - Volla (Stazione Circumvesuviana)	52.125
28	Casoria (Staz. Fs)-Napoli (P.Zza Carlo Iii)	4.444
29	Casoria-Afragola-Frattamaggiore	14.916
30	Casoria-Afragola-Pomigliano	16.462
31	Casoria-Caivano-Caserta	20.533
32	Circolare Castelecisterna-Brusciano Castelcisterna	30.195
33	Circolare Marigliano - R.Ne Trieste	36.600
34	Circolare Metrocampania Mugnano	141.882
35	Circolare S.Vitaliano - Margliano	42.700
36	Circolare Scisciano Saviano	52.155
37	Collegamento Paesi Vesuviani con Ospedale Del Mare (Ponticelli)	70.000
38	Crispano-Napoli	272.113
39	Ercolano - Portici	139.078
40	Forio-Citara-Panza-Citara-Forio	45.068
41	Forio-Citara-Spinavola--Forio	50.976
42	Forio-Spinavola-S.Francesco -Forio	56.640
43	Frattamaggiore-Arzano-Miano	14.905
44	Frattaminore-Caivano-Caserta	21.860
45	Fuorigrotta-Pascarola	258.125
46	Giugliano (Casacelle)-Mugnano-Napoli (Staz. Metrò Frullone)	299.704
47	Giugliano-Villaricca-Licola	136.536
48	Gragnano - Castellammare - Zona Ospedaliera Ii Policlinico	168.187
49	Grumo-Napoli	202.154
50	Ischia - Circolare destra	651.077
51	Ischia - Circolare sinistra	636.956
52	Ischia: Fiaiano-Piedimonte-Testaccio-Maronti E Viceversa	19.082
53	Ischia: Fontana-Panza-Citara (Giardini Poseidon)	18.612
54	Ischia: Ischia Porto-Ischia Ponte-Ischia Porto	117.250
55	Ischia: Ischia Porto-P.Eroi-Palazzetto-S.Michele-S.Antuono-Campagnano E Viceversa	62.290
56	Ischia: Ischia Porto-Pilastri-Piedimonte-Fiaiano E Viceversa	154.738
57	Ischia: Ischia Porto-Pilastri-Piedimonte-Testaccio-Maronti	305.666
58	Ischia: Piazza Marina-P. Bagni - La Rita - P. Maio - Fango - Forio - E Viceversa	85.840
59	Ischia: Piazza Marina-P.S.Pasquale-Cretaio-Via P.Ssa Margherita-Piazza Marina	111.508
60	Ischia: Piazza Marina-P.S.Pasquale-P.Bagni-La Rita-P.Maio-Fango-167-Lacco E Viceversa	109.051
61	Ischia: Porto-Cartaromana-S.Michele-S.Antuono-Campagnano-Sant'Antuono-Pilastri-Porto	85.215
62	Ischia: Porto-Ischia Ponte-Sant'Antuono-Pilastri--Via Quercia-Porto	90.724
63	Ischia: Porto-Pilastri-S.Antuono-Campagnano-S.Antuono-S.Michele-Cartaromana-Porto	79.518
64	Ischia: Serrara-Fontana-Buonopane-Barano-Testaccio-Maronti E Viceversa	24.872
65	Ischia:Ischia Porto-Casamicciola-Lacco Ameno-Forio-C.Grado (S.Angelo)	528.738
66	Ischia:Ischia Porto-Casamicciola-Lacco Ameno-Forio-Citara (Giardini Poseidon)	191.719
67	Ischia:Ischia Porto-Piazza Marina-P.Bagni-La Rita-P.Maio-Fango E Viceversa	128.497
68	La Schiana-Toiano-Pozzuoli (Via Roma)	143.560
69	Lago Patria-Licola-Napoli (P.Le Tecchio)	225.526
70	Lago Patria-Napoli (P.Le Tecchio)	350.580
71	Lauro - Nola - Miseno	4.902
72	Lettere - Gragnano - Castellammare Di Stabia Con Prolungamento A Napoli	162.726
73	Marano - Napoli (M1 Chiaiano)	88.312
74	Meta-Sorrento	679.420
75	Miseno - Cuma - Fusaro - Miseno	91.043
76	Miseno - Fusaro - Cuma - Miseno	105.452
77	Miseno - Porto - Miseno	47.304
78	Mondragone-Napoli (P.Le Tecchio)	1.128.582
79	Mondragone-Napoli (Staz. Metrò Piscinola)	486.228
80	Monteruscello-Arco Felice-Pozzuoli (Via Fasano)	208.370
81	Monteruscello-Capomazza-Pozzuoli (Via Fasano)	249.813

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
82	Monteruscello-Pozzuoli	11.475
83	Monterusciello-Metro' (Circolare)	40.203
84	Napoli - Casoria	36.192
85	Napoli - Cercola	46.208
86	Napoli - Marano - Mugnano - Villaricca - Calvizzano - Giugliano	130.189
87	Napoli - Torre Del Greco	92.232
88	Napoli (Argine) - Volla	200.897
89	Napoli (Brin) - Cercola	141.856
90	Napoli (Brin) - Ercolano (Piazza Trieste)	212.890
91	Napoli (Brin) - Pollena Trocchia	122.671
92	Napoli (Brin) - San Giorgio A Cremano	98.671
93	Napoli (Brin) - Torre Del Greco	313.664
94	Napoli (Cardarelli) - Marano	597.155
95	Napoli (Cardarelli) - Marano (Torre Caracciolo)	209.055
96	Napoli (M1 Chiaiano) - Giugliano (Stazione Metronordest)	286.671
97	Napoli (M1 Frullone) - Mugnano	155.423
98	Napoli (M1 Scampia) - Giugliano	147.729
99	Napoli (Osp. Monaldi)-M.Te Di Procida	300.587
100	Napoli (Poggioreale) - Casoria	160.016
101	Napoli (Ponte Maddalena) - Cercola	368.058
102	Napoli (Ponte Maddalena) - Pollena Trocchia	482.429
103	Napoli (Staz. Metrò Frullone)-Calvizzano-Qualiano	203.911
104	Napoli-Acerra	213.837
105	Napoli-Casoria-Casalnuovo	479.915
106	Napoli-Monte Di Procida	1.179.454
107	Napoli-Nola	740.742
108	Napoli-Somma Ves.-Sarno E Dir.	285.227
109	Navetta Melito - Asl Vomero Alto	100.000
110	Navetta Torregaveta - M.Te Di Procida - Torregaveta	77.255
111	Nisida-Monteruscello	185.707
112	Nola-C.Mmare Terme	199.332
113	Nola-Lauro-Moschiano E Dir.	137.662
114	Nola-Palma Camp.	77.824
115	Orta-Napoli	290.149
116	Orta-Napoli (Staz. Metro' Piscinola)	177.485
117	Ottaviano M.S. Angelo	22.638
118	Ottaviano - Fisciano	46.662
119	Piano-S.Agata	109.635
120	Piazzale Tecchio-Monteruscello	410.547
121	Poggiomarino-Torre Ann.Ta-C.Mmare C.M.I.	630.466
122	Pollena - Volla - Cercola - Sant'Anastasia	20.000
123	Pollena - Volla - Napoli	243.390
124	Pomigliano-Marigliano-Somma Vesuviana	116.367
125	Pomigliano-Portici	155.557
126	Pomigliano-S.Anastasia	89.715
127	Pomigliano-S.Anastasia-Somma Vesuviana	13.278
128	Portici - Ercolano	129.240
129	Portici - Ercolano - San Sebastiano Al Vesuvio	195.231
130	Portici - Ercolano - Torre Del Greco	106.035
131	Portici - San Giorgio A Cremano - Napoli - Cercola	349.693
132	Portici Ercolano Torre Del Greco (Dal 15/06 Al 15/09)	140.698
133	Pozzuoli-Lago Patria	267.599
134	Pozzuoli-Licola (Via Cuma)	139.410
135	Pozzuoli-Pianura	78.456
136	Pozzuoli-Quarto	131.276
137	Pozzuoli-Quarto (Via La Macchia)	104.253

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

id	Denominazione Linea	Produzione veic-Km/anno
138	Procida: Porto - Chiaiolella - Porto	65.729
139	Procida: Porto - Marina Di Chiaiolella - Porto	166.614
140	Procida: Porto - Terra Murata - Porto	24.809
141	Procida: Porto - Terra Murata - S. Giacomo - Pozzo Vecchio - S.Antonio - Porto	20.811
142	Procida: Porto - Via F.Gioia - Porto	36.689
143	Qualiano-Giugliano (Staz. Metrò)	206.780
144	Qualiano-Giugliano-Napoli (Staz. Metrò Piscinola)	368.420
145	Qualiano-Marano-Chiaiano Metro'	7.071
146	Qualiano-Marano-Napoli (Staz. Metrò Frullone)	222.133
147	Qualiano-Monteruscello-Pozzuoli	18.908
148	Qualiano-Quarto-Pozzuoli	16.299
149	Quarto-Pozzuoli (Ospedale La Schiana)	56.738
150	Quarto-Qualiano-Marano	139.652
151	Quindici-Lauro-Ottaviano	118.587
152	S.Antimo-Napoli	244.557
153	S.Antimo-Napoli (Staz. Metro' Piscinola)	140.677
154	S.Antimo-Orta-Caserta	21.116
155	S.Francesco-Forio-Citara-Forio-S.Francesco	9.300
156	S.Sebastiano - Cercola	72.270
157	S.Sebastiano (P.Co Vesuvio)-Napoli (Via Autostrada)	279.283
158	S.Sebastiano-Volla-Pomigliano	38.678
159	San Gennariello - Somma Vesuviana - Pomiglioano D'Arco	84.430
160	Scafati-Torre Del Greco-Napoli	778.364
161	Scanzano - C.Mare - Napoli - Fuorigrotta Monte Sant'Angelo Universita'	184.799
162	Servizi Staz. AV Afragola e Pomigliano Z.I.	336.769
163	Solfatara-Metro'-Via Fasano	51.954
164	Sorrento-Napoli Aeroporto Di Capodichino	133.353
165	Sorrento-Vico E Dir.	566.201
166	Succivo-Napoli	286.840
167	Teverola-Napoli (P.Zza S.Francesco) Filobus	555.484
168	Torre Di Pescopagano-Licola Borgo	145.602
169	Tufino-Nola	32.912
170	Villaricca-Napoli (P.Le Tecchio)	23.185
171	Visciano - Nola	49.704
172	Volla - Napoli	158.972
173	Volla - Staz. Circumvesuviana Cercola	32.115
174	Urbano Acerra	105.916
175	Urbano Castellammare	438.853
176	Urbano Marigliano	141.703
177	Urbano Melito	45.000
178	Urbano Palma Campania	55.850
179	Urbano Pollena	43.620
180	Urbano Pomigliano D'Arco	260.756
181	Urbano Pompei	109.897
182	Urbano Portici	85.743
183	Urbano Quarto	128.304
184	Urbano S.Agnello	53.956
185	Urbano San Giorgio A Cremano	232.466
186	Urbano San Sebastiano Al Vesuvio	56.608
187	Urbano Sant'Anastasia	161.466
188	Urbano Somma Vesuviana	56.823
189	Urbano Sorrento	57.867
190	Urbano Torre Del Greco	758.441
191	Torre C.le-Cast.re di Stabia-(ex Sostitutivo Trenitalia)	41.180
	Totale Produzione Lotto 4	**35.200.000**

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

4. ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIE

4.1. La verifica di congruità condotta nel 2016

In occasione della individuazione dei Lotti di gara del Bacino unico regionale (DGR n. 763 del 20/12/2016 poi integrata ed aggiornata con DGR 806 del 28/12/2016) è stato predisposto un documento di "Analisi tecniche di supporto per la definizione dei diversi lotti del bacino unico regionale – Art. 1 comma 89 della L.R. n. 5 del 6 maggio 2013" nel quale è stata condotta anche una "Stima campionaria dei costi standard e confronto con il corrispettivo unitario" che ha dimostrato la congruità dei corrispettivi unitari da porre a base d'asta rispetto alla metodologia nazionale sui costi standard del TPL.

Tale stima è stata condotta con i dati derivanti dall'applicazione della procedura di calcolo dei costi standard, prevista dall'art. 1 c. 84 della Legge n. 147/2013 e dall'art.17 del D.Lgs. 19 novembre 1997, n. 422.

In particolare, come modello di calcolo del costo standard è stato utilizzato l'ultima versione elaborata dal gruppo di lavoro relativo allo schema di decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti per la definizione dei costi standard dei servizi di trasporto pubblico locale e regionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 84 della legge 27 dicembre 2014, n.147 (nel seguito "Metodologia nazionale").

Con la DGR 806/2016, il valore individuato come corrispettivo unitario per il Lotto 3 nell'Analisi tecnica è stato rivisto in diminuzione per tenere conto dello spostamento di alcune percorrenze sul Lotto 4 e della conseguente rimodulazione dei rispettivi costi.

4.2. Modello di analisi finalizzato al PEFS

I valori derivanti dalla verifica di congruità riportata nel documento "Analisi tecniche di supporto per la definizione dei diversi lotti del bacino unico regionale", basata sul confronto con i valori determinati con la Metodologia nazionale sopra richiamata, sono frutto di un'analisi statistica sul valore di costo unitario.
Dovendosi procedere in sede di gara alla predisposizione di uno specifico Piano Economico Finanziario Simulato (PEFS) che deve necessariamente tenere conto di parametri di contesto e di un'analisi di tipo industriale di maggiore dettaglio, si è pertanto proceduto ad una stima più approfondita finalizzata alla definitiva stesura dei PEFS dei singoli Lotti di gara.
In esito alla verifica condotta i corrispettivi unitari a km individuati con la DGR 806/2016 vengono sostanzialmente confermati, ad eccezione del lotto 4 (Tabella 3) dove il valore unitario del corrispettivo è stato rivisto in leggera riduzione (anche per effetto di un incremento e rimodulazione dei km del lotto e di un efficientamento complessivo), restando, quindi, comunque in linea (con un valore leggermente inferiore) rispetto ai valori individuati dalla Metodologia standard nazionale.

La metodologia di stima utilizzata è basata su un modello caratterizzato dai seguenti dati di input chiave:

- i costi effettivi legati al subentro del personale e del parco bus;
- i parametri standard relativi sia al personale che alle altre voci di costo (avendo come riferimento gli studi di settore elaborati negli ultimi anni, ASSTRA, ANAV, La Sapienza, Lem Reply);
- il dato della velocità commerciale del singolo lotto, considerato come il principale parametro di contesto;
- un giusto margine di remunerazione del capitale, basato sul WACC;
- i ricavi da traffico attuali e quelli tendenziali (35%);
- l'evoluzione di ricavi e costi per tenere conto dell'inflazione.

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

Il modello di stima definisce il costo di produzione del servizio sulla base dei parametri standard (variabili in base alla specifica velocità commerciale del lotto).
In merito al costo totale del personale, esso viene corretto per tenere conto dell'effettivo costo del personale trasferito. L'eventuale differenza tra il costo reale del personale e quello standard potrà essere progressivamente recuperata nel corso della durata contrattuale, come recupero di efficienza gestionale.
Analogamente si è operato per i ricavi da traffico che, nel caso siano inferiori a quelli minimi previsti dal D.Lgs. 422/97 e dalla Regolamentazione ART n.48/2017, vengono in previsione progressivamente recuperati. Si ritiene infatti che tale differenza tra ricavi effettivi e ricavi minimi (35% del costo), sia determinato prevalentemente dall'evasione tariffaria e, in misura minore, da una domanda effettiva inferiore a quella obiettivo in una situazione di corretta gestione del servizio.
Tale modello di stima verrà successivamente affinato e dettagliato nell'ambito del Piano Economico Finanziario Simulato anche per tenere conto dell'aggiornamento dei dati rispetto a quelli raccolti presso gli attuali Gestori nel corso della ricognizione condotta per la procedura di Consultazione e che fanno riferimento all'anno 2016.
In particolare dovranno essere aggiornati i dati relativi:

- al personale;
- agli asset patrimoniali, in particolare relativamente alle stime di valore che dovranno essere condotte dai proprietari degli stessi;
- al parco bus, in seguito alla verifica della effettiva disponibilità ed all'aggiornamento del relativo valore ex metodologia UNI.

4.3. Struttura ed elementi chiave del modello

In dettaglio gli elementi costituenti il modello di verifica della congruità sono i seguenti.

Input utilizzati:

- Di contesto
  - vetture*km da piano;
  - Costo medio personale per lotto e categoria;
  - Velocità commerciale;
- Standard (distinti tra urbano ed extraurbano):
  - Ore di guida medie per autista;
  - Incidenza % delle Percorrenze a vuoto;
  - % costo personale movimento/costo personale di guida;
  - % costo altro personale/personale di guida;
  - costo km carburante (netto accisa);
  - Costo a km lubrificanti/pneumatici/altri consumabili: parametro standard di costo a km;
  - Costo a veicolo tasse/assicurazione/altro;
  - Costi a km spese generali/rimessa.

Costi:

- Costo del personale di Guida derivante da:
  - numero ottenuto da parametri standard di ore di guida annue ad autista (variabili in base a urbano/extraurbano e velocità commerciale);
  - costo unitario dato da dato medio reale dello specifico lotto (distinto per categoria).
- Costo del personale di movimento: da parametro standard (% su costo personale di guida).
- Costo altro personale (manutenzione e indiretti): da parametro standard (% su costo personale di guida+movimento).

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

- Costo carburante: parametro standard di costo a km (dato da calcolare ad oggi e al netto delle accise).
- Costo lubrificanti/pneumatici/altri consumabili: parametro standard di costo a km.
- Costo tasse/assicurazione/altro: costo unitario standard a veicolo (in base a veicoli necessari).
- Costi spese generali/rimessa: parametro standard di costo a km.
- Ammortamento: valore iniziale uguale al valore di subentro/usufrutto relativo sia ai bus attuali che a quelli in fase di assegnazione.
- Utile di impresa: WACC su parametro standard di patrimonio netto.

Ricavi:

- Si utilizzano come dato di base (primo anno) i ricavi storici del lotto
- Altri ricavi (pubblicità e altro): pari al 5% dei costi

Proiezione pluriennale

L'evoluzione temporale dei costi e dei ricavi nel decennio di affidamento, finalizzata ad assicurare l'equilibrio economico-finanziario per l'intero periodo, è sviluppata sulla base di ipotesi legate a:

- adeguamento corrispettivo chilometrico (ISTAT);
- adeguamento tariffe (ISTAT) (eventuali manovre di politica tariffaria andranno sovrapposte a queste analisi e compensate su altre voci);
- adeguamento costi (ISTAT);
- investimenti (fermo restando il valore iniziale calcolato come sopra):
  - per tenere conto del rinnovo da realizzarsi nel corso dei dieci anni di affidamento si assume come ipotesi minima di mantenere costante l'età media e l'obbligo di sostituzione degli autobus al raggiungimento dei 20 anni di anzianità, (tendenziale sostituzione del 5% del parco ogni anno);
  - rispetto a tale ipotesi minima, si stabilisce che il 50% del relativo costo debba essere coperto con risorse proprie dei concessionari (quindi ricomprese nel corrispettivo). L'ammontare annuo dell'investimento necessario per i 4 lotti è pari a 27 milioni (270 milioni sui 10 anni), di cui 13,5 milioni annui (totale di 135 milioni sui 10 anni) da coprire con risorse dei concessionari;
  - il valore totale dell'investimento minimo previsto è superiore al 10% corrispettivo come disposto dal D.L. 50/2017;
  - l'importo minimo da coprire con contribuzione regionale è compatibile con la quota stimabile di competenza della Regione Campania del «Fondo per l'Investimento in materiale rotabile» per il periodo 2020-2033 (250 milioni di euro annui a livello nazionale):
  - maggiori contribuzioni pubbliche e/o maggiori investimenti sostenuti dai gestori (premiati in sede di gara) dovranno quindi essere destinati ad ulteriori riduzione dell'età media del parco, fino ad una riduzione dell'età di sostituzione dai 20 anni ipotizzati ai 15 dei migliori standard di settore.
- recupero eventuale inefficienza costo personale;
- recupero ricavi (tendenziale 35%) da incremento domanda e evasione.

Il modello verifica la sostenibilità e congruità del corrispettivo a base di gara, tramite il calcolo del VAN e del TIR. In particolare il TIR deve essere congruente con il WACC atteso.

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

Delibera della Giunta Regionale n. 811 del 19/12/2017

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 8 - DIREZIONE GENERALE PER LA MOBILITA'

U.O.D. 93 - STAFF - Società, Enti e Organismi di riferimento

Oggetto dell'Atto:

ISTITUZIONE CAPITOLO DI SPESA E VARIAZIONE COMPENSATIVA AI SENSI DELL'ART. 5 COMMA 3 DELLA LR N. 4/2017, NELL'AMBITO DELLA MISSIONE 10 PROGRAMMA 2 TITOLO 1, DEL BILANCIO DI PREVISIONE DELLA REGIONE CAMPANIA PER IL TRIENNIO 2017-2019.

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

PREMESSO che

a. con Decreto del 16 Giugno 1989 il Ministero dei Trasporti ha aperto all'attività aerea l'Aeroporto di Salerno - Pontecagnano, ex art. 788 del codice della navigazione, come modificato dall'art. 2 della legge 862/80;
b. in data 2 Ottobre 1995 è stata costituita la società di gestione dei servizi aeroportuali Aeroporto di Salerno SpA, attuale Aeroporto di Salerno - Costa d'Amalfi S.p.A., il cui capitale sociale è interamente controllato dal Consorzio Aeroporto Salerno - Pontecagnano s.c.a r.l.;
c. al fine di assicurare una partecipazione alla governance del processo di sviluppo aeroportuale, con L. R. n. 16/2014, art. 1 comma 118, è stata disposta l'adesione della Regione Campania al Consorzio Aeroporto di Salerno - Pontecagnano s.c.a.r.l.;
d. il predetto Consorzio ha lo scopo di consentire, tramite l'ottimizzazione delle capacità operative, amministrative, gestionali, finanziarie e funzionali dei singoli enti consorziati, la compiuta attuazione dell'opera aeroportuale nella sua più ampia accezione;
e. con Delibera n. 393 del 12/9/2014 la Giunta Regionale ha demandato al Dipartimento della Programmazione e dello sviluppo economico e al Dipartimento delle Politiche Territoriali, per quanto di rispettiva competenza, supportati dalle Direzioni Generali competenti per materia, l'attuazione delle azioni e l'adozione degli atti necessari alla adesione della Regione Campania al Consorzio Aeroporto di Salerno - Pontecagnano s.c.ar.l.;
f. con Delibera n. 554 del 17/11/2014 la Giunta Regionale ha approvato lo statuto del Consorzio, il cui art. 26, al comma 4, ha previsto il recesso della Regione Campania successivamente al completamento della fase di privatizzazione, anche parziale, del Consorzio e comunque entro e non oltre il 30/05/2015;
g. il Presidente della Giunta regionale, con decreto n. 221/2015, ha approvato il Piano di razionalizzazione delle società e delle partecipazioni societarie direttamente o indirettamente possedute redatto in applicazione dell'articolo 1, comma 611, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 concernente Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato e la Giunta ne ha preso atto con DGR 530/2015;
h. in relazione al Consorzio Aeroporto di Pontecagnano il Piano di razionalizzazione prevede un approfondimento sulla opportunità di permanere nel Consorzio per sostenere con altre istituzioni lo sviluppo dello scalo in quanto funzionale al rafforzamento infrastrutturale e dell'economia connessa ai flussi turistici;
i. con L. R. 18 gennaio 2016, n. 1 (legge di stabilità regionale 2016), art. 5 comma 8, al fine di favorire lo sviluppo infrastrutturale, economico e sociale del territorio regionale e sostenere e concorrere, con le altre istituzioni interessate, al potenziamento e all'ampliamento dello scalo aeroportuale di Salerno, riconosciuto di interesse nazionale, la Giunta regionale è stata autorizzata a proseguire la sua partecipazione al Consorzio Aeroporto Salerno - Pontecagnano e ad assumere gli atti conseguenti;
j. con Delibera n. 26 del 26/1/2016, la Giunta Regionale, nel prendere atto di quanto previsto dalla L.R. n. 1 del 18 gennaio 2016, art. 5 comma 8, in ragione della valenza strategica rivestita dalla infrastruttura per le politiche di sviluppo economico e sociale del territorio campano, ha confermato l'adesione al Consorzio sino al completamento della fase di privatizzazione della partecipata Aeroporto di Salerno - Costa d'Amalfi S.p.A.;

RILEVATO che

a. l'assemblea dei soci del Consorzio Aeroporto di Salerno - Pontecagnano s.c.a.r.l. in data 17 Marzo 2017 ha deliberato la costituzione del fondo consortile per spese ordinarie di gestione e funzionamento;
b. che la quota in capo a Regione Campania è pari ad € 59.355,10;
c. con note prot. n. 161/C4/17 del 22 Marzo 2017, n. 290/C4/17 del 20 Giugno 2017, n. 479/C4/17 del 13 Ottobre 2017, il Consorzio Aeroporto di Salerno - Pontecagnano s.c.a.r.l. ha chiesto ai soci il versamento delle quote consortili in conto gestione;

CONSIDERATO che

a. il Consiglio Regionale, con Legge Regionale del 20 Gennaio 2017, n. 4, come modificata dalla Legge Regionale del 3 Febbraio 2017, n. 9, ha approvato il bilancio di previsione finanziario per il triennio 2017/2019;
b. la Giunta Regionale, con Deliberazione del 10 Gennaio 2016, n. 6, ha approvato il documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario per il triennio 2017/2019;
c. la Giunta Regionale, con Deliberazione del 7 Febbraio 2017, n. 59, ha approvato il bilancio gestionale per gli anni 2017, 2018 e 2019;
d. la Giunta Regionale, con Deliberazione del 26 Aprile 2017, n. 230, ha approvato il bilancio gestionale per gli anni 2017, 2018 e 2019, assestato per tener conto delle modifiche ordinamentali intervenute;

RITENUTO:

a. di dover istituire, nell'ambito della Missione 10, Programma 2, Titolo 1, del Bilancio di Previsione della Regione Campania per il triennio 2017-2019, il capitolo 4183 denominato "Contributo consortile in conto gestione in favore del Consorzio aeroporto di Salerno - Pontecagnano - SA (art.17, L.R. n. 15 del 11/8/2005)", attribuendone la titolarità alla DG per la Mobilità Ufficio di Staff 50 08 93, come riportato nel Prospetto 1 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
b. di demandare alla Direzione Generale per la Mobilità l'adozione degli atti conseguenti;

RITENUTO altresì:

a. di dover provvedere alla copertura dei predetti oneri finanziari nella misura di € 59.355,10 mediante variazione compensativa tra i capitoli di spesa 2307 e 4183 appositamente istituito, incardinati nella Missione 10, Programma 02 del bilancio 2017;
b. di dover effettuare, ai sensi dell'art. 5 comma 3 della LR n. 4/2017, una variazione compensativa nella misura riportata in dettaglio nel Prospetto 2 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

VISTI

a. il Decreto Legislativo del 23 Giugno 2011, n. 118;
b. il Decreto Legislativo del 26 Agosto 2014, n. 126;
c. il Decreto Ministero dei Trasporti del 16 Giugno 1989;
d. la Delibera di Giunta Regionale n. 554 del 17/11/2014;
e. l'art. 5 comma 8 della L. R. 18 gennaio 2016, n. 1;
f. la Legge Regionale del 20 Gennaio 2017, n. 4;
g. le Delibere di Giunta Regionale del 10 Gennaio 2017, n. 6 e del 7 Febbraio 2017, n. 7 e del 26 Aprile 2017, n. 230;
h. l'art. 39, co. 16 del D. Lgs. del 23 Giugno 2011, n. 118 e s.m.i.;

PROPONGONO, e la Giunta

D E L I B E R A

per le motivazioni indicate nella parte espositiva che di seguito si intendono integralmente riportate:

1. di istituire, nell'ambito della Missione 10 Programma 2 Titolo 1, del Bilancio di Previsione della Regione Campania per il triennio 2017-2019, il capitolo 4183 denominato "Contributo consortile in conto gestione in favore del Consorzio aeroporto di Salerno - Pontecagnano - SA (art.17, L.R. n. 15 del 11/8/2005)", attribuendone la titolarità alla DG per la Mobilità Ufficio di Staff 50 08 93, come riportato nel Prospetto 1 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di effettuare, ai sensi dell'art. 5 comma 3 della LR n. 4/2017, una variazione compensativa nella misura riportata in dettaglio nel Prospetto 2 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di demandare alla Direzione Generale per la Mobilità l'adozione degli atti conseguenti;
4. di inviare il presente provvedimento alla Direzione Generale per la Mobilità, alla Direzione Generale per le

Risorse Finanziarie, al Tesoriere Regionale, al Consiglio Regionale, ai sensi dell'art. 29, comma 8, della Legge Regionale del 30 Aprile 2002, n. 7, al Collegio dei Revisori dei Conti, al BURC per la pubblicazione ed all'Ufficio competente per la pubblicazione sul sito istituzionale della Regione Campania alla Sezione Trasparenza.

Prospetto 1

Scheda elenco capitoli di spesa di nuova istituzione

CODIFICAZIONE DELLA TRANSAZIONE ELEMENTARE DI BILANCIO (stringa)											
Capitolo spesa	Denominazione	Miss.	Progr.	Cofog	Titolo	Macroagg.	IV Liv. Piano dei conti / Siope	Ricorr.	Perimetro sanità	Cod. Transaz. U.E.	Struttura assegnataria
4183	Contributo consortile in conto gestione in favore del Consorzio aeroporto di Salerno-Pontecagnano - SA (art.17, L.R. n. 15 del 11/8/2005).	10	2	04.5	1	104	1.04.01.02.000	4	3	8	50 08 93

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

Prospetto 2

BG 2017/2019 - Variazione ai sensi dell'art. 5 comma 3 della LR n. 4/2017

ESERCIZIO	Titolo	Tipologia	Categoria	Cap Entrata	DESCR_ENTR	Variazione Competenza	Variazione Cassa	ESERCIZIO _SPESA	Missione	Programma	Titolo	Macroaggregato	Cap Spesa	Variazione Competenza	Variazione Cassa
								2017	10	02	1	104	4183	59.355,10	59.355,10
								2017	10	02	1	103	2307	-59.355,10	-59.355,10
Subtotale Titolo	*0,00*			*Subtotale Missione*					*0,00*						
Subtotale Tipologia		*0,00*		*Subtotale Programma*						*0,00*					
				Subtotale Titolo							*0,00*				

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

Regione Campania

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

DECRETO N. 65 DEL 13/12/2017

OGGETTO: **Piano di eradicazione HCV** *(acta n.vii).*

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 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;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta 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*";

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)

- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto *vii*) "*attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale*";

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, "*nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 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. con il Decreto Commissariale n. 20 del 24/02/2015 la Regione Campania ha recepito la Determina AIFA n. 1353 del 12/11/2014, ha individuato i Centri Prescrittori per la terapia innovativa dell' HCV con il farmaco Sovaldi, ed ha definito il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'Epatite cronica C attraverso l'utilizzo del sistema informatico regionale Sani.ARP;

b. con il Decreto Commissariale n. 33 del 07.04.2015 è stato autorizzato l'uso di un altro farmaco innovativo denominato Olysio;

c. con il Decreto Commissariale n.70 del 18.06.2015 è stato autorizzato l'utilizzo dei farmaci:

c.1 Daklinza - determina AIFA n. 495 del 30.04.2015,

c.2 Harvoni - determina AIFA n. 544 del 08.05.2015,

c.3 Exviera e Viekirax - determine AIFA n. 633 e n. 634 del 18.05.2015.

RILEVATO che

l'AIFA con Determina n.500/2017 pubblicata nella G.U. n. 75 del 30/03/2017 ha avviato il Piano di Eradicazione dell'infezione da HCV in Italia ridefinendo i criteri d'inclusione al trattamento con i nuovi farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione;

CONSIDERATO che

l'ampliamento dei criteri d'inclusione (da 7 a 11) permette di trattare tutti i pazienti, anche negli stadi iniziali della malattia, con terapia indicata e appropriata;

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)

RITENUTO che

a. per l'ottimizzazione del Piano di eradicazione è necessario individuare anche i pazienti infetti ma non diagnosticati (pazienti epatopatici, affetti da ipertransaminasemia da definirsi, tossicodipendenza anche pregressa, pazienti trasfusi, etc ...);

b. all'indicato fine, appare opportuno che i Medici di Medicina Generale e i medici prescrittori censiscano i pazienti di nuova diagnosi e/o con patologia conclamata implementando sul portale Sani.Arp, secondo rigorose modalità a tutela della Privacy e con il consenso del paziente stesso, anche i dati relativi ai parametri richiesti dal registro (anti HCV, Genotipo, HCV-RNA, INR, Bilirubina totale e diretta, transaminasi, proteine totali ed elettroforesi, etc);

c. tale censimento risulta strumentale, altresì, per la configurazione delle liste d'attesa per accedere alle terapie innovative anti HCV;

d. per l'elaborazione del Registro epidemiologico dei pazienti HCV positivi, al fine di quantificare il numero reale di pazienti da trattare con i farmaci innovativi ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs), può essere utilizzata la piattaforma Sani.ARP ;

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

DECRETA

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

- di **STABILIRE che:**

1. i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie diano disposizioni per l'ottimizzazione del Piano di eradicazione dell'HCV impegnando i Medici di Medicina Generale e i medici prescrittori al censimento dei pazienti di nuova diagnosi e/o con patologia conclamata attraverso l'implementazione sul portale Sani.ARP, nel rispetto delle modalità a tutela della Privacy e con il consenso del paziente stesso, dei dati relativi ai parametri richiesti dal registro (anti HCV, Genotipo, HCV-RNA, INR, Bilirubina totale e diretta, transaminasi, proteine totali ed elettroforesi, etc.);

2 il censimento di cui al punto 1 costituisca strumento per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per la configurazione delle liste d'attesa per accedere alle terapie innovative anti HCV;

3 la piattaforma Sani.ARP sia utilizzata per l'elaborazione del Registro epidemiologico dei pazienti HCV positivi al fine di quantificare il numero reale di pazienti da trattare con i farmaci innovativi ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs);

- di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;

- di **INVIARE** il presente decreto al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario

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)

Regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al BURC per la immediata pubblicazione, nonché per tutti gli adempimenti di pubblicità e trasparenza.

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

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

DE LUCA

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. 63 DEL 13/12/2017

OGGETTO: **Approvazione norme per il mantenimento della qualifica di regione indenne da Malattia Vescicolare del Suino (MVS)** *-(acta n. xxiii).*

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 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;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, lo scrivente è stato nominato, quale 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 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, tra cui al punto xxiii : "l'*adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare*";

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

Regione Campania

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

PREMESSO che
- con Ordinanza Ministeriale del 12 aprile 2008 sono state fissate le misure di sorveglianza ed eradicazione della Malattia Vescicolare del Suino (MVS);
- la Regione Campania, nel predetto dispositivo, non risultava tra le Regioni accreditate (indenne) per MVS;
- con decreto del Presidente della Giunta n. 226/2009 sono state emanate misure straordinarie di controllo ai fini dell'eradicazione della malattia in Regione Campania;
- con successivo Decreto del Commissario ad acta n. 2/2011 sono state disciplinate le "*Misure straordinarie per la movimentazione dei suini nel territorio della Regione Campania ai fini della diminuzione del rischio di diffusione della MVS*";
- con i Decreti del Commissario ad acta n. 93/2011 e n. 39/2012 sono state stabilite "*Norme sanitarie per l'acquisizione in Campania della qualifica di Regione accreditata per MVS*";
- con Decisione n. 2017/1910 del 17 ottobre 2017 la Commissione europea ha riconosciuto alla Campania, a seguito di articolata istruttoria tecnica, la qualifica di regione indenne da MVS;
- per il raggiungimento delle condizioni necessarie per l'ottenimento della qualifica si è reso necessario adottare idonei provvedimenti diretti a regolare la correttezza della gestione zootecnica e sanitaria delle aziende suinicole come:
    - innalzamento del livello di biosicurezza;
    - procedure straordinarie nel trasporto degli animali;
    - abbattimento senza indennizzo degli animali sprovvisti di identificazione;
    - marcatura individuale dei suini su base volontaria attraverso l'adozione del "Sistema Suinicolo Campano";
- il riconoscimento di tale qualifica consente, tra l'altro, la libera movimentazione dei suini verso altre regioni e consente il controllo a campione degli allevamenti da ingrasso;

CONSIDERATO che
- occorre garantire la persistente osservanza delle misure straordinarie che hanno consentito il riconoscimento della qualifica, al fine del relativo mantenimento;

RITENUTO, a tal fine, necessario
- approvare il "*Piano di sorveglianza della malattia vescicolare del suino*" di cui al documento allegato al presente decreto, condiviso con il Ministero della Salute ed il Centro di Referenza nazionale (CERVES);

- disporre che le AASSLL diano puntuale e corretta attuazione del suddetto piano di sorveglianza;

- affidare alla Direzione Generale per la Tutela della salute e il coordinamento del SSR il monitoraggio sulla corretta attuazione del piano;

VISTI
- il Decreto Legislativo 196/1999 relativo alle misure di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari di animali delle specie bovina e suina;
- la Decisione della Commissione 2005/779/CE relativa alle misure sanitarie di protezione contro la malattia vescicolare del suino in Italia;
- l'Ordinanza Ministeriale del 12/4/2008 ad oggetto "misure di eradicazione della malattia vescicolare del suino";
- la Decisione 2012/761/UE di attuazione del piano di eradicazione della malattia vescicolare del suino per l'anno 2013;

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)

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

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

DECRETA

- di **APPROVARE** il "Piano di sorveglianza della malattia vescicolare del suino" di cui al documento allegato al presente decreto e che forma parte integrante e sostanziale dello stesso;
- di **DISPORRE** che le AASSLL diano puntuale e corretta attuazione al Piano allegato;
- di **AFFIDARE** alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR il monitoraggio sulla corretta attuazione del Piano;
- di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
- di **INVIARE** il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al BURC per la immediata pubblicazione nonché per tutti gli adempimenti di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute

Avv. Antonio Postiglione

Il Sub Commissario ad Acta

Dott. Claudio D'Amario

DE LUCA

PIANO DI SORVEGLIANZA DELLA MALATTIA VESCICOLARE SUINA (MVS)

Art 1

a. I Servizi Veterinari delle AA.SS.LL. campane garantiscono l'inserimento e l'aggiornamento nella Banca Dati Nazionale suina di tutti gli allevamenti suini, ad esclusione delle aziende da autoconsumo che detengono solo un capo, nonché la completezza dei dati anagrafici e sanitari relativi ai singoli allevamenti, ivi compresi l'indicazione delle coordinate geografiche dell'allevamento, l'indirizzo produttivo e la capacità potenziale, nonché la qualifica sanitaria nei riguardi delle malattie soggette a controllo sanitario;

b. Nelle aziende suinicole familiari per autoconsumo possono essere allevati e macellati in loco fino a un massimo di due suini per anno in un unico allevamento per codice aziendale. In tali aziende prima di procedere alla macellazione è obbligatorio il controllo documentale e di identità dei suini presenti;

c. Alle aziende suinicole da vita, per le quali il Servizio Veterinario ufficiale constati l'insufficienza delle misure di **biosicurezza** presenti viene sospesa la qualifica sanitaria e viene concesso un termine massimo di 60 giorni per l'adeguamento necessario alle prescrizioni impartite. Durante tale periodo sono consentite esclusivamente movimentazioni dirette di animali verso stabilimenti di macellazione. Trascorso il termine predetto il Servizio Veterinario competente per territorio verifica attraverso una visita ispettiva in loco che le prescrizioni siano state adeguatamente eseguite e in tal caso ripristina la qualifica sanitaria e revoca il blocco di movimentazione. Nel caso in cui si verifichi persistenza delle carenze e mancato adeguamento alle prescrizioni impartite, l'Autorità sanitaria competente dispone che tutti gli animali eventualmente presenti in azienda siano avviati ad uno stabilimento di macellazione entro 7 giorni, senza indennizzo, e che l'azienda venga classificata d'ufficio come allevamento familiare per autoconsumo, con possibilità di allevamento di un numero massimo di due capi per anno, e come tale registrata nella BDN;

d. Qualora i titolari degli allevamenti nei quali siano stati constatati livelli insufficienti di biosicurezza siano anche titolari di mezzi di trasporto per suini o sia tenuta presso gli allevamenti stessi autorimessa di tali mezzi, si procede alla sospensione dell'autorizzazione al trasporto per i suddetti mezzi fino al raggiungimento dei livelli biosicurezza prescritti. In caso di mancato adeguamento alle prescrizioni impartite nei tempi stabiliti, l'Autorità Sanitaria competente revoca l'autorizzazione al trasporto di suini per tutti i mezzi detenuti.

Art 2

E' resa obbligatoria

a. la dotazione a cura dei trasportatori dei suini, pena la revoca dell'autorizzazione al trasporto, di apposito registro per ciascuno automezzo, vidimato dal Servizio Veterinario territorialmente competente, nel quale annotare tutte le movimentazioni di suini effettuate includendo i codici delle aziende d'origine e di destinazione degli animali, indipendentemente dalla durata e dalla distanza dei trasporti effettuati;

b. la certificazione a cura dei trasportatori dei suini, progressivamente numerata, dell'avvenuto lavaggio e disinfezione degli automezzi adibiti al trasporto dei suini, da rilasciare sia all'azienda di origine che di destinazione degli animali, tenuta in copia agli atti per un anno e annotata nel registro di cui al precedente punto a. Il mancato adempimento a questo provvedimento comporta la sospensione per almeno trenta giorni dell'autorizzazione al trasporto di suini;

c. l'implementazione a cura dei titolari degli stabilimenti di macellazione dei suini del manuale di autocontrollo con specifiche procedure per la pulizia e disinfezione degli automezzi utilizzati per il trasporto dei suini, sia per i periodi ordinari, sia per i periodi nei quali sono attivate aree di restrizione per malattie infettive. Tali procedure devono essere formalmente approvate dai servizi Veterinari competenti.

Art 3

E' obbligatorio l'abbattimento e la distruzione, senza indennizzo e con spese a carico del proprietario o detentore dei capi, entro 72 ore dalla notifica di apposita Ordinanza di abbattimento emessa dall'Autorità Sanitaria competente per territorio degli animali della specie suina nei seguenti casi:

1. suini privi di identificativi e/o certificazione che ne attesti la provenienza;

2. suini con identificativi o documentazione contraffatti;

3. suini non correttamente identificati o con irregolarità documentale per i quali il proprietario o detentore non fornisca, entro il termine di sette giorni lavorativi, idonea certificazione attestante l'origine degli animali, la loro identificazione e l'effettiva destinazione alla propria azienda;

4. Nelle aziende in cui sono stati rinvenuti i suini di cui ai punti 1, 2 e 3 viene revocato l'accreditamento per MVS con conseguente divieto di movimentazione di tutti gli altri suidi eventualmente presenti. Il provvedimento viene revocato solo a completamento delle operazioni di riacquisizione della qualifica di azienda accreditata per MVS condotte con i criteri di cui all'O.M.12 aprile 2008 e alla Decisione della Commissione 2005/779/CE e successive modifiche

Art 4

1. Nelle aziende suinicole della regione Campania da riproduzione a ciclo aperto al momento dell'introduzione di suini riproduttori, provenienti da altri allevamenti, a seguito di comunicazione del proprietario dell'azienda, i Servizi Veterinari procedono a controllo sierologico dei riproduttori introdotti.

2. Nelle aziende suinicole della Regione Campania da ingrasso che movimentano suini verso altri allevamenti è obbligatorio detenere gli animali per un periodo minimo di 30 giorni. In tali aziende deve essere rispettato un periodo di tutto-vuoto di minimo 7 giorni da attuarsi almeno una volta ogni due mesi.

3. è mantenuto ed incentivato il sistema di tracciabilità dei suini denominato "Sistema Suinicolo Campano", (SSC) al quale possono aderire in forma volontaria i proprietari delle aziende suinicole da riproduzione a ciclo chiuso e a ciclo aperto, da ingrasso per movimentazione e da ingrasso per macello attivato ai sensi dei Decreti del Commissario ad acta n. 93/2011 e 39/2012 e lo stesso è mantenuto alle condizioni di seguito riportate:

4. i proprietari delle aziende di cui al comma 1. del presente articolo devono compilare apposita istanza al competente Servizio veterinario dell'ASL, conforme all'allegato 1 al presente documento. L'istanza, debitamente compilata, firmata e datata, deve essere consegnata al Servizio Veterinario dell'ASL di appartenenza che provvede a iscrivere le aziende aderenti in un apposito registro locale. L'ASL trasmette copia del registro in formato elettronico al Settore veterinario regionale e all'Osservatorio Epidemiologico Regionale Veterinario (OERV), che provvede alla pubblicazione sul sito internet dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale nella sezione dedicata. Eventuali aggiornamenti dell'elenco vengono immediatamente trasmessi e pubblicizzati con la medesima procedura.

5. I proprietari delle aziende da riproduzione a ciclo aperto aderenti al SSC, pena la cancellazione immediata dall'elenco di cui al comma 2, provvedono a proprie spese alla marcatura individuale di tutti i suini da movimentare nelle 72 ore precedenti la movimentazione.

6. I proprietari delle aziende da riproduzione a ciclo chiuso aderenti al SSC, pena la cancellazione immediata dall'elenco di cui al comma 2, provvedono a proprie spese alla marcatura individuale di tutti i suini da movimentare verso i siti di macellazione domiciliare, nelle 72 ore precedenti la movimentazione.

7. I proprietari degli allevamenti da ingrasso per movimentazione aderenti al SSC che movimentano suini anche verso altri allevamenti, pena la cancellazione immediata dall'elenco di cui al comma 2, provvedono a proprie spese alla marcatura individuale di tutti i suini introdotti nei propri allevamenti entro 72 ore dall'arrivo fatto salvo il caso di introduzione di capi già marcati provenienti da altro allevamento aderente al SSC.

8. I proprietari degli allevamenti da ingrasso per macello aderenti al SSC che movimentano esclusivamente verso il macello, pena la cancellazione immediata dall'elenco di cui al comma 2, provvedono a proprie spese alla marcatura individuale di tutti i suini da movimentare verso siti di macellazione domiciliare, nelle 72 ore precedenti la movimentazione, fatto salvo il caso di capi già marcati provenienti da altro allevamento aderente al SSC.

9. Le caratteristiche tecniche delle marche auricolari individuali di cui ai commi 3, 4 e 5 del presente articolo sono descritte nell'allegato 2 al presente decreto. I proprietari delle aziende

aderenti al SSC provvedono ad approvvigionarsi delle marche necessarie presso rivenditori debitamente autorizzati, che assicurano la produzione di marche con numero progressivo non ripetibile per ciascuna azienda.
Successivamente all'acquisto delle marche i proprietari delle aziende aderenti presentano al Servizio Veterinario competente copia della fattura e un documento dal quale risulti la numerazione delle marche acquistate.
10. l'adesione al SSC rappresenta un elemento di valutazione positiva nella pianificazione dei controlli dei suini da ingrasso;

Art.5: I proprietari degli allevamenti da ingrasso aderenti al SSC che movimentano suini verso altri allevamenti possono derogare a quanto previsto all'articolo **4 punti 1 e 2)**. La deroga non è applicabile agli allevamenti da ingrasso ad elevato turnover di cui all'Art. 9.

Art. 6: I suini introdotti in stalle di sosta di stabilimenti di macellazione possono permanere in tali strutture per un periodo massimo di 72 ore prima di essere avviati alla macellazione.

Art. 7: E'nominato presso ciascuna AASSLL un responsabile unico con funzioni di coordinamento e verifica delle misure di controllo della MVS nel territorio di competenza.

Art. 8: La Regione in collaborazione con l'OERV, individua con cadenza annuale, in base alla valutazione del rischio, un campione di allevamenti suini da ingrasso e comunica ai Servizi veterinari delle AA.SS.LL. l'elenco delle aziende da sottoporre a controllo sierologico semestrale.

Art. 9: In aggiunta al campione di cui all'Art.8, la Regione, in collaborazione con l'OERV, individua, con cadenza annuale, gli allevamenti suinicoli da ingrasso "ad elevato turnover" (HTO), intesi come allevamenti da ingrasso, non inseriti in un sistema di allevamento multisito, che nell'anno solare precedente abbiano avuto un numero di contatti diretti statisticamente superiore agli altri allevamenti commerciali, attraverso movimentazioni da vita di suini in entrata e/o in uscita.
Tali allevamenti dovranno essere controllati mensilmente tramite prelievo di sangue e feci, con il medesimo protocollo previsto per le stalle di sosta.

Art. 10: le presenti norme rimangono in vigore fino al 31/12/2019

Allegato 1

SISTEMA SUINICOLO CAMPANO ISTANZA DI ADESIONE

ASL……. Servizio Veterinario(sede)…….

Il sottoscritto (cognome e nome)……,
(codice fiscale)……..

Titolare dell'allevamento suino…….
(codice aziendale)……,
situato nel Comune di…….
con tipologia produttiva (riproduzione ciclo chiuso o aperto, ingrasso per macello, ingrasso per movimentazione)
…….
……..

CHIEDE

di aderire al Sistema Suinicolo Campano come istituito dall'articolo 3 del presente Decreto commissariale

A tal fine si impegna a rispettare, pena l'esclusione dal Sistema, le disposizioni contenute nel Decreto.

Luogo e data

Firma

Allegato 2

SISTEMA SUINICOLO CAMPANO IDENTIFICATIVO AURICOLARE (MARCA AURICOLARE) PER SUINI

Il mezzo di identificazione consiste in un marchio auricolare con le seguenti caratteristiche:
a) di materiale plastico flessibile, atossico e resistente;
b) facilmente leggibile per tutta la durata di vita dell'animale;
c) non riutilizzabile e deve essere realizzato in modo che possa essere tolto solo mediante la rottura del marchio stesso;
d) progettato in modo da essere applicato con il minor stress possibile per l'animale e rimanere fissato senza nuocergli;
e) riporta solamente diciture indelebili effettuate mediante stampa laser;
f) ogni marchio auricolare è composto di due parti, maschio e femmina, di dimensioni e forme tali da assicurare la leggibilità dei caratteri senza pregiudicare la tenuta all'orecchio dell'animale;
g) marchio di forma circolare il cui diametro dovrà essere compreso tra 25 e 32 mm;
h) il chiodo ha un battente che impedisce lo schiacciamento dell'orecchio e l'eventuale irritazione, inoltre rende rotante il marchio migliorandone la tenuta;
i) i caratteri hanno un'altezza minima di 4 mm;
l) di colore giallo;
m) il peso complessivo di ogni marchio deve essere compreso tra 2,0 e 7,5 grammi;
n) il perno della parte maschio deve essere flessibile, elastico e resistente con un diametro compreso tra 4 e 8 mm ed in ogni caso inferiore al diametro dello sperone;
o) lo sperone della parte maschio (cioè l'elemento che consente di perforare i tessuti per applicare il marchio) deve essere costruito, totalmente o in parte di un materiale più duro rispetto al resto del marchio (come plastiche dure, metallo) e se costituito da più parti queste devono essere assemblate in maniera tale da non consentirne il distacco;
p) le boccole (cioè l'elemento della parte femmina in cui si alloggia lo sperone) devono essere parzialmente o totalmente chiuse;
q) dopo 1 anno dall'applicazione, all'esame visivo, la superficie deve essere esente da saldature, bolle, screpolature, fessure e altri difetti; il colore deve restare omogeneo e la marcatura visibile;
r) deve essere prodotto da una ditta inserita negli elenchi del Ministero della Salute e già autorizzata a fornire identificativi auricolari per bovini e/o ovini;
s) sulla parte "maschio" dell'identificativo auricolare è impresso col laser, a caratteri di colore nero, la sigla IT, tre cifre per il codice ISTAT del Comune, due lettere per la sigla della Provincia, un numero progressivo assegnato all'azienda su base comunale (tre cifre), ed un numero progressivo assegnato all'azienda dal produttore sulla base del numero di marche richieste composto da 5 cifre (da 00001 a 99999);
t) sulla parte "femmina" dell'identificativo auricolare è impresso col laser, a caratteri di colore nero, la sigla IT, tre cifre per il codice ISTAT del Comune, due lettere per la sigla della Provincia, un numero progressivo assegnato all'azienda su base comunale (tre cifre),

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. 64 DEL 13/12/2017

OGGETTO: D.C.A. n. 33/2016 Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015. Atto aziendale Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Approvazione. (acta xvii)

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 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;

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

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 xvii) "*approvazione degli atti aziendali adottati dagli enti del Servizio sanitario regionale, in coerenza con la normativa vigente, ivi compreso il rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché in coerenza con quanto previsto dal punto i completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 ed in coerenza con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio";*

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, " nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad Acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 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";

VISTI
a. l'art. 3 comma 1 – bis, del D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. a tenore del quale l'Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale le Aziende determinano la propria organizzazione ed il proprio funzionamento e delinea gli ambiti della propria autonomia gestionale ed amministrativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione;
b. il decreto commissariale n. 18 del 18 febbraio 2013, che approva il complesso degli indirizzi forniti alle aziende per l'adozione dell'atto aziendale;

CONSIDERATO che
a. con il Decreto Commissariale n. 33 del 17 Maggio 2016 è stato approvato il documento denominato "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", con il quale è stato recepito un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazione di posti letto;
b. alle Aziende Sanitarie è stato chiesto l'adeguamento del proprio Atto Aziendale a quanto stabilito con il citato Decreto 33/2016;
c. l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ha adottato la delibera n. 1477 del 23 novembre 2017 avente come oggetto "Revoca delibera n.179 del 11 agosto 2017. Adozione Atto Aziendale ";

PRESO ATTO della nota assunta al prot. reg.le n. 799033 del 04.12.2017, con la quale il Direttore Generale per la Tutela della Salute ha comunicato le risultanze dell' istruttoria del Gruppo di Lavoro appositamente costituito, che ha verificato la conformità dell'atto al DCA 18/2013 e al DCA33/2016 ed ha formulato le seguenti prescrizioni:

- *"Sdoppiare il Dipartimento "Area chirurgica" (programmando eventualmente un Dipartimento di area critica) dal momento che le 18 UOC che lo compongono eccedono il numero massimo di UOC fissato nel DCA 18/2013".*
- *"Esplicitare l'impegno alla costituzione dei comitati e delle commissioni aziendali elencati nel DCA 18/13";*

RITENUTO, pertanto,
di procedere alla approvazione dell'Atto Aziendale dell' Azienda Sanitaria Locale di Caserta adottato con delibera n. 1477 del 23 novembre 2017 avente come oggetto "Revoca delibera n.179 del 11 agosto 2017. Adozione Atto Aziendale ";

PRESO ATTO
del verbale del 25 luglio 2017 in cui il Tavolo di Verifica degli Adempimenti regionali ha stabilito che tutti gli Atti aziendali dovranno essere rimodulati e resi coerenti con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015 che dovrà essere adottato dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale;
Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

D E C R E T A

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

- di **PRENDERE ATTO** della comunicazione del Direttore Generale per la Tutela della Salute, assunta al protocollo n. 799033 del 04.12.2017 contenente le risultanze dell'istruttoria svolta dal Gruppo di Lavoro in merito all'esame della delibera della Azienda Sanitaria Locale 1477 del 23 novembre 2017 avente come oggetto "Revoca delibera n.179 del 11 agosto 2017. Adozione Atto Aziendale";

- di **APPROVARE** per l'effetto l'Atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale con le seguenti prescrizioni:
  - *"Sdoppiare il Dipartimento "Area chirurgica" (programmando eventualmente un Dipartimento di area critica) dal momento che le 18 UOC che lo compongono eccedono il numero massimo di UOC fissato nel DCA 18/2013".*
  - *"Esplicitare l'impegno alla costituzione dei comitati e delle commissioni aziendali elencati nel DCA 18/13";*

- di **FARE** obbligo al Direttore Generale della Azienda Sanitaria di Caserta della sua immediata attuazione;

- di **DISPORRE** che l' Atto Aziendale dovrà essere rimodulato in coerenza con il provvedimento di aggiornamento della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70 2015 da adottarsi dalla Struttura Commissariale al fine di recepire le indicazioni fornite dai Tavoli di Verifica ministeriale;

- di **NOTIFICARE** il presente provvedimento all'Azienda Sanitaria Locale di Caserta con l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale aziendale;

- di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;

- di **TRASMETTERE** al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., ed al BURC per la immediata pubblicazione nonché per tutti gli adempimenti di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale
Per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

DE LUCA

REGIONE CAMPANIA
ASL CASERTA

ATTO AZIENDALE

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

INDICE INTRODUZIONE

..... 7

NORMATIVA DI RIFERIMENTO 7

TITOLO I - L'AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA 8

1.1 AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA 8
1.1.1 DENOMINAZIONE 8
1.1.2 IL LOGO 8
1.1.3 LA SEDE LEGALE 8
1.1.4 IL SITO WEB 8
1.1.5 IL PATRIMONIO 8
1.2 MISSIONE e VISIONE 9
1.2.1 MISSIONE 9
1.2.1.1 NEI CONFRONTI DEI CITTADINI 9
1.2.1.2 NEI CONFRONTI DEI COMUNI 10
1.2.1.3 NEI CONFRONTI DEL PRIVATO SOCIALE, DEL VOLONTARIATO E DEL TERZO SETTORE 10
1.2.1.4 NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI DELL'AZIENDA 10
1.2.2 VISIONE 11
1.2.2.1 CLINICAL GOVERNANCE E SICUREZZA DELLE CURE 11
1.2.2.2 CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO 12
1.2.2.3 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE 12
1.2.2.4 LA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO 12
1.2.2.5 FORMAZIONE CONTINUA 14
1.2.2.6 PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI 15
1.2.2.7 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 15
1.2.2.8 LA CARTA DEI SERVIZI 15
1.2.2.9 LA COMUNICAZIONE 16
1.2.2.10 ACCESSO E ACCOGLIENZA 18
1.2.2.11 I DIRITTI DEGLI UTENTI 18
1.2.2.11.1 LA CONFERENZA DEI SERVIZI 18
1.2.2.11.2 LA CONSULTA SANITARIA 19
1.2.2.11.3 AUDIT CIVICO 20
1.2.3 SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE , VALUTAZIONE E CONTROLLO 20
1.2.3.1.PROGRAMMAZIONE 20
1.2.3.2 CONTROLLO DI GESTIONE e BUDGET e SISTEMA INFORMATIVO 21
1.2.3.3 SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE 23
1.2.3.4 CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE 23
1.3 MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI MEDIAZIONE FINALIZZATA ALLA CONCILIAZIONE NELLE CONTROVERSIE CIVILI E COMMERCIALI 23

TITOLO II – QUADRO EPIDEMIOLOGICO 24

2.1 IL CONTESTO 24
2.1.1.STRUTTURA E DINAMICA DEMOGRAFICA 24
2.2 DATI EPIDEMIOLOGICI 31
2.2.1 LA MORTALITÀ 31
2.2.2 LA MORTALITÀ INFANTILE 31

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

2.2.3 LE PATOLOGIE NEOPLASTICHE 31
2.3 STILI DI VITA 35

TITOLO III - GLI ORGANI 37

3.1 ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA - ORGANI E ORGANISMI 37
3.1.1 ORGANI 38
3.1.1.1 IL DIRETTORE GENERALE 38
3.1.1.2 IL COLLEGIO SINDACALE 40
3.1.1.3 II COLLEGIO DI DIREZIONE: COMPOSIZIONE E FUNZIONI 40
3.1.1.4 DIREZIONE STRATEGICA 42
3.1.1.5 IL DIRETTORE SANITARIO 43
3.1.1.6 Il DIRETTORE AMMINISTRATIVO 44
3.1.1.7 IL CONSIGLIO DEI SANITARI 45
3.1.1.8 COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI 45
3.1.1.9 ADOZIONE REGOLAMENTI AZIENDALI 46

TITOLO IV – IL GOVERNO DELL'AZIENDA 46

4.1 II GOVERNO AZIENDALE 46
4.1.1 MODALITÀ E PRINCIPI PER IL GOVERNO DELL'AZIENDA 47
4.1.2 II GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO 47

TITOLO V – LE FUNZIONI DELL'AZIENDA 48

5.1 LA FUNZIONE DI COMMITTENZA 48
5.2 LA FUNZIONE DI PRODUZIONE 48
5.3 LA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE 49

TITOLO VI - STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE 49

6.1 LE STRUTTURE 49
6.1.1 STRUTTURE COMPLESSE 50
6.1.2 STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI 51
6.1.3 STRUTTURE SEMPLICI 51
6.1.4 ATTRIBUZIONI DEI DIRIGENTI 52
6.2 MODELLO FUNZIONALE 53
6.2.1 IL LIVELLO CENTRALE 53
6.2.1.1 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE 54
6.2.1.2 COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ (CUG) 54
6.2.1.3 SERVIZI AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA 55
6.2.1.3.1 servizi DELLA DIREZIONE SANITARIA 56
6.2.1.3.3 SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE 56
6.2.1.3.2 COMPOSIZIONE DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA 57
6.2.2 LIVELLO OPERATIVO 58
6.3 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO. 59
6.3.1 CRITERI DI PROGRAMMAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE (UOC) 59
6.3.2 UOSD IN AMBITO OSPEDALIERO 61
6.3.3 UOS IN AMBITO OSPEDALIERO 62
6.4 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO

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

TERRITORIALE. 62
6.4.1 UOC IN AMBITO TERRITORIALE 62
6.4.1.1 UOSD IN AMBITO TERRITORIALE 63
6.4.1.2 UOS IN AMBITO TERRITORIALE 63
6.5 CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI 63
6.5.1 REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI 68
6.5.2 DISCIPLINA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI NON DIRIGENZIALI 69

TITOLO VII- ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI 69

7.1 DIPARTIMENTI 69
7.1.1 TIPOLOGIE DI DIPARTIMENTO 70
7.1.2 II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO 71
7.1.3 COMITATO DI DIPARTIMENTO 72
7.1.4 COMPITI ED ATTIVITÀ GESTIONALI DEL DIPARTIMENTO 73
7.1.5 ATTIVITÀ INTERDIPARTIMENTALI 73
7.1.6 REGOLAMENTO INTERNO DEL DIPARTIMENTO 74
7.1.7 BUDGET DEL DIPARTIMENTO 74
7.1.8 RESPONSABILE DIPARTIMENTALE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E TECNICO-SANITARIO 75
7.1.9 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 75
7.1.10 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE 78
7.1.10 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE 90
7.1.11 INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI 98
7.1.12 INTEGRAZIONE DELL'ASL E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA 98

TITOLO VIII – LE ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA 98

8.1 IL DISTRETTO SANITARIO 98
8.1.1. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DISTRETTUALE 101
8.1.1.1 FUNZIONI 102
8.1.1.2 DIRETTORE DEL DISTRETTO 102
8.1.1.3 ATTIVITÀ 104
8.1.1.4 LE UNITÀ OPERATIVE DISTRETTUALI 104
8.2 LE CURE PRIMARIE 105
8.2.1 CENTRI ASSISTENZA DIABETOLOGICA (CAD) 107
8.3 LE CURE DOMICILIARI 108
8.3.1 MODELLO ORGANIZZATIVO 108
8.4 CURE PALLIATIVE e TERAPIA DEL DOLORE 109
8.5 AMBULATORI ATTIVI PER ALZHEIMER /DEMENZE 110
8.6 MATERNO INFANTILE – SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETA' EVOLUTIVA 110
8.7 AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPSICHIATRICI 111
8.8 LA RIABILITAZIONE E L'ASSISTENZA PROTESICA 113
8.9 ASSISTENZA TERRITORIALE RIVOLTA AGLI STRANIERI 114
8.10 FUNZIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO-CONTABILE DEL DISTRETTO SANITARIO 115
8.11 IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DISTRETTUALI (P.A.T.) 116
8.12 L'ACCESSO AI SERVIZI DISTRETTUALI: LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO – PUA 117
8.13 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) E LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E MULTI PROFESSIONALE 118
8.14 UFFICIO SOCIOSANITARIO 119
8.14 IL PROGETTO PERSONALIZZATO 120
8.15 L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI 122
8.16 FUNZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE COMPONENTE DELL'UFFICIO DI

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

COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI 123
8.17 IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO 123
8.18 UFFICIO PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE 124
8.19 INDIVIDUAZIONE DEI DISTRETTI SANITARI 125
8.20 L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA 126
8.21 SANITÀ PENITENZIARIA 128
8.22 ISTITUZIONE DELLE FUNZIONI AZIENDALI 133
8.23 INTEGRAZIONE TRA DISTRETTO E DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 134
8.24 INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO 134
8.25 PIANO ATTUATIVO LOCALE 135
8.26 PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITÀ 136
8.27 RELAZIONE SANITARIA 137

TITOLO IX – LA RETE OSPEDALIERA 137

9.1 LA RETE 137
9.2 IL PIANO OSPEDALIERO 138
9.3 ARTICOLAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA - URGENZA 141
9.3.1 LA RETE TERRITORIALE EMERGENZA – URGENZA E IL SISTEMA 118 141
9.3.1.1 INTRODUZIONE 141
9.3.1.2 LA CENTRALE OPERATIVA DEL 118 142
9.3.1.3 – L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DI ASSISTENZA IN EMERGENZA 143
9.4 LA RETE CARDIOLOGICA 143
9.5 – LA RETE PER L'ICTUS 144
9.5.1 PREMESSA 144
9.5.2 LA MACRO-AREA DELLA PROVINCIA DI CASERTA 144
9.6 ALTRE RETI PER PATOLOGIA 144
9.6.1 LA RETE PER L'EMERGENZA PEDIATRICA 144
9.6.2 I PUNTI NASCITA E ASSISTENZA NEONATALE 145
9.6.3 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE NEONATOLOGICA E DELLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI 145
9.7 LA RETE PER LE EMERGENZE GASTROENTERICHE 146
9.7.1 PREMESSA 146
9.7.2 L'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE 146
9.8 LA RETE NEFROLOGICA 147
9.8.1 PREMESSA 147
9.8.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE 148
9.9 LA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE 148
9.10 LA RETE ONCOLOGICA 149
9.10.1 PREMESSA 149
9.10.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE 149
9.11 RETE LABORATORISTICA E PATOLOGIA CLINICA 150
9.11 IL PRESIDIO OSPEDALIERO E LA SUA ORGANIZZAZIONE 150
9.11.1 IL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO 150
9.11.2 STRUTTURA AMMINISTRATIVA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO 152

TITOLO X – IL GOVERNO DELLA SPESA 153

10.1 PRINCIPI GENERALI 153
10.2 GLI STRUMENTI DI CONTROLLO DELLA SPESA 153
10.3 STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO 154
10.4 PROCEDURE CONTABILI 154
10.5 ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE 157

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

10.5.1 GLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI 157
10.5.2 ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE MANUTENZIONE 157
10.6 VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE 159
10.7 LE DOTAZIONI ORGANICHE 160
10.8 RELAZIONI SINDACALI 161

TITOLO XI - LE ATTRIBUZIONI DIRIGENZIALI 161

11.1 PROVVEDIMENTI SPECIFICI DI DELEGA 161

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

INTRODUZIONE

L'Atto Aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda Sanitaria Locale determina l'organizzazione ed il funzionamento dei propri servizi. Adottato dal Direttore Generale nell'ambito della propria autonomia gestionale ed il rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (art.2, c.2-sexies, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., come modificato dall'art.1 del D.Lgs. n. 168/2000), nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale (art.3, c.1-bis, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Con il presente Atto Aziendale sono definite le modifiche organizzative da apportare all'attuale struttura aziendale per garantire il conseguimento della *mission* aziendale e dei correlati obiettivi strategici; con esso viene allineato l'assetto organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta alle Linee Guida Regionali e, più in generale, al Piano Sanitario Regionale della Regione Campania.

La strutturazione dell'Atto Aziendale è tesa a valorizzare il ruolo dell'autonomia imprenditoriale dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "*diritto privato*" e dunque del Codice Civile ed in particolare alla "*governance*", intesa come sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità coerenti con la necessità di assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale.

Nell'adozione del presente Atto Aziendale, che rappresenta l'emblema dell'idea di autonomia ed autogoverno dell'Azienda da parte del management, si è tenuto conto di:

- coerenza con le specificità del relativo ordinamento regionale;
- garanzia di una organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale e di concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria;
- garanzia della parità di trattamento del personale ed omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del Piano di rientro.

L'adozione dell'Atto Aziendale risponde altresì a precise logiche di management ispirato ai principi di efficienza ed efficacia, in grado di innescare percorsi e processi di gestione tesi ad una corretta gestione manageriale orientata al paziente.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- D.Lgs 502/1992 e s.m.i;
- Decreto Legge 6.07.2012 n.95 convertito con modificazioni nella Legge 7.08.2012 n.135;
- L.R. 2/94 e s.m.i.;
- L.R. 32/94 e s.m.i.;
- L.R. 16/2008 per la parte in vigore;
- D.Lgs. 81/08;
- DGRC n. 460/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Decreto del commissario ad Acta n. 49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale";
- Decreto del commissario ad Acta n. 55/2010 "Completamento del riassetto della rete laboratoristica";
- Patto per la salute 2010-2012;

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

- Decreto del Commissario ad Acta n. 22/2011 "Piano Sanitario Regionale 2011-2013";
- Decreto del commissario ad Acta n.53/2012 "Approvazione Programmi operativi 2011-2012-Adeguamento per l'anno 2012";
- DGRC 96/2011;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 14.01.2013;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18.2.2013;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 34 del 24.04.2013;
- Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 02.04.2015;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17.05.2016;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 22.09.2016.

TITOLO I - L'AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA

1.1 AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA

1.1.1 DENOMINAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta (di seguito Azienda) è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale con D.G.R. n.504 e 505 del 20 marzo 2009, contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

1.1.2 IL LOGO

Il logo dell'Azienda è il seguente



1.1.3 LA SEDE LEGALE

L'Azienda ha sede legale in Caserta alla Via Unità Italiana n. 28 – CF/P. IVA 03519500619.

1.1.4 IL SITO WEB

Il Sito WEB dell'ASL é www.aslcaserta.it

1.1.5 IL PATRIMONIO

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti in seguito al trasferimento disposto con decreto del Presidente della Giunta Regionale all'atto della sua costituzione da quelli acquisiti nell'esercizio delle proprie

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

attività, nonché da quelli ottenuti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art.5, c. 2 del D.Lgs 229/1999 e del decreto del Commissario ad Acta n.14/2009, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale, ex art.5, c.3 del D.Lgs 229/1999.

Con regolamento adottato dal Direttore Generale, viene disciplinata la tenuta degli inventari dei beni mobili ed immobili, la loro gestione, l'affidamento ai consegnatari responsabili, le eventuali procedure di alienazione.

1.2 MISSIONE e VISIONE

1.2.1 MISSIONE

La Missione dell'Azienda è di contribuire agli obiettivi di promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, che si trovano nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto:

- dei principi di dignità della persona;
- del bisogno di salute;
- della sicurezza delle strutture;
- dell'equità nell'accesso ai servizi;

avvalendosi delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e uniformando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

In riferimento alle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie ad essa delegate dai Comuni ai sensi dell'art.3 D.lgs 502/92, l'Azienda assume i principi sopraddetti assicurando il rispetto dei contenuti degli specifici Piani di Zona e promuovendo con il mondo dell'associazionismo e del volontariato, le modalità del lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà.

1.2.1.1 NEI CONFRONTI DEI CITTADINI

Nel rispetto dei reali bisogni di salute dei cittadini residenti e domiciliati, delle normative vigenti, delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- garantire i livelli essenziali di assistenza;
- garantire su tutto il territorio uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio dell'Azienda;
- garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso:
    - un sistema di prenotazione efficace ed efficiente,
    - precisi percorsi sanitari,

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

- una corretta e precisa informazione;

- garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa), al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e socio-sanitari;
- diminuire "l'emigrazione" di cittadini residenti e domiciliati verso risorse esterne all'Azienda, attraverso un'offerta sanitaria locale concreta e più rispondente ai bisogni di salute dei cittadini;
- ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;
- attuare campagne di educazione e promozione della salute.

1.2.1.2 NEI CONFRONTI DEI COMUNI

Nel perseguimento dei propri obiettivi sanitari l'Azienda, consapevole del nuovo ruolo che assume il Comune e della imprescindibile necessità operativa della condivisione delle risorse, persegue come obiettivi strategici:

- l'integrazione formale con i Comuni del territorio attraverso la definizione di protocolli e accordi di programma che definiscano compiti, ruoli, responsabilità e risorse;
- l'integrazione operativa delle strategie, delle pianificazioni locali, dei piani di lavoro;
- l'integrazione sul campo delle risorse professionali, strumentali ed organizzative per rispondere in modo più efficace ed efficiente alle richieste di salute socio-sanitaria degli utenti.

1.2.1.3 NEI CONFRONTI DEL PRIVATO SOCIALE, DEL VOLONTARIATO E DEL TERZO SETTORE

L'Azienda, attraverso la creazione di momenti istituzionali di confronto e di integrazione, è impegnata a collaborare con tutti gli Organismi del privato sociale, nell'opera di sussidiarietà nel campo socio-sanitario, attraverso la creazione di momenti istituzionali di confronto e di integrazione.

A tal fine, l'Azienda si attiva per promuovere sistematici incontri con tali organismi per attuare interscambi informativi e studiare eventuali procedure di collaborazione.

1.2.1.4 NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI DELL'AZIENDA

L'Azienda considera le proprie risorse umane un elemento qualificante ed essenziale per realizzare i suoi obiettivi di salute.

In questa ottica l'operatore si intende come protagonista, all'interno del sistema aziendale, del processo di erogazione delle prestazioni e rappresenta il primo "*testimonial*" dell'Azienda.

Tutti gli operatori, sia dirigenti che di comparto, sono chiamati a considerare il cittadino come un "cliente" da trattare sempre con cortesia, nel rispetto della privacy e della dignità della persona, in tutte le fasi del percorso sanitario: dall'informazione alla prenotazione, dall'accoglienza all'erogazione delle prestazioni, dalla comunicazione dei referti all'avvio dei trattamenti.

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

1.2.2 VISIONE

La visione strategica dell'Azienda è tesa a consolidare un sistema organizzativo basato sui principi della "*clinical governante"* e la sicurezza delle cure; un clima adeguato per il benessere di tutti gli operatori; la valorizzazione e la corretta gestione delle risorse umane; la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti di lavoro; la formazione continua dei propri operatori.

1.2.2.1 CLINICAL GOVERNANCE E SICUREZZA DELLE CURE

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato volto a garantire qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.
Per le politiche sanitarie aziendali ai diversi livelli, la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate viene assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, della organizzazione dei servizi e della formazione dei professionisti che vi operano.

In questo senso, la "*Qualità*" cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, per diventare parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi aziendali, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.
In tale contesto una particolare attenzione viene posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, con approccio sistemico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.

L'Azienda provvede a potenziare la dotazione di strumenti per il governo clinico, con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale 2016-2018 (Decreto del Commissario ad acta n. 99 del 22/09/2016). In tale Atto Aziendale si esplicitano gli aspetti organizzativi (individuazione di strutture, costituzione di gruppi di lavoro, ecc.) direttamente finalizzati, attraverso il Servizio Qualità e Risk Management, ad accrescere l'appropriatezza, ridurre la variabilità e migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati. Il governo clinico consente di ridurre la distanza tra efficacia teorica (*efficacy*) ed efficacia pratica (*effectiveness*), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una sanità basata sulle prove di evidenza; pertanto è necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale e sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali percorsi verranno applicati. La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che necessita di un percorso condiviso. I professionisti devono essere motivati a mettere in gioco la loro professionalità per implementare le azioni di governo clinico. Esso propone, infatti, una visione processuale dell'organizzazione, con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate, per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti, la cui responsabilità appartiene ad ogni livello organizzativo e professionale.

Il governo clinico attiene quindi all'appropriatezza clinica ed organizzativa ed alla qualità

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

tecnica percepita delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aziendali.
In quest'ottica e al fine di migliorare l'assistenza, l'Azienda si propone di svolgere, in maniera indipendente ed in collaborazione con Enti esterni, nazionali ed internazionali, attività di ricerca fondamentale e di sviluppo sperimentale; si impegna, altresì, a garantire la più ampia diffusione dei risultati di tali attività mediante la didattica, pubblicazioni o il trasferimento di conoscenze.

1.2.2.2 CLIMA E BENESSERE ORGANIZZATIVO

Per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività elevati l'Azienda si impegna a creare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, anche attraverso la realizzazione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al raggiungimento di livelli appropriati di qualità della vita dei lavoratori.

Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia, oltre che la sicurezza degli ambienti di lavoro costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda.

In tal senso è importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove è garantita un'adeguata attenzione agli spazi fisici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale.

Ciò è necessario ed indispensabile per:
- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i dipendenti dell'Azienda;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
- migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- prevenire rischi psico-sociali.

1.2.2.3 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La valorizzazione degli operatori rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

L'Azienda per conseguire questo obiettivo interverrà affinché:
- si predisponga un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- si assicuri che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- si verifichi il livello di condivisione degli obiettivi;
- si accerti periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- si verifichino i risultati delle iniziative di miglioramento dandone evidenza all'organizzazione;
- si remunerino in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità.

1.2.2.4 LA TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

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

Il miglioramento delle condizioni di lavoro, la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e la promozione della cultura della prevenzione, rappresentano obiettivi strategici che l'Azienda promuove in tutti i propri ambienti di lavoro, con una prevenzione globale, organizzata, programmata, informata e partecipata per i lavoratori, per gli utenti, per i volontari e per i visitatori.

Cambiano, per ciascuno di questi, il livello di coinvolgimento, i compiti e le responsabilità, ma rimane comune la condivisione di obiettivi finalizzati alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, nella consapevolezza che ognuno contribuisce a raggiungerli.

Pertanto, il modello adatto a realizzare ed a controllare l'implementazione delle azioni specifiche è costituto da un sistema organizzativo aziendale in grado di definire le modalità per individuare le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per lo sviluppo di una politica di prevenzione e di benessere del lavoratore, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

A tal fine è stato istituito, ai sensi dell'art.31 del D.Lgs 81/08, il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) aziendale che costituisce l'organo tecnico di attuazione delle politiche di sicurezza e salute sul lavoro, organizzato in modo da garantire l'effettivo svolgimento dei compiti previsti all'art.33 del D.Lgs. 81/08 per tutte le unità aziendali. I soggetti e i servizi aziendali, coinvolti nell'espletamento di attività e nell'esecuzione di compiti ex D.Lgs. 81/08, costituiscono l'area della Sicurezza.

Il SPP analizza le performance dei diversi sottosistemi aziendali in materia di sicurezza sul lavoro e collabora nella definizione delle politiche specifiche; a tal fine è stato inserito al suo interno il Servizio dei Medici Competenti per il controllo e la tutela della salute dei dipendenti.

Al fine di contribuire al processo di valorizzazione e responsabilizzazione della dirigenza, compatibilmente con quanto disposto dall'art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 30.03.2001 n.165 ed in analogia a quanto indicato all'art. 15-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, il Direttore Generale, nell'ambito delle proprie funzioni:

- definisce, attraverso apposito atto deliberativo, l'organigramma aziendale, individuando i soggetti di cui all'art.2 § 1 lett.b, che, secondo le attribuzioni specifiche, assolvono agli adempimenti di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. ed i relativi flussi informativi da e verso i soggetti del sistema di sicurezza aziendale, nonché tutti i soggetti individuati dal D.Lgs. 81/2008: Datore di Lavoro, Dirigente e Preposti, RSPP, SPP, Medico Competente, Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza;
- adotta un regolamento specifico per definire in modo univoco le attribuzioni e competenze dei dirigenti dell'Azienda e dei soggetti ex D.Lgs. 81/08;
- prevede la definizione di flussi informativi dedicati per la tenuta della documentazione (cfr. art.53 D. Lgs. n.81/08);
- prevede un sistema di gestione specifico che definisca in modo univoco le procedure, le responsabilità, i compiti delle figure aziendali preposte all'espletamento delle attività ed assicuri il monitoraggio degli adempimenti;
- assegna, ad ogni Datore di Lavoro, il budget annuale per la sicurezza e fornisce, attraverso il SPP, ogni utile ausilio alla proficua gestione;
- istituisce il servizio di prevenzione e protezione con il RSPP, ai sensi dell'articolo 31 comma 6 lett. g – comma 7 – comma 8, adeguato all'assolvimento dei compiti per l'Azienda;
- costituisce un elenco di medici competenti dell'ASL, in possesso dei titoli e requisiti di cui all'art.38 D.Lgs. 81/08 ed istituisce, all'interno del SPP, il Servizio Medici Competenti;

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

- individua le procedure per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione da realizzare, nonché i dirigenti dell'organizzazione aziendale, in possesso di adeguate competenze e poteri, che vi devono provvedere;
- indice una riunione periodica plenaria, almeno una volta l'anno;
- avvia la procedura per l'individuazione dei RR.LL.S. di Unità Produttiva e ne disciplina i rapporti;
- garantisce il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
- individua nell'ambito dei costi aziendali quelli relativi alla sicurezza sul lavoro.

La designazione dei datori di lavoro, così definita costituisce il presupposto per una migliore definizione delle funzioni della dirigenza dell'area sanitaria e dell'area tecnico-amministrativa, contribuendo al processo di valorizzazione e di responsabilizzazione della stessa dirigenza, verso obiettivi predeterminati e condivisi, alla realizzazione di modalità di governo e di gestione più articolate e flessibili.

Tale struttura centralizzata garantisce il coordinamento tra i vari soggetti ex D.Lgs. 81/2008 e tra le unità periferiche relativamente alla politica della sicurezza ed un'uniformità di azioni nell'ambito della stessa azienda, oltre ad assicurare una razionale organizzazione e migliori standard qualitativi ed economici.

1.2.2.5 FORMAZIONE CONTINUA

L'Azienda si impegna a prevedere, come momento fondamentale dell'azione manageriale, l'elaborazione del piano formativo annuale, costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi nazionali, regionali ed aziendali, finanziato secondo le norme contrattuali e dai vigenti accordi Stato-Regioni, e comunque entro una spesa annua non superiore al 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ai sensi dell'art.6 del D.L 78/2010 convertito nella L. 122 del 30 luglio 2010).

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza. Pertanto la formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

La formazione e l'aggiornamento professionale, infatti, sono considerati oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali, anche quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e deve perseguire la concreta integrazione tra gli operatori responsabili della gestione dei singoli processi produttivi. Per tale ragione l'offerta formativa sarà ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

Inoltre, poiché la risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, saranno sviluppate politiche formative ed informative orientate al raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso appropriati interventi di formazione che assicurino efficacia ed efficienza.

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

Pertanto l'Azienda si farà carico di contribuire all'aggiornamento della professionalità degli operatori, interessandosi, oltre che delle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, di competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale.

1.2.2.6 PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Il presente Atto Aziendale individua le strategie e le azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché modalità utili a consentire l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro. A tal fine sul sito istituzionale dell'Azienda è prevista, ai sensi dell'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 e s.m.i., una specifica sezione ad accesso libero ove vengono pubblicati gli atti amministrativi.

1.2.2.7 PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Per garantire la massima trasparenza degli atti adottati e delle azioni svolte nell'ambito aziendale è stato adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ed Integrità con delibere n. 180/2014, n. 1562/2014, n. 231/2015 e n. 32/2016, pubblicate regolarmente nell'apposita sezione del Sito Aziendale. Infine, con la delibera n. 73 del 25/01/2017 sono stati aggiornati i piani di lavoro 2015 e 2016 ed stato adottato il Piano triennale 2017-2019.

1.2.2.8 LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi, quale strumento attraverso il quale l'Azienda si impegna a fornire prestazioni e servizi ai cittadini/utenti, è ispirata ai seguenti principi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard di qualità dei servizi e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di iniziative strutturate per la tutela dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.

La Carta dei Servizi indica il Responsabile di ciascun servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, ricevere risposta e conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

I destinatari della Carta dei Servizi Sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga; deve essere scritta in modo chiaro e di facile lettura e conterrà le informazioni che permettono all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'Azienda stessa si impegna a fornire, ma anche in che quantità, in che modo, in che tempi e secondo gli standard di qualità perseguiti.

Il Direttore Generale cura l'elaborazione della Carta dei Servizi, come indicato nel

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

DPCM del 19 maggio 1995, e ne assicura i periodici aggiornamenti e la sua diffusione attraverso i Presidi ed i Distretti Sanitari e gli organi di rappresentanza, nonché mediante la pubblicazione sul sito Aziendale.

1.2.2.9 LA COMUNICAZIONE

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. Attraverso le attività di informazione e comunicazione, gli Enti possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di attuare il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società al fine di attivare una domanda di relazione più personalizzata e richiedere alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni.

Inoltre, comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata.

Per quanto detto, le attività di comunicazione dovranno accompagnare le strategie dell'organizzazione e si configurano come uno strumento del "policy making" in tutte le sue fasi, dalla individuazione dei problemi fino alla valutazione degli impatti prodotti dalle azioni mette in atto.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, saranno adottati sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato.

La comunicazione interna, che si pone come complementare e funzionale alla comunicazione esterna, è il veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale. La circolazione del flusso di informazioni deve essere convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:

- strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (*informare per guidare*);
- strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (*informare per motivare*);
- strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (*comunicare per cambiare*).

Al fine di garantire livelli di comunicazioni uniformi l'Azienda predisporrà annualmente il Piano di comunicazione quale strumento in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale.

In questa accezione, dunque, il Piano di comunicazione aiuta il governo della

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

comunicazione nel senso che ne consente la finalizzazione (perché comunicare), ne individua gli attori (chi comunica e a quali destinatari), ne indica i prodotti (cosa si deve realizzare), ed indica con quali strumenti e con quali risorse si deve effettuare.

Il piano di comunicazione è, quindi, uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'Azienda, finalizzato al perseguimento di tre possibili obiettivi:

- in primo luogo, quello strategico, in quanto può aiutare l'organizzazione nell'implementazione delle proprie politiche;
- in secondo luogo, la facilitazione della convergenza tra le logiche della comunicazione interna e quelle della comunicazione esterna dell'azienda, favorendo quella che si può definire come comunicazione integrata;
- in terzo luogo, quello di incentivare la costruzione di relazioni bidirezionali tra l'organizzazione e i suoi interlocutori pubblici di riferimento.

Si tratta di relazioni consapevoli e costanti nel tempo, non casuali o episodiche, finalizzate alla coproduzione di senso e significati nello scambio comunicativo tra l'Azienda e i suoi destinatari.

La costruzione del Piano di comunicazione è un processo organizzativo che si articola in tre fasi distinte:

- pianificazione e redazione, fase in cui si arriva alla stesura del piano e che prevede l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali:
    - la segmentazione del pubblico di riferimento, l'individuazione del target delle proprie azioni comunicative in modo tale da renderle efficaci e adeguate calibrandole sulle caratteristiche del pubblico esterno e degli attori interni a cui si rivolgono;
    - la definizione degli stakeholders, ovvero coloro che possono essere definiti come soggetti ''portatori di interesse della comunità (ad es. enti locali territoriali, associazioni, ecc.);
- implementazione, fase della gestione e della concreta realizzazione dello stesso che, in primo luogo, deve essere affidata a chi detiene la responsabilità formale della comunicazione, ovvero le strutture che si occupano della comunicazione e delle relazioni esterne, gli Uffici per le Relazioni con il pubblico, i servizi afferenti alla direzione strategica, l'ufficio stampa o gli uffici di informatica e web, coerentemente con il ruolo svolto nella fase di pianificazione; in secondo luogo, deve coniugarsi con il coinvolgimento e la partecipazione di altri soggetti appartenenti alla struttura;
- valutazione, fase di verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'Azienda e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.

Pertanto, il metodo di redazione del Piano di comunicazione conterrà:

- l'analisi dello scenario;
- l'individuazione degli obiettivi di comunicazione;
- l'individuazione dei soggetti di riferimento;
- le scelte strategiche e di contenuto;
- l'individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione;
- la misurazione dei risultati.

A tal fine è previsto il Servizio Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che si rapporta con le altre strutture organizzative aziendali e con l'Azienda Ospedaliera di Caserta per la comunicazione interaziendale al fine di comprendere le istanze di tutti gli utenti del

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

territorio.

1.2.2.10 ACCESSO E ACCOGLIENZA

L'Azienda si caratterizza per una molteplicità di strutture erogative assistenziali e per la loro distribuzione a rete su un territorio assai ampio. In relazione a queste peculiarità, che rendono l'accesso ai servizi difficoltoso sia in termini logistici (le diverse sedi) che funzionali (la necessaria parcellizzazione con distribuzione delle funzioni), l'Azienda si impegna ad assumere ogni iniziativa utile ad agevolare il ricorso ai propri servizi, promuovendo in particolare:

- lo sviluppo di punti d'accesso polifunzionali;
- lo sviluppo di punti di informazione decentrati, in grado di "vedere" tutto il complesso delle prestazioni e dei servizi disponibili nell'ambito del territorio;
- la messa a punto di sistemi telematici per la prenotazione e l'informazione;
- adeguata assistenza agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP).

In tale contesto l'Azienda agisce in un'ottica di area vasta, integrandosi strettamente con le altre Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione.

Per l'assistenza rivolta alla popolazione straniera, si individua una specifica UOSD nell'area sociosanitaria, in applicazione della deliberazione n.111 del 27.05.2013 - Giunta Regionale della Campania, che recepisce l'accordo del 20 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

1.2.2.11 I DIRITTI DEGLI UTENTI

L'azione dell'Azienda si impegna in tutti i suoi ambiti, (in sintonia con i principi che regolano il miglioramento continuo della Qualità e lo sviluppo delle politiche di accoglienza e di agevolazione dell'accesso) ad assicurare agli utenti:

- rispetto della dignità della persona
- riservatezza
- certezza dell'interlocutore
- ascolto nelle forme e nei modi più idonei alla situazione ed al caso individuale, con gentilezza e competenza
- risposte entro tempi definiti
- informazione tempestiva, corretta, chiara, semplice comprensibile ed adeguata
- conoscenza delle modalità di esecuzione della prestazione sanitaria e sociale
- accoglimento dei reclami
- chiarezza e visibilità dei propri comportamenti.

1.2.2.11.1 LA CONFERENZA DEI SERVIZI

In base all'art. 14, comma 4 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. il Direttore Generale si impegna ad indire, almeno una volta l'anno, apposita Conferenza dei Servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei Servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda e si riunisce con cadenza annuale su convocazione del Direttore Generale.

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

1.2.2.11.2 LA CONSULTA SANITARIA

Presso l'Azienda Sanitaria Locale Caserta è istituita la Consulta Sanitaria quale organismo per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2 del DLgs 502/92 e s.m.i.

La Consulta Sanitaria, in particolare:
- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla Conferenza dei Servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Detto organismo si riunisce su convocazione del Direttore Sanitario che lo presiede.

La Consulta Sanitaria è costituita da:
- Direttore Sanitario aziendale;
- Direttori di Distretto Sanitario;
- Direttori di Dipartimento;
- Comitato di rappresentanza dei sindaci;
- Due rappresentanti degli organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- Due rappresentanti della Cooperazione sociale senza scopi di lucro maggiormente presenti sul territorio aziendale;
- Due rappresentanti degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda;
- Due rappresentanti di Cooperative che gestiscono beni confiscati alla criminalità organizzata;
- Responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
- Responsabile del Coordinamento Sociosanitario.

In prima istanza i due rappresentanti della cooperazione sociale senza scopi di lucro maggiormente presenti sul territorio aziendale ed i due rappresentanti di Cooperative che gestiscono beni confiscati alla criminalità organizzata vengono individuati negli attuali componenti della Consulta del Terzo Settore, che ne faranno parte fino alla prima scadenza naturale del consesso stesso, di cui alla deliberazione n. 749 del 06/06/2012 e successivi adempimenti.

Trascorso il biennio di prima attivazione, i componenti rappresentanti gli organismi di volontariato, della cooperazione sociale, degli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e delle Cooperative che gestiscono beni confiscati saranno individuati dal Direttore Generale dagli Albi regionali.

La Consulta sanitaria è costituita con provvedimento del Direttore Generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento

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

aziendale.

Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il Direttore Generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

1.2.2.11.3 AUDIT CIVICO

L'audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. É, infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori, tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali, delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

1.2.3 SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO

1.2.3.1.PROGRAMMAZIONE

Nell'ambito del processo di pianificazione, l'Azienda predispone, nel rispetto delle normative e dei vincoli vigenti, il programma annuale delle attività, nel quale vengono evidenziate le azioni ed i volumi produttivi delle singole specialità, il relativo assorbimento di risorse, gli investimenti e, nel rispetto della legislazione regionale vigente in materia di bilanci, il conto economico dei costi e ricavi previsti per l'esercizio annuale di riferimento, dando cosi evidenza della programmazione economico-finanziaria di periodo.

La programmazione annuale costituisce il primo step di riferimento operativo-gestionale, oltre che di spesa, rispetto al periodo triennale di pianificazione che trova invece esplicitazione nella pianificazione pluriennale, e come tale deve essere coerente e compatibile con la mission istituzionale attribuita alle Aziende in sede di politica economico-sanitaria regionale.

Gli atti di programmazione rivestono un'importanza strategica, in quanto definiscono gli obiettivi, i progetti e le azioni che caratterizzano l'attività sanitaria e mettono in evidenza i processi organizzativi attraverso i quali si rende possibile la loro realizzazione, in uno con la relativa valutazione di incidenza economica.

Detta programmazione sarà improntata su criteri e valutazioni di efficienza ed economicità, dovendo essere prioritariamente connotata da valutazioni relative alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni in rapporto ai bisogni di salute attesi.

II programma delle attività si svilupperà in un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzative/gestionali utili al perseguimento degli obiettivi socio-sanitari in relazione alla normativa e pianificazione vigente .

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

1.2.3.2 CONTROLLO DI GESTIONE E BUDGET E SISTEMA INFORMATIVO

L'attività economica dell'Azienda è ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati attraverso il Controllo Interno di Gestione aziendale.

Il budget, costituito dall'insieme dei documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario, che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare, è distinto in budget generale, riferito all'intera azienda, e budget funzionali, riferiti alle singole strutture.

Al fine di garantire un costante monitoraggio dell'esercizio annuale, l'Azienda definisce, implementa ed utilizza le tecniche di budget e controllo di gestione, predisponendo un sistema di contabilità analitica coerente con i diversi livelli di responsabilità previsti dal modello organizzativo.

Su tale sistema di contabilità l'Azienda basa i processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;
- reporting strutturato per livello di responsabilità;
- progettazione ed implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, almeno trimestrale, in grado di rilevare, in particolare, scostamenti della spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
- analisi degli scostamenti ed azioni correttive.

Ai fini del potenziamento della implementazione del Controllo di Gestione sono state definite:

- le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;
- le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- l'insieme dei prodotti a delle finalità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
- le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- la frequenza di rilevazione delle informazioni.

Inoltre l'Azienda potenzierà ed utilizzerà il proprio sistema informativo/informatico e le relative banche dati in modo da consentire la realizzazione di tale processo.

II sistema informativo dell'Azienda è l'insieme:

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

- delle informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- delle modalità con cui esse sono gestite;
- delle risorse sia umane che tecnologiche coinvolte.

La Regione Campania ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario aziendale e Regionale (SISR) perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea.

Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I dati raccolti dall' Azienda devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati. La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono da un lato alla domanda e all'offerta di Servizi Sanitari, da un altro allo stato di salute della popolazione e dall'altro ancora alla gestione della azienda. A tal fine è previsto il potenziamento e la riorganizzazione dei Sistemi Informativi aziendali le cui linee direttrici, coerenti con lo sviluppo del NSIS e del SISR, e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2016-2018, vengono definite nel presente Atto Aziendale.

L'Azienda, promuove in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.lgs. n.235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni.

In tal senso la dematerializzazione è intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, snellimento dei procedimenti, semplificazione, governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi incluso quello della conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del "*digital divide"*, rappresenta attualmente uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche ai fini della riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi, ecc.) sia di risparmi indiretti (tempo, efficienza, ecc.).

La dematerializzazione, congiuntamente allo sviluppo dei sistemi comunicativi, all'utilizzo costante e diffuso della rete aziendale intranet, per le comunicazioni interne, e i portali per la comunicazione, per l'esterno, all'utilizzo ed alla diffusione della poste certificate (PEC e CECPAC), permette di facilitare il processo di *democratizzazione aziendale* con un migliore e puntuale dialogo sia tra le diverse strutture organizzative sia con i dipendenti e con i cittadini utenti.

La dematerializzazione riguarderà, dunque, sia la conservazione dei documenti amministrativi e sanitari che la comunicazione e lo scambio documentale, nell'ambito dell'azienda stessa e tra questa e l'esterno. Tale obiettivo è reso possibile, tra l'altro, dal ricorso alle nuove tecnologie della firma digitale e della posta elettronica certificata.

Le tecnologie digitali vengono messe al servizio del cittadino. A tal proposito è potenziato il Sito web aziendale come strumento di comunicazione aperto e trasparente che, come tale, è di notevole valore in sanità in quanto, tra l'altro, offre l'opportunità alle strutture sanitarie di rendere pubbliche informazioni di estrema utilità per i cittadini sui servizi offerti, sulle modalità di fruizione degli stessi, sui tempi di attesa per le prestazioni.

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

Per garantirne l'effettiva utilità, l'Azienda ne curerà non solo l'allestimento, ma anche il costante arricchimento ed aggiornamento. Naturalmente l'utilizzo di tali tecnologie sarà attentamente regolamentato.

1.2.3.3 SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", in applicazione dell'art.7, sarà attivato un sistema di misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura organizzativa nel suo complesso nonché la valutazione annuale dei dirigenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, connessi al sistema di controllo di gestione e sistema informativo, riguarderà:

- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- gli Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale.

1.2.3.4 CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'art.3-ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.; le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla Pubblica Amministrazione, i principi del Codice Civile.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

1.3 MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA IN MATERIA DI MEDIAZIONE FINALIZZATA ALLA CONCILIAZIONE NELLE CONTROVERSIE CIVILI E COMMERCIALI

La disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali ha lo scopo di ridurre gli impegni economici e organizzativi derivanti dal crescente numero di controversie commerciali e civili nei confronti di Enti pubblici. Il decreto legislativo n. 28 del 2010, come disposto dall'art.60 della Legge 69/2009 in materia di "Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" prevede, all'art.5, c.1, l'obbligo del preventivo provvedimento di mediazione in caso di controversie in materia civilistica e commerciale.

Il Direttore Generale, a tutela dell'Azienda, individua i deputati uffici di mediazione, conferendo mandato a quei professionisti che abbiano i requisiti previsti dalla norma.

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

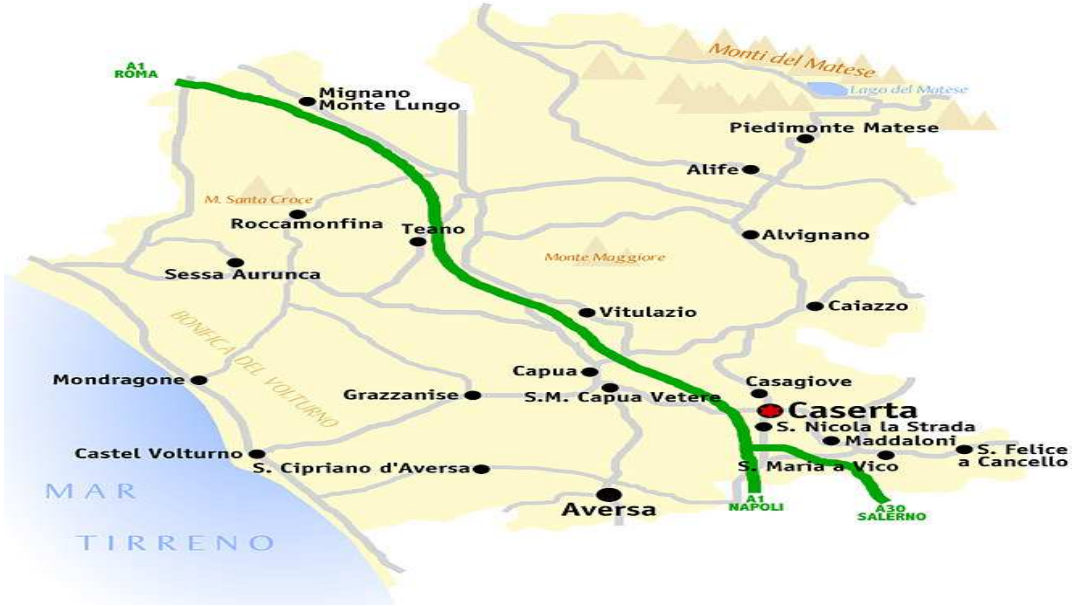
TITOLO II – QUADRO EPIDEMIOLOGICO

2.1 IL CONTESTO

2.1.1.STRUTTURA E DINAMICA DEMOGRAFICA

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta corrisponde all'ambito territoriale della Provincia di Caserta, su cui insistono 104 Comuni, e si estende su una superficie di 2.639,38 Kmq. In questo ambito sono individuate l'area urbana che si estende dal capoluogo (Caserta), attraverso un territorio rurale, fino al confine con il Molise ed il Sannio, ed un territorio situato a sud-est che si estende da un agglomerato urbano ad alta densità di popolazione (Aversa e dintorni), tramite un territorio rurale, sino alla zona litoranea (litorale domizio).

Oltre al capoluogo vi sono quattro centri urbani (Aversa, Marcianise, Maddaloni e Santa Maria Capua Vetere), con una popolazione superiore ai 30.000 abitanti. La popolazione residente in zona di montagna è di circa 54.741 abitanti, mentre quella in zona collinare è di 488.509 abitanti.



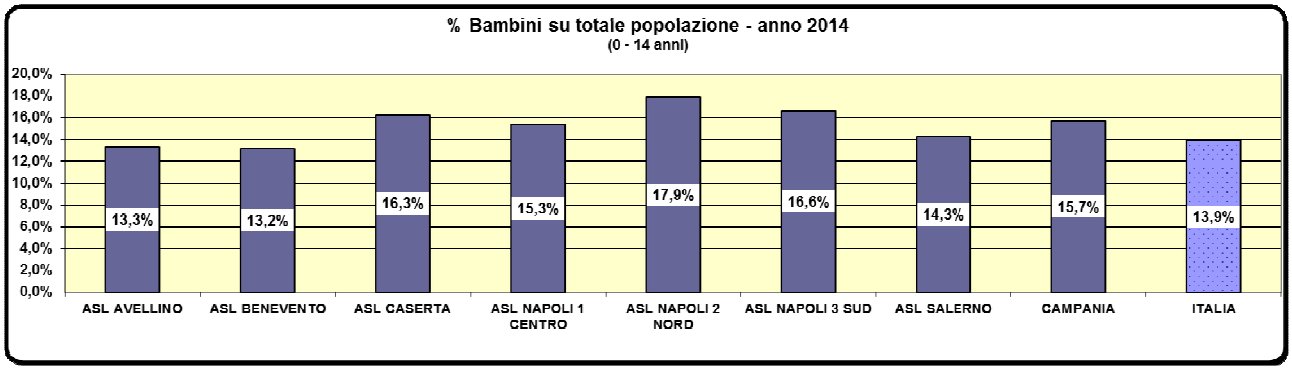
Andamento demografico della popolazione residente in provincia di Caserta dal 2001 al 2014. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno (Fig.1).



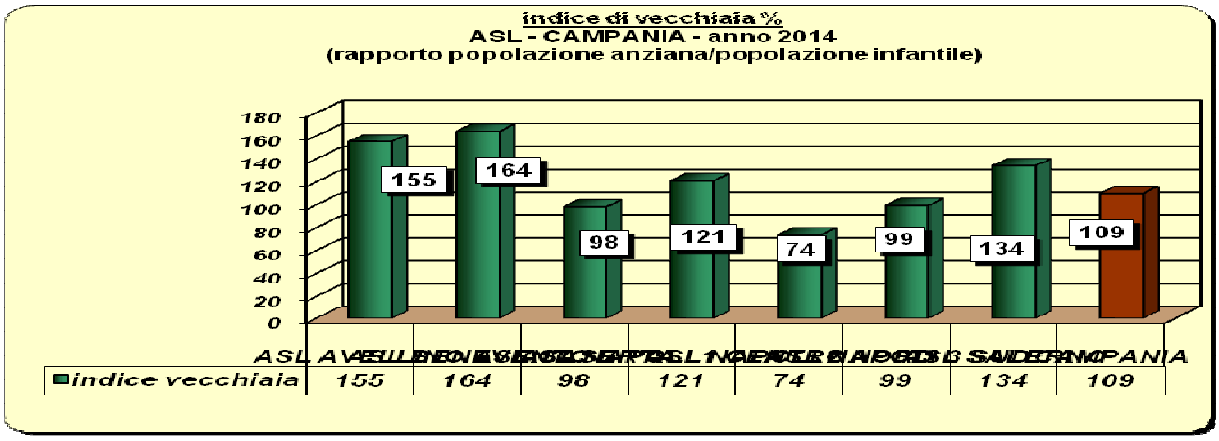
fonte: http://burc.regione.campania.it

La popolazione residente al 1 Gennaio 2015 è di 924.614 abitanti (escluso cittadini iscritti nell'anagrafe AIRE e gli STP) con un trend progressivamente in aumento (al 2002 era di 852.149 abitanti) con un rapporto maschi/femmine pari a 0,95 ed una densità di 344,32 abitanti per Kmq;

La popolazione infantile (0-14 anni) è pari a 150.390 (16,3 %) ponendoci al di sopra della media regionale (15,7%) e di quella nazionale (13,9%). Fig.2



La popolazione anziana è di 147.580 (15,98 %). L'indice di vecchiaia (anziani rapportati ai bambini 0-14 anni) è pari a 98,7% rispetto al valore medio di 144,5%. La distribuzione di tale indice è però difforme all'interno della regione con valori molto bassi nelle province di Napoli e Caserta (rispettivamente 85,7% e 88,6%) e più alti nelle restanti province. Il numero di grandi anziani (85-100 anni) è pari a 16.684 anni (1,8 %). Fig.3



La speranza di vita alla nascita a Caserta è pari a 78,5 anni negli uomini rispetto alla media regionale di 80,3 e di 83,2 nelle donne rispetto alla media regionale di 85 anni.

La speranza di vita a 65 anni è pari a 17,6 anni negli uomini rispetto alla media regionale di 18,9 e di 20,8 nelle donne rispetto alla media regionale di 22,3 anni.

Tab.1 Distribuzione della popolazione per fasce

Età	*Maschi*		*Femmine*		*Totale*	
		%		*%*		*%*
0-4	22.995	51,40%	21.714	48,60%	44.709	4,80%
5-9	25.692	51,30%	24.343	48,70%	50.035	5,40%

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

10-14	27.286	51,20%	26.015	48,80%	53.301	5,80%
15-19	28.179	51,40%	26.647	48,60%	54.826	5,90%
20-24	30.583	50,90%	29.461	49,10%	60.044	6,50%
25-29	29.893	49,90%	30.059	50,10%	59.952	6,50%
30-34	31.250	49,90%	31.391	50,10%	62.641	6,80%
35-39	33.909	49,90%	34.029	50,10%	67.938	7,30%
40-44	35.291	49,10%	36.582	50,90%	71.873	7,80%
45-49	36.136	49,20%	37.315	50,80%	73.451	7,90%
50-54	32.861	48,60%	34.778	51,40%	67.639	7,30%
55-59	27.873	48,90%	29.155	51,10%	57.028	6,20%
60-64	24.213	48,50%	25.741	51,50%	49.954	5,40%
65-69	22.344	47,80%	24.446	52,20%	46.790	5,10%
70-74	16.014	45,90%	18.882	54,10%	34.896	3,80%
75-79	13.081	43,10%	17.300	56,90%	30.381	3,30%
80-84	8.358	38,50%	13.367	61,50%	21.725	2,30%
85-89	4.007	33,30%	8.039	66,70%	12.046	1,30%
90-94	1.297	28,20%	3.296	71,80%	4.593	0,50%
95-99	154	22,90%	518	77,10%	672	0,10%
100+	33	27,50%	87	72,50%	120	0,00%
Totale	451.449	48,80%	473.165	51,20%	924.614	

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Caserta per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2015.

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

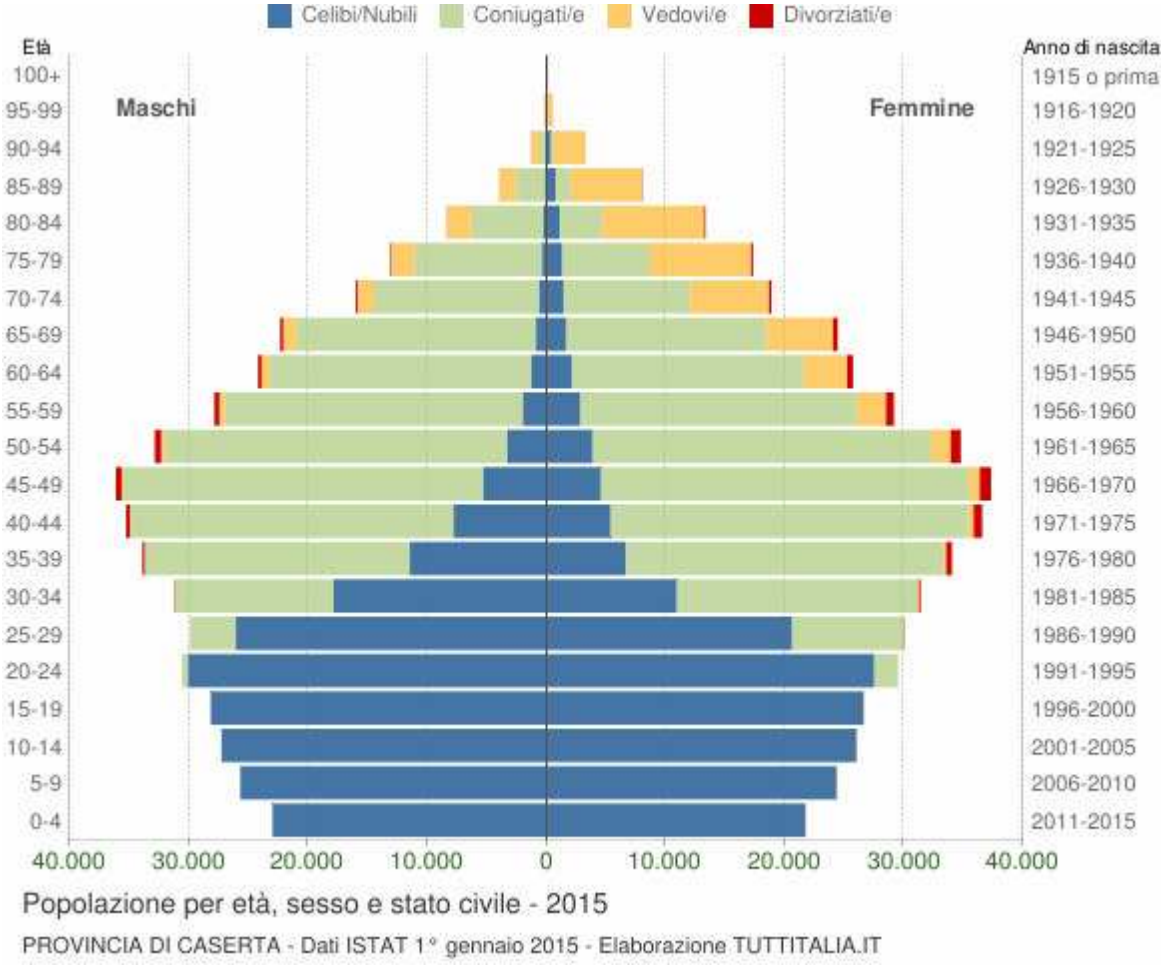


Fig. 4 La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

La popolazione straniera residente (censita nel 2014) è pari a 41,515 (pari al 4,5 % della popolazione della provincia) con un trend in notevole crescita (al 1/1/2005 la popolazione straniera era pari al 2,1% = 18.227 residenti). La percentuale della nostra Azienda é in linea con quella regionale (4,5 %). A ciò è da sommare l'elevata quota di stranieri irregolari.

Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia (Fig.5).



Fig. 5 Popolazione straniera residente in provincia di Caserta al 1° gennaio 2015. (Dati Istat)

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

Tasso di Natalità
Limitando l'analisi al 2011 (valore stimato) Napoli presenta il tasso di natalità più alto (10,6 x 1000 ab.), seguita da Caserta (10,4 x1000 ab.), mentre in coda troviamo Avellino con un valore pari a 8,1 x 1000 ab.

Tra le 5 province, le uniche che presentano un tasso di crescita positivo sono Napoli e Caserta, pur mostrando un andamento in flessione negli ultimi 4 anni.

Tab.2

NATALITA'	2008	2009	2010	2011*	MORTALITA'	2008	2009	2010	2011*
Caserta	10,8	10,7	10,6	10,4	Caserta	7,9	7,9	8,1	8,1
Benevento	8,4	8,4	8	8,2	Benevento	10,3	10,8	10,7	11,1
Napoli	11,2	10,9	10,6	10,6	Napoli	8,1	8,2	8,2	8,3
Avellino	8,7	8,3	8,2	8,1	Avellino	9,8	10,0	10,0	10,3
Salerno	9,3	9,2	9	9	Salerno	9,2	9,3	9,2	9,3
CAMPANIA	**10,5**	**10,3**	**10**	**9,9**	**CAMPANIA**	**8,5**	**8,6**	**8,7**	**8,7**

*Stima

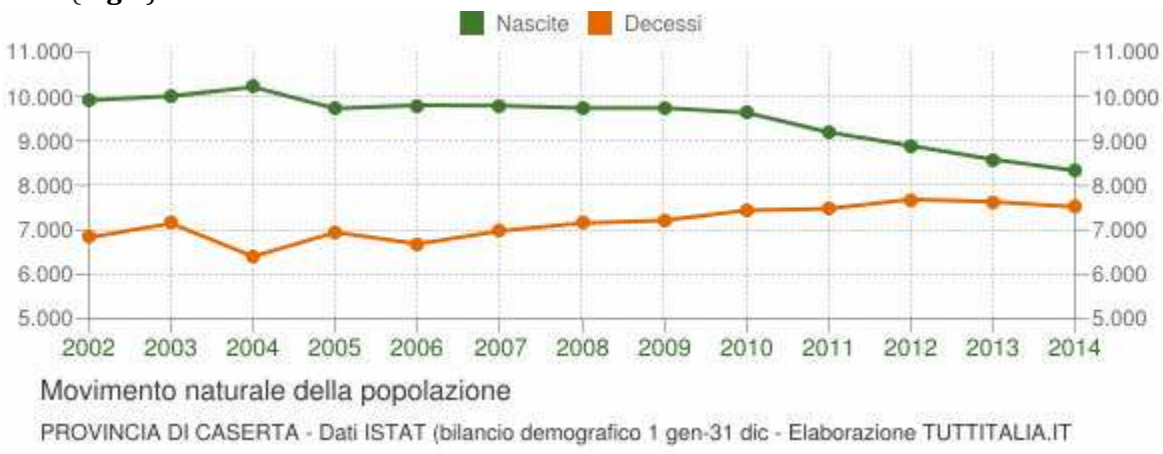
Tab.3 - Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

CRESCITA NATURALE	2008	2009	2010	2011*	NUZIALITA'	2008	2009	2010	2011*
Caserta	2,9	2,8	2,5	2,3	Caserta	5,0	4,7	4,6	4,1
Benevento	-1,9	-2,4	-2,7	-2,9	Benevento	4,6	4,5	4,1	3,6
Napoli	3,1	2,7	2,4	2,3	Napoli	5,9	5,4	4,9	4,7
Avellino	-1,1	-1,7	-1,8	-2,2	Avellino	4,3	3,8	3,9	3,2
Salerno	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	Salerno	5,4	5,2	5,0	4,5
CAMPANIA	**2,0**	**1,7**	**1,3**	**1,2**	**CAMPANIA**	**5,5**	**5,1**	**4,8**	**4,4**

*Stima

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale.

Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee (**Fig.6**).



Tab. 4 - Composizione % della popolazione per geomorfologia.

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

	COLLINA LITORANEA	COLLINA INTERNA	MONTAGNA	PIANURA	Totali
ASL CE	3,3%	24,9%	2,0%	69,9%	100,0%

Situazione economica

Un dato peculiare e interessante riguarda, soprattutto nelle aree considerate a maggior rischio socioeconomico, le condizioni di affollamento a cui sono esposti i cittadini: con circa 430 abitanti per km^2 la Campania registra la più alta densità abitativa regionale del Paese (media nazionale: 199 ab/ km^2). Ma sono soprattutto la provincia di Napoli e quella di Caserta, rispettivamente con 2.630 ab/ km^2 e 347 ab/ km^2, che mostrano valori largamente al di sopra della media italiana; al contrario, la provincia di Salerno, con 222 ab/km^2, di Avellino che ne conta 157 e di Benevento con 140, mostrano valori prossimi alla media nazionale.

Le condizioni socio-economiche sono considerate tra i più potenti determinanti di salute di una popolazione: l'evidenza scientifica prodotta negli ultimi decenni in diversi Paesi ha concordemente dimostrato come la scarsa istruzione, la disoccupazione e le conseguenti modeste risorse economiche delle famiglie siano associate a stili di vita scadenti i quali, a loro volta, aumentano il rischio di raggiungere livelli di salute insoddisfacenti.

Dal punto di vista socio-economico e demografico la Campania manifesta alcune caratteristiche che, relativamente a numerosi indicatori, la situano lontana dalla media delle altre Regioni italiane, quasi sempre nelle posizioni estreme e sfavorevoli, con un reddito medio è pari a 7.093 euro, e con ovvie conseguenze avverse sulla salute dei cittadini.

Alla luce di queste premesse, purtroppo, è "fisiologico" attendersi in Campania una popolazione che manifesti condizioni di salute sensibilmente peggiori rispetto a quelle di cittadini residenti in altre Regioni, caratterizzate, queste ultime, da un profilo socio-economico più favorevole.

La Campania presenta, insieme alla Puglia, il grado di alfabetizzazione più modesto del Paese: l'ultimo censimento (2001) ha mostrato, infatti, che il 15% della popolazione tra i 15 e i 52 anni non ha conseguito la scuola dell'obbligo (Italia 10%). Più in dettaglio, la provincia di Napoli registra il maggior indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (18%): seguono Caserta con il 14% e le altre Province, con valori prossimi (10-11%) a quello nazionale.

Appena dopo quello della Sicilia, la nostra regione presenta il tasso di disoccupazione giovanile 15-24 anni più alto dell'intero Paese: dati recenti del 2007 indicano per la nostra regione un tasso pari al 32% contro un dato medio nazionale pari al 20%; ne consegue che in Campania una famiglia su cinque vive una condizione di povertà, mentre in Italia il dato interessa mediamente una famiglia su dieci. I recenti dati Eurostat mostrano come, a dispetto di un PIL pro capite nazionale pari a circa 24.300 €, quello campano è il più basso di tutte le regioni italiane e ammonta a poco meno di 15.500 €; ancora una volta, all'interno della regione, il primato relativo alle condizioni socio-economiche più scadenti spetta alle province di Napoli e Caserta.

La provincia di Caserta, in una regione giovane, prolifica e sovraffollata, ospita cittadini costretti a vivere condizioni sociali ed economiche svantaggiate ed estreme rispetto alla maggioranza delle altre regioni italiane: una tale situazione espone i singoli e l'intera

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

comunità a stili di vita dannosi e a condizioni di salute sensibilmente più scadenti rispetto a tutti gli altri abitanti della stessa nazione. I cittadini percepiscono e lamentano in vari modi il quotidiano disagio.

Tab. 5 – Indice di deprivazione

Indice di deprivazione	Bassa	Medio bassa	Media	Medio alta	Alta	Totale popolazione pesata	Peso per il Riparto
ASL CE	21.827	33.035	45.473	26.822	828.088	955.245	15,7%
Campania	251.776	179.844	277.173	233.034	5.160.068	6.101.896	100,0%

Il dato delle esenzioni esprime bene la situazione economica e sanitaria degli assistiti dell'Asl Caserta.

Tab. 6 - Riepilogo Assistiti Esenti ASL CE (dato SOGEI)

Assistiti esenti	Posizioni esenti	Assistiti	% Assistiti su totale
365.707	545.868	907.157	40,31

Con 909.082 assistiti censiti le esenzioni (anche doppie) sono 545.868, mentre i pazienti con almeno una esenzione sono pari al 40,31%: la percentuale più alta della Campania (media regionale pari a 37,26 %). Nello specifico, 84.649 assistiti sono esenti per condizione (9,33%); 4.663 per malattie rare (0,51%) e 176.481 per patologia (19,45 %); 304.365 per reddito (33,48 %); 621 per invalido di guerra (0,07 %).

Tab. 7- Dettaglio esenzione Regione Campania – ASL Caserta

Assistito esente per condizione				Assistito esente per malattia rara				Assistito esente per patologia			
F	M	Tot	%	F	M	Tot	%	F	M	Tot	%
58.304	34.781	93.085	10,26	3.337	2.375	5.752	0,63	105.845	93.960	199.805	22,0

Esente per reddito				Invalidi di guerra			
F	M	Tot	%	F	M	Tot	%
319.786	287.440	607.226	66,90	73	445	517	0,06

Totali Posizioni Esenti
906.395

TAB. 8 A.S.L. DI CASERTA - ASSISTITI ESENTI PER PATOLOGIA

FASCIA D'ETÀ	SESSO			%	
	F	M	TOTALE	F	M
0	22	36	58	37,93	62,07
1 - 4	104	117	221	47,06	52,94
5 - 14	590	676	1.266	46,60	53,40
15 – 44	11.161	7.820	18.981	58,80	41,20
45 - 64	34.765	33.197	67.962	51,15	48,85
64 - 74	22.751	21.981	44.732	50,86	49,14
>75	17.713	12.332	30.045	58,95	41,05
TOTALE	87.106	76.159	163.265	53,35	46,65

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

2.2 DATI EPIDEMIOLOGICI

2.2.1 LA MORTALITÀ

Gli indici di mortalità costituiscono un indicatore "indiretto" dello stato di salute di una popolazione. Nel 2014[1], l'anno più recente per cui l'Istat ha reso disponibili i dati sulla mortalità, in provincia di Caserta sono decedute 7479 persone, 3697 uomini e 3782 donne: la popolazione provinciale, insieme a quella regionale mostra la mortalità più elevata, sia tra gli uomini che tra le donne, confermando un differenziale che rimane inalterato da oltre 30 anni. Questo differenziale, per entrambi i sessi, è pari a circa 13 decessi in più ogni 10.000 abitanti, rispetto al valore medio nazionale.

Tra gli uomini si registra, in Campania, una larga quota di tassi di mortalità superiori alla media nazionale dovuti principalmente all'eccesso di mortalità per malattie circolatorie e malattie cerebrovascolari seguiti dalla mortalità per cause oncologiche; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito.
Anche tra le donne risultano più elevati i tassi di mortalità per malattie circolatorie e malattie cerebrovascolari insieme a quelli per malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. Risalta il valore del tasso di mortalità femminile per diabete mellito (4.88%) quasi doppio di quello nazionale (2.58%).

I valori non sono omogenei all'interno delle province campane: i tassi di mortalità più alti si registrano nelle province di Napoli e Caserta, in entrambi i generi, anche se il trend è, parimenti al resto della nazione, in decremento.

La seconda causa di morte, come nel resto d'Italia, è rappresentata dai tumori maligni per la cui trattazione si rimanda al paragrafo 2.1.3.3 (patologie neoplastiche).

2.2.2 LA MORTALITÀ INFANTILE

La mortalità infantile in provincia di Caserta, indicatore che esprime in modo generico e sintetico il grado di sviluppo sociale, ambientale e sanitario di una popolazione, ha registrato un valore di 41,83 decessi per 10.000 abitanti (anni 2009-2010). L'indicatore esprime il n° di bambini morti nel I anno di vita /n° bambini nati durante l'anno – ogni 10.000 abitanti (tasso di mortalità infantile).

Tuttavia sia in provincia che in Regione Campania negli ultimi decenni si è assistito ad un importante decremento del tasso di mortalità infantile: pur registrandosi al livello regionale e provinciale valori più alti dell'intero pese (Tasso M-I regione Campania 40,75 per 10.000 ab.), la riduzione dell'indicatore è stata sensibilmente più alta rispetto alle altre regioni italiane. Il valore per la ASL Caserta si è, infatti ridotto dal 43,39 del 2009 al 40,27 del 2010 (per 10.000 abitanti).

2.2.3 LE PATOLOGIE NEOPLASTICHE

Nel 2016 la ASL di Caserta ha pubblicato il primo report sulla diffusione delle patologie oncologiche diagnosticate ai cittadini residenti su tutto il territorio provinciale durante il triennio 2008-10. I dati sono stati prodotti dal Registro Tumori aziendale, un registro di popolazione generale che copre tutti i 104 Comuni della Provincia di Caserta, per un totale

[1] Dati Istat 2014

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

di 924.614 abitanti[2] .

Di seguito una sintesi dei primi dati di incidenza (numero di nuovi casi diagnosticati nel periodo in esame) e mortalità (numero di decessi dovuti a cause oncologiche) per tumori maligni (escluso i tumori cutanei non melanomatosi) .

Incidenzaoncologica

In provincia di Caserta, dal 2008-2010, sono stati diagnosticati 11.940 nuovi casi di tumore maligno[3], 6.685 (56%) tra i maschi e 5.255 (44%) tra le femmine.

TUTTI I TUMORI

INCIDENZA E MORTALITÀ: SINTESI DEI DATI

ANNI 2008-2010

	INCIDENZA			MORTALITÀ		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Numero casi/anno	2228	1752	3980	1220	804	2024
Numeri casi totali	6685	5255	11940	3660	2411	6071
% casi per genere	56	44	100	60.3	39.7	100
Tasso grezzo(1)	513.4	382.9	446.4	281.1	175.7	227
Tasso sta (EUR)(1)	464.8	314.8	378.8	250.2	124.6	178.2
Rischio cum. 0-74 (%)	31.8	22.6	27	17	8.7	12.7
Rapporto M/I (%)	54.7	45.9	50.8			
VM (%)	85.7	87.4	86.5			
DCO (%)	1.2	1.8	1.4			

(1) per 100.000 abitanti
(2) M/I = Mortalità/Incidenza
(3) VM = Verifiche Microscopiche
(4) DCO = Solo certificati di decesso

CRITERI DI SELEZIONE (CLASSIFICAZIONE ICD-0-3)

Topografia: C00-C80 (tutte); **morfologia:** 8270-8790, 9140, 9590-9948 se topografia C44 (tumori cutanei non carcinomatosi), 8000-9989 negli altri casi (tutte le morfologie); **comportamento:** 1-2 se topografia C67 (tumori incerti e in situ della vescica), 3 (maligno, infiltrante).

Tab. 9: sintesi dei dati di incidenza e mortalità oncologica, ASL Caserta, triennio 2008-10

I cinque tumori più frequentemente diagnosticati, nel territorio provinciale sono stati:

- il cancro del polmone (17,7%), della vescica (14,6%), della prostata (14%), del colon-retto (11.4%) e del fegato (5,7%) tra gli uomini;
- il cancro della mammella (27,2%), del colon-retto (12,3%), dell'utero (7,4%), i linfomi (5,0%) e il cancro della tiroide (4,7%) tra le donne.

Il tasso di incidenza per tutti i tumori, standardizzato sulla popolazione europea, è pari a 378,8 per 100.000 residenti, rispettivamente 464,8 nei maschi e 314,8 nelle femmine. I tassi di incidenza standardizzati, divisi per sesso, risultano inferiori rispetto a quelli dell'Italia e, in modo statisticamente significativo, rispetto a quelli del Nord[4], mentre risultano significativamente superiori rispetto quelli del Sud[4].

[2] *Istat al 1/01/2015*

[3] *esclusi i tumori della cute non melanomi e del SNC non maligni*

[4] *ITACAN - Tassi standardizzati biennio 2008-2009 – http://itacan.ispo.toscana.it/italian/itacan.htm*

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

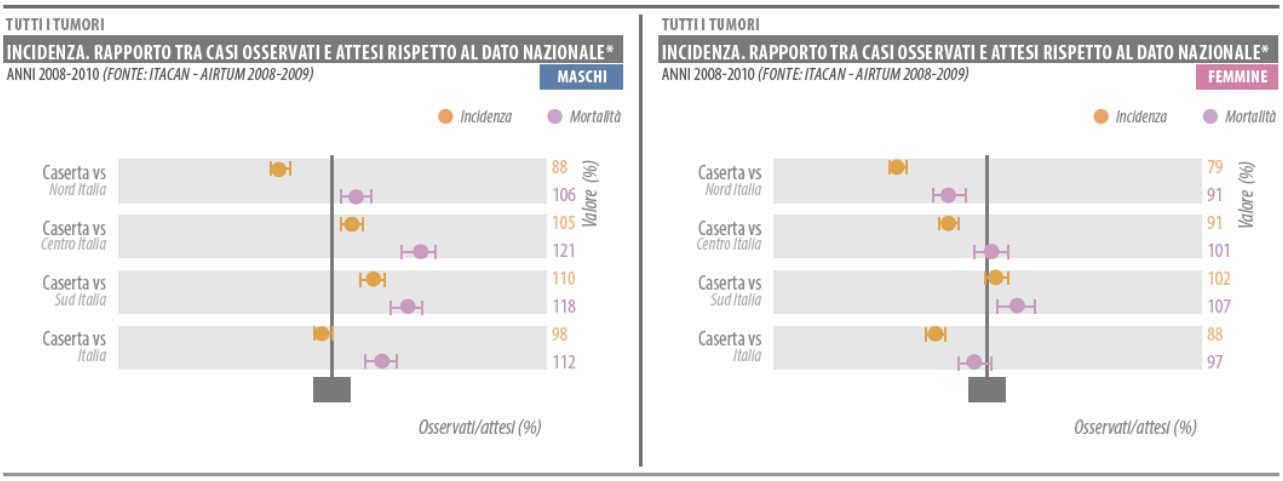


Fig. 7: Confronto dati di incidenza e mortalità oncologica, Popolazione ASL Caserta *VS* e macro-aree italiane e intera nazione, triennio 2008-10

Trattandosi di malattie cronico-degenerative la distribuzione per età evidenzia una maggior incidenza della patologia oncologica nelle fasce più avanzate, cosi come atteso, mentre i tumori infantili e adolescenziali (0-19 anni) rappresentano, fortunatamente, una quota estremamente esigua del totale (1,1%).

Mortalitàoncologica

I deceduti per tumore[5] nel triennio 2008-2010 sono stati 6.071: 3.660 (60,3%) maschi e 2.411 (39,7%) femmine, su un totale di 21.886 decessi per tutte le cause.

Le più frequenti cause di morte tumorale sono state:

- il cancro del polmone (30,2%), del colon-retto (8,4%), della prostata (8,1%), del fegato (7,9%) e dello stomaco (6,6%) tra gli uomini;
- il cancro della mammella (17,2%), del colon-retto (13,1%), del polmone (8,4%), dello stomaco (7%) e del fegato (7,1%) tra le donne.

Il tasso di mortalità, standardizzato sulla popolazione europea, e pari a 178,2 per 100.000 residenti, rispettivamente 250,2 nei maschi e 124,6 nelle femmine. I tassi di mortalità standardizzati, per i maschi, risultano superiori, in maniera statisticamente significativa, se confrontati con quelli dell'Italia3, del Sud3, del Centro e del Nord, mentre per le femmine risultano significativamente superiori rispetto al Sud3 e inferiori rispetto al Nord.

L'analisi per età al decesso evidenzia una bassissima mortalità nella popolazione infantile (0,26%), mentre circa il 56% dei decessi si verifica fra 20 e 75 anni e circa il 44% dopo i 75 anni d'età.

La patologia oncologica risulta variamente distribuita tra i distretti della ASL, evidenziando, tra i maschi, alcune realtà distrettuali ove il fenomeno è maggiormente frequente, anche con differenze statisticamente significative,

[5] *ISTAT 2008-2010*

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

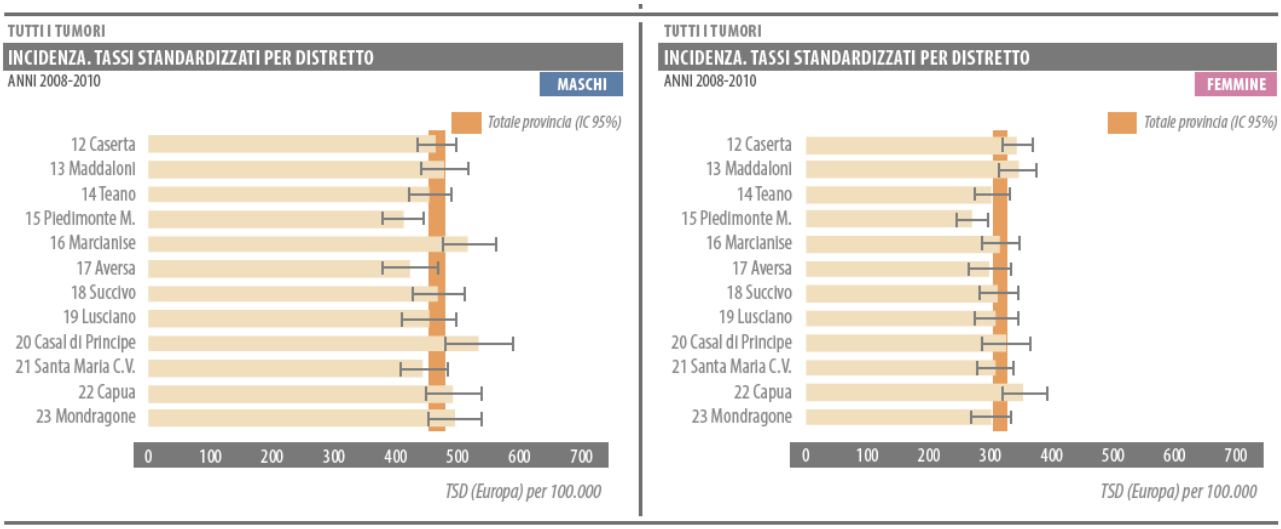


Fig. 8: Distribuzione tassi di incidenza oncologica per Distretto Sanitario e per sesso, ASL Caserta, triennio 2008-10

Conclusioni

L'elaborazione e le analisi condotte sui dati del primo triennio 2008-2010 forniscono una prima fotografia del fenomeno oncologico nella provincia di Caserta.

Cosi come atteso, nel sesso maschile i tassi standardizzati dimostrano che esiste un eccesso di incidenza statisticamente significativo rispetto al Sud, ma non rispetto al Nord, situando la provincia di Caserta in una posizione di rischio intermedio.

Nel sesso femminile, i tassi standardizzati sono assimilabili a quelli del Sud e significativamente inferiori a quelli del Nord e del Centro d'Italia. È comunque opportuno focalizzare l'attenzione sull'analisi sede-specifica da cui si evidenziano scostamenti in eccesso o in difetto dai valori nazionali e di macro-aree.

I particolare l'incidenza dei tumori maligni del polmone, del fegato, di testa e collo (compreso laringe) nei maschi e della vescica in entrambi i sessi, sono le sedi topografiche ove si registrano eccessi significativi rispetto al valore di confronto di tutte le macro-aree del paese (Sud, Centro e Nord Italia).

L'analisi dei dati conferma, altresì, un eccesso di mortalità, nei maschi, per il complesso delle patologie oncologiche rispetto a tutte le macro aree (Nord, Centro e Sud Italia). La mortalità per le femmine, invece, mostra una sostanziale sovrapponibilità rispetto al dato nazionale e un eccesso rispetto al Sud.

Questi dati pongono l'accento sull'importanza dei necessari miglioramenti da attuarsi nell'ambito della prevenzione e dei percorsi terapeutico-assistenziali sulla popolazione dell'intera provincia.

Nel complesso, risulta evidente, infatti, la contraddizione tra una minore incidenza complessiva di tumori maligni (ad esclusione dei succitati tumori maligni di polmone, fegato testa e collo negli uomini e vescica in entrambi i sessi, per i quali si registra un ecceso di incidenza) ed una maggiore mortalità oncologica rispetto alle macro aree centro e nord-italia, sui cui, verosimilmente pesano diversi aspetti come:

- La perdurante bassa compliance degli screening di popolazione (cervice uterina e mammella per le donne e colon retto in entrambi i sessi);

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

- Le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio;
- L'enorme frazionamento dei percorsi sanitari (migrazione sanitaria, notevole presenza di strutture sanitarie private convenzionate) in assenza di uno standard di qualità di riferimento, sia di tipo diagnostico che terapeutico che impedisce, tra l'altro, la realizzazione di una analisi, oltre che dei costi, anche della qualità delle prestazioni rese.

Ovviamente valutazioni più accurate sono possibili studiando i dati specifici di ogni sede tumorale, e per ognuna di queste, delle rispettive varietà morfologiche riscontrate: appare pertanto utile rimandare alle elaborazioni disponibili sulla sezione "dati" del sito www.registrotumoricaserta.it .

2.3 STILI DI VITA

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Ci sono poi anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche.

In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l'impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura, gli anni di vita persi a causa della disabilità (Daly, Disability Adjusted Life Year). Daly è pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause.

Nella Regione europea dell'Oms, le malattie croniche provocano almeno l'86% dei morti e il 77% del carico di malattia. L'Oms ha quindi messo a punto "**Gaining health**", strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, recepita in Italia dal Ministero della Salute con il programma "**Guadagnaresalute**"

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare **evitando il fumo**, avere **un'alimentazione corretta**, **limitare il consumo di alcol** e **svolgere attività fisica**

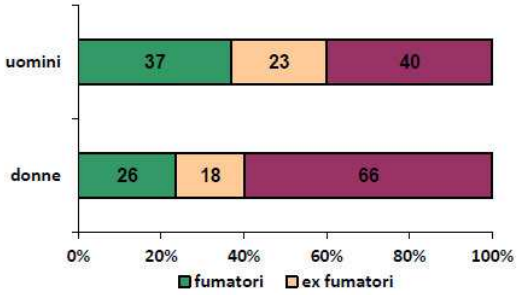
fonte: http://burc.regione.campania.it

regolare, abitudini di vita perseguite appunto dal programma Guadagnare Salute e da alcune delle numerose attività previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18

Su questi aspetti principali si è focalizzata l'indagine PASSI, condotta dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, che ha evidenziato alcune importanti criticità che caratterizzano le abitudini e gli stili di vita della popolazione residente sul territorio provinciale.

In base alle rilevazione effettuate tra il 2012-15 (*Sorveglianza PASSI –ISS*), infatti, nella ASL di Caserta, ancora circa il 32% delle persone intervistate, tra 18 e 69 anni, è dedita al **tabagismo**, contro una prevalenza del 27% nel resto d'Italia. L'abitudine al fumo è più alta tra 18 e i 24 anni, tra gli uomini (par al 37%), tra i soggetti con più basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche. L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro, pur in decremento, rimane un aspetto rilevante da monitorare nel tempo.

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
ASL CASERTA 2012-15 (n=806)



Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma
***Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi
****Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

La percentuale di consumatori di **alcol** nella Asl di Caserta è risultata invece pari al 52%, mentre il 4% della popolazione 18-69 ha dichiarato di bere alcol fuori pasto e l'1% di assumerlo abitualmente in quantitativi elevati. Il consumo a maggior rischio (fuori pasto, abitualmente elevato o binge) è risultato complessivamente diffuso all'11% della popolazione tra i 18 e i 69 anni (il valore del pool di ASL Italiane è risultato del 17%): l'eccesso di uso si è registrato più frequentemente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione medio-alto e tra quelle che hanno meno difficoltà economiche.

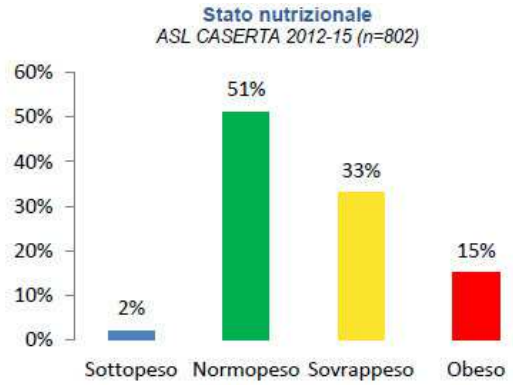
Consumo di alcol – ASL Caserta - PASSI 2012-15 (n=797)

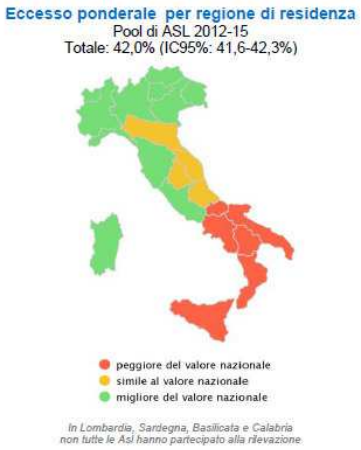
	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	**51,9** (48,0-55,8)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	**4,1** (2,8-5,9)
Consumo abituale elevato[1]	**0,7** (0,3-1,5)
Consumo binge (2012-2015) [2]	**7,3** (5,2-10,3)
Consumo a maggior rischio (2012-2015)[3]	**11,2** (8,7-14,4)

[1] più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)
[2] 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)
[3] consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poichè una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

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

Relativamente allo **stato nutrizionale** e le abitudini alimentari, il 47% delle persone intervistate presenta un **eccesso ponderale** (33% sovrappeso, 15% obeso): questi valori sono significativamente più alti rispetto alle popolazioni residenti nella ASL del resto d'Italia ove si registrano valori di sovrappeso ed obesità pari, rispettivamente al 32 e 10%. Il 69% ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 23% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 5% mangia le 5 porzioni raccomandate giornalmente.





Circa il 40% degli intervistati riferisce di essere completamente **sedentario** (valore di riferimento nazionale pari al 32%), il 30% risulta parzialmente attivo (valore pool Italia 35%) e il restante 30% attivo(valore pool di ASL 32%). La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, tra le persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Attività fisica – ASL CASERTA - PASSI 2012-15 (n=783)

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
Attivo [1]	**30,7** (26,8-34,9)
Parzialmente attivo [2]	**29,6** (25,6-33,7)
Sedentario [3]	**39,7** (35,7-43,8)

[1] lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)
[2] non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
[3] non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.



Nel complesso, dunque, è evidente che nella ASL di Caserta una quota ancora cospicua di popolazione, in significativo eccesso rispetto all'atteso, non assume stili di vita virtuosi. Poiché il sovrappeso, la sedentarietà, l'abitudine al fumo e l'abuso di alcol sono ormai noti come fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari e cronico-degenerative, i dati ottenuti dalla rilevazione PASSI devono necessariamente destare preoccupazione per le inevitabili ripercussioni sullo stato di salute della popolazione locale, non soltanto in termini di morbilità, ma anche per l'impatto negativo sull'attesa media di vita.

TITOLO III - GLI ORGANI

3.1 ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA - ORGANI E ORGANISMI

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

3.1.1 ORGANI

Ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.lgs n.158/2012 convertito con legge n.189 del 08/11/2012, sono organi dell'azienda:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione

3.1.1.1 IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale svolge funzioni di indirizzo politico-amministrativo (ai sensi del 1° comma dell'art.3 del D. Lgs.vo n. 29/93 e s.m.i. e del D. Lgs.vo 165/2001) e "definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite"; é il titolare di tutti i poteri di gestione nonché della rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Direttore Generale dell'Azienda è responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto disciplinato dal comma 6 dell'art. 3 e dal comma 8 dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i; il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta Regionale della Campania.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore Generale, delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- alla Conferenza dei Sindaci, che partecipa alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale;
- al Collegio Sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ex art.14 D.Lgs. 150/2009, dei Collegi tecnici, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art.57 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'Atto aziendale;
- all'adozione dell'Atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti dei dipartimenti e dei servizi centrali e all'organizzazione dello staff della Direzione strategica, nonché alla nomina e alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda e al conferimento degli incarichi professionali;

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

- alla adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Tale responsabile é figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- all'adozione del Piano Attuativo Locale, del Programma delle Attività Territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione di tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- all'adozione di tutti gli altri atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi vigenti.

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in:

- funzioni ad esso esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario ed amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.

Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- la stipula dei contratti.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli, sono:

- funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale;
- funzioni di Datore di Lavoro ex art.2 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

La rappresentanza in giudizio dell'Azienda spetta al legale rappresentante cioè al Direttore Generale e, in caso di assenza o impedimento, al sostituto facente funzioni.

L'adozione della delibera di conferimento incarico e la sottoscrizione della procura alla lite da parte del Direttore Generale a favore del professionista designato, interno o esterno all'Azienda, perfeziona la volontà di intentare un giudizio o di costituirsi in una controversia.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale, o, in

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

mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sua sostituzione.

Con apposito atto da pubblicare sull'Albo dell'Azienda e sul Sito web aziendale, vengono specificati dettagliatamente gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

3.1.1.2 IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale dell'Azienda, disciplinato dalla Legge Regionale n.20 del 23 dicembre 2015, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta Regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e uno dal Ministro della Salute. I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

Detto organo :
- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, ovvero su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del Comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

Le comunicazioni sono inviate per conoscenza anche al Consiglio Regionale per la trasmissione alla Commissione Consiliare permanente competente in materia.
I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

3.1.1.3 II COLLEGIO DI DIREZIONE: COMPOSIZIONE E FUNZIONI

Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di Direzione, quale organo dell'Azienda, regolato con specifico regolamento che ne disciplina le modalità di funzionamento, in ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dalla Legge Regionale 20/2015.

Ferme le competenze del Direttore Generale e degli altri organi delle Aziende, il Collegio di Direzione:
- concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore Generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari,

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

alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;
- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta Regionale;
- supporta la Direzione Strategica nell'adozione degli atti di governo dell'Azienda, attraverso la formulazione di pareri laddove richiesti da rendersi anche nel caso di quesiti posti dall'Azienda..

Nello svolgimento dei compiti previsti, il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:
- Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- Piano aziendale annuale della formazione, nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi specifici espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore Generale;
- Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico.

La composizione del Collegio di Direzione è subordinata ad apposita delibera del Direttore Generale ed assicura la presenza di:
- i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- un direttore di Dipartimento funzionale per ciascuna area;
- il direttore del Dipartimento di prevenzione;
- il direttore del Dipartimento di salute mentale;
- il direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche;
- i direttori dei distretti sanitari;
- i direttori degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;
- il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);
- il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);
- lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti .

Il Direttore Generale, in qualità di Presidente del Collegio di Direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto. Tra i membri di diritto del Collegio, è eletto un Vice Presidente, a maggioranza assoluta.

Il Collegio di Direzione adotta, con delibera del Direttore Generale, un proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi:
- le riunioni vengono fissate dal Direttore Generale, quale Presidente del Collegio, con cadenza almeno mensile e comunque secondo le modalità necessarie all'espletamento delle funzioni attribuite, tramite convocazione scritta, almeno sette giorni prima dell'incontro (tre giorni in caso di urgenza), contenente l'ordine del giorno e inviata tramite posta elettronica;

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

- in caso di richiesta motivata da parte della metà più uno dei componenti il Collegio, il Direttore Generale convoca il Collegio in riunioni, con gli argomenti richiesti all'ordine del giorno;
- l'ordine del giorno delle singole riunioni è predisposto dal Direttore Generale di concerto con i Direttori Sanitario ed Amministrativo oppure su richiesta della metà più uno dei componenti il Collegio;
- in caso di impossibilità a partecipare alle riunioni, ogni componente è tenuto a darne preventiva comunicazione scritta;
- la perdita degli incarichi rappresentati nel Collegio di Direzione costituisce automatica decadenza per i componenti del Collegio di Direzione;
- per la validità delle riunioni è necessaria la presenza della metà più uno dei componenti;
- nelle decisioni prese dal Collegio di Direzioni, valgono i criteri di maggioranza assoluta, per l'elezione del vice Presidente e l'espressione dei pareri a natura obbligatoria, e maggioranza semplice per tutte le altre fattispecie;
- le funzioni di segreteria del Collegio di Direzione dono affidate ad un componente dell'UOC Affari Generali; compiti del Segretario del Collegio sono la redazione dei verbali delle riunioni, la loro trasmissione e diffusione tra i membri dei Collegi di Direzione e Sindacale, nonché l'archiviazione delle deliberazioni del Collegio stesso e la custodia di tutta la documentazione relativa ai lavori di quest'Organo aziendale. le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni.

Il Collegio di Direzione ha, inoltre, pieno diritto di accesso ai documenti amministrarvi ed alle informazioni di tutte le strutture aziendali. Il contenuto dei lavori del Collegio ha carattere di riservatezza.

Ai componenti del Collegio non é corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

3.1.1.4 DIREZIONE STRATEGICA

La Direzione Strategica è composta dal Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo che, di concerto con il Collegio di Direzione, hanno il governo strategico dell'Azienda.

La Direzione Strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni che consentono il perseguimento della "missione direzionale".

In particolare, spetta alla Direzione Strategica:
- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
- i criteri di congruità ed idoneità per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia;
- il controllo della gestione.

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

Alla Direzione Strategica spetta il coordinamento delle attività di vigilanza e controllo sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie aziendali e accreditate esterne ubicate nel territorio di competenza.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo sono nominati con provvedimento motivato dal Direttore Generale, stante la verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisite le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti. Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dal c.7 dell'art.3 e dal c.8 dell'art.3 bis del D.Lgs 502/92. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e viene trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad egli spettanti.

Essi esprimono parere sugli atti del Direttore Generale, per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta ed inoltre:

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'Azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, di loro iniziativa e su indicazione del Direttore Generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal Direttore Generale, su proposta degli stessi.

3.1.1.5 IL DIRETTORE SANITARIO

II Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. É responsabile del miglioramento continuo della Qualità e del Governo Clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il Direttore Sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro

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

interdisciplinari, etc.), finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il Direttore Sanitario, inoltre:

- partecipa con il Direttore Amministrativo, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda;
- dirige i servizi sanitari negli ambiti previsti dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Leggi Regionali, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dagli artt.16-17 del D.Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza;
- concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale;
- assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del Direttore Generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali;
- Presiede il Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Sanitario, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
- formazione;
- prevenzione del rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa.

Inoltre il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico, della tutela e della sicurezza dei lavoratori e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei Comitati, delle Commissioni, dei Gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

3.1.1.6 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività

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

direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Il Direttore Amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli AAGG, assicurazioni, del contenzioso legale;
- progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo;
- acquisizione e gestione di servizi.

3.1.1.7 IL CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento.

I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

- n. 8 dirigenti medici, di cui n. 4 ospedalieri, n. 1 medico territoriale n. 1 medico veterinario e n. 2 medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici;
- n. 2 unità del personale infermieristico di cui n. 1 ospedaliero;
- n. 2 unità del personale tecnico sanitario di cui n.1 ospedaliero;
- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui n. 1 ospedaliera.

Va garantita, in ogni caso, la presenza dei responsabili dei dipartimenti che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.

Le modalità ed i termini di elezione del Consiglio dei Sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con regolamento adottato dal Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della Legge regionale 3.11.1994 n. 32 e s.m.i.

3.1.1.8 COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI

Nel presente Atto è prevista la costituzione di organismi che, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo, promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali, in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità delle realtà

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

organizzative e professionali dell'Azienda.

Dalla costituzione di tali comitati e commissioni non possono derivare nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda.

3.1.1.9 ADOZIONE REGOLAMENTI AZIENDALI

L'Azienda si impegna ad adottare e pubblicare tutti i Regolamenti elencati dalle linee guida di cui al DCA 18/2013, tra questi:

- regolamento per le modalità di funzionamento del Collegio di Direzione
- regolamento per le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari
- regolamento per le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento
- regolamento per le modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi
- regolamento per le relazioni sindacali
- regolamento per la formazione e aggiornamento professionale
- regolamento per le modalità con cui l'Azienda appalta o contratta direttamente la fornitura di beni e servizi
- regolamento per le modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget
- regolamento per le modalità di funzionamento dei distretti
- regolamento per le procedure di controllo interno
- regolamento per le modalità di funzionamento della Consulta socio-sanitaria
- regolamento per le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per la pari opportunità
- regolamento per i sistemi di protezione e sicurezza dei dati
- regolamento per i sistemi di misurazione e valutazione delle performance
- regolamento di contabilità
- regolamento per le attività libero professionale "intramoenia" (Tale regolamento da adottarsi in coerenza con le norme di cui alla Legge 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i. dovrà contenere l'esplicito impegno dell'Azienda ed aggiornare i contenuti per adeguarli alle linee guida regionali che saranno emanate ai sensi dell'art. 2 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189).

TITOLO IV – IL GOVERNO DELL'AZIENDA

4.1 II GOVERNO AZIENDALE

L'organizzazione dell'Azienda è incentrata su una articolazione i cui cardini sono rappresentati dalla Direzione Strategica e dalle Macrostrutture dotate di autonomia.

II governo complessivo dell'Azienda appartiene al Direttore Generale, che rappresenta l'organo aziendale cui competono tutti i poteri relativi a detto governo e di rappresentanza legale.

II Direttore Generale, per l'esercizio delle funzioni si avvale di una struttura di governo collegiale composta dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo che partecipano alla Direzione Strategica dell'Azienda e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale.

La Direzione Strategica è supportato tecnicamente dall'attività dei servizi centrali afferenti

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

sia alla Direzione Sanitaria che Amministrativa in grado di offrire specifiche competenze sul versante della pianificazione, controllo e valutazione, della organizzazione e verifica e della sicurezza e prevenzione-protezione.

La Direzione Generale, così strutturata, ha il compito di presidiare tutte le fasi del governo dell'Azienda secondo un percorso processuale che si estrinseca attraverso le seguenti tappe fondamentali:

- analisi delle condizioni di salute e di bisogno di servizi;
- scelta delle priorità;
- formulazione del Piano Attuativo Locale e dei Piano Annuale di Attività;
- definizione dei budget generale di azienda e assegnazione dei budget specifici ai centri di responsabilità;
- valutazione dei risultati, audit organizzativo, riavvio delle fasi di governo.

Le Macrostrutture dotate di autonomia gestionale che concorrono al Governo complessivo sono costituite da aggregazioni di sottosistemi complessi dell'organizzazione e sono rappresentate dai Distretti, dal Presidio Ospedaliero, dai Dipartimenti strutturali .

4.1.1 MODALITÀ E PRINCIPI PER IL GOVERNO DELL'AZIENDA

Il governo dell'Azienda è ispirato a quattro modalità di lavoro così schematicamente sintetizzate:

1. la visione aziendale come sistema unitario: la visione unitaria del sistema azienda è, in definitiva, la condizione per ottenere coerenze di gestione e consenso interno ed esterno alle azioni progettuali;
2. lavorare per processi: è la condizione per porre attenzione reale al fruitore e al risultato finale del servizio reso (esiti). Per processo aziendale si intende infatti una sequenza di azioni eseguite da più professionisti che utilizzano risorse per ottenere risultati utili a fruitori definiti;
3. gestire i processi: La gestione per processi è perseguita con la finalità di:
   - ottimizzare la propria efficacia ed efficienza interna;
   - mettere al centro il risultato e il fruitore del servizio valutando il risultato stesso anche con il suo metro;
   - superare la modalità di lavoro per compiti orientando il lavoro dei singoli al risultato;
   - orientare il lavoro aziendale alle priorità di salute e alla ricerca delle sinergie di sistema

4. la semplificazione delle procedure: nell'approccio alla gestione per processi l'Azienda opera effettuando ove possibile ogni utile intervento di semplificazione. La semplificazione si realizza in particolare attraverso:
   - la riduzione del numero di adempimenti posti a carico degli utenti;
   - la riduzione dei tempi di attesa;
   - l'accorpamento e l'unificazione dei procedimenti;
   - la realizzazione di sportelli unici;
   - la revisione della modulistica.

4.1.2 II GOVERNO ECONOMICO FINANZIARIO

L'Azienda garantisce i livelli di assistenza programmati e concordati con la Regione sia in termini di servizi ed attività sia in termini economici.

II governo economico finanziario, quindi, consente di garantire l'equilibrio tra le risorse assegnate dalla Regione (con riferimento alle quote capitarie e a quelle introitate

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

dall'azienda) e i livelli essenziali di assistenza garantiti dall'azienda direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti erogatori accreditati esterni.

II governo economico é inserito nel più generale processo di programmazione e controllo in modo da collegarlo con il governo clinico. Esso é sviluppato e valorizzato sia a livello complessivo di azienda che a livello di ciascuna delle strutture operative dì produzione/erogazione, presidi ospedalieri, distretti, dipartimenti.

L'Azienda persegue i suoi obiettivi con gli strumenti della pianificazione, programmazione e gestione per budget delle risorse disponibili che vengono assegnate alle varie articolazioni aziendali.

TITOLO V – LE FUNZIONI DELL'AZIENDA

5.1 LA FUNZIONE DI COMMITTENZA

La funzione di committenza, che rappresenta uno degli aspetti più innovativi introdotti nell'ambito delle funzioni aziendali, si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere adeguatamente ed in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione (qualità e quantità delle prestazioni o attività).

L'Azienda considera la funzione di committenza strumento indispensabile per la programmazione delle attività annuali. La funzione di committenza trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locale veicolate attraverso il Piano di Attività Territoriale.

La funzione di committenza è una funzione collegiale della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto e viene esercitata nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.

L'Azienda sviluppa la funzione di committenza attivando l'esercizio di più funzioni concettualmente distinte:

- definire i bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- definire le priorità e assicurare coerenza e compatibilità economica tra gli obiettivi assegnati all'Azienda dalla regione e Piano Annuale delle attività aziendali;
- definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento;
- orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni;
- costruire e mantenere alleanze con gli utenti, con i professionisti interni ed esterni e con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
- garantire che il limite massimo di spesa sostenibile sia mantenuto nei tetti fissati dalla regione;
- adottare efficaci sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti degli erogatori interni ed esterni, anche a garanzia della qualità delle prestazioni erogate.

L'esercizio della funzione di committenza trova concreta attuazione nel piano annuale preventivo di cui all'art.6, c.5, della Legge 724/94, all'art.2, c.8, della Legge 549/95, all'art.8-quinquies del D.lgs 229/99 nonché alla specifiche disposizioni della Regione.

5.2 LA FUNZIONE DI PRODUZIONE

La funzione di produzione ed erogazione delle prestazioni è assegnata alle unità

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

organizzative quali soggetti erogatori interni deputati a decidere sul come produrre (intendendo in questo le modalità tecnico-organizzative e la garanzia della qualità attraverso la responsabilità del governo clinico e del governo economico) ed ai produttori esterni accreditati.

Ciò permette di definire, con particolare riferimento alla produzione:

- il ruolo di fornitore che risponde, a seguito della negoziazione della quantità, della qualità e in generale degli aspetti di efficienza e di efficacia produttiva;
- il ruolo di pianificazione operativa e di responsabilità di controllo di gestione rispetto all'utilizzo delle risorse;
- il ruolo operativo rispetto agli obiettivi di risultato non solo quantitativo (n° delle prestazioni) ma anche qualitativo (nell'ottica della qualità tecnica, organizzativa e relazionale) con particolare riguardo all'integrazione tra i produttori ed alle dimensioni della globalità e continuità dei percorsi assistenziali.

Si prefigura una relazione dove la Direzione generale, con i Direttori dei Distretti, supportata dalle strutture di staff, definisce le strategie e gli obiettivi ed organizza le risorse; quindi negozia con i dipartimenti e gli altri erogatori, ai quali è affidata la produzione/erogazione, i livelli quali-quantitativi dell'offerta ed i risultati attesi, secondo criteri di qualità tecnica, organizzativa e relazionale, integrando la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e degli utenti.

5.3 LA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE

L'Azienda, destinataria della quota capitaria e delle altre risorse finanziarie direttamente introitate atte a garantire i livelli essenziali di assistenza della popolazione di riferimento, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari, nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale.

TITOLO VI - STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE

6.1 LE STRUTTURE

Sono strutture dell'Azienda:

- macrostrutture: Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti così come analiticamente indicate negli allegati prospetti che costituiscono parte integrante del presente Atto.
- strutture complesse: Unità Operative Complesse così come analiticamente indicate negli allegati prospetti che costituiscono parte integrante del presente Atto.
- strutture semplici: Unità Operative Semplici e le Unità Operative Semplici Dipartimentali così come analiticamente indicate negli allegati prospetti che costituiscono parte integrante del presente Atto.

Nella definizione delle strutture organizzative sono utilizzati i parametri di seguito indicati:

- Livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale;
- Unicità e/o valenza strategica aziendale;
- Complessità dell'articolazione interna e numero di posti letto;
- Volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di

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

complessità, peso totale e peso medio dei DRG, ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio;
- Consistenza, tipologia e adeguatezza delle risorse strumentali e loro grado di utilizzazione;
- Consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali.

6.1.1 STRUTTURE COMPLESSE

Le strutture complesse costituiscono l'articolazione aziendale di più elevata responsabilità dirigenziale in ragione della qualificazione tecnico-professionale richiesta per la gestione delle risorse economiche, umane e tecnologiche.

Ogni unità operativa complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse).

Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate dai seguenti elementi:
- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale.

I dirigenti con incarico di responsabilità delle strutture complesse, nell'ambito delle funzioni definite ai sensi del D.lgs. 165/2001 svolgono le seguenti funzioni:
- formulano proposte ed esprimono pareri al Direttore Generale nelle materie di loro competenza;
- curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive definite dal Direttore Generale nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- propongono al Direttore Generale l'attribuzione degli ulteriori incarichi dirigenziali, secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'Azienda, definiscono gli obiettivi che i dirigenti loro assegnati devono perseguire ed attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
- concorrono alla valutazione delle attività dirigenziali dei dirigenti di struttura semplice, con esclusione delle strutture semplici dipartimentali, del personale dirigenziale e di tutto il personale assegnato in applicazione alle specifiche discipline contrattuali;
- adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
- coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi anche mediante l'emanazione di direttive e propongono l'adozione nei confronti dei dirigenti, delle misure previste dal D.lgs.165/2001;
- svolgono l'attività di organizzazione e gestione del personale, curano i rapporti con l'esterno nelle materie di competenza secondo le specifiche direttive del Direttore Generale, sempreché tali rapporti non siano affidati ad apposta struttura od organo aziendale.

A tal proposito si rinvia alla Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" esplicitata nel prosieguo.

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

6.1.2 STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

Le unità operative semplici dipartimentali sono strutture dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Esse svolgono funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti con metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.

Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento e solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

L'attribuzione di responsabilità di struttura semplice a valenza dipartimentale è effettuata dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'Azienda.

Tale incarico di durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica annuale ed a termine.

I dirigenti di struttura semplice dipartimentale hanno i seguenti compiti e responsabilità:

- Formulano proposte ed esprimono pareri al Direttore di Dipartimento ed al Direttore Generale;
- Propongono al Direttore Generale l'attribuzione degli ulteriori incarichi dirigenziali per le articolazioni organizzative interne della propria struttura, se presenti, quali settori, uffici o moduli funzionali o incarichi professionali, secondo le modalità definite ed adottate in contrattazione decentrata in applicazione dei CC.NN.LL., definiscono gli obiettivi che tali dirigenti devono perseguire, ne attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
- Concorrono alla valutazione delle attività dirigenziali dei dirigenti e di tutto il personale assegnato in applicazione alle specifiche discipline contrattuali;
- Svolgono tutti i compiti delegati dal Direttore del Dipartimento;
- Dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da esse dipendono, anche con poteri sostitutivi in caso di inerzia;
- Provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla propria struttura.

I dirigenti di struttura semplice dipartimentale con posti letto non partecipano ai turni di servizio della struttura complessa di provenienza.

Le strutture organizzative al loro interno sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità. A tal fine l'Azienda provvederà ad adottare un preciso sistema di pesatura delle posizioni organizzative ispirato ai propri valori di riferimento.

A tal proposito si rinvia alla Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" esplicitata nel prosieguo.

6.1.3 STRUTTURE SEMPLICI

Le unità operative semplici sono l'articolazione di strutture complesse (art.27, c.1 del CCNL 8/6/2000) definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni

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

erogate, che utilizzi una congrua percentuale di risorse umane, tecniche e finanziarie. Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.

L' attribuzione di responsabilità di struttura semplice è effettuata dal Direttore Generale, su proposta dei Dirigenti di struttura complessa secondo le modalità definite in contrattazione decentrata ed adottate dall'Azienda.

Tale incarico ha durata da tre a cinque anni, rinnovabile, è sottoposto a verifica triennale ed a termine.

I Dirigenti con incarico di responsabilità di strutture semplici, nell'ambito delle funzioni definite ai sensi degli artt. 16 e 17 del Dlgs. 29/93 svolgono le seguenti funzioni:

- Curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive definite dal Direttore Generale e dal Dirigente di struttura complessa nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- Svolgono tutti i compiti delegati dai dirigenti di struttura complessa;
- Dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono, anche con poteri sostitutivi in caso di inerzia;
- Provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali eventualmente assegnate alla propria struttura.

A tal proposito si rinvia alla Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" esplicitata nel prosieguo.

6.1.4 ATTRIBUZIONI DEI DIRIGENTI

Il D.Lgs. 165/2001 ha disciplinato le funzioni che spettano agli organi di governo e quelle che spettano ai dirigenti, definendo le attribuzioni della dirigenza non come qualifica ma come funzione svolta.

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

Sono riservati al Direttore Generale le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi, le priorità, i piani, i programmi e le direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione, sono delegate ai dirigenti tutti i compiti di attuazione degli obiettivi e dei programmi definiti con gli atti di indirizzo adottati dal Direttore Generale.

La Dirigenza ordinata nella qualifica unica dirigenziale, è articolata secondo graduazione di responsabilità, in relazione all'incarico ricevuto.

Ai Dirigenti sono affidate funzioni di direzione di Dipartimenti, Servizi, Unità operative, Area funzionale-organizzativa dipartimentale, ovvero incarichi di attività tecnico-professionali.

I dirigenti, nell'ambito della propria sfera di autonomia decisionale, gestionale e operativa, hanno il compito di attuare l'indirizzo politico, individuando tra le possibili alternative gestionali quella più consona al raggiungimento degli obiettivi assegnati, utilizzando le risorse di cui sono dotati.

La posizione di dirigente, quale situazione funzionale legata al conferimento di un incarico a tempo determinato, presuppone la flessibilità degli incarichi e un costante controllo e selezione della dirigenza, favorendone la mobilità, sia orizzontale che verticale.

Gli atti di indirizzo inerenti l'organizzazione del lavoro e del rapporto con i dipendenti saranno oggetto di contrattazione sindacale nell'ambito dipartimentale, distrettuale e di presidio.

6.2 MODELLO FUNZIONALE

II modello organizzativo dell'Azienda si estrinseca in tre macrolivelli:

- Il livello della Direzione Generale cui compete la *missione direzionale* e cioè l'esercizio delle funzioni strategiche;
- il livello centrale cui compete la *missione funzionale* e cioè il supporto tecnico ed amministrativo alla funzione di indirizzo aziendale e rappresenta l'insieme delle strutture professionali di supporto sia all'azione della Direzione Generale che delle strutture operative;
- Il livello operativo cui compete la *missione produttiva* cioè l'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

6.2.1 IL LIVELLO CENTRALE

Il livello centrale è formato dall'insieme delle unità organizzative che costituiscono l'apparato tecnico, valutativo, amministrativo, contabile. Si compone di servizi amministrativi e di servizi di staff che svolgono funzioni di supporto per l'indirizzo e il coordinamento delle attività dirette alla realizzazione delle strategie aziendali.

I servizi del livello centrale sono impegnati nella "missione funzionale" dell'Azienda e per questo assumono un ruolo di servizio nei confronti della Direzione Generale da un lato, e dei dipartimenti e delle strutture produttive del livello operativo dall'altro, esercitando quelle funzioni strumentali o di supporto delineate dal D.Lgs. n. 29/93 (come aggiornato dal D.Lgs. n. 165/2001) da tenere distinte dalle funzioni finali che sono preordinate alla produzione dei livelli di assistenza e quindi delle prestazioni.

I compiti dei Servizi Centrali si sviluppano secondo due direttrici fondamentali, rispettivamente :

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

- Attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'Azienda delle funzioni di pianificazione ed indirizzo;
- Attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'Azienda delle funzioni di gestione controllo delle attività.

6.2.1.1 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Ai sensi e con le modalità previste dall'art. 14 del D.L.vo n. 150/2009 e s.m.i., nonché dalla Delibera n. 12/2013 dell'ANAC avente ad oggetto "Requisiti e procedimento per la nomina dei componenti degli OIV", l'Azienda istituisce l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, che opera in staff alla direzione strategica in posizione di autonomia.

L'Organismo Indipendente di Valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale, composto da tre componenti dotati dei requisiti previsti dalla citata normativa nonché dalla Delibera n. 12/2013 dell'ANAC, previo parere favorevole della Commissione.

La formulazione della richiesta di parere e il successivo provvedimento di nomina spettano all'organo di indirizzo politico-amministrativo.

I componenti debbono essere dotati di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche. Essi dovranno, dunque, avere un'appropriata cultura organizzativa che sia promotrice dei valori della trasparenza, integrità e del miglioramento continuo.

I componenti non possono essere nominati tra soggetti che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali, ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione, e dunque non devono ricorrere le incompatibilità previste dall'art. 13 comma 3 del D.lgs 150/2009 e s.m.i

L'Organismo dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del Direttore Generale e senza maggiori oneri per i bilanci delle aziende sanitarie, un'apposita struttura tecnica di supporto.
L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne delle aziende sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting.

Le modalità di funzionamento ed i compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

L'Organismo indipendente di valutazione della performance cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dal D.L.vo n. 150/2009, con particolare riferimento all'art.14.

Ai componenti dell'Organismo non può essere riconosciuto un compenso superiore a quello già previsto per i componenti del Nucleo di valutazione.

6.2.1.2 COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ (CUG)

L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art.57 del D.L.vo 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e

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

contro le discriminazioni" (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

II CUG è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi.

Il presidente del Comitato è designato dall'amministrazione.

II Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.

Nell'ambito del Comitato possono essere previste due specifiche sezioni tecniche composte dai componenti stessi del C.U.G. di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.

L'Azienda adotterà tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componenti delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'art.35, comma 3, lettera e) del D.Lvo 165/2001 e s.m.i.;
- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle Direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione tra vita professionale e vita familiare;
- può finanziare programmi di azioni positive e attività per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

6.2.1.3 SERVIZI AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA

L'organizzazione centrale dell'Azienda è articolata in Servizi afferenti alla Direzione Sanitaria e Amministrativa, in relazione alle specifiche attività e funzioni, a valenza di unità operative complesse.

Queste strutture costituiscono per la Direzione Strategica il primo ed essenziale strumento per esercitare la funzione di governo ovvero di indirizzo, programmazione e controllo sulla

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

gestione dell'attività complessiva dell'Azienda.

Le funzioni dirigenziali relative a queste strutture, e le relative responsabilità, sono attribuite nei modi previsti dalla normativa vigente e rispondono alle direttive del Direttore Sanitario e Amministrativo come di seguito elencate.

6.2.1.3.1 SERVIZI DELLA DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria fanno capo i seguenti Servizi con le relative unità operative semplici:

- Servizio di Prevenzione e Protezione
- Cure Primarie
- Direzioni dei Distretti Sanitari (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23)
- Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri
  - Aversa
  - Maddaloni / S. Felice a Cancello
  - Marcianise
  - Piedimonte Matese
  - Santa Maria Capua Vetere
  - Sessa Aurunca

Oltre ai Servizi elencati, afferiscono alla Direzione Sanitaria:

- Dipartimento Funzionale dei Servizi Strategici
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento della Salute Mentale
- Dipartimento della Prevenzione
- Dipartimento Funzionale delle Fragilità
- Dipartimento Funzionale della Programmazione
- Dipartimento Funzionale Farmaceutico
- Dipartimento Funzionale dell'Assitenza Materno-Infantile
- Dipartimento Funzionale dell'Area Medica
- Dipartimento Funzionale dell'Area Chirurgica
- Dipartimento Funzionale dei Servizi

6.2.1.3.3 SERVIZI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Nell'ambito dei Servizi afferenti alla Direzione Sanitaria per valorizzare tutte le professioni sanitarie, al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge del 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale del 10 aprile 2001 n. 4, l'Azienda provvede alla costituzione dei Servizi delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni della riabilitazione, delle professioni tecnico sanitarie e delle professioni di tecnico della prevenzione, in dettaglio:

- Servizio Infermieristico e Ostetrico con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico-Sanitario con a capo un Dirigente Responsabile;

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

- Servizio Tecnico Riabilitativo con a capo un Dirigente Responsabile;
- Servizio Tecnico della Prevenzione con a capo un Dirigente Responsabile.

Tali servizi espletano le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e devono utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi al fine di assicurare una adeguata risposta ai bisogni di salute dei singoli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo della qualità delle prestazioni delle professioni.

L'Azienda integra i predetti Servizi nei dipartimenti previsti dall'Atto aziendale, avuto riguardo all'omogeneità di competenza e di intervento, e delle aree disciplinari di riferimento che ne determinano il collegamento funzionale con tali dipartimenti.

É prevista la costituzione di specifiche aree/settori anche diversamente articolate, riferiti alle seguenti funzioni:

- Qualità
- Ricerca e Formazione continua e permanente
- Gestione risorse umane

I compiti dei dirigenti dei servizi di cui sopra, prevedono il concorso, per gli aspetti di competenza, alla individuazione e realizzazione degli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni proprie della specifica area professionale, legate alla promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione. Per questi si richiama integralmente quanto specificatamente contenuto nel regolamento di attuazione della Legge Regione Campania in premessa richiamata e cioè il D.G.R.C. n. 336/2003.

I servizi centrali delle professioni sanitarie sono a loro volta collegati con i Servizi Infermieristici e delle altre Professioni Sanitarie a livello Ospedaliero, Distrettuale, Dipartimentale e di Unità Operativa o Servizi cui è preposto personale anche con incarichi di posizione organizzativa, di coordinamento complesso e semplice.

L'incarico dei dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie e sociali sono conferiti attraverso le procedure concorsuali di cui all'art. 4 della citata Legge regionale n. 4/2001 e del DPCM del 25/01/2008 pubblicato nella G.U. – Serie Generale n. 48 del 26/02/2008.

L'Area dei Servizi delle Professioni Sanitarie viene collocata in staff alla Direzione Sanitaria ed in stretto rapporto con le altre strutture organizzative aziendali.

L'Istituzione del Servizio Sociale professionale viene rinviata dopo l'atto di emanazione delle norme regionali sulle modalità di attribuzione delle funzioni di direzione delle attività dell'area professionale dei servizi sociali.

6.2.1.3.2 COMPOSIZIONE DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Alla Direzione Amministrativa afferiscono i seguenti Servizi con le relative unità operative semplici:

- Servizio Economico-Finanziario.
- Servizio Gestione Risorse Umane.
- Servizio Affari Generali.
- Coordinamento Amministrativo dei Distretti Sanitari.
- Servizio Affari Legali con annesso Ufficio Gestione Liquidatoria (Le gestioni liquidatorie delle soppresse USL, affidate ai sensi dell'art.2, c.14, della L.

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

28/12/1995, N. 549, al Direttore Generale nella qualità di Commissario liquidatore, sono organizzate, nell'ambito delle direttive Regionali in materia, in una unica struttura di supporto per l'espletamento delle attività di cui alla L.R. 2/9/1996, n. 22 e L.R. n. 16 del 26.7.2002).
- Servizio Provveditorato Beni, Servizi.

Oltre ai Servizi elencati afferisce alla Direzione Amministrativa anche l'Area dei Servizi Tecnici Centrali, così composta:
- Servizio Tecnico Manutentivo Edilizia Ospedaliera, Programmazione e progetti d'investimento;
- Servizio Tecnico Patrimoniale per la Gestione e ottimizzazione del patrimonio aziendale e manutenzione immobili territoriali.

Nell'Area dei Servizi Tecnici sono istituiti gli Uffici Tecnici Periferici (UTP) che afferiscono solo per le funzioni tecniche ai Servizi centrali, e rispondono per le altre funzioni al Datore di Lavoro ove è ubicato l'UTP.

Sono previsti i seguenti Uffici Tecnici Periferici:

Ufficio tecnico Manutentivo Area 1: P.O. di Sessa Aurunca ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 14 e 23;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 2: P.O. di Piedimonte Matese ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono al DS n. 15;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 3: P.O. di Marcianise, Maddaloni e S. Felice a Cancello ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 12, 13 e 16;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 4: P.O. di Aversa ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 17, 18, 19 e 20;

Ufficio tecnico Manutentivo Area 5: P.O. di S. Maria C. Vetere ed immobili dipartimentali e distrettuali che afferiscono ai DS n. 21 e 22;

Alle dirette dipendenze del Servizio Tecnico Manutentivo Edilizia Ospedaliera, Programmazione e progetti d'investimento, si individuano i seguenti settori:

Settore Amministrativo;
Settore Manutenzione Impianti;
Settore Manutenzione Edilizia.

Alle dirette dipendenze del Servizio Tecnico Patrimoniale per la Gestione e ottimizzazione del patrimonio aziendale e la manutenzione immobili territoriali, si individuano i seguenti settori:

Settore Amministrativo;
Settore Patrimonio;
Settore Manutenzione Edilizia / Impianti.

In diretto collegamento con entrambi i Servizi, sono previsti:

Il Settore Progettazione ed Esecuzione Contratti;
L'Ufficio Energy Manager.

Il Direttore Generale individua, tra i Direttori dell'Area dei Servizi Tecnici quello che assolve la funzione di Coordinamento generale.

6.2.2 LIVELLO OPERATIVO

L'erogazione delle prestazioni ai cittadini/utenti compete alle strutture operative che garantiscono i livelli essenziali di assistenza articolate su tre aree: prevenzione della Salute

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

e Sanità pubblica; assistenza sanitaria distrettuale; assistenza sanitaria ospedaliera.

A queste aree di assistenza afferiscono, articolati in tre tipologie: UOC, UOS e UOSD.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura cui compete l'erogazione delle prestazioni di prevenzione e salute pubblica; esso si compone di Servizi Dipartimentali, Unità Operative Complesse e Semplici cui sono demandate la prevenzione collettiva, l'assistenza veterinaria, la prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Il livello assistenziale distrettuale è assicurato da strutture territoriali, ognuna competente per specifici ambiti d'azione:

- il Dipartimento di Salute Mentale, cui afferiscono n. 8 U.O.C. di salute mentale interdistrettuali ed una UOC Direzione Amm.va + 6 UOSD;
- il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, cui afferiscono n. 6 UU.OO. complesse + 3 UOSD;
- il Coordinamento Materno Infantile Territoriale con n. 5 UU.OO.SS. Materno-Infantili (UOMI) più una complessa con funzione di coordinamento;
- l'Assistenza Sanitaria di Base con n. 6 UU.OO.SS. Interdistrettuali;
- la Medicina Legale con 1 UOSD sovradistrettuale;
- la Riabilitazione con una UOC sovradistrettuale;
- le Cure Domiciliari (ADI) distrettuali con n. 4 UU.OO.SS. più una complessa con funzione di coordinamento;
- l'Ufficio distrettuale per le Relazioni con il pubblico e per l'integrazione ospedale-territorio, nell'ambito del quale sono previste funzioni affidate con incarichi di alta specializzazione nell'ambito dei Distretti coordinati dalla UOC Servizio Relazioni per il Pubblico;
- il Dipartimento Farmaceutico con n. 5 UOC; n. 4 UUOOSS Farmacia; n. 1 UOSD Ufficio Ordini e Liquidazioni - Integrazione Provveditorato/UU.OO.CC. Farmacie.

In ogni distretto viene comunque garantita la presenza di una funzione, con eventuale incarico di alta specializzazione, per ogni area di attività distrettuale (Assistenza Sanitaria di Base, Materno Infantile, Cure Domiciliari, Riabilitazione, etc.) al fine di garantire l'erogazione dei LEA.

Compete ai Presidi Ospedalieri, strutturati secondo le indicazioni della normativa vigente (DM 70/2015 e DCA 33/2016) assicurare il livello dell'assistenza sanitaria ospedaliera.

6.3 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOSD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO.

6.3.1 CRITERI DI PROGRAMMAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE (UOC)

Il Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (ex art.9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) nella seduta del 26 marzo 2012 ha approvato il documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN, così come previsto dall'art.12, c.1, lettera b) del Patto per la Salute 2010-2012. I parametri standard definiti dal documento sono:

- 17,5 posti letto per struttura complessa in ambito ospedaliero;
- 13.515 residenti per struttura complessa in ambito territoriale;
- 1,31 strutture semplici per struttura complessa, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

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

Con nota 279-P del 17.7.2012 il Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nel chiarire che "*lo standard 17,5 posti letto per struttura complessa è da intendersi a livello regionale*", ha precisato che "*ogni regione, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento di tali standard su scala regionale, articolando i parametri regionali anche in funzione delle riconosciute e documentate specificità tecnico-assistenziali, ovvero tecnico-scientifiche delle rispettive Aziende o Enti del SSN, che svolgono attività di alta specializzazione o di ricerca transnazionale, attività didattiche e formative, cui la Regione intende assegnare un particolare ruolo di rilevanza nazionale ed internazionale*". Di seguito la Regione Campania con DCA 18/2013 ha articolato i parametri sopra riportati per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture ospedaliere nell'ambito del servizio sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell'articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite ed in particolare delle specificità tecnico assistenziali delle Aziende Ospedaliere e delle esigenze scientifiche e didattiche delle Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS di diritto pubblico.

A seguito di questa rivisitazione i parametri fissati per l'individuazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero in Regione Campania sono stati così definiti:

- per i Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali: 1 struttura complessa ogni 22 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere e per l'Ospedale del Mare (vedi Nota Struttura Commissariale P2301/c del 20/04/2016): 1 struttura complessa ogni 16 posti letto;
- per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS di diritto pubblico: 1 struttura complessa ogni 14 posti letto.

Per i presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie lo standard di una struttura complessa ogni 22 posti letto è da intendersi a livello aziendale e può essere declinato dall'azienda in modo diverso da presidio a presidio.

Per i Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, identificate in base agli standard di cui sopra, è comprensivo dei servizi centrali di ogni struttura sanitaria (farmacia, radiologia, laboratorio di analisi, ecc.).

Per le unità operative complesse a direzione universitaria, presenti nelle Aziende ospedaliere e nei Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali, si applica il parametro fissato per le Aziende ospedaliere universitarie (14 posti letto per UOC).

Il presente Atto Aziendale garantisce il pieno rispetto del numero totale delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali come stabilito dal citato DCA 18/2013 e dal DM 70/2015, come esplicitato nelle tabelle allegate al presente piano.

A seconda del grado di intensità assistenziale, nel rispetto della programmazione prevista dal DCA 33/2016, le unità operative con meno di 15 posti letto sono state organizzate in Aree Funzionali Omogenee (AFO) al fine di ottimizzare le risorse anche attraverso la riorganizzazione degli spazi, l'aggregazione dei reparti e possibili modifiche strutturali che ne consentano una gestione efficiente. L'individuazione delle unità operative, complesse o semplici, è stata definita nell'Atto Aziendale sulla base di quanto stabilito dall'atto di indirizzo regionale. Le stesse sono state definite sulla base di una adeguata dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa

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

critica adatta qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.

Inoltre si é tenuto conto di quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano dei trattamenti diagnostici, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché di quelle garantite da servizi sanitari specialistici specifici che agiscono da supporto alle attività sanitarie in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse e a garanzia dell'ottimizzazione delle attività (volume e tipologia), é significativa l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche e assistenziali e l'organizzazione delle risorse in dotazione.

Le UOC dovranno assicurare il mantenimento di adeguati volumi di attività tramite il contenimento della degenza, il livello di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, e la conseguente realizzazione dei medesimi livelli di outcome/output.

Di norma, ogni UOC garantirà l'erogazione di prestazioni di natura diagnostica clinica e strumentale, nonché di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base delle linee di indirizzo regionale;
- mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale, per ciascuna tipologia, non possono superare quelle erogate in regime istituzionale;
- contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che di dispositivi medici.

A tal fine le UOC:

- erogano prestazioni a pazienti ricoverati in modo da consentire di contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro termini concordati utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali, per la conclusione tempestiva delle attività svolte in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, per la conservazione di margini operativi calibrati di norma sul parametro H12;
- garantiscono, per quanto concerne l'attività destinata ai pazienti ambulatoriali, l'erogazione di tipologie e quantità di prestazioni in modo tale da contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale, e mantenere il volume di attività allineato con criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime istituzionale non siano in alcun caso inferiori al 50% della somma delle prestazioni totali erogate in regime istituzionale e libero-professionale.

Ai fini della valutazione dell'attività in termini di complessità della casistica trattata e di efficienza operativa della struttura, si provvederà alla redazione, per ciascuna disciplina e per ciascuna UOC, di indicatori comparativi di performance che tengano conto tanto della complessità dei casi trattati e dell'efficienza operativa. Sulla base della lettura integrata di questi indici - confrontati con gli standard regionali e considerate le serie storiche - si definiranno i gradi di scostamento dei singoli reparti dagli standard di complessità ed efficienza.

6.3.2 UOSD IN AMBITO OSPEDALIERO

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici Dipartimentali che abbiano una funzione assistenziale assegnataria di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; in grado di erogare

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

autonomamente, in ambito medico o chirurgico o sanitario, generale o specialistico, servizi in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, o servizi ambulatoriali, o mix complessi di prestazioni terapeutiche o di diagnostica strumentale incruenta e/o invasiva; strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento a cui afferiscono e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse, tranne eventuali situazioni transmurali; caratterizzata da performance, quali-quantitativamente misurabili, realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile; adeguata dotazione organica autonoma.

6.3.3 UOS IN AMBITO OSPEDALIERO

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici che abbiano una struttura assistenziale/diagnostica che utilizzi risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; che sia strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e che sia caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

6.4 CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO TERRITORIALE.

6.4.1 UOC IN AMBITO TERRITORIALE

Le UOC Territoriali, nel rispetto delle linee guida regionali, garantiscono:

- Quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano della prevenzione, delle prestazioni medico-legali, del controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile ove previsto.
- Appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche preventive, medico-legali, cliniche e assistenziali e di organizzazione delle risorse in dotazione nonché di controllo della spesa farmaceutica convenzionata;
- mantenimento di adeguati volumi di attività.

Le Unità operative complesse di norma sono caratterizzate da:

- rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- valore delle risorse professionali, operative e organizzative;
- congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative.

Ogni UOC territoriale eroga prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale per ciascuna tipologia, non possono superare quelle erogate in regime istituzionale;
- contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che dispositivi medici.

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

6.4.1.1 UOSD IN AMBITO TERRITORIALE

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici Dipartimentali che abbiano una adeguata gestione di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; capacità di erogare autonomamente servizi sul territorio; funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse; performance quali-quantitativamente misurabile orientata ai fini delle attività di prevenzione, medico-legali, di controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile, ove previsto.

6.4.1.2 UOS IN AMBITO TERRITORIALE

Con il presente Atto aziendale si costituiscono Unità Operative Semplici territoriali che abbiano una struttura assistenziale/diagnostica di prevenzione che utilizzi risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di assistenza; che sia strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e che sia caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

6.5 CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al D.lgs 165/2001 e s.m.i., il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa, nel conferimento degli incarichi, sui principi di trasparenza, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e di valorizzazione del merito è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

Le modalità di conferimento degli incarichi rispettano le indicazioni della Delibera ANAC n. 831 del 3 Agosto 2016 "Determinazione di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" in base alla quale "*La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale con implicazioni anche con il settore degli acquisti, è infatti in capo al Direttore del dipartimento, sia esso ospedaliero o territoriale, la responsabilità anche in ordine alla corretta e razionale programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore Generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, le aziende sanitarie dovranno orientare le opportune misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avuto riguardo delle seguenti indicazioni:*

- *esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;*
- *predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei*

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

direttori di dipartimento;
- *esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;*
- *pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti a) e b)."*

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dal D.lgs 502/92 art. 15 così come modificato dal D.lgs 229/99, DD.PP.RR 483/97 e 484/97, D.lgs 165/2001 art. 26, dalla L.R. 32/1994, dalla L.R. 3/2006 come modificata dalla L.R. 4/2011.

Presupposto per generare il processo valutativo è obbligo per l'Azienda assegnare a ciascun Dirigente un incarico. Il conferimento degli incarichi impegna l'Azienda:
- a realizzare la ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del D.lgs. n.229/1999 e s.m.i.;
- attuare i principi di razionalizzazione e ottimizzazione previsti dal D.lgs. n. 165/2001 e dal D.lgs. n.150/2009 e s.m.i.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, l'Azienda valorizzerà quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista a seguito della valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati.

In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.

Qualora l'Azienda alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale non intende confermare l'incarico conferito al dirigente, ai sensi di quanto disposto dall'art.9, c.32, del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione e/o in assenza di una valutazione negativa, conferisce al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Relativamente agli incarichi di struttura semplice, il Piano Nazionale di Prevenzione della Corruzione recita: "*Incarichi di direzione di struttura semplice": Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'azienda sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa. Gli indirizzi di programmazione e gli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi, pongono chiari limiti all'istituzione e/o mantenimento di unità operative complesse e, conseguentemente, anche le unità operative semplici devono riparametrarsi in relazione alle prime sulla base di un rapporto predeterminato. Ne deriva, quindi, un presupposto vincolo di programmazione riferito alla circostanza che dette strutture devono essere predeterminate negli strumenti di programmazione regionale e aziendali, in numero (nel rispetto del rapporto posto come riferimento) e tipologia (nel rispetto degli standard per*

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

l'assistenza ospedaliera e territoriale).
Pertanto, sebbene la preposizione a tali strutture rientri tra gli incarichi da conferirsi, ai sensi dell'art. 15, co. 7-quater, d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico, la competitività è relativa – in questo ambito – sia al numero definito delle posizioni oggetto di conferimento dell'incarico, sia al potenziale numero di aspiranti che possiedono i previsti requisiti soggettivi.
Questa tipologia di incarico presenta procedure di conferimento che, rispetto ai casi già trattati nei precedenti paragrafi, risultano meno disciplinate da criteri generali e da atti di indirizzo nazionale, se non quelli derivanti dalla disciplina del Contratto collettivo nazionale (CCNL), sicché è più frequente riscontrare in questo ambito una certa variabilità di prassi regionali e/o aziendali sia nelle procedure di conferimento che nella durata degli incarichi (nei limiti del range stabilito da tre a cinque anni).
Come indicato per gli incarichi di cui al § 1.1.2, anche per questa fattispecie - ove la regione non regoli la materia – è opportuno che le aziende sanitarie adottino tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento, avuto riguardo delle buone prassi già adottate da alcune aziende e delle seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- *verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;*
- *pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);*
- *avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;*
- *costituzione della commissione selezionatrice;*
- *predeterminazione dei criteri di selezione;*
- *misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;*
- *esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);*
- *esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);*
- *pubblicazione degli atti del procedimento.*

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la composizione degli organi di natura tecnica che dovranno selezionare i candidati (es. sorteggio informatico).
Laddove invece non si preveda l'apertura di procedure competitive, è necessario – quale misura di prevenzione – richiedere un atto di responsabilità dell'organo nominante sul rafforzamento delle motivazione della scelta e di pubblicazione di quest'ultima.
Come precisato al § 1, si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.
Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e

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

ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo
Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale di cui al CCNL 8.6.2000 (art. 28) I biennio economico e, per quanto concerne in particolare gli effetti della valutazione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di maggior rilievo professionali o gestionali, nella disciplina di cui all'art. 33 del CCNL 8.6.2000, come sostituito dall'art. 28 del CCNL 3.11.2005.
Occorre pertanto che le aziende sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

Altre tipologie di incarichi

Incarichiconferitiaisensidell'art.15septiesdeld.lgs.502/1992

La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. A ciò si aggiunga che si tratta di incarico a tempo determinato attribuito al di fuori delle procedure ordinarie di reclutamento del personale, seppure nei limiti previsti dalla normativa vigente e nel rispetto dei vincoli dei tetti di spesa. A tale fattispecie si è fatto un progressivo diffuso ricorso negli ultimi anni da parte delle aziende sanitarie, con particolare riferimento a quelle afferenti alle regioni sottoposte ai c.d. piani di rientro. In tali regioni, infatti, la perdurante applicazione della manovra del blocco totale o parziale del turn over ha determinato, invero, un incremento del ricorso a tali procedure di reclutamento delle professionalità necessarie/carenti, con l'effetto paradossale di eludere la manovra del blocco delle assunzioni e di conferire carattere di instabilità all'organizzazione specie per taluni ruoli apicali oggetto di conferimento ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992.
Tuttavia, a fronte del prevalente interesse pubblico del pieno assolvimento dei livelli essenziali di assistenza, sotteso al ricorso a incarichi afferenti a tale tipologia, riconosciuto anche dalla magistratura contabile in sede di controllo, non è da escludersi la possibilità di un uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in considerazione del prevalere della natura fiduciaria dell'incarico.
Al fine quindi di supportare le organizzazioni sanitarie nell'individuazione di possibili rischi e relative misure di prevenzione, si forniscono anche per questo ambito raccomandazioni volte a massimizzare i livelli di trasparenza delle relative procedure attraverso anche un processo selettivo che dia conto dei criteri e delle scelte operate.
Nello specifico, tenuto conto della connotazione di eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico - in quanto ipotesi derogatoria rispetto alle regole generali per le assunzioni - , valgono anche per questa tipologia di incarichi le misure previste sia per gli altri incarichi dirigenziali che per le sostituzioni, ovvero:

- *pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;*
- *esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;*
- *esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione.*

Inoltre, per le medesime ragioni connesse all'eccezionalità del ricorso a tale tipologia di incarico, le amministrazioni sanitarie destinatarie del presente Piano, dovranno attribuire al soggetto esclusivamente l'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura in relazione ai requisiti ed alle caratteristiche per i quali la professionalità

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

è stata scelta. La durata dell'incarico di cui alla lettera b) deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi.
In ogni caso, al fine di perseguire i massimi livelli di trasparenza e di imparzialità nell'attribuzione degli incarichi, gli enti del SSN che abbiano funzioni prive di figure dirigenziali, ove si trovino nell'impossibilità documentata di espletare procedure concorsuali per assunzioni a tempo indeterminato, è opportuno che ricorrano a procedure concorsuali per il reclutamento delle relative figure dirigenziali ancorché a tempo determinato così da assicurare procedure ad evidenza pubblica, e non alla fattispecie di cui all'art. 15-septies del d.lgs. 502/1992, in considerazione della tipicità e della straordinarietà di questo istituto."

L'Azienda procede al conferimento delle seguenti ulteriori tipologie di incarico:

- Incarichi professionali di alta specializzazione: sono incarichi di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo; si inseriscono nelle articolazioni funzionali delle strutture complesse individuate nel modello organizzativo aziendale in quanto rappresentative di elevate competenze tecnico-professionali produttive di prestazioni quali/quantitative complesse nell'ambito della disciplina e dell'organizzazione interna della struttura cui afferiscono; tali incarichi possono riguardare anche ambiti di prestazione non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In essi prevale la specifica competenza professionale. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.
- incarichi di natura professionale, con riferimento ai dirigenti con meno di 5 anni di servizio, rilevanti all'interno della struttura di assegnazione e caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base della disciplina di appartenenza.

I rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi di cui ai punti precedenti sono riferiti esclusivamente alle determinazioni assunte con specifico provvedimento dell'Azienda in merito alla graduazione delle funzioni, nel quadro del modello organizzativo aziendale, nel rispetto dei CC.CC.NN.LL. ed agli effetti dai medesimi previsti.

Tutti gli incarichi di cui ai comma precedenti sono conferiti dal Direttore Generale, con le seguenti modalità:

- Gli incarichi di responsabile di struttura semplice, gli incarichi di natura professionale e di alta specializzazione, sono conferiti con atto scritto e motivato a dirigenti con almeno cinque anni di servizio, su proposta del Direttore della struttura complessa di appartenenza, a seguito di valutazione positiva delle attività professionali espletate e dei risultati conseguiti, effettuati ai sensi e per gli effetti all'uopo previsti dal D.Lgs. n. 502192 e s.m.i., a tempo determinato, per un periodo non inferiore a tre anni e non superiore a cinque (secondo la natura dell'incarico), con facoltà di rinnovo.
- Gli incarichi di strutture semplici dipartimentali sono conferiti dal Direttore Generale su indicazione del Direttore del Dipartimento.
- Gli incarichi di Direzione delle strutture centrali di staff alla Direzione Strategica si configurano come incarichi dirigenziali a carattere strettamente fiduciario e sono conferiti direttamente dal Direttore Generale. La durata dell'incarico è stabilita dal Direttore Generale con facoltà di revoca motivata per il venir meno del rapporto fiduciario.

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

- Gli incarichi di natura professionale a dirigenti con meno di cinque anni di servizio vengono conferiti dal Direttore della struttura complessa di appartenenza, decorso il periodo di prova. Essi comportano l'assegnazione di precisi ambiti di autonomia progressivamente ampliati, previa valutazione e verifica, da espletare nel rispetto degli indirizzi forniti dal dirigente responsabile della struttura di appartenenza e consistenti in funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. Il conferimento di detto incarico avviene con atto scritto.
- Gli incarichi di Direttore di Dipartimento sono conferiti con le procedure ex art. 17-bis del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il Direttore di Dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui é preposto.

In nessun caso l'attribuzione degli incarichi modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo d'età.

L'Azienda, mediante il conferimento degli incarichi, tende a realizzare modalità di organizzazione e di funzionamento delle proprie strutture coerenti con le linee di indirizzo della programmazione nazionale e riconducibili ai principi di sussidiarietà, unitarietà, completezza, efficienza/efficacia, economicità, adeguatezza, qualità, centralità dell'utenza, valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse professionali, autonomia organizzativa e gestionale.

Nell'ambito e in attuazione dei suddetti principi, l'Azienda, nell'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali, utilizza i seguenti ulteriori criteri di valutazione:

- capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione intra ed extra aziendale, al possesso di tecniche di management;
- capacità di aggregazione del consenso sui valori e sugli obiettivi assunti dall'Azienda;
- capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali nella realizzazione degli obiettivi aziendali, in relazione a risultati conseguiti;
- riconosciuta sensibilizzazione alle strategie dell'umanizzazione e di tutela dell'utenza;
- frequenza e superamento dei corsi di formazione manageriale ex art. 16-quinquies del D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, e relativi all'organizzazione e alla gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e di bilancio, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni;
- partecipazione a corsi di aggiornamento professionale obbligatori e facoltativi;
- tipologia e durata di incarichi precedentemente svolti;
- curriculum con particolare riguardo a natura e durata delle funzioni svolte negli ultimi cinque anni, a caratteristiche e contenuti delle pubblicazioni, all'attività didattica, di sperimentazione o di ricerca, al possesso di esperienze e di conoscenze correlate all'incarico da conferire.

Gli incarichi di cui agli art.15-septies, commi 1 e 2, e 15-octies del D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sono conferiti dal Direttore Generale con atto scritto e motivato su base fiduciaria e discrezionale, nel rispetto delle norme vigenti con l'approssimazione all'unità intera successiva proveniente dall'applicazione delle percentuali previste.

6.5.1 REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Gli incarichi sono revocati con atto motivato secondo le procedure previste dall'art. 30 e 31 del CCNL 3/11/2005 della dirigenza in caso di:

- inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale;
- mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati accertato dagli organi di verifica e

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

valutazione;
- responsabilità grave e reiterata ed in tutti gli altri casi previsti dal contratto di lavoro.

La revoca dell'incarico determina l'assegnazione ad altro incarico di valore economico inferiore di quello in godimento.

Nei casi di maggiore gravità il Direttore Generale può recedere dal rapporto di lavoro secondo la disciplina prevista dal codice civile e dai contratti collettivi di lavoro.

6.5.2 DISCIPLINA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI NON DIRIGENZIALI

Gli incarichi e le funzioni connesse alle "Posizioni Organizzative" riservate al personale non dirigente sono conferiti dal Direttore Generale sentiti i dirigenti sovraordinati.
I criteri e le procedure per il conferimento, revoca, graduazione, valutazione e verifica delle funzioni svolte, sono definite con apposito regolamento adottato previa concertazione con le OO.SS..

TITOLO VII- ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI

7.1 DIPARTIMENTI

Il dipartimento é una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione cui e preposto. L'Azienda, pertanto, ritiene la struttura organizzativa dipartimentale quale strumento di ottimizzazione interna, capace di garantire un miglior svolgimento della sua *mission*.

Il dipartimento, secondo la sua tipologia, é costituito da aree funzionali-organizzative e strutture organizzative, semplici e complesse che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

L'individuazione dei Dipartimenti è essere funzionale all'Azienda e tiene conto della complessità della stessa, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, integrati, transmurali; comunque siano definiti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative.

L'Azienda istituisce i Dipartimenti strutturali previsti dalle norme vigenti, nei quali l'organizzazione è predeterminata (Dipartimento di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze) e Dipartimenti funzionali (Ospedalieri, Programmazione, Servizi Strategici, Farmaceutico, Fragilità, ecc.).

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

Le strutture "semplici", quali articolazioni di quelle complesse, vengono comprese nella struttura principale aggregata.

7.1.1 TIPOLOGIE DI DIPARTIMENTO

In rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale si distinguono:

- Dipartimento strutturale: aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.
- Dipartimento Funzionale: aggregazione di strutture con il compito dell''integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti, finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.
- Dipartimento transmurale: dipartimenti operativi che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali per aree omogenee di assistenza.
- Dipartimento Integrato: che stabilisce interazioni tra aziende sanitarie esclusivamente nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

L'individuazione dei Dipartimenti è funzionale agli obiettivi dell'Azienda e tiene conto della complessità delle funzioni, del numero di strutture complesse e degli obiettivi che quest'ultime devono conseguire.

Il Dipartimento trova ragion d'essere in quanto serve a razionalizzare, in termini di efficienza e di economicità, i rapporti tra diverse strutture organizzative.

Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica ed il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Distretto;
- la valutazione di efficacia;
- assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- collaborare alla definizione del budget distrettuale;
- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:
    - degli indirizzi strategici
    - dell'analisi della domanda
    - dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;

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

- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

I Dipartimenti, inoltre, adottano linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, e sono funzionali all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali.

Pertanto la scelta di armonizzare le competenze tecnico/professionali al fine di evitare da un lato la frammentazione delle risposte, dall'altro la variabilità delle opzioni erogative, sostanzia la focalizzazione e il valore aggiunto del Dipartimento.

I Dipartimenti strutturali sono caratterizzati inoltre dalla necessità di realizzare una conduzione degli interventi fortemente unitaria e pertanto sono strutturati in modo da esercitare una forte giurisdizione sulla gestione delle risorse, sulla definizione degli obiettivi e sulla realizzazione delle funzioni. Tale tipologia di Dipartimento assume la valenza di soggetto negoziale per l'attribuzione del budget.

I Dipartimenti funzionali invece collaborano alla definizione del budget distrettuale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi distrettuali.

L'assetto organizzativo del Dipartimento presuppone:
- aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre e non superiore a 15). Le Unità Operative complesse costituenti i dipartimenti ospedalieri devono, di norma, essere afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e s.m.i., con eccezione dei presidi ospedalieri mono-specialistici;
- una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;
- presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.);
- dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

7.1.2 II DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

II Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i Dirigenti di Unità Operative Complesse afferenti al Dipartimento stesso, su proposta dal Comitato di Dipartimento.

La durata dell'incarico di Direttore di Dipartimento é di cinque anni con valutazione annuale secondo le modalità precisate nell'Atto aziendale e secondo il relativo regolamento.

L'incarico può essere rinnovato una sola volta.

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

Il Direttore del Dipartimento, in particolare:
- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato di Dipartimento;
- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti, al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- verifica la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli dell'Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative aziendali (nel caso dei dipartimenti funzionali);
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del Dipartimento (nel caso dei dipartimenti strutturali);
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle linee guida regionali;
- risponde dei risultati complessivi del Dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

L'azienda assegna al Direttore del Dipartimento un supporto tecnico amministrativo, con l'attribuzione di risorse umane e strumentali che consentano la piena realizzazione dei compiti affidati.

7.1.3 COMITATO DI DIPARTIMENTO

L'Azienda istituisce, ai sensi dell'articolo 17-bis del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., il Comitato di Dipartimento, composto da componenti di diritto e da componenti di nomina elettiva.

I componenti di diritto sono:
- il Direttore del Dipartimento, che lo presiede
- i Coordinatori di Area
- i Direttori e/o Responsabili di unità operativa con autonomia gestionale delle rispettive tre aree contrattuali

La parte elettiva è composta da un rappresentante per ciascuna area contrattuale.

Il Comitato dura in carica 3 anni. Esso si riunisce previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento e di ogni seduta viene redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la Direzione del Dipartimento.

Le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabiliti nell'apposito Regolamento.

Il Comitato di Dipartimento:
- definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del Dipartimento;
- definisce linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del Dipartimento;
- adotta modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza erogata;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdipartimentali;
- propone piani di aggiornamento e riqualificazione del personale.

Il Comitato di Dipartimento assolve alla verifica periodica degli obiettivi e individua eventuali interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse; si esprime, inoltre, in merito a:

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

- gestione ed utilizzazione, in modo coordinato ed integrato, delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per il perseguimento degli obiettivi;
- definizione degli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la direzione strategica;
- verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

7.1.4 COMPITI ED ATTIVITÀ GESTIONALI DEL DIPARTIMENTO

Le funzioni dei Dipartimenti comprendono in particolare:

- Definizione dei progetti e programmi, individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali a supporto della Direzione Generale e nei confronti delle strutture ad esso afferenti;
- Coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo;
- Studio, applicazione e verifica di strumenti quali linee guida , protocolli ed altri, per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature;
- Contenimento dei costi di gestione del Dipartimento entro il budget assegnato con rilevazione puntuale di tutte le prestazioni svolte;
- Gestione delle risorse finanziarie assegnate al Dipartimento, con il monitoraggio dell'andamento degli obiettivi specifici di Dipartimento in termini di attività e costi, con particolare riferimento agli indicatori di performance negoziati nell'ambito del budget per ognuna delle Unità Operative che compongono il dipartimento;
- Attuazione dell'attività libero-professionale intra-muraria.

I Dipartimenti sanitari assistenziali, oltre alle funzioni di cui sopra, hanno il compito di:

- Utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi;
- Coordinamento tra le attività del Dipartimento e le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi del Dipartimento stesso nel territorio, e in particolare nei Distretti, nonché con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta, al fine di realizzare l'indispensabile raccordo tra ospedale e strutture territoriali per la definizione del piano di dimissione del paziente e gestione del successivo follow-up, garantendo la continuità assistenziale;
- Promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
- Valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita, adottando le opportune metodiche con particolare riguardo alle prestazioni erogate ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse.

7.1.5 ATTIVITÀ INTERDIPARTIMENTALI

È funzione del Dipartimento promuovere e sviluppare il lavoro interdisciplinare all'interno del Dipartimento e tra Unità Operative ed altre articolazioni appartenenti ai Dipartimenti differenti.

A tal fine possono essere costituiti Gruppi Operativi Interdipartimentali Permanenti (GOIP) o Temporanei (GOIT), in relazione a specifiche problematiche di interesse dipartimentale o

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

aziendale.

I Dipartimenti, le Unità Operative e le altre articolazioni coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi fissati, dovranno assegnare ai gruppi operativi le eventuali risorse necessarie.
II Coordinatore dei gruppi operativi è indicato dai Direttori di Dipartimento delle UU. OO. coinvolte, in base alla specifica competenza, in ordine alla tematica del gruppo.

Qualora la costituzione dei gruppi operativi e l'eventuale loro assegnazione di risorse non fosse stata già definita nel Piano Annuale di attività, andrà inoltrata specifica richiesta alla Direzione Generale per la modifica del relativo budget.

7.1.6 REGOLAMENTO INTERNO DEL DIPARTIMENTO

Ogni Dipartimento redige e propone alla Direzione Generale, per l'approvazione, un proprio Regolamento interno, che sarà pubblicato sul sito aziendale.

Nel Regolamento sono indicate:
- le finalità proprie;
- le funzioni specifiche;
- le attività di competenza;
- l'organizzazione interna;
- gli organi del dipartimento;
- il processo decisionale;
- i criteri adottati di verifica e controllo dell'attività clinica, scientifica e di gestione.

II Regolamento viene redatto e proposto dal Direttore di Dipartimento ed approvato dal Comitato di dipartimento prima dell'invio alla Direzione Generale, uniformandosi ai principi generali organizzativi, gestionali e funzionali di cui al Regolamento Regionale ed al presente Atto Aziendale.

Modifiche al Regolamento interno potranno essere proposte alla Direzione Generale, una volta approvate dal Comitato di dipartimento.

7.1.7 BUDGET DEL DIPARTIMENTO

Il budget del Dipartimento è costituito in termini strutturali o funzionali sulla base di distinte voci relative ai costi delle risorse umane, tecniche e strutturali assegnate, ai consumi previsti per tutti i beni e servizi.

Il budget del Dipartimento comprende separatamente eventuali finanziamenti per programmi e progetti dipartimentali, per attività di formazione ed aggiornamento, didattiche e di ricerca.

All'inizio di ogni anno, il Direttore Generale, con riferimento alla pianificazione e programmazione aziendale, concorda con i Direttori dei Dipartimenti i programmi e i progetti annuali.

Il Direttore del Dipartimento, previo parere favorevole del Comitato di Dipartimento, sulla base di quanto concordato con la Direzione Generale, assegna l'articolazione del budget attribuito, destinando specifiche risorse alle strutture individuate quali centri di responsabilità economica, dopo aver concordato con i rispettivi Responsabili i programmi ed i piani di attività che le singole strutture dovranno svolgere nell'ambito degli obiettivi programmati dal Dipartimento. L'impiego delle risorse, nel loro complesso, è verificato in termini di risultati, prodotti, obiettivi raggiunti, in relazione ai programmi dell'Azienda.

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

Con le stesse modalità di cui ai commi precedenti il Direttore di Dipartimento disciplina le modalità organizzative e gestionali degli eventuali programmi e/o progetti speciali affidati dal Direttore Generale, con le relative risorse economiche.

Gli atti del Direttore di Dipartimento relativi a programmi e progetti speciali devono prevedere:

- la individuazione dei fondi specifici allo scopo destinati;
- la individuazione degli obiettivi generali e specifici da raggiungere;
- la individuazione nominativa del personale coinvolto con le relative risorse premianti da ripartire esclusivamente tra chi contribuisce all'attuazione dei programmi e/o progetti;
- la individuazione di sistemi di valutazione relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi fissati.

7.1.8 RESPONSABILE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E TECNICO- SANITARIO

L'incarico di Responsabile dipartimentale del personale infermieristico e tecnico-sanitario, è conferito rispettivamente al capo sala, o al Coordinatore infermieristico,o al Coordinatore tecnico sanitario di una delle Unità Operative appartenenti al Dipartimento.

L'incarico viene conferito dal Direttore Generale, sentito il Direttore dell'area dei Servizi delle professioni sanitarie e il Direttore del Dipartimento.

In caso di assenza o impedimento temporaneo, il responsabile può essere sostituito da altro capo sala o capo tecnico di sua nomina, per un periodo non superiore a tre mesi.

I Responsabili infermieristici e tecnici di dipartimento si rapportano, per l'espletamento delle loro competenze e funzioni, con il Responsabile di area territoriale o ospedaliera sovraordinato e, nel caso di dipartimento ospedaliero, anche con l'ufficio infermieristico di presidio.

I Responsabili dipartimentali del personale infermieristico e tecnico sanitario svolgono, ognuno nei confronti del personale e delle attività di pertinenza, le seguenti funzioni, sentita la direzione sanitaria del presidio per le aree di competenza:

- collaborano col Direttore di Dipartimento per la definizione dei provvedimenti da adottare in ordine all'organizzazione dell'assistenza all'interno del Dipartimento;
- assicurano l'omogenea organizzazione delle attività infermieristiche e tecnico sanitarie del Dipartimento nel rispetto delle linee guida ed indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento;
- propongono al Comitato di Dipartimento i piani annuali di intervento, gli obiettivi prioritari, gli standard e gli indicatori di qualità per l'assistenza infermieristica e per le attività tecnico sanitarie;
- collaborano col Direttore del Dipartimento alla definizione dei piani di aggiornamento, di didattica e di ricerca scientifica del personale infermieristico e tecnico sanitario;
- rappresentano il personale infermieristico e tecnico sanitario del Dipartimento nei rapporti con il Direttore del Dipartimento e con il Comitato di Dipartimento.

7.1.9 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è una macro struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione

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

della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

A tal fine il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con gli altri dipartimenti dell'azienda e delle aziende ospedaliere insistenti sul territorio, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Il Dipartimento di prevenzione inoltre:
- assicura il complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione
- ricerca in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti.

Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità e, come tale, è dotato di una organizzazione flessibile, capace di adattarsi alle esigenze territoriali.

Il Dipartimento di Prevenzione realizza i suoi compiti attraverso strutture funzionalmente riferibili a quattro aree (Igiene Pubblica, Igiene degli Alimenti, Veterinaria, Igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) interconnesse tra loro, anche grazie al collante metodologico dell'Epidemiologia, come disciplina operativa di raccolta, elaborazione e ricaduta operativa di dati ed informazioni.

Ad esso sono assegnate, in forza di attribuzioni di legge, i compiti di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'Autorità Sanitaria locale di seguito elencati:
- profilassi delle malattie infettive e parassitarie attraverso le attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e controllo, con particolare attenzione ai piani di immunoprofilassi;
- tutela della collettività dai rischi sanitari negli ambienti di vita e di lavoro con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, con particolare attenzione alle attività di sorveglianza epidemiologica, di gestione del Registro Nominativo delle Cause di Morte, di promozione di stili di vita e comportamentali per la salute;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- prevenzione e tutela della salute e delle attività sportive, con opportuni progetti educazionali;
- sanità pubblica veterinaria, che comprende:
    - la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
    - farmacovigilanza veterinaria;
    - igiene delle produzioni zootecniche;
    - tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

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

Sono finalità generali del Dipartimento di Prevenzione:

- Lo sviluppo di una specifica competenza nell'area della progettazione e della valutazione degli interventi di prevenzione;
- La massima integrazione, sia con l'utenza attraverso l'istituzione di uno sportello informativo unico (in rete distrettuale) di accesso alle prestazioni del Dipartimento, sia con le articolazioni organizzative attraverso la realizzazione di programmi e progetti inter-servizi ed inter-istituzioni;
- Il raccordo con l'Agenzia Regionale per la Prevenzione Ambientale e i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL regionali, per lo sviluppo di un sistematico rapporto di collaborazione per la individuazione delle aree prioritarie di intervento e per la realizzazione di programmi comuni;
- Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di salute del piano Sanitario Regionale, attraverso la rete di sorveglianza epidemiologica;
- La garanzia della qualità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione, in particolare relativamente all' igiene e sanità pubblica, alla sicurezza negli ambienti di lavoro, all'igiene degli alimenti e della nutrizione e nei servizi veterinari;
- La funzione di supporto tecnico nei confronti degli Enti locali e, ove richiesto, di altri soggetti istituzionali pubblici.

Metodologicamente, il Dipartimento di Prevenzione opera sulla base di un Piano annuale di intervento, che tiene conto degli adempimenti stabiliti da normative regionali, nazionali e comunitarie nonché dai Regolamenti Comunali di Igiene, compatibile con il budget attribuito dalla Direzione Aziendale; il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è responsabile della predisposizione, della gestione e del controllo del piano annuale di lavoro.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione è stata modulata secondo i principi di flessibilità, adattabilità, revisione periodica, orientamento progettuale delle attività, tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi, del radicamento territoriale dei servizi, dell'entità numerica della popolazione (umana ed animale) delle caratteristiche orografiche, della viabilità, dei collegamenti nell'ambito aziendale, delle esigenze culturali dei territori nonché le loro specificità di richieste prestazionali.

È stata predisposta una organizzazione su due livelli. Un livello centrale costituito da una tecnostruttura investita da una cosiddetta "*mission funzionale*" e cioè di Direzione tecnico-organizzativa e gestionale complessiva, sovrintendendo alla programmazione generale delle attività, alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità degli interventi, del rispetto dei livelli minimi di assistenza. Un livello territoriale costituito da Unità organizzative cui viene affidata la cosiddetta "*mission produttiva*" al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA). Questo livello operativo si concretizza nelle UU.OO. complesse e semplici distrettuali che opereranno in ambiti territoriali definiti, tali da presidiare l'intero territorio.

Nell'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e delle U.O. che lo compongono, ivi comprese le funzioni tecnico-sanitarie, la funzione di vigilanza, pur esercitata in maniera coordinata in ambito dipartimentale, viene considerata come strumento specialistico nell'ambito di ciascuna U.O., a fianco alla informazione, formazione e assistenza e a tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa.

Nel Dipartimento di Prevenzione della ASL Caserta sono previste tre Aree così composte:

- Area Igiene Pubblica e della Promozione della Salute, ove afferiscono quattro strutture complesse:
    - Servizio di Epidemiologia e Prevenzione (SEP)

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

  - Servizio di Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori
  - Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
  - Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN)
- Area Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro, ove afferiscono due strutture complesse:
  - Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro (SPSAL)
  - Servizio di igiene e medicina del Lavoro (SIML)
- Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ove afferiscono tre strutture complesse:
  - Servizio veterinario di Sanità animale (Area A)
  - Servizio veterinario Igiene degli Alimenti di origine animale (Area B)
  - Servizio veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C).

Il Direttore del Dipartimento coordina funzionalmente le attività specifiche nelle unità operative centrali, compreso le U.O.S.D. (Educazione alla Salute, Accreditamento Strutture Sanitarie, UOPLL DS 12, 13, 14, 15 e 16, UOPLL DS 12, 18, 19, 20, 21, 22 e 23).

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è scelto dal Direttore Generale tra i Direttori dei Servizi dipartimentali con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione del Dipartimento. L'incarico di Direttore del Dipartimento di Prevenzione prevede il mantenimento della direzione della UOC di provenienza.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è coadiuvato da un Direttore Amministrativo (responsabile di UOC) per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo, per l'organizzazione delle attività amministrative tecniche ed economali, assicurando le funzioni di segreteria, protocollo, gestione del personale, provveditorato ed economato, servizi tecnici di manutenzione e ragioneria.

Le UU.OO. territoriali, quali centri di responsabilità che erogano le prestazioni sanitarie della prevenzione su indicazioni delle su elencate UOC, si articolano in Unità operative di Prevenzione collettiva (UOPC) ed Unità operative Veterinarie (UOV).

Le articolazioni interne delle UOV e delle UOPC distrettuali rappresentano funzionalmente lo sviluppo territoriale dei Servizi Dipartimentali o incarichi di alta professionalità.

L'organigramma delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali è illustrato nelle tabelle allegate al presente Atto Aziendale.

7.1.10 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale preposta alla promozione ed alla tutela della Salute Mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche.

Esso è un Dipartimento strutturale, dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

La struttura organizzativa aziendale (DSM) e periferica (UOSM) prevista tiene conto di quanto previsto dalla DGRC n. 7262 del 27/12/2001 concernente "Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e dal Programma Obiettivo Regionale per la Salute Mentale in Campania" ex DGRC n. 2132 del 20/06/2003, integrato con le Linee di Indirizzo Nazionali, recepite con DGRC n. 1680/09 che, tra l'altro,

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

pongono particolare attenzione al sostegno abitativo, alla residenzialità e domiciliarità, al sistema informativo nazionale per la Salute Mentale, alla formazione e ricerca. E' disciplinata dalla deliberazione ASL Caserta n. 1526 del 03/12/2015 ad oggetto "*Regolamenti per l'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale e per l'organizzazione ed il funzionamento della S.I.R*. Adozione ". Tale regolamento sarà pubblicato sul sito aziendale.

E' costituito da strutture organizzative semplici, semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti. A tal fine il dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico- finanziari.

La Direzione Dipartimentale coordina le Unità Operative di Salute Mentale (U.O.S.M.), strutture complesse dotate, anch'esse, nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione dipartimentale, di autonomia gestionale, clinica, tecnico organizzativa ed amministrativa, deputate alla diagnosi, prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie psichiatriche nell'ambito del territorio di competenza.

L'attività clinico/riabilitativa viene esercitata anche attraverso il sistema d'integrazione ospedale/territorio, quella sociale, per le quale la U.O.S.M. stringe rapporti programmati con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con i Coordinamenti distrettuali sociosanitari e con le Compagini Sociali e del Terzo Settore.

Al fine di garantire la tutela della Salute Mentale, il D.S.M., di concerto con le Direzioni dei Distretti e degli altri Dipartimenti territoriali ed ospedalieri, mediante le proprie articolazioni operative nella loro autonomia, assicura:

- L'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
- La presa in carico degli utenti;
- La continuità dell'assistenza in un unico programma coordinato tra le varie articolazioni del DSM;
- L'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O.), definendone i criteri e le modalità per la realizzazione;
- Gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;
- Gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie;
- I piani terapeutico-riabilitativi per utenti gravi e la loro realizzazione;
- Il coordinamento con le U.O.M.I., la neuropsichiatria infantile, la geriatria, la riabilitazione, i Ser.D. e la medicina penitenziaria;
- Il rapporto con i medici di base ed i servizi del distretto sanitario;
- La collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti;
- Il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- Le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale;
- Il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.N.;
- Lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti, senza discriminazioni;
- Raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi inerenti all'attività di salute mentale dei singoli bacini di utenza;

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

- La promozione degli opportuni controlli per la verifica della rispondenza delle strutture afferenti ai requisiti minimi di cui alla DGRC 7301/01 e s.m.i ed attiva iniziative consequenziali in caso di accertata non conformità;
- L'adozione di sistemi di monitoraggio e verifica delle modalità di erogazione dell'attività assistenziale, per l'implementazione di misure volte al miglioramento dei percorsi di qualità;
- L'organizzazione interna dell'attività libero-professionale intramoenia secondo le procedure applicate dall'Azienda..

Sono organi del Dipartimento:
- La Direzione del Dipartimento;
- Il Comitato di Dipartimento;
- L'assemblea del DSM;
- La Consulta per la Salute Mentale.

La Direzione del Dipartimento è affidata, con specifico contratto triennale, rinnovabile per una sola volta, con atto deliberativo del Direttore Generale, ad uno dei direttori delle Unità Operative complesse afferenti al Dipartimento stesso, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento. Egli risponde direttamente al Direttore Generale ed ai Direttori Sanitario ed Amministrativo dell'Azienda Sanitaria Locale per quanto di competenza.

Il Direttore del Dipartimento, nell'ambito delle attività gestionali, si avvale della collaborazione di un Ufficio di Direzione, composto dai Direttori delle UU.OO.SS.M. e dal Direttore Amministrativo.

Il Direttore del DSM rimane titolare dell'incarico e della responsabilità della UOSM di cui è titolare;

Nell'esercizio della funzione di Direttore del Dipartimento, verificati gli impegni della funzione, può indicare un Dirigente Medico tra i dirigenti di struttura semplice afferenti alla U.O.S.M., per agire in sua vece per l'ordinario, in caso di assenza e per scelte inderogabili.

Il Direttore del DSM:
- negozia annualmente, con il Direttore Generale, il budget del DSM , in funzione di quanto stabilito dal Comitato di Dipartimento;
- definisce il programma annuale coincidente con i macro-obiettivi aziendali;
- garantisce lo svolgimento di adeguate attività di prevenzione, cura e riabilitazione, curando il collegamento tra le UUOOSM
- attua le verifiche periodiche dell'operato dei Direttori UU.OO.S.M. e U.O.S.D. secondo le modalità aziendali;
- controlla l'aderenza dei comportamenti dei singoli al dettame etico-gestionale dell'Azienda e ai criteri di volta in volta stabiliti in sede di Comitato di Dipartimento;
- rappresenta il DSM nei rapporti con la Direzione Generale e gli Organismi esterni;
- cura il collegamento e l'integrazione tra le attività di salute mentale e le attività complessive dell'ASL, nonché quelle di carattere socio-assistenziale eventualmente delegate dagli Enti Locali alla ASL;
- verifica l'attuazione delle linee programmatiche adottate, redigendo e pubblicando analitica relazione consuntiva annuale;
- propone, su indicazione del Comitato di Dipartimento e concordando con le strutture ASL preposte alla formazione, le iniziative finalizzate all'aggiornamento professionale ed alla formazione permanente degli operatori, utilizzando le risorse destinate a tale scopo dalla Regione, anche in collegamento con le Università, gli Istituti ed Enti di Ricerca, ed i Ministeri competenti, nonché ogni altra Agenzia accreditata per le finalità

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

di cui sopra;
- mantiene gli opportuni collegamenti con gli omologhi DSM, promuovendo protocolli operativi inter-aziendali;
- raccoglie, elabora e valuta, in costante collegamento con le UUOOSM, ed in raccordo con gli osservatori epidemiologici Regionali e centrali, i flussi informativi inerenti l'attività di salute mentale dei singoli bacini di utenza, curando in particolare l'omogeneità delle relative procedure, e provvede alla redazione e diffusione di una apposita relazione annuale;
- promuove ed incentiva l'attività di ricerca scientifica nel rispetto di quanto stabilito in Comitato di Dipartimento;
- stabilisce l'ordine del giorno e il calendario degli incontri dell'Ufficio di Direzione;
- stabilisce il calendario degli incontri del Comitato di Dipartimento (almeno 1 volta ogni 2 mesi), dell'Assemblea e della Consulta (almeno una volta l'anno per ogni organismo); convoca, inoltre, il Comitato di Dipartimento ogni volta che lo ritiene necessario per il presentarsi di problemi o di opportunità; la convocazione può essere sancita dal Direttore di Dipartimento anche su richiesta di almeno 2 membri del Comitato di Dipartimento;
- redige, conserva e diffonde i verbali degli incontri ufficiali dei diversi organismi dipartimentali.
- Formula proposte di assegnazione al Direttore Generale di titolarità di UU.OO.CC., Semplici Dipartimentali, Semplici, nonché incarichi di natura Professionale;
- È componente del Collegio di Direzione aziendale

Il Direttore del D.S.M., sentito l'Ufficio di Direzione, dispone sui seguenti temi:
- distribuisce annualmente il budget assegnato dalla direzione aziendale tra le singole UU.OO.S.M. per le diverse funzioni;
- provvede alla gestione delle risorse attribuite al dipartimento, tenendo presenti le indicazioni emerse anche in sede di Comitato di Dipartimento;
- assicura il funzionamento del Dipartimento, attuando i modelli organizzativi stabiliti anche in sede di Comitato di Dipartimento;
- propone il bisogno formativo degli operatori per la parte relativa alla competenza assistenziale e la integra con le proposte emerse anche in sede di Comitato di Dipartimento
- stabilisce procedure per le attività intra-dipartimentali ma inter UU.OO.S.M. e UU.OO.S.D, o in rapporto a strutture appartenenti ad altri dipartimenti, altri presidi o altre agenzie territoriali.

Il Comitato di Dipartimento è di nomina elettiva, ad esclusione dei membri di diritto.

Sono membri di diritto i Direttori delle Strutture Complesse ed i Responsabili di Strutture Semplici a valenza dipartimentale.

La componente elettiva è composta da un rappresentante di ciascun profilo professionale operante nelle UU.OO.S.M. e nelle U.O.S.D.

I tempi e le modalità delle elezioni sono stabiliti dal Direttore Generale, previa concertazione con le OO.SS.

Gli aspetti principali e più significativi che riguardano l'elezione della componente elettiva del Comitato di Dipartimento sono disciplinati da apposito regolamento elettorale, adottato con apposita aziendale.

Il Comitato di Dipartimento resta in carica tre anni. I componenti eletti possono essere rieletti consecutivamente una sola volta.

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

Il Comitato di dipartimento si riunisce di norma ogni bimestre, salvo convocazione per motivi di urgenza. Il Direttore del DSM presiede tale comitato, documenta l'attività e ne riferisce al Direttore Generale. Esso esprime parere consultivo sulle seguenti materie:

- modelli di organizzazione del dipartimento, tesi al miglioramento dell'efficienza e dell'integrazione delle attività;
- razionale utilizzazione del personale;
- gestione degli spazi, delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate al dipartimento;
- gestione del budget funzionale assegnato al dipartimento;
- obiettivi da realizzare nel corso dell'anno;
- adozione di modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza fornita;
- piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria e miglioramento continuo di qualità;
- proposte di istituzione di nuove strutture e/o di gruppi operativi interdipartimentali;
- schemi di deliberazioni da sottoporre al Direttore Generale.

Il Direttore D.S.M. ha l'obbligo di provvedere, a mezzo di un dipendente nominato Segretario, alla verbalizzazione delle udienze.

Le deliberazioni, non vincolanti, del Comitato di Dipartimento, inerenti gli argomenti qui di seguito riportati,verranno partecipate alla Direzione Aziendale:

- programmi annuali e pluriennali su tutte le materie delegate al Direttore del dipartimento dal Direttore Generale;
- bilanci annuali e pluriennali e relative variazioni;
- proposta di dotazione organica, carichi di lavoro e relative variazioni;
- istituzione, compiti e funzionamento degli organismi e strutture di decentramento e partecipazione dipartimentali;
- regolamento interno operativo;
- nomina, designazione e revoca dei propri rappresentanti richiesti dall'Azienda.

L'Assemblea del Dipartimento è costituita da tutti gli Operatori della Salute Mentale.
Almeno una volta l'anno il Direttore di Dipartimento indice l'Assemblea di Dipartimento. A tal fine convoca l'Assemblea per la presentazione degli obiettivi e del documento di budget, per la verifica dei risultati raggiunti e per la raccolta di valutazioni, suggerimenti e proposte, che vengono verbalizzate e trasmesse al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario.

L'Assemblea si riunisce, in sessione elettorale, per gli adempimenti relativi all'elezione del Comitato di Dipartimento.

Il dipartimento si articola in:

1. Strutture Complesse,
2. Strutture Semplici Dipartimentali,
3. Strutture Semplici;
4. Articolazioni funzionali.

Il DSM assicura l'espletamento di tutte le attività previste dalla norma e garantisce i livelli uniformi di assistenza tramite le Unità Operative di Salute Mentale (UOSM).

Le UU.OO. SM sono Strutture Complesse con competenza distrettuale e/o pluridistrettuali. Attuano gli indirizzi operativi adottati dal Dipartimento, mantenendo autonomia tecnica,

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

operativa e gestionale e costituiscono centro di costo.

La direzione della UOSM, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 30/12/92 n°502, art.16 del D.P.R. 7/12/93 n. 517 , e dell'art.12 del Decreto Legislativo 229/99 , è conferita dal Direttore Generale ad un Dirigente Medico, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Il Direttore della UOSM assicura l'integrazione funzionale tra gli operatori, le strutture ed i servizi, al fine di garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi integrati multidisciplinari, di prevenzione, cura e riabilitazione, ed ha autonomia tecnico-gestionale.

La UOSM deve disporre di tutte le risorse di personale e strutture.

Le UU.OO.S.M. devono favorire attivamente la costituzione di associazioni di utenti, finalizzate all'elevazione della loro contrattualità sociale complessiva, ed alla formalizzazione dei rapporti tra DSM ed Associazioni.

La UOSM coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica, curando la integrazione tra gli ambiti ospedalieri e quelli territoriali, anche mediante specifici protocolli di intesa in ordine agli aspetti logistico- organizzativi, fermo restando che il SPDC ed il personale afferiscono a tutti gli effetti al DSM e quindi all'Azienda.

La UOSM partecipa a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano contigue con la tutela della salute mentale, attivando forme di integrazione con le altre U.O.

Vengono istituite le seguenti Strutture complesse di Salute Mentale (UOSM) con competenza distrettuale o pluridistrettuale:

- UOSM Caserta
- UOSM Marcianise
- UOSM Piedimonte
- UOSM Sessa Aurunca
- UOSM Mondragone
- UOSM Aversa
- UOSM Villa di Briano
- UOSM Capua

La UOSM esplica le seguenti funzioni:

1. Analisi della domanda.
2. Interventi sulle situazioni di crisi.
2. Assistenza ambulatoriale.
3. Assistenza domiciliare
4. Filtro della domanda di ricovero e controllo delle degenze in corso.
5. Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio.
6. Rapporti terapeutici con nuclei familiari e gruppi.
7. Informazione ed educazione sanitaria.
8. Interventi di abilitazione e prevenzione.
9. Programmi terapeutico - riabilitativi individualizzati/Budget di Salute
10. Raccolta, elaborazione e valutazione dei flussi informativi.
11. Attività di coordinamento
12. Rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale sottoposti a misura di sicurezza psichiatrica.
13. Rapporti con gli utenti di pertinenza territoriale detenuti od internati in strutture penitenziarie non psichiatriche.
14. Consulenza e collegamento ai presidi ospedalieri e ai medici di base.

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

Le UUOOSM partecipano a tutte le attività distrettuali ed interdistrettuali che si configurano contigue con la tutela della salute mentale, attivando forme di integrazione con le altre UUOO, ed in particolare con quelle di:

assistenza sanitaria di base;
assistenza agli anziani;
materno- infantile;
tossicodipendenza (SERD);
prevenzione nei luoghi di lavoro;
medicina legale ed invalidi civili;
assistenza riabilitativa;
relazioni con il pubblico ed integrazione sociale;
prevenzione collettiva.

Nell'adempimento del Piano adottato dal DSM, la UOSM svolge in maniera integrata tutti i compiti di cui agli articoli dell'allegato Regolamento, mediante articolazioni organizzative per le quali possono essere previsti specifici incarichi dirigenziali.

Vengono istituite altresì sei strutture semplici dipartimentali con competenza distrettuale o pluridistrettuale:

- UOSD SPDC di Aversa
- UOSD SPDC di Caserta
- UOSD SPDC di Sessa Aurunca
- UOSD Disturbi del Comportamento alimentare.
- UOSD Coordinamento SSIIRR (Marzanello, Caserta e Piedimonte Matese)
- UOSD Psicologia Clinica

Per le caratteristiche del Centro di Salute Mentale (CSM), del Centro Diurno (CD), delle Strutture Residenziali (SR) e del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) si rinvia al relativo Regolamento.

Ogni singola UOSM attiva al suo interno, con incarichi professionali, le seguenti articolazioni organizzative, in una rete integrata di servizi territoriali:

a. Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.)

Il Centro di Salute Mentale è la sede delle attività territoriali. Esso funziona in tutte le sue articolazioni per almeno 12 ore consecutive in tutti i giorni feriali.

b. Il Day Hospital (D.H.)

Il Day Hospital è una modalità assistenziale semi-residenziale dell'UOSM in cui sono effettuati specifici programmi terapeutici e riabilitativi ed attività diagnostiche. Può essere allocato sia in Ospedale sede di SPDC, in stretto collegamento con esso, sia nel territorio in collegamento con il CSM. In quest'ultimo caso deve essere garantito anche il collegamento funzionale con una struttura ospedaliera per tutte le attività di supporto al ricovero.

Le esigenze epidemiologiche ed assistenziali dei singoli territori interdistrettuali, con atto del Direttore di Dipartimento, convalidato dalle Direzioni Generale e Sanitaria aziendale, possono far prevedere l'istituzione di Centri h24,(Day/Night Hospital) presso una struttura indicata dal DSM, idonea a consentire ospitalità in osservazione breve, per l'accoglienza in loco del paziente onde evitare lunghi e diseconomici trasferimenti fuori ASL e garantire la continuità terapeutica;

c. Il Centro Diurno (C.D.)

L'UOSM assicura funzioni volte alla riabilitazione psico-sociale. A tal fine predispone distinti progetti secondo la tipologia dei bisogni dei singoli utenti. Tali progetti sono attivati sia in sede sia all'esterno. Il Centro Diurno (CD), ubicato in idonei locali, svolge le sue funzioni, di norma, per almeno 8 ore, durante tutti i giorni feriali dell'anno solare. Tali funzioni possono essere svolte anche in giornate festive per specifici programmi.

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

d. Le Strutture Residenziali (S.R.)

Ogni UOSM può disporre di soluzioni abitative (comunità o Casa Alloggio, Gruppi di civile convivenza), al fine di attuare l'intervento terapeutico e riabilitativo di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni, da periodico a continuativo, con forme di protezione differenziate e flessibili (24 ore, 12 ore, per fasce orarie), in rapporto alle condizioni di salute degli utenti e secondo piani personalizzati d'intervento.

Le modalità di organizzazione, funzionamento ed inserimento degli ospiti nelle strutture residenziali sono definite in uno specifico regolamento del DSM aziendale.

Sono articolazione delle U.O.S.M. competenti per territorio le tre Strutture Intermedie Residenziali (S.I.R.) situate nei Comuni di Vairano Patenora (Frazione di Marzanello), Caserta e Piedimonte Matese.

La Struttura Intermedia Residenziale (SIR) è una struttura extraospedaliera di natura sanitaria, nella quale vengono attuati interventi terapeutici e riabilitativi multidisciplinari in favore di utenti di esclusiva competenza psichiatrica secondo piani personalizzati d'intervento.

La SIR soddisfa i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal DGRC n. 7301 del 31/12/2001 e può erogare prestazioni terapeutico riabilitative secondo due tipologie di intervento:

1. Prestazioni Terapeutiche Riabilitative nella fase Intensiva, per soggetti anche nella fase di post-acuzie che necessitano di interventi di riabilitazione intensiva, ad alta intensità assistenziale, e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale della durata massima di 18 mesi, salvo proroga motivata dall'équipe curante per un periodo massimo di 6 mesi, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario nelle 24h
2. Prestazioni Terapeutiche Riabilitative nella fase Estensiva per soggetti anche nella fase di post-acuzie, con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione, che necessitano di assistenza per i quali non è ipotizzabile un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di media intensità assistenziale e di riabilitazione di tipo estensivo della durata massima di 36 mesi, salvo proroga motivata dall'équipe curante per un ulteriore periodo massimo di 12 mesi, erogati nell'ambito di strutture che garantiscano la presenza del personale sanitario per almeno 12 ore.

Le caratteristiche strutturali/organizzative/funzionali che le due tipologie di strutture devono possedere, le relative norme di riferimento per l'autorizzazione e l'accreditamento, le attività di programmazione e accesso per tali strutture, i profili professionali garantiti per ciascuna struttura e relativi turni di presenza, le relative tariffe giornaliere e le quote di costo a carico dell'Azienda Sanitaria Locale per ciascuna struttura devono rispondere pienamente alle disposizioni normative del Decreto n. 05 del 10/01/2011 del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro.

Al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, tali strutture vanno collocate in località urbanizzate facilmente accessibili e devono prevedere il collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale.

L'obiettivo è quello di sostenere ed accompagnare gli utenti nella riappropriazione della propria dignità e della propria autonomia, realizzando percorsi terapeutici finalizzati alla dimissione e al rientro nella società. Pertanto le SIR non costituiscono una soluzione abitativa permanente, si pongono altresì come momento di passaggio per il rientro nella comunità.

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

Gli interventi terapeutici riabilitativi personalizzati sono attuati da un'equipe multiprofessionale, costituita da diverse figure professionali (medico specialista psichiatra, psicologi/psicoterapeuti, infermieri educatori e/o tecnici della R.P.e/o terapisti occupazionali, assistenti sociali, operatori socio-sanitari).

L'accesso alle SIR avviene attraverso proposta della UOSM di appartenenza dell'utente mediante l'elaborazione di un Piano Riabilitativo Personalizzato (PRP).

Caratteristiche Strutturali - Organizzative e Funzionali della SIR

La Struttura Residenziale Psichiatrica esplica le funzioni **Terapeutiche Riabilitative e Socio Riabilitative** per utenti di esclusiva competenza psichiatrica per il trattamento di situazioni post-acuzie, ivi comprese fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di Programmi Terapeutico-Riabilitativi Personalizzati di Medio/Lungo periodo.

La SIR prevede un numero massimo di 20 posti letto, pertanto è sottoposta ai requisiti strutturali di cui al DPCM 22/12/1989, Allegato A, limitatamente ai criteri 5,7 e 9 (punti A e B); punto f (in relazione alle dimensioni della struttura) e 10.

Allo scopo di fronteggiare eventuali emergenze, dovranno essere presenti attrezzature di pronto soccorso per l'assistenza cardio-respiratoria e farmaci di emergenza. Il personale assicura un'assistenza per 24 ore/die.

L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono attraverso un Piano Riabilitativo Personalizzato elaborato dagli operatori del DSM in accordo con il paziente ed eventuali persone di riferimento.

Procedura di valutazione della domanda e accoglienza utente

Il percorso della presa in carico è indicato per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni «complessi». L'identificazione di tali utenti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree concorrenti a definire il «profilo di salute» dei pazienti:

1) diagnosi elettive (disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità)
2) gravità clinica
3) funzionamento sociale
4) caratteristiche della rete familiare e psicosociale
5) precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici

Pertanto l'ingresso nella SIR è consentito ad utenti con disabilità psichiatrica grave, modificabile attraverso idonei interventi terapeutici riabilitativi.

Vigilanza e controllo

Le funzioni di vigilanza e controllo della SIR sono esercitate direttamente dal Responsabile S.I.R. con la supervisione del Responsabile U.O.S.M., che riferisce al Direttore del D.S.M. (Datore di Lavoro) per gli eventuali adempimenti. Nello specifico le funzioni svolte sono le seguenti riguardano la verifica e controllo dei requisiti strutturali, impiantistici, abitativi, gestionali e organizzativi, previsti, per ciascuna tipologia di struttura, dalle norme nazionali e regionali.

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

IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA *(S.P.D.C.)*

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), rappresentano un'articolazione imprescindibile del modello organizzativo dipartimentale.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è una struttura semplice, a valenza dipartimentale. Provvede agli accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori in condizione di degenza ospedaliera nei confronti delle persone con malattie mentali.

Il SPDC garantisce la copertura del turno di guardia medica 24 ore al giorno.

Concorda con le UU.OO.SS.MM. del DSM aziendale specifici protocolli di collaborazione, il programma terapeutico, nonché modalità e tempi delle dimissioni dei pazienti afferenti a ciascuna delle UUOOSM.

L'attività in ciascun SPDC è garantita da un'équipe multidisciplinare.

Negli SPDC deve essere garantita la presenza di personale oltre che medico ed infermieristico, anche gli altri profili professionali previsti (psicologo, assistente sociale, tecnico della riabilitazione psicosociale, animatore di comunità, etc.).

Il SPDC si colloca per le sue funzioni sempre all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, di cui condivide e segue i progetti assistenziali coerenti con gli obiettivi di tutela di salute mentale programmati dal DSM. Ciò soddisfa l'interazione e la cooperazione ospedale-territorio, a salvaguardia della continuità terapeutica e dell'espletamento del progetto terapeutico integrato individuale.

Se il SPDC ha sede in A.O., la sua gestione resta sempre all'interno del DSM.

L'Ufficio di direzione provvederà a specifica regolamentazione, anche in ordine alla dotazione organica.

COORDINATORE INFERMIERISTICO

Al fine di dare maggiore impulso alle attività infermieristiche, è previsto un Coordinamento od una Posizione Organizzativa in staff del Direttore del Dipartimento, alla quale afferisce la gestione complessiva delle attività infermieristiche dipartimentali e, quindi, ha la responsabilità del coordinamento della gestione infermieristica complessiva del Dipartimento

CONSULTA PER LA SALUTE MENTALE

Al fine di garantire la partecipazione degli Organismi, pubblici e privati, interagenti con i temi della salute mentale , è costituita la Consulta per la Salute Mentale.

Essa viene convocata dal Direttore del DSM almeno una volta all'anno, con ordine del giorno concordato.

L'attività di tale organismo è tesa a:
- sostenere la cooperazione, il mutuo auto-aiuto e l'associazionismo delle famiglie degli utenti;
- valorizzare il loro ruolo attivo nella formazione di proposte e di progetti.

Tali finalità potranno essere raggiunti tramite il diretto coinvolgimento nell'ambito delle

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

organizzazioni dei servizi favorendo il protagonismo degli utenti.

La consulta è costituita da:

A. Associazioni dei Familiari;
B. Coordinatore Sociosanitario o suo delegato;
C. Organismi di solidarietà sociale;
D. Servizi sociali degli Ambiti Territoriali;
E. Associazioni, istituzioni e Cooperative che operano nel no profit;
F. Associazioni culturali no profit attive nell'ambito della salute mentale.

La Consulta è costituita dal Direttore del Dipartimento che la presiede, dai Direttori delle U.OO.S.M. e dai Rappresentanti delle istituzioni di cui al punto precedente. I rapporti in ambito dello stesso organismo sono disciplinati da apposito Regolamento.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO DEL D.S.M.

Le funzioni amministrative e contabili del D.S.M. sono assicurate da una struttura organizzativa, al cui vertice è posto un Direttore Amministrativo, nominato dal Direttore Generale, con atto deliberativo e contratto, tra i Dirigenti Amministrativi in possesso dei requisiti ex lege per assumere la titolarità di una unità operativa complessa.

Nell'ambito della Direzione Amministrativa sono assicurate le funzioni di raccordo operativo delle strutture territoriali di salute mentale con la Direzione strategica ed i servizi centrali. Ad essa confluiscono le determine dirigenziali delle UU.OO.SS.MM., che vengono inoltrate per la numerazione al competente ufficio direzionale, previa apposizione delle segnatura informatica denominata siscom propost.

Il Direttore Amministrativo assolve, in particolare, le seguenti funzioni:

a) gestisce il fondo economale di Dipartimento tramite un funzionario denominato Economo delegato;
b) governa l'espletamento di procedure negoziate, nei limiti economici di competenza dei Dirigenti di strutture dipartimentali, per la fornitura urgente di beni, servizi e lavori di piccola entità, non appaltati dai competenti Servizi centrali Provveditorato e Tecnico , a mezzo utilizzo del budget ex D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. o di budgets di volta in volta attribuiti dai competenti servizi centrali ovvero negli ambiti delle risorse assegnate al D.S.M. con fondi nazionali e/o regionali vincolati;
c) monitora le risorse economiche connesse a finanziamenti finalizzati ,nazionali e/o regionali, previa individuazione dei bisogni a cura del Direttore del D.S.M., secondo un protocollo procedurale che contempli precisi criteri di assegnazione dal Direttore del D.S.M. alle strutture territoriali afferenti e verifica delle relative rendicontazioni;
d) formula pareri e consulenze nelle materie di competenza;
e) fermo restando quanto previsto in tema di riconducibilità al Direttore del D.S.M. della gestione del personale, cura gli adempimenti amministrativi inerenti allo stato giuridico, al trattamento economico, alle modalità di rilevazione assenze/presenze del personale per la parte non espletata e /o non espletabile direttamente dalle unità operative territoriali ; detta disposizioni per l'uniforme applicazione degli istituti contrattuali e dei benefici di legge al personale dipendente;
f) esercita l'azione disciplinare nei confronti del personale amministrativo del comparto alle dirette dipendenze , ai sensi dell'art. 55 bis del D.Lgs. n.165/2001, nei casi previsti dal vigente C.C.N.L. e secondo le modalità procedimentali del Regolamento aziendale varato in materia;
g) coadiuva il Direttore del D.S.M. nel processo di budgeting.

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

In via complementare ed accessoria, può essere attivato, nell'ambito del Dipartimento, un "Ufficio Tutela" in stretto collegamento con le UU.OO.SS.MM., per le attività relative ai rispettivi programmi individuali avviati con i Giudici Tutelari.

FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

La formazione continua dovrà rispettare le esigenze rilevate dal lavoro quotidiano di cura coniugandole con le esigenze formative previste dall'OMS.

Ferma restando la possibilità di una proposta formativa anche di nozioni di base propria dell'ambito psichiatrico, elemento centrale e caratterizzante di un programma di formazione è il suo legame con l'operatività del servizio (es.: discussione con finalità didattica di situazioni di lavoro) e con la ricerca e la sperimentazione di nuove possibilità e assetti organizzativi dei servizi.

La formazione sul campo nasce dalla gamma di situazioni variegata forniti dal lavoro stesso nei servizi; queste possono diventare fattori di crescita per gli operatori se suffragate da una griglia di lettura che consenta una comprensione degli avvenimenti in atto.

Più concretamente il Direttore di DSM al fine di garantire la necessaria continuità dell'istituto formativo, proporrà agli organi del dipartimento e al DG un piano triennale di formazione ed aggiornamento del personale in tutte le sue articolazioni professionali, secondo le esigenze formative specifiche delle singole UOSM.

Individuerà, inoltre, tempi e modi della formazione per gli operatori delle altre discipline in tema di psichiatria alla quale sarà dedicato un numero congruo di ore.

Sarà individuato un referente che opererà in collegamento con l'ufficio formazione aziendale ed in sintonia con le disposizioni ministeriali per i crediti formativi.

Il referente della formazione potrà avvalersi della collaborazione di un nucleo di operatori dell'area sanitaria e tecnica in stretto collegamento con i responsabili delle UOSM per la rilevazione di specifici bisogni formativi. Il piano dovrà favorire capacità di lavoro in equipe, nonché la implementazione delle motivazioni e delle culture pratiche e teoriche dei servizi, in una prospettiva ampia, aperta al collettivo ed al sociale.

Il DSM garantisce corsi di formazione in tema di salute mentale al personale addetto all'emergenza.

La formazione va collegata con la ricerca e la sperimentazione innovativa sia in termini organizzativi che tecnologici, prevedendo nel piano triennale specifici programmi di ricerca e sperimentazione.

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica anche in termini di costi sia sociali che economici che ne derivano. Per tale motivo è prevista una UOSD Disturbi del Comportamento alimentare.

Poiché è strategico pervenire ad una diagnosi precoce per stabilire gli opportuni interventi sul contesto sociale e familiare oltre che un'adeguata terapia integrata psichiatrica – psicologica – nutrizionale, è previsto l'inserimento della tematica nelle attività di educazione alla salute indirizzate alla popolazione scolastica.

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

Considerato che le attività residenziali sono già disciplinate dal DCA n. 19/2016 e dal DCA n. 99/2016 le risorse aziendali, potenziate dai fondi vincolati, saranno rivolte alla costituzione di una rete aziendale, che adotti l'approccio integrato multi - professionale e multidisciplinare sia sulla persona malata che sul suo contesto familiare e che interviene nella prevenzione, nella individuazione dei soggetti a rischio, nella diagnosi precoce, nel trattamento delle fasi acute e nella riabilitazione a lungo termine.

Nell'ambito delle competenze della UOSD dei DCA sono i rapporti con la Neuropsichiatria Infantile, le UOSM, i MMG/PLS, la collaborazione con le istituzioni scolastiche (anche per il tramite della UOS Educazione alla Salute del Dipartimento della Prevenzione) e con gli Ambiti Territoriali. Per la realizzazione di una attività estesa a tutta l'utenza dell'Azienda, sono previsti due ambulatori ed un Centro Semiresidenziale per i DCA.

Le attività ambulatoriali, in considerazione della distribuzione territoriale, saranno sviluppate su due poli, e precisamente l'ambulatorio del DS 13 di Maddaloni, che ha funzioni di Centro Coordinatore e l'ambulatorio del DS 17 di Aversa.

Le strutture ambulatoriali sono dedicate a tutti gli utenti che hanno necessità di ricevere una prima diagnosi, in particolare gli adolescenti di ambo i sessi con difficoltà manifesta di rapporto con il cibo, ed a tutti coloro che hanno già ricevuto una diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare.

Il Centro Semiresidenziale potrà essere attivato anche di concerto con strutture private in possesso delle autorizzazioni previste dalla DGRC 7301/2001.

E' previsto anche il coinvolgimento, nei diversi setting interventistici, delle associazioni di volontariato che operano in questo settore.

L'obiettivo della UOSD per i DCA è la realizzazione di una rete di assistenza che persegue le seguenti finalità:

evitare il ricovero presso strutture fuori regione
realizzare una rete regionale integrata di servizi per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei DCA
assicurare la presa in carico precoce dei pazienti
sostenere il lavoro in team e l'audit sui singoli casi
favorire la permanenza dei pazienti in luoghi di cura ed assistenza fase specifici prossimi al proprio contesto di vita e alla propria famiglia
adottare strategie unitarie di intervento per la fascia di età adolescenziale
perseguire l'integrazione funzionale ed operativa ed un uso razionale delle risorse
prevenire l'insorgenza di complicanze organiche e la cronicizzazione dei disturbi.

7.1.10 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'organizzazione del Dipartimento Dipendenze, come previsto dall'articolo 17 bis del D.L.vo 502/92, integrato e modificato dal D.L.vo 229/99, e cosi come previsto dalle Linee Guida Regionali emanate con Decreto n° 18 del 18.02.2013, è ricondotta al modello ordinario di gestione operativa.

Il Dipartimento nasce come risposta alla complessità dell'Azienda e considera: la sua estensione territoriale e le caratteristiche geomorfologiche del territorio della Provincia di Caserta, il numero delle UU.OO. presenti e gli obiettivi che queste ultime mirano a conseguire.

Il Dipartimento Dipendenze, di tipo strutturale, rappresenta un'aggregazione organizzativa

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

e funzionale e assume la connotazione di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con altre agenzie insistenti sul territorio. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica. Tutte le Unità Operative sono dotate di un centro responsabilità e di costo. Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni dei cittadini con problematiche di dipendenza.

Obiettivo del Dipartimento è la diagnosi, la cura e la riabilitazione a favore di soggetti con DUS (Disturbo da uso di sostanze) e con dipendenze comportamentali residenti nella provincia di Caserta, compresa la popolazione presente nei 4 istituti penitenziari ricadenti nel territorio.

Il Dipartimento delle Dipendenze si rivolge non più solo a tutte le persone con problemi di tossicodipendenza, alcoldipendenza e/o farmacodipendenza, ma anche a tutte quelle dipendenze senza sostanze, le dipendenze di tipo comportamentale, quali il gioco d'azzardo patologico, internet addiction, shopping compulsivo, ecc.. Infatti, con la Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, disciplina il cambio di denominazione da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

L'attuale visione dei servizi ha imposto conseguentemente una riorganizzazione dell'offerta del SSN capace di dare risposte adeguate a bisogni sempre più complessi e articolati. Ovvero, potenziare la gamma di offerte del Servizio pubblico attraverso interventi capaci di leggere gli aspetti multidimensionali del bisogno, di pensare a percorsi terapeutici integrati in raccordo sia intraziendale, sia con le realtà del territorio: realizzando una rete, disciplinata da protocolli di presa in carico globale.

Attualmente, nell'Azienda, il problema è affrontato nei SER.D. e nelle UOS e nelle UOSD dedicate in un raccordo sinergico tale da offrire la più ampia possibilità ai cittadini di ricorrere ai servizi per una prima presa in carico e/o un intervento più strutturato. L'Azienda ha istituito una UOS dedicata all'Alcologia e una UOSD delle Dipendenze Comportamentali, che si pone come obbiettivo l'implementazione delle azioni previste attraverso l'istituzione sul territorio di Punti GAP presso i Ser.D. la cui presenza consentirà di raggiungere una capillarizzazione sull'intero ambito aziendale. La UOSD delle Dipendenze Comportamentali rappresenta anche l'Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica, con funzione di raccordo con l'Osservatorio regionale.

Presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda è operativo un Servizio di Prevenzione sulle Dipendenze e Promozione della Salute orientato alla realizzazione e al potenziamento degli interventi sul territorio verso la popolazione a rischio. Target del Servizio è la popolazione scolastica e giovanile under 30, verso la quale pianifica interventi omogenei di educazione alla salute, campagne di informazione mirate agli stili di vita, di consumo e di comportamento consapevole, per promuovere, in sintesi, la crescita culturale della popolazione verso le dipendenze.

Motivi ispiratori del modello organizzativo-funzionale del dipartimento sono: la partecipazione attiva dell'utente al processo di cura, la visione integrale della persona nella sua unità bio-psico-sociale, la conseguente revisione del concetto di doppia diagnosi con tutto quello che ne discende sul piano della teoria e della prassi e la riabilitazione psico-sociale, come necessario complemento che dà senso all'intero percorso del trattamento. In tal modo il cittadino con problematiche di dipendenza che si riappropria della sua interezza

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

ed integrità, non solo come corpo o come mente sofferente, diviene il soggetto protagonista attivo del suo percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato.

Il Dipartimento delle Dipendenze costituisce il sistema integrato di relazioni interdisciplinari, di strutture, di presidi, di operatori e di referenti territoriali e sociali che, nell'ambito della ASL, programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti e di formazione degli operatori, necessarie per assicurare una efficace e sostanziale tutela della salute della popolazione, anche mediante l'integrazione socio-sanitaria.

Il Dipartimento muove dalla vigente normativa per definire protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida, di valutazione e di monitoraggio delle attività aziendali, non limitatandosi alla specifica area di intervento. Esso tutela l'interesse di salute individuale e sociale e garantisce l'accessibilità ad una offerta appropriata; sovraintende all'azione territoriale preventiva, terapeutica e riabilitativa e favorisce la conoscenza dei fenomeni di consumo, abuso e dipendenza. Supporta la rete territoriale specifica (Enti Accreditati e servizi territoriali).

Il Dipartimento punta al coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia nel trattamento attraverso una proposta, adeguata e possibile, di un programma integrato medico-psicologico-sociale.

La visione prevalente si identifica con l'approccio bio-psico-sociale: l'attenzione e la cura sono rivolte alla persona globalmente intesa. La persona è posta al centro dell'interesse dei servizi quale soggetto portatore di bisogni, nel rispetto dei principi di Uguaglianza, Imparzialità, Continuità, Diritto di scelta, Informazione e Partecipazione, Tutela, Efficacia, Efficienza.

Aree di intervento

Il Dipartimento interviene su:
- Area della Prevenzione e Promozione della Salute
- Area Clinica
- Area della Riabilitazione

Area della Prevenzione e Promozione della Salute

Tra le priorità di intervento, particolare attenzione è rivolta alla prevenzione primaria, all'uso delle sostanze ed alla promozione di stili di vita sani. Ambiti d'intervento prevalenti sono quelli scolastico e i luoghi di aggregazione formali ed informali del tempo libero. I progetti di prevenzione e di promozione della salute sono rivolti a tutte le fasce di popolazione tramite la scuola (dalle elementari alle scuole medie superiori) e tutte le altre forme di aggregazione presenti nella comunità locale (Associazioni sportive, culturali, di volontariato, parrocchie, etc…). Le tematiche affrontate sono quelle relative alle forme di contrasto all'uso di droga, alcol e tabacco ed agli stili di vita a rischio ed al gioco d'azzardo e alle altre dipendenze comportamentali.

I Servizi con i quali vengono stabiliti i rapporti di collaborazione e progettazione sono: il Dipartimento della Prevenzione (UOSD Educazione alla Salute), il Dipartimento della Salute Mentale, il Coordinamento Sociosanitario ed i Distretti Sanitari. I progetti possono essere elaborati sia all'interno della normale programmazione di Servizio, sia come adesione a progetti regionali o nazionali. Le procedure per avviare e realizzare i progetti di prevenzione sono diverse a seconda dei destinatari e delle finalità.

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

I progetti rivolti alla popolazione scolastica vengono offerti a tutte le scuole ad inizio anno scolastico, attraverso incontro di presentazione delle proposte progettuali.

Successivamente le scuole interessate inviano una richiesta di adesione scritta al dipartimento. Al ricevimento della richiesta di adesione, gli operatori referenti per l'attività avviano il contatto diretto con i Dirigenti Scolastici e con gli Insegnanti Referenti fino allo svolgimento ed alla verifica dell'attività stessa.

Le metodologie utilizzate possono essere di tipologia diversa a seconda del target di riferimento, della fase o del tipo di progetto.

La finalità della prevenzione è favorire l'incremento delle abilità sociali più protettive, una maggiore capacità di riflessione critica, lo sviluppo delle conoscenze, il confronto tra pari.

Area Clinica

Le persone si rivolgono ai servizi del Dipartimento delle Dipendenze per ricevere sia informazioni che trattamenti terapeutici, in merito alle problematiche relative alle dipendenze.

Il percorso clinico prevede: fase di accoglienza, fase diagnostica, proposta terapeutica e trattamento. Medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere professionale concorrono assieme alla formulazione di un programma terapeutico personalizzato rispetto alle esigenze cliniche di ciascuna persona e della sua famiglia. Le scelte cliniche si ispirano alla letteratura scientifica più accreditata in materia di interventi e qualità delle cure nonché all'esperienza clinica maturata.

La fase di accoglienza comprende il primo contatto con la persona e/o i suoi familiari, l'accoglimento e l'ascolto della domanda, la definizione delle possibili risposte terapeutico-riabilitative.

La fase diagnostica si articola in valutazione medico-tossicologica valutazione psicologica e valutazione sociale. Gli strumenti utilizzati per la valutazione medico-tossicologica sono il colloquio clinico, l'esame obiettivo, la raccolta ed il prelievo di campioni biologici (sangue, urine) sui quali effettuare la ricerca tossicologica delle principali sostanze psicotrope (stupefacenti, psicofarmaci, alcool) ed accertare eventuali compromissioni organiche. La valutazione psicologica consiste in un processo di conoscenza ed approfondimento delle caratteristiche del funzionamento psichico del paziente e delle relazioni familiari tramite colloquio clinico e somministrazione di test psicologici per uso di sostanze e per altri comportamenti additivi. La valutazione dell'assetto sociale consiste nell'analisi delle caratteristiche e delle risorse del paziente dal punto di vista del suo adattamento e delle sue competenze sociali.

La proposta terapeutica discende dall'integrazione dei diversi aspetti valutativi ed è adattata alle caratteristiche, alle risorse ed alla motivazione della persona e della sua famiglia.

Il trattamento può comprendere interventi farmacologici, psicologici e sociali che possono coinvolgere sia il paziente che i suoi familiari in fasi diverse del processo di cura nonché l'inserimento in Comunità Terapeutiche.

Sono inoltre previsti percorsi clinici specialistici in rapporto a: percorsi terapeutici di doppia diagnosi realizzati mediante una collaborazione tra Dipartimento Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale regolamentata da protocollo d'intesa; percorsi di

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

accoglienza e terapeutici per i soggetti segnalati dalla Prefettura (artt. 75 e 121 D.P.R. n.309/90); percorsi terapeutici all'interno delle misure alternative alla detenzione (artt. 90 e 94 D.P.R. n.309/90).

Area della Riabilitazione

Uno dei momenti più delicati del percorso terapeutico della persona con disturbo da uso di sostanze e/o con dipendenze comportamentali è indubbiamente rappresentato dal reinserimento sociale e/o dal mantenimento dello stesso qualora non sia stato ancora deteriorato. La riabilitazione è un processo trasversale e complesso che coinvolge l'equipe multiprofessionale nella sua operatività fin dal primo contatto con la persona e la sua famiglia. La persona che si rivolge al Servizio viene coinvolta attivamente in un processo che tende a raggiungere un livello di benessere più elevato attraverso una costante attenzione agli aspetti positivi ed alle potenzialità della stessa e della sua famiglia, ponendo quindi al centro dell'intervento la persona intesa nella sua globalità.

Le attività riabilitative vengono espletate mediante la realizzazione di progetti personalizzati e comprendono: programmi ambulatoriali, programmi in Comunità Terapeutiche e programmi in due Centri Diurni (Centro Diurno sulle dipendenze da nuove sostanze e Centro Diurno sulle dipendenze comportamentali) di prossima istituzione

I programmi ambulatoriali consistono in interventi multiprofessionali che offrono una varietà di prestazioni differenziate. L'intervento riabilitativo sarà determinato dalla integrazione degli interventi terapeutici di area medica, area psicologica, area sociale, area infermieristica e area educativa che potranno variare in base alle caratteristiche della storia individuale. Di conseguenza, nel corso del programma potranno prevalere o coesistere una o più aree di intervento.

I programmi nelle Comunità Terapeutiche vengono attuati in collaborazione con i servizi del Dipartimento e si differenziano per tipologia di intervento con l'obiettivo di recuperare, attraverso attività residenziali o semiresidenziali, le competenze sociali e relazionali della persona. Generalmente, le fasi operative del percorso comunitario sono rappresentate da: accoglienza, residenza e reinserimento. Rispetto ai programmi svolti dagli utenti inseriti in Comunità Terapeutica, il dipartimento, attraverso le sue articolazioni operative, svolge una costante azione di monitoraggio e di verifica del percorso sia con gli operatori delle Comunità Terapeutica che con gli utenti stessi.

I Programmi nei due predetti Centri Diurni offrono, tra l'altro, l'opportunità di valorizzare e sviluppare le abilità delle persone in specifici percorsi di formazione e avviamento al lavoro.

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Caserta è una struttura con autonomia gestionale e tecnico-organizzativa a cui afferiscono una UOSD Amministrativa, cinque UOC SER.D. interdistrettuali, una UOC per le Dipendenze Comportamentali (con SER.D. Mobile), due UOSD (SER.D. Maddaloni e Alcologia) ed un Centro per il Tabagismo (incarico professionale), secondo il seguente schema:

- UOC:
    1. U.O.C. Ser.D . Caserta
    2. U.O.C. Ser.D. Marcianise
    3. U.O.C. Ser.D. Aversa
    4. U.O.C. Ser.D. Piedimonte Matese
    5. U.O.C. Ser.D. Capua
    6. U.O.C. Dipendenze Comportamentali (con Serd Mobile).

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

- UOSD 1. U.O.S.D. Alcolismo
2. U.O.S.D. Ser.D. Maddaloni
3. U.O.S.D. Direzione Amm.va

L'attività del Dipartimento delle Dipendenze ricopre tutto il territorio dell'Azienda attraverso gli interventi e le attività correlati alle dipendenze da sostanze psicotrope, all'alcoldipendenza e alle dipendenze da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Di seguito la distribuzione territoriale delle strutture afferenti al Dipartimento delle Dipendenze:

- SER.D. CASERTA (Ambito di riferimento Distretto n. 12 - Ambito Sociale CO1)
  Via del Feudo di San Martino n. 10 – Caserta

- SER.D. PIEDIMONTE MATESE - TEANO
  - P. Matese: (Ambito di riferimento Distretto n. 15 - Ambito Sociale CO4)
  - Via G. G. D'Amore n. 47

  - Teano: (Ambito di riferimento Distretti n. 14-23 - Ambito Sociale CO3)
  - Via XXVI Ottobre

- SER.D. MARCIANISE (Ambito di riferimento Distretto n.16 - Ambito Sociale CO5)
  Via Gandhi n. 52 – Marcianise

- SER.D. MADDALONI (Ambito di riferimento Distretto n.13 Ambito Sociale CO2)
  Via Libertà c/o P.O. di Maddaloni

- SER.D. AVERSA (Ambito di riferimento Distretti n.17-18-19 Ambiti Sociali CO6-CO7)
  Via Linguiti n. 54 – Aversa

- SER.D. CAPUA/S. MARIA C.V. (Ambito di riferimento Distretti n.21-22 - Ambiti Sociali CO8-CO9)
  Via Mariani n. 12 – Capua

- DIPENDENZE COMPORTAMENTALI (con SER.D. Mobile)
  Via Paul Harris (ex Area Saint Gobin) – Caserta

- ALCOLOGIA S. MARIA C.V. (Ambito Sociale CO8)
  Via Melorio c/o P.O. S. Maria C.V.

- Ambulatorio CENTRO ANTIFUMO
  Via S. Lucia , edificio B (1°piano) – Aversa

PROGRAMMAZIONE E RELATIVI OBIETTIVI

Obiettivi del Dipartimento

Il Dipartimento Dipendenze al fine di garantire la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze nell'ambito territoriale della ASL, mediante i Ser.D. e di concerto con gli altri Dipartimenti territoriali ed ospedalieri, assicura:

- L'accoglimento, la valutazione e il trattamento della domanda del cittadino che si rivolge ai Ser.D. con problematiche di dipendenza, con particolare attenzione ai cittadini con età inferiore ai 35 anni;

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

- La presa in carico degli utenti e l'attivazione di progetti personalizzati, anche in accordo con gli enti privati temporaneamente accreditati, al fine di evitare l'abbandono dei programmi terapeutici;
- Programmi terapeutico-riabilitativo, anche con la metodologia dei PTRI/BdS, per ogni singolo utente, anche per le misure alternative alla detenzione;
- La continuità dell'assistenza in un programma unico coordinato tra le varie articolazioni del Dipartimento Dipendenze;
- Il rapporto con i MMG / PLS ed i servizi dei distretti sanitari;
- La collaborazione con le Associazioni di Volontariato;
- Il coordinamento con i Servizi Sociali, Sociosanitari ed altre istituzioni, per utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- Attività di prevenzione sul territorio anche attraverso gli interventi di prossimità: Unità Mobili;
- Prevenzione universale e selettiva in sinergia con gli Istituti Scolastici da parte dei singoli SER.D.;
- Utilizzo di protocolli per la presa in carico congiunta nei pazienti con comorbilità psichiatrica per rendere omogenei gli interventi di cura e riabilitazione, su tutto il territorio, da parte dei SER.D. (es. protocollo d'intesa stilato tra Dip. Dipendenze e Dip. Salute Mentale);
- Monitoraggio costante sulla popolazione afferente ai SER.D. sulle patologie correlate alle tossicodipendenze;
- Offerta formativa a tutto il personale afferente al Dipartimento Dipendenze, e a quegli operatori sanitari che intercettano, nel loro specifico ruolo, la popolazione a rischio e/o dipendente (personale del 118, dei PP.SS., MMG, Consultori, ecc.);
- Ricerca di intese con il privato sociale e imprenditoriale, facilitando lo sviluppo di iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti;
- Le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il Privato sociale e imprenditoriale;
- Il rapporto con le Strutture accreditate con il SSN;
- Lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti senza discriminazioni di genere, di provenienza e di etnia;

PROGRAMMAZIONE E POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' ANNI 2017-2018

Il cambiamento dei nuovi stili di consumo e la crescita esponenziale del poliabuso (cocaina, nuove sostanze ed alcol), impongono oggi ai servizi nuove sfide: gli attuali organici devono essere necessariamente rivisti, così come devono essere rivisti gli spazi della cura e l'approccio stesso con i nuovi consumatori e i cittadini con dipendenza di questo millennio.
Quindi nei prossimi anni la politica degli interventi del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Caserta muoverà seguendo proprio questo cambiamento . L'attenzione sarà rivolta a tutte quelle criticità alle quali fino ad oggi è stato difficile dare la piena attenzione: **problematiche correlate alla comorbilità psichiatrica, poliabuso e dipendenze da alcol, dipendenze senza sostanza (GAP).**

Anche uno studio attento dell'efficacia degli interventi dei Ser.D. sulla popolazione degli utenti presi in carico, si presenta come una priorità per poter meglio orientare interventi, protocolli e terapie. Non solo. Un follow up sistematico serve anche a calibrare i percorsi formativi per il personale, garantendo una costante crescita della qualità stessa degli interventi.

In una futura previsione degli scenari di sviluppo dei servizi e delle attività del Dipartimento Dipendenze possiamo elencare il seguente programma delle attività:

- Potenziamento e stabilizzazione del **personale**;
- Potenziamento della **dotazione diagnostica e strumentale** in ogni Ser.D. e Servizi

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

ad essi afferenti e Dipartimentali;
- Omogeneizzazione dei **protocolli** diagnostici, di presa in carico e di trattamento (garantendo ad ogni cittadino sull'intera provincia la stessa qualità degli interventi);
- Miglioramento costante del **confort** strutturale sia per gli operatori in servizio, che per i cittadini che ricorrono ai Ser.D.
- Realizzazione di spazi dedicati, semiresidenziali e a bassa soglia (**Centri Diurni**) per utenti con particolari patologie, quali la **Doppia Diagnosi** e i dipendenti da Gioco d'azzardo patologico (**GAP**)
- **Diversificazione degli accessi** per i cittadini utilizzatori di nuove sostanze o cocaina o alcolisti, che non si riconoscono come utente dei Ser.D. così come rappresentati nell'immaginario collettivo (ovvero, creare condizioni per il superamento dello stigma negativo che accompagna da tempo i servizi per dipendenze);
- Sistematizzazione e calendarizzazione di momenti di **supervisione** delle attività e di formazione del personale sui nuovi stili di consumo;
- Aumento della copertura territoriale dei servizi anche attraverso i presidi itineranti delle **Unità Mobili**;
- P**revenzione** universale e selettiva sull'intero territorio di competenza dell'ASL Caserta, attraverso programmi di prevenzione attuati dai singoli Ser.D. e coordinati nelle modalità e finalità generali dal Dipartimento Dipendenze;
- Utilizzo dei nuovi linguaggi e strumenti di comunicazione giovanile: realizzazione di sito internet interattivo, blog, presenza sui principali Social, realizzazione di radio/Tv on line ed APP per colmare la distanza sui **livelli innovativi** tra offerta sanitaria ed i nuovi fruitori.

IL COMITATO RISTRETTO

Il Direttore del Dipartimento per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali si avvale della collaborazione del Comitato Ristretto di Dipartimento il quale rappresenta l'organo di programmazione interna del Dipartimento, cui compete la predisposizione di un progetto generale di intervento.

Il comitato ristretto si riunisce almeno quattro volte all'anno in ordinaria ed in via straordinaria su invito del Direttore di Dipartimento e qualora ne venga fatta richiesta dalla maggioranza dei membri.

La partecipazione al comitato di dipartimento è obbligo dei componenti. Le assenze o i ritardi devono essere giustificati al direttore del Dipartimento.

Membri di diritto di tale comitato sono:
- Il Direttore del Dipartimento, che lo presiede
- I Direttori UOC Ser.D.
- I responsabili di U.O.S.D
- Rappresentanti di ciascun profilo professionale operante nelle U.O. (parte elettiva, pari al 30% della parte di diritto, i tempi e le modalità di elezioni sono stabiliti dal Direttore Generale)
- il Dirigente della Unità Operativa Amministrativa di Dipartimento con funzioni di segreteria
- Il Responsabile del personale infermieristico, afferente al Dipartimento nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore del Dipartimento.

I pareri/proposte del Comitato di dipartimento devono essere approvati con voto palese della maggioranza semplice dei presenti. In caso di parità di voti prevale il voto del

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

Direttore.

IL COMITATO ALLARGATO

Sono membri del comitato allargato i componenti del comitato ristretto e i rappresentanti degli Enti accreditati del territorio.

Il comitato allargato resta in carica tre anni. Si riunisce a cadenza almeno semestrale, a seguito di convocazione da parte del Direttore di Dipartimento che provvede ad avvisare i componenti e fissa l'ordine del giorno delle sedute accogliendo a tal fine i suggerimenti dei Direttori delle U.O.C.

Per l'iscrizione di altri argomenti è indispensabili la richiesta di almeno un terzo dei componenti.

7.1.11 INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

L'Azienda intende attivare l'integrazione funzionale tra presidi ospedalieri e strutture territoriali con la formulazione di protocolli operativi specifici per la programmazione di attività educative preventive mediante la istituzione di:

- Dipartimento Materno Infantile per la messa in rete dell'assistenza ostetrica e neonatologica (percorso nascita) e pediatrica e per l'identificazione di percorsi diagnostici terapeutici di II e III livello;
- Coordinamento della Riabilitazione.

7.1.12 INTEGRAZIONE DELL'ASL E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI CASERTA

Per realizzare l'attività di integrazione ospedale-territorio, come da DGRC n. 4183 del 14/9/2001, che indica quale obiettivo dei Direttori Generali delle AA. SS. LL. , la necessità di prevedere un piano di intervento, di concerto con le Aziende Ospedaliere di incidenza territoriale, capace di ridurre e di contenere la mobilità passiva ospedaliera in riferimento sia ad alcune patologie specifiche che ad aree territoriali ben definite, è stato costituito un tavolo di lavoro che vede la partecipazione dei componenti delle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie del territorio di Caserta.

L'intesa raggiunta prevede un piano di lavoro articolato su azioni di diverso livello sia operativo che temporale:

- la costituzione di un tavolo di "specialità" a carattere interaziendale per affrontare una lettura tecnica della tipologia della domanda e una proposta operativa per la possibile implementazione dell'offerta, quest'ultima intesa come capacità e possibilità di lavorare sull'esistente attraverso il riassetto, la razionalizzazione o la proposizione ex novo di prestazioni e servizi.
- La presentazione di un quadro delle offerte possibili che vada efficacemente ad interfacciarsi con le scelte dei medici di medicina generale, soggetti principali quali induttori di domanda attraverso un loro coinvolgimento diretto nel piano programmatico da elaborare.

TITOLO VIII – LE ARTICOLAZIONI DELL'AZIENDA

8.1 IL DISTRETTO SANITARIO

L'assistenza sanitaria non ospedaliera viene resa nell'ambito di una macrostruttura

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

denominata Distretto Sanitario.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale rappresenta una variabile ineludibile per garantire appropriatezza e qualità delle cure anche in ambito ospedaliero. La dimensione sanitaria territoriale adeguatamente riconfigurata e potenziata nei suoi setting assistenziali permette infatti di rispondere alla domanda di salute nell'ambito delle Cure Primarie e nelle Cure Domiciliari. Ricollocare nella offerta territoriale la domanda corrispondente consente di soddisfare con maggiore intensità e qualità l'istanza di garanzia dei LEA in Regione Campania.

Gli obiettivi principali che questa riorganizzazione si pone sono:
- rimodulazione delle Cure Primarie con promozione di una "Medicina Proattiva" di iniziativa che superi la staticità di una "Medicina d'Attesa"
- riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso con utilizzo di filtri territoriali
- estensione quali-quantitativa delle Cure Domiciliari per il raggiungimento del target regionale 3,5 ultrasessantacinquenni per mille abitanti
- riduzione delle giornate di degenza nei ricoveri per acuti
- potenziamento della integrazione Ospedale-Territorio per dimissioni protette e presa in carico di pazienti a bassa intensità assistenziale
- rafforzamento della integrazione Socio-Sanitaria per i bisogni complessi
- tutela della cronicità e della fragilità in area Salute Mentale
- potenziamento e differenziazione dell'offerta pubblica di servizi e interventi
- ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per la diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi psichici e di quelli del comportamento e dell'apprendimento.
- implementazione di Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i precorsi di transizione.
- potenziamento dell'offerta di prestazioni psicoterapeutiche entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per il trattamento e il contrasto alla cronicizzazione e favorire il pieno recupero funzionale della persona.
- potenziamento della presa in carico nei percorsi consultoriali materno-infantili per attività di prevenzione e cura (vaccinazioni, prevenzione delle malformazioni fetali, diagnosi prenatale precoce)
- sostegno alle attività di educazione sanitaria, adozione corretti stili di vita, potenziamento delle azioni di empowerement del cittadino utente

Obiettivi preminenti saranno:
- avvio di sperimentazione gestionale AFT e UCCP;
- implementazione progressiva delle AFT e UCCP in tutti i distretti entro i 3 anni dall'approvazione del presente piano;
- ricollocazione della Continuità Assistenziale, oltre che nelle UCCP, anche nella rete delle emergenze con inserimento delle chiamate nel circuito della C.O. 118;
- un potenziamento degli Ospedali di Comunità ed implementazioni di nuovi plessi con integrazioni tecnologiche (Teano, Capua);
- una predisposizione di PDTA regionali finalizzati alla Clinical Governance delle Patologie Croniche a più alto impatto di inappropriatezza (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, BPCO) nella trasversalità dei setting assistenziali;
- predisposizione delle reti specialistiche monotematiche per l'appropriatezza gestionale in area endocrinologica;
- riorganizzazione e potenziamento dei servizi e interventi pubblici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali specialistici (neuropsichiatria infantile e psichiatria)

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

per la diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi psichici e di quelli del comportamento e dell'apprendimento;
- rimodulazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in Salute Mentale con potenziamento delle SIR aziendali anche in funzione della chiusura degli OPG (già conclusa in Regione Campania);
- definizione di Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) integrati per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i precorsi di transizione.

L'evoluzione del concetto di "cure integrate", la ricerca di una relazione forte tra ospedale e territorio,la condivisione concettuale della cospicua componente sociale nella domanda sanitaria, l'introduzione della Legge 328/2000, hanno fatto sì che dal D.L.vo 502/92 l'enunciato dei contenuti del Distretto Sanitario, inizialmente visto come contrapposto e quasi concorrente all'attività ospedaliera, si amplificasse e contestualmente si rafforzasse nella sua centralità di struttura-chiave di una gran parte del sistema aziendale.
Si passa dunque negli anni da un Distretto sanitario, con le sue Unità Operative stabilite e codificate da specifici compiti e mansioni, nel loro standard di personale normato dalla Legge Regionale n. 32 del 1994, che lavoravano sotto lo stesso tetto senza incontrarsi quasi mai, anzi frammentando e talvolta duplicando ruoli, funzioni e prestazioni, lasciando al cittadino con scarso enpowerment, l'abilità di ricomporre a suo vantaggio il puzzle dell'assistenza, ad un Distretto che coglie nei processi di integrazione e condivisione la sua forza e la sua essenza, aprendosi, da un lato verso le Istituzioni sociali ed i suoi raccordi operativi (ambito territoriale, che non a caso si è fatto nel tempo coincidere con l'estensione geografica del Distretto di appartenenza, PUA, Piano di Zona), dall'altro verso le articolazioni aziendali di assistenza per acuti e verso il filone delle cure primarie e domiciliari che rappresentano, in un contesto di scarse risorse economiche, la migliore declinazione di una appropriatezza assistenziale che, ben condotta, trova anche ampia soddisfazione nel paziente e nella famiglia.
Il modello di Distretto Sanitario che l'Azienda Sanitaria Caserta intende realizzare è un modello organizzativo rivolto alla salute, alla sua promozione in ogni senso, alla prevenzione, principalmente primaria e secondaria attraverso l'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, all'analisi del contesto socio-economico-ambientale che necessariamente deve essere individualizzato quale risultato di studi integrati, un modello organizzativo chiaro ma flessibile, che tiene conto nei suoi paradigmi strutturali delle continue modifiche sociali, culturali, ambientali, che abbia occhi aperti sul territorio attraverso le sue Unità Operative e nel contempo utilizzando a piene mani le risorse sociali, culturali, istituzionali, di volontariato e terzo settore, da cui emergono segnalazioni, bisogni, aspettative. Le attività distrettuali devono essere necessariamente omogenee e tese al raggiungimento degli obiettivi di salute programmati a livello regionale e aziendale. Al fine di raggiungere tale obiettivo sarà individuato un Direttore di DS per il coordinamento delle attività distrettuali.
Il Distretto Sanitario della Azienda Sanitaria Caserta dirigerà la sua operatività secondo tre direttrici di sviluppo (Piano Sanitario Regionale 2016-2018)

La logica di sistema per la tutela complessiva della salute – il Distretto Sanitario,nell'ambito della sua autonomia organizzativa e nel solco degli obiettivi aziendali e regionali che di volta in volta saranno assegnati, dovrà necessariamente improntare la sua organizzazione e l'articolazione delle sue attività, sulla base di una piattaforma programmatica in cui i detentori delle responsabilità sociali e gli stakeholders territoriali possano agire quali apportatori di bisogni e collaboratori operosi nell'esercizio fondamentale della costruzione e poi della modifica continua dei bisogni di salute della popolazione. Solo una corretta, approfondita e continuamente aggiornata analisi del bisogno potrà condurre alla

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

programmazione e pianificazione di azioni e servizi soddisfacenti,sia sotto il profilo squisitamente sanitario che dell'equità e dell'accessibilità

La logica della integrazione delle risposte – su questa logica di sistema fondamentale che avrà condotto ad una condivisa ed esaustiva verifica del bisogno di salute reale della popolazione, seguirà inevitabilmente o sarà comunque perseguita, una altrettanto sistematica integrazione delle risposte al bisogno di salute espresso. Al Direttore del Distretto spetta il compito di produrre l'analisi del bisogno territoriale, da cui partire per la organizzazione interna dei servizi e delle strutture e per creare ponti d'intesa operativa con i Comuni, anche congiuntamente con l'Unità Operativa Complessa Socio-Sanitaria, collocata in sede centrale. Il Piano delle Attività Territoriali (PAT) dovrà necessariamente trarre origine dal contesto sociale ed economico e dovrà altrettanto necessariamente raccordarsi con l'aspetto delle risorse comunali e territoriali in senso lato, attraverso il Piano di Zona di riferimento, per progettare una mappa delle risorse globali e stabilire aree prioritarie di intervento sanitario e socio-sanitario, a loro volta rimodellabili al cambio delle variabili determinanti. Nonostante le differenze fondamentali di ruolo tra Istituzioni e Azienda Sanitaria, la mission ultima di tutti è il benessere del cittadino e ad esso bisogna tendere, ciascuno per il proprio ruolo, ma con azioni sinergiche che, se da un lato migliorano e amplificano la potenzialità positiva di una risposta dall'altro permettono, il più delle volte, che dall'unione delle forze possa derivarne un miglior risultato a più basso costo. Le leggi vigenti infine ci impongono una collaborazione opportuna e obbligata nell'ambito delle problematiche socio-sanitarie e la richiesta del cittadino-utente di veder analizzata e affrontata in maniera unitaria la propria richiesta è sempre più pressante e consapevole

La logica aziendale nella gestione delle risorse – la risposta al bisogno socio-sanitario prodotta in una logica di sistema e nel confronto con le autonomie locali, come sopra illustrata, condurrà a superare gli interventi settoriali. Essi dovranno trovare tuttavia un modello erogativo che dovrà seguire modalità d'azioni strutturate , percorsi e procedure regolamentate e condivise, per sfrondare l'operatività dalla singola interpretazione e dalla autorefenzialità, condizioni che condurrebbero ad una disequità e disomogeneità di risposte. L'Azienda Sanitaria agirà con percorsi e procedure codificate, con PDTA e linee guida, formalmente adottate e pubblicamente dichiarate, nell'intento ulteriore di amplificare la trasparenza dell'azione sanitaria anche nella sua componente tecnico-amministrativa, nonché per tracciare percorsi di riferimento che integrino macrostrutture diverse in azioni trasversali e complementari, legandole a vincoli di risultato in termini di efficacia, efficienza, economicità, in ultimo di appropriatezza. Il Direttore di Distretto, nell'ambito della gestione del budget, dovrà commisurare l'entità delle azioni sanitarie programmate alle risorse economiche affidategli,nella garanzia dei LEA e nella necessaria integrazione sia con le altre strutture aziendali sia con i Comuni di riferimento, e con questi ultimi sia per la parte professionale che per la prevista compartecipazione economica alle azioni socio-sanitarie integrate per arrivare ad un modello di welfare community. In questo quadro di logica aziendale non restano fuori i MMG e PLS. Il loro ruolo di protagonisti della salute del cittadino è per il distretto "una telecamera" esplorativa sul mondo salute e quali committenti interni manifestano la domanda della loro popolazione, diventando a loro volta produttori di salute per la competenza tecnico-professionale che esprimono. Il mondo della Medicina di Base troverà una sua ulteriore valorizzazione nel contesto delle Cure Primarie, delle Cure Domiciliari e Riabilitative, ai cui paragrafi si rinvia per ulteriore approfondimento. Resta forte il legame con il Direttore del Distretto, sia attraverso i consessi istituzionali che, si auspica, mediante un discorso continuo di costruzione della visione della salute in cui, all'aspetto puramente scientifico si affianchino momenti formativi di tipo gestionale ed organizzativo.

8.1.1. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DISTRETTUALE

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

Il Distretto si configura quale principale punto di accesso alla rete generale dei servizi sanitari e socio-sanitari. Nella ASL Caserta sono istituiti 12 Distretti Sanitari con la seguente distribuzione geografica e di popolazione, con indicate variabili percentuali di popolazione per la definizione di caratteristiche demografiche locali:

distretto n.	Comuni	Popolazione	% 0-14 anni	% > 65 anni
12	Caserta	118.319	13,98	16,78
13	Maddaloni	84.556	17,05	13,44
14	Teano	78.974	13,59	19,47
15	Piedimonte Matese	73.388	13,45	20,56
16	Marcianise	83.172	19,08	11,99
17	Aversa	52.989	15,86	13,62
18	Gricignano	99.849	20,54	9,80
19	Lusciano	73.732	19,46	11,52
20	Casal di Principe	53.427	17,66	11,96
21	S Maria CV	76.622	16,17	15,18
22	Capua	57.192	15,36	16,83
23	Mondragone	71.479	16,66	14,82
Media			16,56	14,69

Il Distretto Sanitario dovrà essere riconfigurato nel suo impianto organizzativo seguendo tre assunti logici fondamentali:

- Flessibilità
- Struttura portante, orizzontale e apicale
- Responsabilità/competenza organizzativo-gestionale, differenziata e indipendente dalla responsabilità/competenza tecnico-professionale specifica dei Dipartimenti.

8.1.1.1 FUNZIONI

Al Distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza. Il Distretto Socio-Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

Il modello di intervento del Distretto sarà quello della "presa in carico" del paziente, una operatività basata su un raccordo continuo tra le varie anime professionali, che parte dal MMG o PLS e, attraverso una funzione di accoglienza e di prima valutazione, espressa nella PUA (Vedi Coordinamento Socio-Sanitario) e nella Valutazione Multidimensionale, definisce un Progetto Assistenziale Individualizzato. In questo modello il Direttore di Distretto è responsabile dell'allocazione di risorse e della valutazione dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali integrati. Diventa, quindi, centro di responsabilità finale rispetto all'utenza e nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il garante del complesso delle attività sanitarie ed amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente.

8.1.1.2 DIRETTORE DEL DISTRETTO

Al Distretto è preposto un Direttore Responsabile con incarico di Struttura Complessa.

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

L'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore Generale a un Dirigente dell'Azienda, che abbia maturato un'esperienza specifica nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un Medico convenzionato, ai sensi dell'art.8 comma 1 del D.Lgs 229/99, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

II Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. È responsabile, in particolare, delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, definiti nel Programma delle attività territoriali distrettuali (PAT), approvato dal Direttore Generale.

Il Direttore di Distretto é individuato come Responsabile della gestione complessiva, è titolare di tutti i poteri di gestione a lui delegati dal Direttore Generale e si avvale anche della Segreteria Amministrativa del distretto che si rapporta a lui in posizione di staff.
Nei confronti del Responsabile della gestione complessiva del Distretto si realizza la procedura di attribuzione contrattata, degli obiettivi gestionali e delle inerenti risorse necessarie, prevista ed individuata dall'art. 20, comma 1, D. Lvo. 29/93.

Il Direttore di Distretto rappresenta inoltre la Direzione Generale Aziendale nei rapporti con i Sindaci del Distretto.

II budget di Distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo di cui rappresenta il coerente strumento gestionale. La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità (CdR) che contratta il budget con la Direzione Strategica.

II Distretto pertanto è una struttura operativa dell'Azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Principali compiti del Direttore di Distretto sono :

- Elaborazione Piano delle Attività Territoriali (PAT): dall'analisi del bisogno, attraverso la domanda, alla corretta allocazione di risorse per il prodotto salute;
- Garanzia di presidio permanente dell'attività (con verifica e valutazione) assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni ed all'andamento delle risorse disponibili;
- Garanzia, in collaborazione con le funzioni di staff di programmazione e controllo, del buon andamento del sistema informativo, il puntuale assolvimento dei debiti informativi, l'efficacia e l'efficienza d'uso delle risorse, mediante il controllo del budget;
- Redazione della relazione annuale di Distretto, in attuazione del PAT, verificando dati di attività e di risultato in termini qualitativi e quantitativi;
- Partecipazione al processo di budget aziendale presidiando gli obiettivi di competenza;
- Interfaccia con le Istituzioni territoriali per lo studio dei bisogni del territorio finalizzato ad azioni integrate di promozione della salute e di adeguati stili di vita;

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

- Gestione e controllo delle azioni integrate in ambito socio-sanitario secondo gli indirizzi provenienti dalla UOC Coordinamento Socio-sanitario e attraverso gli uffici Socio-sanitari;
- Definizione concordata con i Responsabili delle UU.OO. degli obiettivi annuali di ciascuna U.O. in relazione propositiva con i rispettivi Dipartimenti, ove esistenti, e valutazione finale.

Il Direttore di distretto supporta inoltre la direzione strategica nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000 n. 328.

Strumenti operativi del Direttore di Distretto sono:
- Ufficio di Coordinamento di Distretto
- Commissioni di verifica e controllo distrettuali
- Staff dirigenziale

Viene previsto a livello distrettuale una struttura periferica del Servizio Controllo di Gestione Centrale con funzione di supporto alla programmazione, alla gestione del budget assegnato al Distretto, alla gestione del sistema informativo, all'analisi ed alla elaborazione dei dati.

8.1.1.3 ATTIVITÀ

Le principali linee di attività del Distretto sono:
- La salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari;
- La tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale;
- L'assistenza primaria, che garantisce l'attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale;
- La medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico del paziente cronico;
- La riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile, ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, e programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- L'assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità;
- La medicina legale;
- L'assistenza ai non autosufficienti ed anziani fragili;
- La diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini;
- L'assistenza farmaceutica.

8.1.1.4 LE UNITÀ OPERATIVE DISTRETTUALI

Nei Distretti Sanitari dell'Azienda sono istituite le seguenti Unità Operative (anche interdistrettuali):

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

- Sei Unità Operativa Assistenza Sanitaria di Base Semplici (UOASB) con presenza nei restanti distretti di attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione, coordinate dall'UOC Cure Primarie:

UOASB DS 12
UOASB DS 13-16
UOASB DS 15-14
UOASB DS 17-18-19-20
UOASB DS 21-22
UOASB DS 23

- Cinque Unità Operativa Materno Infantile Semplici (UOMI) interdistrettuali con centri vaccinali più una complessa (con presenza nei restanti distretti di attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione):

UOMI DS 12,13,16	UOC
UOMI DS 14	UOS
UOMI DS 15	UOS
UOMI DS 17,18	UOS
UOMI DS 19,20,21	UOS
UOMI 22,23	UOS

- Una Unità Operativa Complessa Assistenza Riabilitativa Sovradistrettuale, con presenza nei distretti di un'attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione;
- Una Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Legale ed Invalidi Civili (UOMLIC) Sovradistrettuale, afferente al Dipartimento dei Servizi Strategici;
- Quattro Unità Operativa Assistenza Domiciliare Integrata (UOADI) Interdistrettuali semplici più una complessa con funzione di coordinamento (con presenza nei restanti distretti di un'attività con incarico professionale e/o di alta specializzazione):

ADI DS 12,13,16,21	UOC
ADI DS 14,15	UOS
ADI DS 17, 18	UOS
ADI DS 19,20	UOS
ADI DS 22,23	UOS

Alla gestione diretta del Direttore del Distretto viene affidata la funzione integrata CUP-ticket di concerto con la struttura di supporto amministrativa per la parte economica (cassa).

Le UU.OO. dei distretti si configurano come Strutture Semplici o Funzioni con Incarichi Professionali, ad eccezione di alcune UU.OO. che vengono classificate Complesse in quanto assorbono, oltre alle funzioni di base come sopra elencate, altre funzioni aggiuntive, già svolte in altre strutture e/o funzioni di coordinamento d'area, che vengono modificate e/o accorpate. Tali Unità Operative complesse sono, altresì, finalizzate a realizzare profili di cura e/o percorsi assistenziali integrati.

8.2 LE CURE PRIMARIE

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

In una moderna Azienda Sanitaria non si può trascurare alcun processo di sintesi e di unificazione di percorsi gestionali-organizzativi che possano condurre ad una ricomposizione della domanda ed una pari e congrua riconfigurazione dell'offerta di salute.

Uno degli ambiti più dispersivi su entrambi i fronti è quello che raccoglie le cure primarie; quell'insieme di azioni assistenziali essenziali, di ampio utilizzo, di primo livello, fondamentali anche nei risvolti sociali ed economici di una popolazione, e perciò di complesso governo anche perché ricadenti in capo a vari stakeholders interni ed esterni.

Le cure primarie vanno garantite attraverso metodologie di equità e facilità di accesso, estensività e prossimità, avendo da un lato come area di confine l'integrazione socio-sanitaria con i Comuni, dall'altro le cure intensive in regime di degenza. Sono la sfida totale ad una buona organizzazione e ad un buon controllo del sistema e perciò ad esse va dedicato un sincero approccio ricostruttivo integrato che conduca ad una buona sintesi delle risorse e ad un'efficacia misurabile degli outcomes.

Questa Azienda vuole confermare la bontà dei percorsi unificanti finora realizzati, spingendo sull'acceleratore dell'integrazione tra professionalità dell'area delle Cure Primarie, promuovendo percorsi di salute uniformi, eliminando parcellizzazioni di sistema, riconducendo la domanda plurima in una forma aggregata seppur complessa, fornendo risposte senza duplicazioni, con la massimizzazione dell'uso di quanto già esistente.

Si riconferma il ruolo centrale del MMG e PLS governando un sistema in rete delle professionalità che rientrano nell'ambito delle cure primarie (MMG e PLS, Continuità Assistenziale, specialisti ambulatoriali) percorrendo sperimentazioni applicative condivise delle varie modalità di aggregazione e costruendo un modello aziendale unificato (in rete) capace di comunicare al suo interno in tempo reale, dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali alle Cooperative, all'Integrazione ospedale-territorio all'ingresso negli Ospedali di Comunità, che si avvalga di strumenti di lavoro moderni, dalla rete informatica (Information Communication Technology – ICT) ai PDTA, dalla richiesta di cure domiciliari alla valutazione d'esito attraverso sinceri percorsi di Audit clinico.

Nel contesto delle Cure Primarie sono compresi:

- I MMG e PLS
- Gli Specialisti ambulatoriali
- I Presidi di Continuità Assistenziale:
    1. Caserta
    2. Casagiove
    3. S Nicola La Strada
    4. S Felice a Cancello
    5. Maddaloni
    6. Teano
    7. Vairano Patenora
    8. S. Andrea del Pizzone
    9. Riardo
    10. Roccamonfina
    11. Mignano M. Lungo
    12. Piedimonte Matese
    13. Ailano
    14. Dragoni
    15. Caiazzo
    16. Formicola
    17. Marcianise

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

18. Portico di Caserta
19. Aversa
20. Succivo
21. Casaluce
22. Frignano
23. Trentola
24. Casal di Principe
25. Curti
26. Capua
27. Carinola
28. Castel Volturno
29. Mondragone

L'Azienda Caserta intende procedere ad una riorganizzazione complessiva delle Cure Primarie mediante:

- Riorganizzazione degli ambiti territoriali di Assistenza Primaria in coerenza con il nuovo assetto territoriale dei Distretti e degli Ambiti sociali.
- Riorganizzazione dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale, basata sulla valutazione dell'appropriatezza dell‟assistenza specialistica ambulatoriale con conseguente diretto impatto che ne deriva sia in termini di costi sostenuti, che di tempi di attesa per l‟erogazione delle prestazioni
- Rimodulazione e riqualificazione della rete dei presidi di Continuità Assistenziale.
- Promozione e sostegno alle Cooperative ed alle altre forme associative dei MMG e PLS (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT), degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi, sia in un'ottica puramente assistenziale fondata su un network informatico che incamera dati e a sua volta genera report di valutazione di outcome economici e clinici, sia quale modello culturale condiviso basato su EBM.
- Promozione e sostegno della presa in carico globale del paziente identificando percorsi di appropriatezza erogativa codificati in PDTA, quale strumento riconosciuto valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, che pone al centro il paziente ed i suoi bisogni di salute, valorizzando le capacità di autogestione della patologia (self care), attraverso l'empowerment del paziente.
- Promozione e rafforzamento del modello di Ospedale di Comunità, già realizzato nel Distretto Sanitario di Teano per la gestione a breve/medio termine di pazienti con patologia cronico/degenerativa instabile o riacutizzata, che necessitino di controlli ravvicinati non effettuabili ambulatorialmente o in ADI o in fase di convalescenza post-acuta o post-chirurgica.
- Rafforzamento e potenziamento di un "sistema informativo clinico" che dalla cartella clinica informatizzata possa trarre indicatori di processo e di esito delle cure che conducano ad una sempre maggiore consapevolezza nell'appropriatezza del governo del sistema.

8.2.1 CENTRI ASSISTENZA DIABETOLOGICA (CAD)

L'ASL Caserta per rispondere alla crescente domanda assistenziale della popolazione affetta da Diabete Mellito ha previsto sei CAD Aziendali di cui 3 con funzioni di UOS in possesso dei requisiti previsti dalla DGRC n. 1168 del 16/09/2005.

Attualmente sono attivi i seguenti CAD:

- CAD - Caserta per i Distretti 12, 13, 16 (incarico professionale di Alta Specializzazione)
- UOS CAD - Cellole per il Distretto 14
- UOS CAD - Aversa per i Distretti 17, 18, 19, 20

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

Di prossima attivazione i seguenti CAD (incarico professionale):
- Piedimonte Matese per il Distretto 15
- Capua per i Distretti 21, 22
- Castelvolturno per il Distretto 23

8.3 LE CURE DOMICILIARI

In sintonia con le Linee Guida Regionali, approvate con Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14.02.2011 avente ad oggetto: "il Sistema dei servizi Domiciliari in Campania" pubblicate sul BURC n. 11 del 14/2/2011 l'Azienda assume le Cure Domiciliari quale obiettivo strategico della programmazione aziendale al fine di imprimere un reale processo d'innovazione e integrazione dei servizi sociali e sanitari.

É evidente infatti che attraverso le cure domiciliari si esprime un unico percorso che garantisce unitarietà degli interventi, prestazioni essenziali riconducibili ai LEA, protocolli operativi che promuovono l'integrazione ospedale-territorio favorendo in tal modo la naturale riconversione della rete ospedaliera orientandola alle reali necessità del territorio.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari sono:
- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare evitando ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta";
- supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

La Delibera della Giunta Regionale n. 41/2011 ha articolato le cure domiciliari in tre livelli:
- Cure Domiciliari di tipo prestazionale;
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello;
- Cure Domiciliari palliative per malati terminali.

8.3.1 MODELLO ORGANIZZATIVO

Le cure domiciliari sono prestate da U.O.S. interdistrettuali con un Responsabile di struttura; nei Distretti privi di Struttura Semplice sono assicurati Uffici distrettuali con un dirigente incaricato con profilo di alta specialità.

Tutte le articolazioni ADI rispondono gerarchicamente al Direttore del Distretto Sanitario e sono coordinate da un Responsabile incaricato dal Direttore Generale tra i Responsabili di Struttura Semplice.

Le UUOO ADI sono distribuite secondo il seguente schema:
- UOC Coordinamento Cure Domiciliari e ADI DS 12,13,16,21
- UOS ADI DS 14,15
- UOS ADI DS 17,18

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

- UOS ADI DS 19,20
- UOS ADI DS 22,23

Il Coordinamento ADI ha i seguenti compiti:
- analisi del bisogno e formulazione di proposte operative per l'offerta dei servizi;
- favorire l'omogeneizzazione degli interventi su tutto il territorio aziendale;
- analisi del bisogno formativo e proposizione dei piani formativi;
- stesura, responsabilità e monitoraggio dei progetti regionali riguardanti l'area;
- definizione degli obiettivi specifici da assegnare alle U.O. Cure Domiciliari.

Le Cure Domiciliari avranno il compito di referente unico per:
- la porta di accesso unica per la domanda di prestazioni domiciliari al paziente con età superiore ai 65 anni;
- la valutazione multidimensionale sanitaria e sociale del bisogno attraverso personale che è stato formato appositamente all'uso dello strumento di valutazione adottato e provvede all'inserimento dei dati nel sistema informatico regionale;
- la presentazione all'UVI dei casi a rilevanza socio-sanitaria;
- la definizione del piano e momenti di verifica;
- l'erogazione delle prestazioni.

8.4 CURE PALLIATIVE (UOSD Cure Palliative ed Hospice)

Le cure palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *"…un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale*".

Rivolgendosi a pazienti in fase avanzata di malattia cronica ed evolutiva, (malattie oncologiche ma anche neurologiche, respiratorie, cardiologiche) le cure palliative hanno lo scopo di garantire la massima qualità di vita possibile, nel rispetto della volontà dell'ammalato, aiutandolo a vivere al meglio la fase terminale della malattia ed accompagnandolo verso una morte dignitosa.

La medicina palliativa mette la persona al centro, partendo dall'assioma che esistono malattie inguaribili, ma non esistono malattie incurabili: anche quando l'obiettivo non è la guarigione, la cura del malato non deve essere mai abbandonata.

La L. 38/2010 definisce il malato terminale come: *la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita*.

L'ASL Caserta ha istituito la RETE delle Cure Palliative con la deliberazione n. 950 del 02/07/2015. Con la stessa deliberazione, ai sensi del D.C.A. n. 46/2015 ha potenziato la capacità di presa in carico dell'Azienda per le cure domiciliari palliative a favore dei malati terminali. Allo stato fanno parte della rete della ASL Caserta:
- UOSD Cure Palliative ed Hospice di S. Felice a Cancello (in corso di realizzazione) con 10 posti letto (DCA 47/2012 e DCA 99/2016).
- Hospice accreditati con D.C.A. 158/2012.

Struttura	D.C.A.	Posti letto

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

Hospice S. Felice a C.	47/2012	10
Villa Fiorita S.p.A.	158/2012	11
Hospice Nicola Falde	158/2012	11
Casa di Cura Villa Giovanna	158/2012	13
	totali	45

8.5 AMBULATORI ATTIVI PER ALZHEIMER/DEMENZE

Nell'ambito dell'attività distrettuale sono previsti i seguenti ambulatori per i pazienti affetti da Morbo di Alzheimer e le Demenze:

SEDE	INDIRIZZO	COMUNE
UVA DS 13	Via Roma 27 – S. Felice a Canc.	S.Felice a Cancello
UVA DS 12	Via Lamberti - ex S. Gobain	CASERTA
UVA P.O. Marcianise	Rione Santella	Marcianise
UVA DS 15	Viale Caduti sul lavoro	Alife
UVA DS 15	Via Matese	Piedimonte Matese
UVA DS 17	Via S.Di Giacomo ex INAM	Aversa
UVA DS 18	Via Prolung. Via Palazzo	Carinaro
UVA DS 19	Via Circumvallazione 80130	Trentola Ducenta
Nucleo Alzheimer	Centro Medicina Sociale	S.Cipriano D'Aversa
UVA DS 21	Via Albana Palo Buffolana	S.Maria Capua V.
UVA DS 22	Via Ettore Fieramosca	Capua
UVA DS 22	Via Iannotta Medaglie d'oro	Pignataro Maggiore
UVA DS 23	Via Marina di Marzano 81030	Castelvolturno
UVA DS 23	Via Alemanno 31 81034	Mondragone
UVA DS 23	Via Sessa M. Seminario Vescovile	Sessa Aurunca

8.6 MATERNO INFANTILE – SALUTE DELLA DONNA E DELL'ETA' EVOLUTIVA

La tutela della salute in ambito Materno-Infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari, per il riflesso che gli interventi di promozione e prevenzione della salute, di cura e riabilitazione, hanno sulla qualità del benessere psico–fisico nella popolazione generale attuale e futura.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN), il Piano Sanitario Regionale (PSR), e il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI), tengono conto della complessità degli obiettivi che, anche sul piano organizzativo e gestionale, contraddistingue gli interventi delle strutture operative. Tale complessità determina la necessità di attuare una forte integrazione tra interventi prettamente sanitari e interventi sociali.

Il D.L.vo n°229/99 ha definito, in termini precisi, l'integrazione socio-sanitaria rendendo concreta la possibilità di attuare forme di collaborazione ed integrazione tra ASL,Enti Locali, Autorità Giudiziaria Minorile,Istituzione Scolastica ecc.

Per garantire quindi unità, efficienza e coerenza negli interventi del Materno-Infantile, vista l'afferenza in esso di molteplici discipline tra loro affini e complementari,è necessario attuare un modello organizzativo capace di sinergizzare le attività territoriali e ospedaliere valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative.

Gli obiettivi specifici del Materno-Infantile, che si attuano attraverso progetti, sono la tutela:

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

- della Salute della donna in tutte le fasi ed ambienti di vita;
- della procreazione e la maternità e paternità responsabile;
- dell'unità madre-neonato all'interno del percorso nascita;
- della salute dei bambini fino al raggiungimento dell'età adulta;
- dei minori disabili e dei soggetti socialmente deboli.

Il Materno-Infantile garantisce inoltre:

- interventi volti alla prevenzione del disagio psichico e sociale del bambino e dell'adolescente,dovuto a problematiche scolastiche,familiari e relazionali;
- interventi in caso di abuso e maltrattamento dei minori e adozioni nazionali e internazionali.

Il Materno-Infantile promuove altresì l'offerta attiva:

- di interventi di prevenzione oncologica per la donna (screening ca cervice uterina e ca mammella)
- di interventi di prevenzione delle malattie infettive del bambino (vaccinazioni).

ModelloOrganizzativo

Nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse e della gestione delle esigenze del territorio, sono previste una U.O.C. con funzioni di Coordinamento Territoriale, cinque U.O.S. distrettuali ed un incarico professionale di Alta Specializzazione "Adozioni e psicologia giuridica" per i rapporti con le UOSM distrettuali. Sono inoltre previste tre U.O.S.D aziendali presso il Dipartimento Materno Infantile.

L'U.O.C. Coordinamento Attività Territoriali Materno-Infantile ha il compito di:

- assicurare l'unitarietà e l'omogeneità del percorso assistenziale alla donna, al bambino ed alla famiglia,e integrarsi con le Unità Operative Ospedaliere, i PLS, i MMG.
- favorire la omogeneizzazione di tutti gli interventi su tutto il territorio aziendale;
- analizzare il bisogno formativo e proporre i piani formativi;
- stesura, responsabilità e monitoraggio dei progetti regionali riguardanti l'area materno-infantile;
- definire gli obiettivi specifici da assegnare alle Unità Operative Materno-Infantile.

L'attuazione dei progetti (LEA) del Materno-Infantile sono assicurati dalle U.O.S.D. incardinate nel Coordinamento Materno-Infantile, e protese, ognuna di esse, al raggiungimento di un obiettivo specifico (e.g. "Percorso Nascita", "Adolescenti", ecc.) e dalle U.O.S., quest'ultime incardinate nei distretti sanitari, sia sotto il profilo gestionale del personale che della responsabilità clinica degli utenti; presso i distretti non sede di U.O.S. è il dirigente con incarico di alta specializzazione e/o incarico professionale a garantire i LEA.

8.7 AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPSICHIATRICI

Si intende perseguire lo stato di benessere dell'infanzia affrontando il tema in modo globale (sanitario, sociale e scolastico, con il coinvolgimento attivo dei familiari).

Per agevolare la promozione e la tutela della salute mentale in età evolutiva occorre mettere al centro il minore nel suo contesto naturale di vita (familiare, educativo, socioculturale) e rappresenta pertanto una priorità che sarà oggetto di investimenti mirati, anche con il ricorso a fondi finalizzati.

Per tale motivo, per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione, è istituita una **UOSD di Neuropsichiatria Infantile (NPI)**, onde superare l'attuale frammentazione degli interventi per i disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva e per garantire il principio della

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

continuità terapeutica.

L'UOSD di Neuropsichiatria Infantile (NPI), ha funzione di coordinamento e di indirizzo è inserita nel Dipartimento delle Fragilità.

Saranno costituiti **Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (N.NP.I.A.)** a competenza distrettuale e, in alcuni casi in base alle risorse disponibili, pluri-distrettuale. In ogni caso il bacino di popolazione di riferimento non sarà superiore ai 200.000 abitanti.

Per assicurare la corretta presa in carico sarà data particolare importanza all'integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento dell'Ufficio Sociosanitario e dell'U.V.I. distrettuale.

Il Nucleo territoriale di NPI assicura le attività e gli interventi per la tutela della salute mentale del minore, cura e sostegno al benessere psicologico e abilitazione dell'età evolutiva, esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, abilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

Entro 90 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale saranno istituiti, presso i Distretti, dei Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.) costituiti da équipe multi-professionali e multidisciplinari coordinate dal neuropsichiatra infantile.

I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NNPIA) garantiscono le seguenti funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e U.V.I.:

1. prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
2. presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva: nell'ambito del programma terapeutico e assistenziale garantiscono direttamente la prescrizione e il monitoraggio di terapia farmacologica, le prestazioni di psicoterapia e riabilitative, compatibilmente con la complessità del caso e con l'organizzazione del servizio;
3. valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici, abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con la U.O. di Riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
4. integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
5. partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
6. formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
7. integrazione operativa con le UOSM e UO Riabilitazione dell'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità neuropsichiatriche.

Per ciascun soggetto in carico sarà individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, garantita la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

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

8.8 LA RIABILITAZIONE E L'ASSISTENZA PROTESICA

L'assistenza di riabilitazione e per la distribuzione della protesica è assicurata da un Coordinamento dell'Assistenza Riabilitativa delle singole articolazione distrettuali che opereranno al fine di garantire i L.E.A.

L'organizzazione prevede la gestione di budget per aree di intervento e si avvale della collaborazione dell'U.O.C. Servizio Controllo Prestazioni in Accreditamento, dell'U.O.S. Controllo Centri Accreditati e dell'U.O.S. Controllo Centri di Riabilitazione.

In ciascun D.S. è presente l'Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR) quale equipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del percorso più appropriato. L'utente viene preso in carico con un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa e di interventi integrati. La criticità rappresentata dalla dimissione del paziente dall'ospedale, con interruzione o ritardi nell'attivazione / prosecuzione del progetto riabilitativo è stata rimossa dalla procedura per la dimissione protetta adottata con la deliberazione n. 300 del 20/10/2016.

Il responsabile della struttura distrettuale partecipa attivamente all'U.V.I. per i casi di competenza, ed è in stretto collegamento funzionale con l'ADI.

Ciascuna struttura assicura:

Prestazionidispecialisticaambulatoriale:

- Chirurgia, Fisiatria, Foniatria, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oculistica, ORL, Ortopedia, Pneumologia e Urologia.
- Le visite specialistiche sono finalizzate esclusivamente alla prescrizione di ausilii e/o trattamenti riabilitativi.

AssistenzaProtesica:

- Erogazione ausili El 1 – 2 – 3 Nomenclatore tariffario delle protesi; ausili riconducibili e/o extratariffario;
- Informatizzazione delle autorizzazione in rete;
- Distribuzione diretta dispositivi per stomie, per incontinenza a raccolta e medicazioni per piaghe da decubito;
- Controllo fatturazione;
- Verifiche annuali delle ditte ortopediche, audioprotesiche ed ocularistiche sul mantenimento dei requisiti richiesti, finalizzate all'inserimento nell'elenco regionale delle aziende autorizzate alla fornitura dei dispositivi protesici con spesa a carico del SSN di cui all'Elenco 1, D.M. 332/99 (controlli effettuati unitamente alle U.O.P.C.);
- Erogazione dei contributi previsti per la modifica degli strumenti di guida ai sensi dell'art. 27 – L. 104/1992;
- Prestazioni protesiche e contributo alberghiero per cure climatiche e soggiorni terapeutici elencate nel Regolamento ex ONIG (invalidi di guerra e per servizio).

TrattamentiRiabilitativicomplessi:

- Elaborazione / Autorizzazione di Progetti Riabilitativi nella fase intensiva di post acuto immediato presso Case di Cura Cod. 56, in regime di ricovero ordinario o

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

day hospital;
- Presa in carico globale degli assistiti con Progetti Riabilitativi nella fase estensiva ai sensi dell'art. 26, L. 833/78 in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
- Progetti sociosanitari personalizzati per l'accesso in RSA Disabili / Centri Diurni;
- Attivazione U.V.I.;
- Informatizzazione delle autorizzazione in rete;
- Informatizzazione delle prestazioni sociosanitarie complesse nella piattaforma LEASOCIOSAN/SANIARP.

Attività di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione per patologie semplici, ai sensi dei DD.CC.AA. n. 64 e n. 88/2011.

8.9 ASSISTENZA TERRITORIALE RIVOLTA AGLI STRANIERI

E' assicurata da una fitta rete di ambulatori dedicati, in larga parte assicurati da personale dipendente o convenzionato (Medici Continuità Assistenziale a 14 ore). Molto intensa la collaborazione con le Associazioni di volontariato impegnate nel settore che coprono, con i loro aderenti, una parte del territorio. La collaborazione è regolata da specifici protocolli d'intesa, recepiti in delibera dalla Direzione Generale.

Sono attivi i seguenti Ambulatori:

Ambulatori Dedicati STP/ENI ASL CASERTA		
D.S.	**Ambulatorio**	**Sede**
12 Caserta	**I Livello** Medicina Generale	Via P. Harris, area Ex Saint-Gobain, Palazzo della Salute. Caserta
13 Maddaloni	**I Livello** Medicina Generale	Via Vallone P.co Giuliana, 1° Piano Scala A Maddaloni
	I Livello Medicina Generale	Via Roma, 66 S. Felice a Cancello
17 Aversa	**I Livello** Medicina Generale	Via Salvatore Di Giacomo, 82 Aversa
	I Livello Medicina Generale	Caritas Aversa Vico Sant'Agostino, 4
	II Livello Ginecologia Ostetricia	Viale Europa, 4 Aversa
18 Succivo	**I Livello** Medicina Generale	Casa della Gioia. Via Virgilio, Succivo (adiacente scuola elementare)
19 Lusciano	**I Livello** Medicina Generale	Via G. Amendola, Parete
20 Casal di Principe	**I Livello** Medicina Generale	Amb. MMG. C/so Umberto I° n. 160 Casal di Principe

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

	I Livello Medicina Generale	Via Perugia, 8 - S. Cipriano d'Aversa
	I Livello Medicina Generale	Casal di Principe. C.so Umberto I,179 Palazzo Baldascini
21 S. Maria C.V.	**I Livello** Medicina Generale	Ambulatorio della Carità. Via Madonna delle Grazie 8 - S. Maria C.V.
	I Livello Medicina Generale	Via Treviso, 1 Curti
23 Mondragone	**I Livello** Medicina Generale	Via Marino di Marzano Castelvolturno
	I Livello Medicina Generale	Centro di prima accoglienza "Fondazione Fernandez" via Domiziana Km. 33,500 Castelvolturno
	I Livello Medicina Generale	Ambulatorio Emergency via Domiziana 288 Castelvolturno

La gestione e la organizzazione territoriale dei servizi prestati agli STP sono garantiti attraverso i distretti sanitari aziendali e le Unità di assistenza sanitaria di base che provvedono all'applicazione delle linee guida nazionali e regionali vigenti, all'individuazione delle strutture atte all'assistenza e delle risorse umane necessarie per il corretto funzionamento del servizio.

Le attività sono coordinate dall'UOSD Area della fragilità e Immigrati, incardinata nel Dipartimento dei Servizi Strategici.

L'UOSD Area della fragilità e Immigrati:
1. Provvede al monitoraggio dei servizi resi ed alla rendicontazione sia delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche che da quelle Accreditate;
2. Effettua la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, in sinergia con le strutture aziendali preposte (Servizio Controllo Interno di Gestione, Farmacie Aziendali, Cure Primarie, ecc.);
3. Predispone la modulistica necessaria;
4. Emana, di concerto con l'UOC Coordinamento Sociosanitario, le procedure applicative. A tal fine entro 90 giorni dall'adozione dell'Atto Aziendale, verrà emanata apposita linea guida, in coerenza con la DGRC n. 111/2013 e s.m.i.

Sono in corso di approvazione specifiche progettualità, finanziate con fondi dedicati, per il potenziamento delle attività, anche di prossimità, nella gestione dell'area ed il potenziamento tramite l'acquisizione di risorse umane, strumentali e tecnologiche.

8.10 FUNZIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO-CONTABILE DEL DISTRETTO SANITARIO

Presso ciascuna Direzione di Distretto Sanitario è istituita una funzione di supporto amministrativo-contabile con un referente che supporta la Direzione del Distretto nella gestione del personale, nella gestione degli acquisti in conto economale, per il budget assegnato e nella gestione delle procedure di liquidazione dei servizi affidati al distretto.

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

Essa collabora, altresì alla:

- gestione, monitoraggio e liquidazione delle indennità stipendiali del personale;
- imputazione informatica delle presenze e assenze del personale;
- gestione dei fondi economali assegnati secondo il regolamento aziendale, gestione economale fondi sicurezza, gestione cassa;
- emissione degli ordini di acquisto sulle gare centralizzate e sulle procedure direttamente gestite e relative liquidazioni. Per le procedure direttamente gestite si fa riferimento al regolamento degli acquisti.
- liquidazione dei servizi appaltati del presidio. Per le attività di manutenzione e degli uffici tecnici si rinvia ai relativi regolamenti.
- provvede alla definizione di tutte le procedure di gara ed amministrative delle UU.OO. distrettuali.

Viene istituita una UOC Gestione Amministrativa distrettuale centralizzata che supporterà tutte le Direzioni Distrettuali omogeneizzando le procedure amministrative, in particolare per la gestione economale, riscossione ticket, piccole gare periferiche e procedure di acquisto. Allo scopo sarà predisposto opportuno regolamento in merito, publicato sul sito aziendale.

8.11 IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DISTRETTUALI (P.A.T.)

Il Programma delle Attività Territoriali (P.A.T.), elaborato con i contenuti e con le modalità di cui all'art. 3-quater, comma 3 del decreto legislativo 502/92 e s.m.i., della DGRC 1813/2007 nonché con i contenuti previsti dai Regolamenti di esecuzione degli AA. CC. NN. per i Medici di Medicina Generale e per i Pediatri di Libera Scelta (D.P.R. 270 e 271 del 28/712000 e s.m.i.), definisce gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali e sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, individuando le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

Il P.A.T. definisce le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, al fine di rendere possibili periodiche rimodulazioni delle attività.

Il Programma rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento.

Il P.A.T. è proposto dal Direttore del Distretto, in collaborazione con la funzione centrale di Coordinamento delle attività sociosanitarie, al fine di garantire uniformità di erogazione nella gestione dei servizi sulla base delle risorse assegnate e coerentemente con la programmazione regionale e aziendale, previa concertazione e coordinamento con i responsabili dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri dell'Azienda, sentito l'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali e il Comitato dei Sindaci di Distretto.

La proposta del P.A.T. è trasmessa al Direttore Generale ai fini dell'approvazione, d'intesa con il suddetto Comitato, limitatamente alle attività sociosanitarie.

Per qualificare gli interventi finalizzati all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo di programmazione, rendendo tra loro compatibili le scelte

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

previste dal programma delle attività territoriali e dal Piano di Zona, a garanzia di integrazione di investimenti e risorse, di efficienza ed economicità nonché di continuità assistenziale.

I due strumenti pertanto, devono essere gestiti all'interno di una unica strategia programmatoria, attuata in modo collaborativo tra Azienda Sanitaria e Comune, in ordine alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari da garantire sul territorio.

Ai sensi dei citati D.P.R. 270 e 271 del 2000, il Direttore dei Distretto, unitamente ai propri collaboratori ed all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è coadiuvato, per il monitoraggio delle attività previste dal Programma, concernenti la medicina generale e la pediatria di famiglia, rispettivamente da due rappresentanti dei medici di base e da un rappresentante dei pediatri di famiglia, eletti tra quelli operanti nel Distretto.

8.12 L'ACCESSO AI SERVIZI DISTRETTUALI: LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO – PUA

Nell'ottica di superare la frammentarietà delle risposte, si organizzano servizi che garantiscono accoglienza, informazione ed orientamento al cittadino fin dal primo momento della formulazione della richiesta ed agevolano l'accesso ai servizi. Viene organizzato un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per i cittadini con lo scopo di:

- orientare i soggetti;
- promuovere la capacità del cittadino di scelta e di empowerment nel fare scelte informate;
- incrementare il funzionamento del sistema di assistenza territoriale;
- realizzare risposte che permettano di promuovere percorsi assistenziali di tipo domiciliare e residenziale;
- innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale ai bisogni del cittadino;
- promuovere risposte integrate ai bisogni sociosanitari complessi;
- favorire modelli organizzativi per l'integrazione con il sistema di presa in carico sociale, implementando progetti personalizzati per la presa in carico integrata tra sistema sanitario e sistema sociale;
- favorire la continuità dei percorsi assistenziali;
- migliorare la cooperazione fra le istituzioni.

La Porta Unitaria di Accesso è una funzione esercitata di concerto tra i Distretti Sanitari e l'Ambito Territoriale, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti. É disciplinata dalle Linee Operative per l'Accesso Unitario ai Servizi Socio-Sanitari – Porta Unica di Accesso – P.U.A. di cui alla DGRC n. 790 del 21/12/2012, così come modificato dal DCA 99/2016.

Il modello di funzionamento della PUA avviene su due livelli:

1. il primo di tipo operativo, finalizzato a rendere organica e ad individuare "fisicamente" la PUA, al fine di evitare una disomogeneità dei processi di accesso ed accoglienza. Infatti la PUA verrà dislocata quanto più possibile in luoghi di facile accesso per gli utenti (preferibilmente al piano terra degli stabili), ed
2. il secondo, di tipo gestionale, garantito dalla funzione di Coordinamento attivata presso ciascun Distretto Sanitario;

Il modello di funzionamento è disciplinato da specifico Protocollo d'Intesa da stipulare tra l'Ambito Territoriale di riferimento ed il Distretto SS (o i Distretti SS) coincidenti, trasmettendone copia al Coordinamento Sociosanitario Aziendale.

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

Il Direttore del Distretto Sanitario individua i Punti di Accesso e la funzione di Coordinamento (Ufficio Sociosanitario o URP), d'intesa con l'Ambito Territoriale.

É garantita l'omogeneità del sistema su tutto il territorio dell'Azienda con un collegamento funzionale di ciascun Coordinamento distrettuale della PUA (secondo livello) con il Coordinamento Sociosanitario aziendale.

É adottata, quale set minimo per la scheda d'accesso, l'allegato "A" della DGRC n. 790/2012. In base all'esperienza maturata con la stipula delle Convenzioni di cui alla DGRC 50/2012, i Direttori dei Distretti Sociosanitari, d'intesa con i Coordinatori degli Uffici di Piano, possono integrare tale set minimo in base ai reali bisogni della popolazione di riferimento.

I Direttori dei Distretti Sociosanitari attivano la PUA, con specifico Protocollo Operativo da stipulare con l'Ambito di riferimento, in base all'allegato "B" (format del regolamento delle procedure operative).

Il Monitoraggio e la valutazione dei dati, a cura del secondo livello operativo (Coordinamento distrettuale) avviene con l'utilizzo degli indicatori di cui all'allegato "C" della DGRC 790/2012.

É utilizzata, quale piattaforma informatica integrata, in attesa della condivisione con gli Ambiti Territoriali, il sistema univoco regionale di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie LEASOCIOSAN che prevede l'informatizzazione delle prestazioni di cui all'allegato 1/C del DPCM 29/11/2001 (DGRC 2105/2007).

L'accesso è diretto ma può realizzarsi anche attraverso antenne sociali (Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta; Unità Operative Distrettuali; Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale, Terzo Settore, ecc.).

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso decodificano il bisogno espresso dal cittadino *(valutazione di primo livello)* ed avviano un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle problematiche espresse, semplici o complesse, prevede l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale, tramite l'U.V.I., finalizzata ad una presa in carico integrata.

8.13 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (U.V.I.) E LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E MULTI PROFESSIONALE

Nel caso in cui un soggetto presenti bisogni multifattoriali che necessitano di risposte di tipo complesso si individua la natura del bisogno, al fine di attivare percorsi assistenziali appropriati, utilizzando strumenti e scale di valutazione certificate e validate.

Nel caso il bisogno espresso non può trovare soddisfacimento con il concorso di professionalità di una sola U.O. o il bisogno richiede una risposta anche di tipo socio assistenziale e si rileva l'opportunità di verificare le condizioni socio relazionali ed ambientali, l'utente viene inviato alla valutazione multiprofessionale da effettuarsi in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI).

É attiva una UVI per ogni distretto sociosanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e negli AdP. Alle UVI partecipano i seguenti componenti:

- il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta che ha in carico l'utente ed un Assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;

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

- un Medico dell'U.O. distrettuale competente per il caso ed un referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'UVI viene integrata, con le modalità previste nel regolamento allegato all'Accordo di Programma, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

La UVI 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 Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.

In sede UVI viene individuato il Case Manager o Responsabile del caso, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il Case Manager o Responsabile del caso ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il Case Manager o Responsabile del caso è colui che verifica la fase operativa e funge da raccordo fra l'equipe operativa e l'UVI.

La responsabilità clinica del caso è in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari); la responsabilità del Progetto Personalizzato è del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative.

Al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, la valutazione multidimensionale dell'UVI viene effettuata con strumenti specifici (scheda S.Va.M.A. e S.Va.M.Di., approvate rispettivamente con la D.G.R.C. 323/2012 e la DGRC 324/2012).
La valutazione multidimensionale rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato.

In esecuzione del Decreto n. 77 del 11/11/2011 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario l'U.V.I. provvede alla elaborazione dei costi delle prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1 C del DPCM del 29/11/2001 secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010 per agevolare gli adempimenti delle strutture e/o cogestori che devono fatturare all'ASL le tariffe dovute per la componente sanitaria ed all'utente/Comune la restante quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate nel richiamato Decreto n. 77/2011 e così come modificato dalla L.R. n.5 del 06.05.2013.

8.14 UFFICIO SOCIOSANITARIO

L'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale svolge una funzione di back-office, anche all'interno di una struttura più complessiva con compiti specifici relativi all'integrazione socio-sanitaria, in funzione di staff per il Direttore del Distretto e in raccordo funzionale con il Coordinamento Sociosanitario aziendale, del quale rappresenta la proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feedback per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate. In sostanza il Coordinamento Sociosanitario coordina e indirizza, in una ottica funzionale, gli U.S.S. distrettuali al fine di curare l'organizzazione, la gestione e

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

l'operatività dell'integrazione sociosanitaria territoriale.

A capo dell'Ufficio Sociosanitario vi può essere un Dirigente o un Referente (che può essere anche titolare di Posizione Organizzativa).

L'ufficio sociosanitario svolge, a supporto del Direttore del DS, funzioni di:
- programmazione territoriale integrata (collabora, per gli aspetti relativi all'integrazione sociosanitaria, con la Direzione distrettuale alla elaborazione del Programma delle Attività Territoriali, del Piano di Zona e dei Patti Distrettuali per la Salute);
- analisi dei bisogni e delle risorse;
- monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali;
- monitoraggio della spesa con invio di report trimestrali all'Ambito Territoriale ed al Coordinamento Sociosanitario aziendale;
- coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali.

Provvede al collegamento organico tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali, attraverso l'istituzione dei protocolli della "dimissione sociosanitaria protetta" così come previsto dalla deliberazione ASL Caserta n. 300 del 20/10/2016.

8.14 IL PROGETTO PERSONALIZZATO

I distretti utilizzano il progetto personalizzato che nasce dalla necessità di porre al centro del sistema sociosanitario integrato l'individuo portatore di bisogni complessi, cui non è possibile fornire risposta esaustiva ed efficace attraverso l'erogazione di prestazioni semplici (ancorché articolate in un piano assistenziale). Ciò implica che non tutte le persone afferenti all'area distrettuale sono eleggibili per un progetto personalizzato (es.: visita specialistica, programma vaccinale, ecc.).

Il progetto personalizzato viene, in tutti i casi, definito dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per le persone le cui condizioni richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alle aree:
- materno-infantile,
- anziani e non autosufficienti
- disabilità
- patologie psichiatriche
- dipendenza da droga, alcool e farmaci
- patologie per infezioni da HIV
- malati terminali.

Il progetto personalizzato tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. La personalizzazione del progetto implica la condivisione degli obiettivi, delle azioni da svolgere e delle modalità d'intervento, con il paziente e/o i familiari e la responsabilità rispetto ai risultati attesi, le modalità di verifica e la suddivisione del carico economico con tutti gli attori coinvolti.

Gli obiettivi dei progetti personalizzati sono la promozione dell'inclusione e del mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità o in condizioni di bisogno sociosanitario. Il fine è evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di

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

marginalità e di esclusione attraverso la istituzionalizzazione sanitaria o sociale e l'assistenzialismo. Tale obiettivo viene perseguito attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni e relativi interventi sanitari a rilevanza sociale, in bisogni ed interventi sociali a rilevanza sanitaria, privilegiando la domiciliarizzazione degli interventi e la permanenza delle persone utenti nei propri contesti familiari e comunitari.

Sul piano operativo, si distinguono 4 fasi entro cui si sviluppa il progetto personalizzato:
- Accesso
- Valutazione multiprofessionale e multidimensionale del bisogno
- Progetto e relativa spesa
- Verifica e valutazione

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) Centri Diurni per Anziani NON Autosufficienti, Demenze e Alzheimer di strutture accreditate dell'A.S.L. Caserta (DCA n. 125 del 31/10/2014)

DENOMINA-ZIONE	Sede operativa	SEDE LEGALE	TIPOLOGIA DI ATTIVITA'	POSTI LETTO		CLASSE
				Residenziali	Semiresidenz.	
EMME DUE s.r.l. Struttura "Villa Anna")	Via Ponte Aurunco, 13- Sessa Aurunca	Via Ponte Aurunco, 13- Sessa Aurunca	RSA per anziani non autosufficienti	**33**	0	3
EMME DUE s.r.l. (Struttura "Baia Duemila")	Via F. Turati, 7 Baia e Latina	Via Ponte Aurunco, 13 Sessa Aurunca	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer (Centri Diurni)	**24**	0	3
G.A.F. srl (Struttura "La Pinetina")	Via Domitiana, KM 37,700 – CastelVolturno	Via S. D'Acquisto, 100 – Aversa	RSA per anziani non autosufficienti, a ciclo continuativo, demenze e Alzheimer	**37**	0	3
Gerovit srl	Via Madonna Dell'Olio, 142 – Aversa	Via Madonna Dell'Olio, 142 – Aversa	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer (Centri Diurni)	0	**15**	3
L'OASI – Centro Residenza di Riabilitazione Neuromotoria per Anziani e Disabili S.r.l.	Via Castagneta, 25 – Castel Campagnano	Via F. Petrarca, 8 – S. Nicola L.S.	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer (Centri Diurni)	**48**	0	3
S.A.A. s.r.l. (Struttura "Villa San Francesco")	Via Sorbo, 10 – Valle di Maddaloni	Salita Arenella, 9 – Napoli	RSA per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer	**40**	0	3
			TOTALE RSA ANZIANI	**182**	**15**	

RSADisabili. Strutture accreditate dell'A.S.L. di Caserta (DCA n. 53/2015):

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

	Posti letto	
Denominazione	**Residenziale**	**C.Diurno**
Piccola casa divina provvidenza	60	----------
L'OASI s.r.l.	120	----------
L'OASI s.r.l.	----------	50
Villa dei Cedri s.r.l.	----------	56
Totale	180	106

UOSD RSA Disabili Aziendale – Caserta

Attività	Posti letto
Residenziale	23
Diurno	15
Totale	38

8.15 L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

Il Direttore del Distretto si avvale di un Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali con funzioni propositive e tecnico-consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico-operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Tale ufficio è composto, come previsto dall'art. 3-sexíes, comma 2 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, dai responsabili delle UU.OO. del distretto, integrato dai rappresentanti delle professioni sanitarie e per le materie afferenti all'area di integrazione socio-sanitaria, da un coordinatore assistente sociale e da un rappresentante delle restanti professionalità laureate/dirigenti ; sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei Medici di Medicina Generale, uno dei Pediatri di Libera Scelta e uno degli Specialisti Ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto, nominati dal Direttore Generale. Il numero e la modalità di individuazione dei rappresentanti vengono disciplinati con apposito separato atto del Direttore Generale.

Partecipano ai lavori dell'Ufficio su invito del Direttore del Distretto:
- il Direttore del Dipartimento della Salute Mentale o un suo delegato;
- il Direttore del Dipartimento di Prevenzione o un suo delegato;
- il Direttore del Dipartimento SERD o un suo delegato;
- il Direttore del Presidio Ospedaliero o un suo delegato;

Competono a tale ufficio funzioni propositive e tecnico-consultive relative alle seguenti attività:
- analisi del fabbisogno di salute e di assistenza della popolazione, mediante la definizione di un unico piano di rilevamento, avvalendosi dei dati epidemiologici e degli indicatori di processo di risultato e di qualità;
- elaborazione della proposta annuale relativa al programma delle attività distrettuali;
- promozione di strategie condivise, finalizzate a soddisfare i reali bisogno di salute, sempre nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato;
- monitoraggio e valutazione di tutte le attività poste in essere nell'ambito del programma delle attività territoriali;
- monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle attività distrettuali concernenti la medicina generale;
- individuazione delle modalità di raccordo tra i diversi elementi che costituiscono la rete dei servizi sociali e sanitari presenti sul territorio, in modo da consentire l'integrazione dei percorsi diagnostico–terapeutici e assistenziali.

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

8.16 FUNZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE COMPONENTE DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

I Medici dell'Ufficio di Coordinamento del Distretto decadono per:
- dimissioni
- cessazione dell'incarico convenzionale
- revoca o sospensione dell'incarico convenzionale
- non giustificata mancata partecipazione alle riunioni dell'ufficio per un 1/3 delle sedute nel corso dell'anno.

I Medici dell'Ufficio di Coordinamento del Distretto hanno i seguenti compiti:
- fare da collegamento integrativo tra Distretto socio-sanitario e Medici di Medicina Generale dell'ambito distrettuale d'appartenenza, anche con l'ausilio di personale e strutture del Distretto per l'attuazione pratica degli accordi convenzionali e programmatici sottoscritti a livello nazionale, regionale ed aziendale;
- partecipare ad incontri e riunioni su temi specifici proposti dal Responsabile di Distretto o su iniziativa dai Medici di Medicina Generale;
- formulare proposte inerenti all'ottimizzazione delle prestazioni socio-sanitarie erogate sui territori distrettuali e delle prestazioni fornite dai MMG in rapporto alle convenzioni vigenti;
- essere in stretto collegamento con il Responsabile di Distretto ed il Referente ADI per la gestione e lo sviluppo delle attività di assistenza domiciliare;
- avanzare proposte al responsabile di Distretto su reali bisogni socio-sanitari non soddisfatti o su prestazioni socio-sanitarie non opportune;
- prendere conoscenza ed esprimere parere in merito a segnalazioni di disservizi effettivi o presunti nell'ambito dell'attività dei MMG;
- collaborare alla realizzazione delle iniziative di aggiornamento;
- collaborare con i servizi centrali al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, in riferimento a linee-guida condivise, a percorsi diagnostici e terapeutici concordati, al rispetto delle norme emanate dalla Commissione Unica del Farmaco, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali favorendo l'integrazione e lo sviluppo di comportamenti omogenei tra medici di Assistenza Primaria, Specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

8.17 IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

Un efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto al servizi erogati.

Ai sensi del citato art. 3-quater D. Lgs. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni, compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:
- l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al programma delle attività territoriali-distrettuali;
- l'espressione del parere, limitatamente alle attività socio-sanitarie sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;

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

- la diffusione delle informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'Azienda.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali proprie di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte, in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati e Assemblea Comunità Montana).

Nel Distretti ricomprendenti Comuni montani, il Comitato dei Sindaci di Distretto è integrato dal Presidente della Comunità Montana interessata.

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto. Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto. Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale o suo delegato e il Direttore del Distretto. Il Comitato dei Sindaci, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, compreso l'espletamento delle attività amministrative e dì supporto da parte del Comune che esprime la Presidenza, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Il Comitato è convocato dal suo Presidente ai fini dell'espressione dei pareri sopra citati, previsti dalla legge, qualora lo richieda il Direttore Generale dell'Azienda e quando lo richieda per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare corredati delle relative proposte.

8.18 UFFICIO PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Nell'ambito delle funzioni afferenti alla Direzione Sanitaria viene previsto l'ufficio per i rapporti con la Medicina Generale e Pediatrica di L.S.

Il responsabile dell'Ufficio è un medico di Medicina Generale o Pediatra Convenzionato, nominato dal Direttore Generale con i seguenti compiti:

- partecipa ad incontri e riunioni su temi specifici dell'area della Medicina generale convenzionata e quant'altro con essa connessa;
- opera in stretto collegamento con i Direttori dei Distretti per la corretta applicazione di tutte le norme inerenti l'area convenzionata;
- informa su tutti i bisogni socio-sanitari non soddisfatti o su prestazioni socio-sanitarie non opportune riguardanti la medicina generale e pediatrica;
- predispone, in collaborazione con il Direttore del Distretto, quanto necessario per rimuovere disservizi nell'ambito dell'attività della medicina generale e pediatrica;
- supporta il Dirigente del Servizio Controllo di Gestione nelle valutazione gestionali della Medicina Generale e nelle iniziative di controllo dei fenomeni prescrittivi;
- è il delegato della Direzione Generale nei comitati e commissioni previste dagli accordi collettivi della medicina generale pediatrica, e specialistica ambulatoriale;
- verifica la gestione delle risorse destinate alle attività di assistenza primaria, pediatria, continuità assistenziale;
- coordina le attività dei medici di medicina generale membri di diritto dell'ufficio di

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

coordinamento distrettuale e verifica che i nuovi medici inseriti negli ambiti carenti svolgano il minimo di attività assistenziale;
- é il delegato della Direzione Generale per la verifica del rispetto del rapporto ottimale nell'area convenzionata e della sussistenza di situazioni di incompatibilità.

8.19 INDIVIDUAZIONE DEI DISTRETTI SANITARI

Con le DGRC n. 504 e 505 del 2009 la Giunta Regionale ha definito la nuova codifica delle AA.SS.LL. e dei distretti sanitari.



Con nota prot. 29634 del 30 ottobre 2009 l'Azienda ha trasmesso considerazioni e proposte in ordine al suddetto assetto degli ambiti distrettuali evidenziando alcune difficoltà di gestione del territorio distrettuale n.23 che si presenta molto esteso e differenziato per caratteristiche geo-morfologiche, culturali ed economiche individuando soluzioni alternative rispondenti ai requisiti dell'art. 3 L.R. 16/2008.

La GRC, valutando le proposte e le considerazioni formulate con DGRC 1960 del 30.12.2009 ha modificato gli ambiti distrettuali 14, 22 e 23 attribuendo i comuni di Cancello Arnone, Grazzanise e S. Maria La Fossa al Distretto 22 (Capua) e Cellole e Sessa Aurunca al distretto 14 (Teano).

La legge finanziaria regionale n. 4 del 15.3.2011 aveva parzialmente modificato tali assetti

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

riattribuendo i comuni di Cancello Arnone, Grazzanise e S. Maria La Fossa al distretto 23 e spostando il comune di Cellole dal distretto 14 al distretto 23.

Con decreto del Commissario ad Acta n. 69 del 30.9.2011 é stata ripristinata lo configurazione precedente di cui alla DGRC 505/2009.

Con DGRC. n. 320 del 3.7.2012 pubblicata sul BURC n. 42 del 9.7.2012 la Giunta Regionale ha effettuato le seguenti modifiche agli ambiti e ai distretti:

- I Comuni di Pietramelara, Riardo e Roccaromana passano dal distretto 14 al distretto 15;
- I Comuni di Grazzanise e S. Maria La Fossa passano dal distretto 22 al distretto 21;
- Il Comune di Cancello Arnone passa dal distretto 22 al distretto 23.

8.20 L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Una concreta integrazione e sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari (DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 e s.m.i.), l'auspicato potenziamento delle politiche sociali dei Comuni attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/00 e il completamento nell'ASL Caserta della riconversione graduale della spesa a favore della Sanità Territoriale (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc), è necessaria anche a causa di una molteplicità di fattori (progressivo invecchiamento della popolazione ed aumento della cronicità, maggiore diffusione del disagio, aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, maggiore attesa di benessere, ecc.), che determinano un massiccio aumento della domanda di prestazioni sociosanitarie.
L'integrazione sociosanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità, in termini sia di equità e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti, consente l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie.

Pazienti disabili di lieve-medio grado, con bisogni prioritari sociali di vitto, alloggio, socializzazione, sono stati, in passato, impropriamente ospitati in strutture sanitarie istituzionalizzanti (e ad alto costo) o gestiti in gruppi di convivenza o presso il proprio domicilio (a più basso costo) prevalentemente a carico del S.S.R. Più adeguati interventi sociali consentono, oltre quanto previsto dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, una riduzione della spesa complessiva e risposte più appropriate ed incisive. Per tale motivo l'ASL Caserta attribuisce importanza prioritaria alla coerenza tra i PdZ ed i PAT in termini di efficacia, concretezza e coerenza.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Coordinatore Sociosanitario dell'Azienda partecipa al Coordinamento Istituzionale di ciascun Ambito Territoriale direttamente o delegando il Direttore di Distretto Sociosanitario competente. Ciò al fine di raccordare l'azione programmatoria tra gli Ambiti Territoriali e l'ASL per gli aspetti sociosanitari del Piano di Zona con gli aspetti sociosanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano Attuativo Locale dell'ASL.

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono di competenza congiunta dell'ASL e dei Comuni dell'Ambito (allegato 1.C del DPCM del 29.11.01; Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro n. 6 del 04/02/2010 e n. 77 del 11/11/2011).

Negli Accordi di Programma possono essere previste particolari forme di organizzazione

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

delle cure domiciliari con specifici progetti condivisi tra l'ASL e l'Ambito Territoriale come ad esempio i PTRI/BdS (DGRC 483/2012 e DCA 16/2013). Per l'attivazione dei PTRI/BdS, come per qualsiasi progetto personalizzato sociosanitario, occorre la valutazione multidimensionale e la progettualità dell'Unità di Valutazione Integrata con presa in carico congiunta con l'Ambito Territoriale o con il Comune di residenza dell'assistito, specificando la quota economica in carico al sistema sanitario ed al sistema sociale per agevolare la fatturazione disgiunta prevista dal Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro n. 77/2011 e n. 81/2011 e dalla DGRC 50/2012, successivamente modificato dalla L.R. n. 5 del 06.05.2013.

La negoziazione con i Comuni continuerà a prestare specifica attenzione ai seguenti obiettivi:

- Sarà favorita la domiciliarità (anche con gruppi di convivenza se attivati congiuntamente all'Ambito/Comune di residenza) con un'offerta di prestazioni che la rendano praticabile e anche preferibile per i soggetti (pazienti e famiglie) e insieme meno onerosa (rispetto a soluzioni residenziali o semiresidenziali) anche per il cittadino;
- Saranno concordati chiari criteri per la valutazione dei casi e per la correlazione fra tale valutazione e i livelli di assistenza, per ri-orientare la natura ed il contenuto specifico delle prestazioni;
- Saranno stabiliti criteri di priorità sia nell'accettazione di nuovi casi che nella revisione di quelli già in carico, sulla base dei concetti di consistenza e urgenza del bisogno, considerando che l'obiettivo non è mai la negazione di una risposta ad un bisogno assistenziale ma solo riposizionamento nell'ordine degli interventi.
- Saranno progettati e attivati servizi articolati e flessibili, per offrire risposte appropriate, e non sovradimensionate, rispetto al bisogno considerato;
- Nella individuazione delle soluzioni gestionali, poiché i servizi a carattere sanitario hanno generalmente livelli di costo più elevati, saranno esplorate anche opzioni più sociali, integrandole con l'azione del medico di medicina generale e di altre professionalità sanitarie specificamente richieste perché l'intervento sia appropriato e qualificato;
- Saranno previste combinazioni di prestazioni offerte da più soggetti, comunque assicurando la continuità e l'integrazione, a livello organizzativo e tramite l'attribuzione ad un operatore della specifica responsabilità di gestione del caso (case manager).

In applicazione del Decreto 22/2011 del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro del settore sanitario le attività sociosanitarie sono funzione strategica nella programmazione aziendale e, a tal fine, è previsto un Coordinamento Sociosanitario (Struttura Complessa) per assicurare l'integrazione tra:

- le diverse aree sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- le aree sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'Azienda, i Distretti Sociosanitari ed i Presidi Ospedalieri;
- l'Azienda ed i Comuni, in particolare per le attività sociosanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale.

All'U.O.C. Coordinamento Sociosanitario afferiscono:

- U.O.S.D. Integrazione aree delle fragilità e Immigrati (per gli immigrati come da DGRC n. 111/2013, con funzione di coordinamento degli ambulatori STP/ENI e di rendicontazione delle prestazioni specialistiche e di diagnostica effettuata presso le strutture pubbliche ed i Centri Accreditati).
- U.O.S.D. Integrazione aree sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
  Rientra in tale area la Formazione continua del personale, il Coordinamento degli Uffici Sociosanitari e delle PUA distrettuali, l'analisi dei bisogni ed i correlati PdZ e

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

PAT, il monitoraggio budget.
- SUAP pubblica P.O. Piedimonte Matese (incarico professionale alta specializzazione).
  La Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP - DCA 70/2012), in corso di istituzione presso il P.O. di Piedimonte Matese, è coordinata da un Medico con incarico professionale di alta specializzazione. Ha funzione di riferimento per piccoli interventi a favore dei pazienti in Stato vegetativo o di minima coscienza in assistenza domiciliare, di concerto con le strutture ADI aziendali. Con l'attivazione dei posti letto la gestione delle attività sarà assicurata dal Direttore del Distretto Sanitario 15 Piedimonte Matese.

Dipendono "funzionalmente" dal Coordinamento Sociosanitario (D.C.A. n. 22/2011 e 99/2016):
- 12 Uffici Sociosanitari in staff ai Direttori di Distretto;
- 12 U.V.I. presso le Direzioni distrettuali;
- 12 P.U.A. presso le UORP distrettuali e/o le Direzioni Distrettuali.

Il Coordinamento Sociosanitario esplica le seguenti funzioni:
- Aggrega tutte le attività assistenziali sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 502/92 e s.m.i., dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Sociosanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- Partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione sociosanitaria protetta", ed a quelli relativi all'ADI;
- Svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA sociosanitari) e delle attività sociosanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- Concorre, in collaborazione con le altre articolazione aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni sociosanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività sociosanitarie;
- Cura in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione sociosanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Sociosanitari distrettuali;
- Partecipa all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i direttori dei Distretti Sociosanitari che sottoscrivono il PdZ per la parte afferente al proprio distretto.

8.21 SANITÀ PENITENZIARIA

L'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni di custodia ha progressivamente reso necessario ripensare il modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978.

Pertanto il modello regionale di sanità penitenziaria deve essere armonizzato con la realtà nazionale nel rispetto dei principi ispiratori esplicitati nel PSR 2011-2013 e delle politiche organizzative e di intervento ivi rappresentate. Al contempo deve recepire

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

progressivamente le pertinenti indicazioni a partire da quelle dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui alla DGR n. 96 del 21 marzo 2011 fino alle recenti indicazioni recate dal Decreto Commissariale n. 99/2016.

In considerazione degli indirizzi regionali di recepire e definire il processo di riordino della sanità penitenziaria nel rispetto dei principi e delle linee di riferimento enunciati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 – "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale, n° 126, del 30 maggio 2008 – deriva la necessità, a livello aziendale, di aggiornare il modello organizzativo già implementato al fine di migliorarne l'efficienza e l'efficacia.

Di particolare rilievo risulta, nel contesto territoriale di riferimento, il processo di superamento degli OPG (DPCM 01.04.2208, art. 3-ter, Legge 17 febbraio 2012 n. 9; Legge 30 maggio 2014, n. 81) che ha portato alla definitiva chiusura dell'OPG di Aversa e alla realizzazione di tutte le previste strutture e servizi richiesti per il suo superamento (strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive OPG e CCC (REMS) e Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere.

Per le REMS, si evidenzia che sono state attivate inizialmente tre strutture provvisorie (Mondragone, Roccaromana e Vairano P.) per n. 48 posti, da ricondurre progressivamente ad una sola struttura definitiva di n. 20 posti (Calvi Risorta) in funzione dal 15.12.2016 a cui farà seguito la contestuale dismissione della struttura di Roccaromana e, successivamente, secondo un programma regionale in definizione, seguiranno le dismissioni delle restanti due strutture provvisorie.

Il D.P.C.M. 1 aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), all'art. 2, comma 2, stabilisce che, nell'assolvimento delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A.

Nel predetto allegato viene in premessa richiamato il D.Lgs. n. 230/1999, che prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di Pena ubicati in ciascuna regione.

Le prestazioni di sanità penitenziaria attualmente dovute dal servizio sanitario regionale attengono principalmente all'assistenza primaria e specialistica e sono definite come: *"…funzioni riconducibili all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai detenuti che, a norma dell'art. 1 comma 1 del D.lgs. 230/1999, hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali"*.

Tali prestazioni vengono rese in regime di iscrizione al servizio sanitario nazionale e di totale esenzione dalla compartecipazione alla spesa, subordinate a criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche e all'osservanza del Codice Deontologico.

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

Inoltre attengono al servizio sanitario regionale eventuali prestazioni di tipo aggiuntivo (per esigenze istituzionali proprie, non necessariamente subordinate ai criteri che vincolano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, come a titolo di esempio prestazioni odontoiatriche).

Le Aziende Sanitarie sono tenute, altresì, ad erogare le prestazioni medico legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria, di cui all'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009, di cui alle convenzioni locali. Tale ulteriore attività rende ragione della complessità e della numerosità degli utenti in carico a questo specifico settore di assistenza.

L'organizzazione dell'offerta assistenziale finalizzata all'efficacia degli interventi di cura deve prevedere la presa in carico della persona detenuta, la gestione integrata e la continuità delle cure, dal momento dell'ingresso in struttura penitenziaria, durante la permanenza, nel caso di trasferimento e al momento del rilascio. L'erogazione delle prestazioni medico/diagnostico/assistenziali, così come le attività di promozione della salute, sono preferenzialmente realizzate all'interno delle strutture penitenziarie, riducendo al massimo le traduzioni dei detenuti verso le strutture esterne ma garantendo prioritariamente l'appropriatezza delle prestazioni e le garanzie di tutela della salute individuale.

Le indicazioni in precedenza richiamate sono da ritenersi solo parte di un insieme di norme e regolamentazioni definite e operativamente consolidate nei servizi sanitari, e alle quali si rimanda.

Per quanto specificamente riferibile al processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e all'implementazione delle strutture e dei servizi che ne hanno sostituito e modificato le funzioni, si richiamano, per quanto pertinente con l'organizzazione aziendale e con riferimento all'ambito regionale, i Decreti del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 62/2012 e n. 104/2014.

Il modello organizzativo di riferimento - dal PSR 2011-2013 al Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale Campania - prevede, come fondamentale unità organizzativa aziendale, un Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere, configurato come ambito assistenziale trasversale, assorbendo sia la funzione assistenziale ospedaliera che territoriale, e pertanto collocato nella dimensione della Direzione Strategica, in diretta connessione con la Direzione Sanitaria e che assicura le funzioni sanitarie trasferite ex D.lgs. n. 230/1999, DPCM 01.04.2008, Legge n. 9/2012 e Legge n. 81/2014.

La predetta articolazione aziendale deve inoltre assicurare, nell'erogazione dell'assistenza, il necessario raccordo, per ciascun Istituto Penitenziario, con il Distretto ed i Dipartimenti territorialmente competenti.

Particolare attenzione deve essere assicurata nella definizione dei rapporti di collaborazione con i servizi di cure primaria, delle dipendenze patologiche e della salute mentale.

Con riferimento a questi ultimi assume prioritaria rilevanza la garanzia di un collegamento funzionalmente efficace, essendo il DSM responsabile dell'elaborazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRI) per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misura di sicurezza detentiva o non detentiva, costantemente finalizzati alla prevenzione delle misure di sicurezza detentive o, qualora in essere, alla loro trasformazione in misure non detentive.

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

Pertanto, al fine di implementarne pienamente l'organizzazione richiesta dalle norme di riferimento, in considerazione delle strutture detentive presenti nel territorio aziendale, si aggiorna e integra l'attuale organizzazione con l'istituzione della seguente articolazione aziendale.

È istituita la U.O.C. Tutela della Salute in Carcere: struttura complessa, dotata di autonomia organizzativa e gestionale, ed afferente al Dipartimento delle Fragilità, che realizza con le risorse assegnate (strutturali, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche) l'appropriato svolgimento delle funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali, ed all'unificazione della gestione dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Campania, assicurando l'assolvimento delle seguenti funzioni:

- prestazioni sanitarie di base (medicina di base e continuità assistenziale) e prestazioni specialistiche, attraverso le articolazioni interne competenti per la singola struttura o servizio;
- raccordo con i Dipartimenti Dipendenze Patologiche e Salute Mentale ed i Distretti Sanitari nel cui territorio insistono i servizi e le strutture della sanità penitenziaria, per quanto attiene alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree;
- funzioni di consulenza e collaborazione;
- raccordo con gli uffici della Regione Campania e con quelli del PRAP, del Centro di Giustizia Minorile, e dell'Autorità Giudiziaria;
- coordinamento organizzativo, clinico e medico legale correlate alle funzioni di ufficiale medico del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria e di cui alla lettera circolare GDAP-0366497-2007 del 26.11.1007, per quanto ivi citato di competenza della figura del medico incaricato;
- coordinamento di tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall'allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall'Amministrazione Penitenziaria al SSN, di competenza del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali;
- programmazione annuale delle attività di formazione del personale coinvolto nell'area della sanità penitenziaria, di concerto con il responsabile della specifica area aziendale, nonché di ulteriori e specifici interventi formativi su ambiti di particolare rilevanza.

Il Direttore della UOC Tutela della Salute in Carcere è responsabile aziendale dell'area della sanità penitenziaria, negozia annualmente gli obiettivi con la Direzione aziendale, funge da collegamento e promuove pro-attivamente l'integrazione tra la Regione e l'Azienda di propria appartenenza. Laddove non già individuato ai sensi della DGRC n. 1551/2008, viene scelto nell'ambito della dirigenza medica dell'Azienda con sperimentata conoscenza o esperienza nell'ambito delle attività sanitarie proprie della realtà penitenziaria, e in possesso dei titoli necessari a ricoprire l'incarico di responsabile di struttura complessa.

Il Direttore della UOC Tutela della Salute in Carcere è responsabile a livello aziendale:

- delle funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate nei confronti dei cittadini detenuti o comunque in esecuzione penale o destinatari di provvedimenti penali.
- del recepimento delle indicazioni regionali e nazionali sopravvenute;
- del recepimento, la riconferma, e l'estensione a tutti gli Istituti afferenti al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria esistenti sul territorio dell'organizzazione prevista per l'Azienda, in uno con il recepimento formale di tutte le avvenute sue evoluzioni; la redazione e l'approvazione di un documento esplicativo degli interventi di assistenza sanitaria per i detenuti effettuati dalla ASL

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

("Carta dei servizi di medicina penitenziaria");
- dell'elaborazione di specifici e dettagliati strumenti operativi, utili sia ai fini dell'erogazione dell'assistenza stessa che alla sua progressiva ottimizzazione, attraverso l'acquisizione dei necessari dati epidemiologici, di bisogno, di attività e di esito;
- della promozione di iniziative locali nell'area della sanità penitenziaria e della predisposizione degli interventi finalizzati ad assicurare un'idonea integrazione delle azioni dei singoli servizi aziendali coinvolti nella predetta area, prevedendo eventuali risorse aggiuntive.

Allo stesso Direttore compete anche la partecipazione, diretta o attraverso proprio delegato, alle funzioni ispettive all'interno degli Istituti penitenziari di cui alla legge 30 aprile 1962 n. 283, di competenza, ex DPCM 01.04.2008, del Dipartimento di Prevenzione; al riguardo, in fase di prima implementazione della presente organizzazione, assume il compito, congiuntamente al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, di definire l'idonea e aggiornata composizione e operatività della relativa commissione di vigilanza.

Articolazioni della U.O.C. Tutela della Salute in Carcere.

In relazione alla complessità quali-quantitativa della rete di Istituti e strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive OPG e CCC (REMS) afferenti alla U.O.C. Tutela della Salute in Carcere, sono previste le seguenti articolazioni interne:
- UOS Presidio Penitenziario di Santa Maria Capua Vetere: assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Santa Maria Capua Vetere; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.
- UOS Presidio Penitenziario di Carinola; assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Carinola; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.
- Presidio Penitenziario di Arienzo (incarico professionale); assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Arienzo; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.
- Presidio Penitenziario di Aversa (incarico professionale); assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Aversa; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.
- UOS Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) CalviRisorta.

Funzioni specifiche di rilevanza organizzativa.

In relazione alle caratteristiche della popolazione ristretta nelle strutture aziendali dell'area della sanità penitenziaria, sia qualitative (internati, detenuti, donne, minori) che quantitative, ai fini di garantire l'efficiente erogazione delle prestazioni si identificano le seguenti aree di particolare rilevanza e criticità:
- Attività farmaceutica a servizio dell'UOC Tutela della salute in Carcere
- Presa in carico dei minori con problematiche psichiatriche e/o di dipendenza inseriti in comunità terapeutiche su disposizione dell'Autorità Giudiziaria;
- Integrazione comunitaria e prevenzione dell'esclusione sociosanitaria (rapporti con gli enti esterni; coordinamento e gestione delle attività per la prevenzione dell'assegnazione a REMS e la dimissione da REMS, attraverso la metodologia dei PTRI; rapporti con i Servizi Sociali del Ministero della Giustizia; attività di programmazione, controllo e monitoraggio delle pertinenti risorse e obiettivi della

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

UOC Tutela della salute in carcere);

- Procedure amministrative (realizzazione efficiente ed efficace dell'istruttoria e predisposizione degli atti amministrativi connessi alle funzioni della UOC).

Per ciascuna delle predette aree di attività si prevede una specifica funzione dirigenziale, assicurabile anche attraverso posizioni organizzative.

Considerata l'attività già implementata e la rilevante esperienza acquisita, come anche previsto nel Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018 (approvato con DCA n. 99/2016), la funzione di "Farmacia in area penitenziaria" per la complessiva gestione del farmaco nelle strutture afferenti alla UOC Tutela della Salute in Carcere è collocata nell'ambito della UO Farmacia Ospedaliera di S. Maria Capua Vetere. Le operatività sono regolamentate con specifico protocollo da definirsi tra le Direzioni delle due UU.OO. coinvolte.

Per quanto infine relativo alla disponibilità di un congruo numero di posti letto ospedalieri riservati alle persone ristrette negli Istituti penitenziari e nelle REMS del territorio aziendale, l'attuale sperimentazione in essere con posti letto prioritariamente riservati presso il P.O. di Sessa Aurunca (n. del P.O. e n. 1 posto letto per patologia acute psichiatriche presso l'S.P.D.C. e n. 4 p.l. per patologie acute non psichiatriche presso altro reparto) è provvisoriamente confermata e sarà rivalutata in funzione dell'effettiva riattivazione del reparto ospedaliero protetto per detenuti previsto presso l'A.O. di Caserta. La predetta sperimentazione sarà oggetto di specifico protocollo tra la UOC Tutela della salute in Carcere e, rispettivamente, la Direzione del DSM e la Direzione Sanitaria del P.O. di Sessa Aurunca, che ne regolamenterà le funzioni, i percorsi di ricovero e di dimissione e le risorse professionali dedicate.

La UOC Tutela della Salute in Carcere assicura il coordinamento e l'integrazione intraziendale, attraverso il "Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere", al quale partecipano i Direttori dei Distretti Sanitari sede di Istituto Penitenziario, il Direttore del DSM, il Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche, i Dirigenti delle articolazioni interne alla UOC Tutela della Salute in Carcere, i Responsabili delle Articolazioni competenti, i Referenti del personale infermieristico e tecnico; per specifiche problematiche connesse alla medicina penitenziaria, il Gruppo di lavoro dovrà essere integrato, a richiesta del Direttore della U.O.C. Tutela della Salute in Carcere, con la partecipazione dei Referenti dei Servizi Centrali e delle Aree Tematiche Aziendali competenti per altre attività. Al Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari dell'area penitenziaria", che andrà periodicamente aggiornato. Per motivate esigenze, il Direttore della UOC, sentito il predetto Gruppo, potrà attivare altri specifici sottogruppi di lavoro.

In ogni Presidio Penitenziario è individuata la funzione di Medico Referente d'Istituto (M.R.I.). Al predetto M.R.I., strutturalmente e gerarchicamente subordinato al Responsabile della UOS del presidio, saranno da quest'ultimo assegnati specifici compiti e/o funzioni, coerenti e sinergici con gli obiettivi della UOC; attribuzioni previste dalla disciplina della Legge 740/70, nel rispetto della normativa nazionale ed europea in tema di tetti orario di lavoro e nelle more dell'adozione di ulteriori indirizzi relativi alla tipologia di inquadramento e attribuzione di funzioni.

8.22 ISTITUZIONE DELLE FUNZIONI AZIENDALI

L'Azienda garantisce, per il tramite delle strutture territorialmente competenti (Distretti Sanitari e Dipartimenti Aziendali) l'assolvimento di tutte le funzioni sanitarie transitate al

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

SSR dall'Amministrazione Penitenziaria - intendendo la medicina penitenziaria, anche quando realizzata nell'ambito dei CDT, quale attività di tipo territoriale centralmente ed univocamente coordinata.

Essa, quindi, garantisce un omogeneo percorso per la presa in carico della Salute in Carcere da parte del Sistema Sanitario Regionale, in costante raccordo con gli organismi regionali, tra cui, prioritariamente, l'Osservatorio Permanente Regionale sulla Sanità Penitenziaria che, anche in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, è preposto tra l'altro al monitoraggio delle attività dei servizi sanitari penitenziari, attraverso le funzioni di analisi del volume delle prestazioni erogate, di valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e pattern di trattamento, di descrizione della condizione igienico sanitaria e di supporto alla costruzione di indicatori di struttura, livello ed esito a livello regionale.

8.23 INTEGRAZIONE TRA DISTRETTO E DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'integrazione tra il Distretto ed il Dipartimento di prevenzione è garantita a livello centrale dal coordinamento programmatico e funzionale impartito dal Direttore Sanitario Aziendale e attraverso la partecipazione al Collegio di Direzione strategica; a tale livello vengono stabilite le linee di intervento comune, le possibilità di raccordo territoriale nell'ambito delle rispettive autonomie organizzative e funzionali. Nei singoli Distretti le Unità operative afferenti al Dipartimento di Prevenzione dipendono sia sul piano programmatico che sul piano tecnico funzionale dai Servizi del Dipartimento stesso.

8.24 INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La problematica dei rapporti ospedale-territorio ha il suo elemento nodale nella evidenza che si è realizzata, da parte di entrambe le strutture, una risposta distorta alla domanda di salute del cittadino.

Infatti, il distretto, attraverso le sue articolazioni, non soddisfa pienamente la domanda di prestazioni pur potenzialmente erogabili al di fuori dell'ospedale, rendendo talora obbligatorio per il cittadino il ricorso al pronto soccorso ed al ricovero; l'ospedale, nell'intercettare questa domanda inevasa, la soddisfa spesso attraverso l'utilizzo improprio del ricovero. Sostanzialmente, a fronte del bisogno di salute del cittadino, vi è da parte del distretto una risposta inadeguata e da parte dell'ospedale una risposta inappropriata.

Pertanto l'Azienda si pone i seguenti obiettivi:

- aumentare la capacità di risposta del Distretto Sociosanitario;
- modulare l'appropriatezza della risposta dell'Ospedale;
- migliorare l'integrazione delle funzioni;
- utilizzare gli strumenti normativi degli Accordi Collettivi, nazionali e decentrati dei MMG/PLS, con particolare riguardo ai punti relativi ad associazionismo e cooperazione, al fine di estendere in termini qualitativi e quantitativi la "copertura" della domanda degli assistiti da parte dei MMG/PLS. Obiettivo è adattare modalità di accesso ed orari di apertura degli ambulatori dei MMG/PLS alle reali esigenze dell'utenza ed ampliare i tempi della copertura del servizio in modo da realizzare, in cooperazione con le SAUT, un reale dispositivo di continuità assistenziale sul territorio;
- Stabilizzare e razionalizzare l'assetto operativo e strutturale del sistema delle SAUT. Queste saranno coordinate con i presidi della Continuità Assistenziale. Tutto il sistema dell'emergenza-urgenza sarà inteso non come semplice punto di smistamento verso l'ospedale o di emanazione di prestazioni di cui si richiederà la replica al MMG/PLS il giorno successivo. Per questo scopo sarà proseguito ed

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

ampliato il programma di formazione degli operatori;

- Rispondere a bisogni di maggiore complessità amplificando la capacità del distretto, attraverso l'uso delle conoscenze tecniche ed organizzative innovative, di affrontare problematiche a maggiore complessità. Per tale motivo sarà data particolare attenzione a quei progetti, anche sperimentali, che prevedano la possibilità, per i medici dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale, di effettuare l'osservazione breve del paziente e di somministrare terapie di prima cura o di elezione in pazienti stabilizzati, anche attraverso la diffusione dei sistemi di self help diagnostico e mediante la riqualificazione strutturale degli ambulatori.
- Allargare le esperienze delle strutture sanitarie intermedie, con la possibilità di realizzare attività di cura a ciclo diurno anche in ambito extra ospedaliero; tali attività, pur permanendo nella sfera del ricovero e quindi nella piena pertinenza ospedaliera, saranno realizzate spostando, per patologie tipicamente di elezione, il "contenuto" ospedaliero (operatori, conoscenze) in un "contenitore" (la struttura sanitaria intermedia) a minore complessità e dunque a minor assorbimento di risorse.
- Modulare l'appropriatezza della risposta dell'Ospedale adottando protocolli condivisi, quali il PRUO (Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale), in modo da selezionare in maniera adeguata ed omogenea i pazienti realmente abbisognevoli di ricovero.
- Riconoscere la remunerazione tariffaria dell'attività di P.S. ed osservazione breve. A tal proposito verrà attivata l'informatizzazione delle attività del pronto soccorso.
- Migliorare l'integrazione sviluppando e sostenendo il rapporto MMG-Ospedale sia nel pre-ricovero (prescrizione del ricovero di elezione, e non abuso della modalità di ricovero di PS o per auto-prescrizione), sia durante il ricovero (partecipazione alla consultazione clinica), sia nel post-ricovero (continuità delle cure sulla base di linee guida comuni condivise).
- Utilizzare appieno le Carte dei Servizi, anche attraverso la lettura "trasversale" delle Carte prodotte dalle AA.OO. e dalle altre AA.SS.LL., per la conoscenza dell'offerta e l'indirizzo del paziente al servizio che offra la risposta più adeguata allo specifico bisogno di salute.
- Attivare diffusamente, come già previsto da specifici progetti per la de-ospedalizzazione presentati alla Regione Campania, la Assistenza Domiciliare Integrata, che per la sua complessità organizzativa e per lo sforzo di integrazione che richiede, può avere ricadute positive anche fuori dal proprio specifico ambito di applicazione, costituendo le premesse metodologiche, culturali ed organizzative per una integrazione applicabile anche ad altri obiettivi assistenziali.

Nel Presidio Ospedaliero di Teano é stato già attivato l'ospedale di Comunità ed il trasferimento delle attività ambulatoriali del distretto (SPS). Nel presidio di Capua é in corso di attivazione l'Ospedale di Comunità mentre le attività distrettuali già sono state trasferite.

8.25 PIANO ATTUATIVO LOCALE

II PAL è lo strumento di programmazione attraverso il quale l'ASL Caserta, in relazione alle risorse disponibili ed ai vincoli del piano sanitario regionale, programma le proprie attività su base triennale.

II PAL, in esecuzione di quanto previsto dalla programmazione regionale e sulla base degli indirizzi formulati dalla Conferenza dei Sindaci, definisce:

- le attività da svolgere, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli essenziali di assistenza da garantire nonché le risorse finanziarie che attribuisce alle proprie strutture;

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

- i livelli quali-quantitativi delle prestazioni assistenziali e le modalità di fruizione di servizi;
- le modalità di integrazione tra servizi sociali e sanitari;
- le modalità ed i termini di attuazione dei progetti obiettivi delle azioni programmate, anche ai fini della individuazione dei relativi percorsi assistenziali;
- gli strumenti, lo sviluppo e la rideterminazione della rete ospedaliera locale;
- gli strumenti per lo sviluppo dell'assistenza distrettuale;
- le azioni conseguenti agli impegni assunti in sede di adozione e aggiornamento annuale della carta dei servizi;
- i livelli e le forme della partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni rappresentative degli utenti.

Con iI PAL saranno indicati:
- gli obiettivi e i risultati di gestione da raggiungere attraverso l'utilizzo dei sistema di budget;
- gli strumenti ed i sistemi per il controllo qualitativo e gestionale dei risultati;
- l'attribuzione delle risorse alle proprie strutture organizzative e l'individuazione dei settori e delle quote di attività per le quali sono previste iniziative di concertazione interaziendale e di contrattazione con istituzioni private, prevedendone gli esiti organizzativi, economici e finanziari;
- le necessità di risorse materiali e di personale e le loro modalità di reperimento;
- i piani di investimento per il potenziamento e l'ammodernamento strutturale e per l'acquisizione di tecnologie sanitarie sulla base delle risorse assegnate e di quelle comunque disponibili a questo fine.

8.26 PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITÀ

II Piano Annuale delle Attività (PAA) o Direttiva annuale del Direttore Generale, è lo strumento di programmazione attraverso il quale l'ASL Caserta adegua ed attualizza annualmente i programmi contenuti nel PAL alle esigenze di compatibilità e di priorità.

Con il piano annuale delle attività la Direzione Aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, che orienta e vincola tutti i produttori sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.

La Direzione Aziendale assolve in tal modo alla propria funzione di committenza presiedendo alla negoziazione e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni, che garantiscono le compatibilità tra il piano annuale delle attività e le risorse disponibili.

La programmazione annuale con gli erogatori interni è attuata mediante il processo di budget con il quale le risorse umane, tecnologiche, e finanziarie disponibili vengono assegnate alle articolazioni aziendali, individuate dal presente Atto Aziendale, alle quali vengono parimenti assegnati gli specifici obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Il processo di budgeting è un'attività di programmazione i cui elementi fondamentali sono la correlazione tra risorse ed attività nonché tra obiettivi previsti e risultati raggiunti.

L'insieme dei budget dei vari centri di responsabilità e di costo costituisce il budget generale d'Azienda che si allega al Bilancio economico preventivo di ciascun anno.

Con cadenza trimestrale vengono prodotte, in modo sistematico, le informazioni di attività e di utilizzo delle risorse per verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli

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

obiettivi previsti ed adottare, in caso contrario, le misure correttive necessarie.

8.27 RELAZIONE SANITARIA

Ai sensi dell'art. 18 della L.R. 10/2002 l'ASL Caserta, predispone e trasmette alla Giunta Regionale entro il 31 gennaio di ogni anno, una relazione sanitaria contenente la sintesi dei dati e delle informazioni raccolte ed elaborate dal sistema informativo del Controllo di Gestione in ordine:

- alle condizioni di salute della popolazione;
- alle attività dei Distretti Sociosanitari, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e dei Servizi;
- alla situazione economico-finanziaria;
- allo stato di attuazione dei piani attuativi con la indicazione degli strumenti e dei sistemi utilizzati per la misurazione dei risultati raggiunti.

TITOLO IX – LA RETE OSPEDALIERA

9.1 LA RETE

Il D.L. 18.09.2000 n° 347, convertito con modificazioni nella Legge 16.11.2001 n° 405, nel mirare ad un contenimento dei posti letto stigmatizza:

- la progressiva messa a regime del Day-Surgery;
- il superamento delle Liste di Attesa;
- l'integrazione Ospedale-Territorio.

La chirurgia di giorno, o day surgery, è la modalità tecnico-organizzativa definita come "*la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale*".

Con questa modalità assistenziale si ottiene migliore qualità di cura per il cittadino, ma anche il contenimento dei ricoveri impropri e l'abbattimento della relativa spesa in linea con gli attuali orientamenti di programmazione sanitaria contenuta nel Piano Sanitario Nazionale. Le strutture ospedaliere dell'Azienda (pubbliche e accreditate) dovranno progressivamente procedere all'attivazione della day-surgery dotandosi di opportuno regolamento che tenendo conto delle caratteristiche delle strutture erogatrici delle prestazioni individui le procedure chirurgiche eseguibili in day-surgery e le modalità organizzative dell'attività di day-surgery così come definite dalla Giunta Regionale.

Le liste di attesa rappresentano un momento particolarmente critico della percezione che i cittadini hanno della qualità del Sistema sanitario nazionale (SSN). Infatti le liste di attesa hanno a che fare con alcuni valori e principi fondamentali quali l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza delle prestazioni, l'equità geografica e tra gruppi sociali rispetto ai livelli assistenziali ed ai diritti di cittadinanza, nonché la cultura del servizio cioè l'atteggiamento di trasparenza ed attenzione verso l'utenza che fa del problema del cittadino un problema proprio dei servizi.

L'ASL Caserta avendo attivato il CUP in tutti i distretti e nei PP.OO. ed il Call Center presso il Servizio Controllo di Gestione ha aderito al progetto definito dall'ARSAN, ai sensi della Legge 662/96, per la riduzione dei tempi di attesa e una attività di monitoraggio sulle prestazioni c.d. "critiche", individuate nella D.G.R. n. 4061 del 7/9/2001 con l'obiettivo da perseguire nel breve e medio tempo di ridurre i tempi di attesa per:

- garantire al cittadino il diritto ad informazione certe;

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

- assicurare la trasparenza delle procedure di gestione;
- ridurre i tempi di attesa per alcune prestazioni prioritarie e critiche in ragione della frequenza e dell'impatto sullo stato di salute e dell'appropriatezza, che non riguarda solo l'appropriata indicazione di una prestazione, ma anche l'appropriato livello assistenziale in cui una prestazione deve essere erogata;
- ridurre la disomogeneità tra attività istituzionale e libera professione per evitare situazioni di forte disagio per l'utenza e l'impressione di una gestione di tipo privatistico delle risorse pubbliche;
- aumentare l'accessibilità attraverso sistemi informatici e CUP;
- assicurare il rispetto dei tempi stabiliti e attuare misure di recupero in caso che questo non avvenga;
- aumentare l'appropriatezza della domanda.

9.2 IL PIANO OSPEDALIERO

A seguito della programmazione regionale precedente, numerose strutture sono state chiuse o è stata prevista la dismissione verso attività territoriali solo in parte realizzate.

L'emanazione del DM 70/2015 ha imposto un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazioni dei posti letto.

La nuova norma in vigore evidenzia la criticità rappresentata dal ridotto numero di presidi ospedalieri attivi e ne richiede il recupero, secondo un nuovo modello di stabilimento accorpato ad un presidio principale.

L'area della Provincia di Caserta è risultata fortemente penalizzata dalla precedente programmazione, che prevedeva un rapporto di 2,61 posti letto/1000 abitanti. Ciò ha determinato inevitabilmente grandi ricadute sulla aumentata mobilità degli utenti presso altre aziende e fuori regione e grosse criticità nei presidi della rete.

Con il DCA 33/2016 è possibile colmare questa rilevante criticità, programmando nell'area della Provincia di Caserta un incremento sostanziale di posti letto e di discipline a rinforzo dell'attività pubblica.

L'incremento dei posti letto ottenuto in applicazione del DM 70/15 e del DCA 33/2016 permetterà una migliore equità di accesso alle cure sui vari bacini di popolazione e costituirà uno strumento di contrasto alla mobilità regionale.

Uno dei fattori critici nella precedente programmazione si è rivelato il prolungato periodo di realizzazione della nuova Azienda Universitaria Ospedaliera dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli": dotata – in previsione - di circa 350 posti letto, essi venivano assegnati alla dotazione dei posti letto della Provincia di Caserta, sebbene la struttura non fosse ancora realizzata e risulti tutt'oggi in fase di costruzione.

In conseguenza è necessario riconsiderare la dotazione dei posti letto della ASL Caserta, che coincide con il territorio della Provincia di Caserta, e ricollocare l'integrazione dell'offerta sanitaria pubblica nei presidi già disponibili, con qualche intervento di potenziamento strutturale e recupero di stabilimenti ospedalieri.

Ne consegue che la programmazione dell'Azienda necessita di una graduale implementazione delle strutture sanitarie esistenti e attive per rendere disponibili i posti letto previsti dalla programmazione del DCA 33/2016.

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

Il DM 70/15 definisce un nuovo modello di classificazione dei Presidi inseriti nella rete ospedaliera, prevedendone tre diversi livelli di complessità, in relazione al bacino di utenza e ad uno standard di discipline minime per la configurazione al relativo livello.

Di seguito si riportano le diverse tipologie previste e gli standard da rispettare per procedere alla classificazione del singolo presidio:

- Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo le deroghe previste nella rete di emergenza urgenza, dotati di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Rianimazione e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, nonché di letti di "Osservazione Breve Intensiva";
- Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede di DEA di I livello dotati delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. É prevista la presenza attiva o disponibilità in rete H24 dei Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Sono dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare);
- Presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sedi di DEA di II livello, dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I livello.

La programmazione regionale nella Macroarea Caserta prevede un numero di presidi ospedalieri con pronto soccorso da 6 ad un massimo di 11, di cui 1 DEA di II° livello; da 3 a 6 DEA di I° livello, con un totale minimo complessivo di 6 punti di accesso.

Per garantire la completa copertura dell'assistenza di emergenza, nell'area di interesse della Azienda Sanitaria Locale Caserta, sono previsti punti di accesso per l'emergenza ospedaliera nei Presidi Ospedalieri di: Aversa (individuato come DEA di I° livello), Sessa Aurunca, S. Maria Capua Vetere, Piedimonte Matese, Maddaloni, Marcianise ai quali si aggiunge la Casa di Cura Pineta Grande di Castelvolturno, e l'AORN di Caserta con i propri punti di pronto soccorso.

Viceversa per le ordinarie attività di ricovero e cura ospedaliera è prevista un'ampia gamma di specialità, non tutte immediatamente attivabili. Infatti, è previsto un primo step di attivazione di degenze ospedaliere con competenze professionali disponibili, come è il caso di Cardiologia e il potenziamento della rete di rianimazione cardiologica (UTIC), e viceversa lo slittamento nel prossimo futuro di degenze mediche di cui è attualmente priva l'Azienda: è il caso di Neurologia, Riabilitazione e Lungodegenza in parte previste nella futura programmazione aziendale *(§ 4.3.5 del DCA 33/2016: … gli Atti aziendali dovranno contenere le specifiche azioni che, articolate nel periodo temporale di vigenza del presente piano, porteranno alla risoluzione delle eccedenze e delle carenze attualmente presenti per singola disciplina*).

Infatti, sono state attivate le procedure previste dalla norma e consentite dal Piano di

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

rientro per l'acquisizione delle risorse umane e strumentali necessarie per l'attivazione di tutte le discipline previste dal Piano regionale ed è stato programmato un piano di edilizia sanitaria per le strutture attive.

Pertanto l'attuale programmazione delle discipline ospedaliere prevede:

Il **Presidio Ospedaliero di Aversa**, dove è prevista l'attivazione della Neurologia, viene inserito nella rete Ictus come centro spoke, mentre accede al ruolo di hub di I° livello nella rete cardiologica con attivazione dell'emodinamica; funge da pronto soccorso per traumi (PST); è spoke di II° livello per la rete pediatrica e spoke di I° livello nelle rete di terapia del dolore. Riceve le nuove discipline di Oculistica e Urologia.

Il **Presidio Ospedaliero di Marcianise**, che non subirà la confluenza con il P.O. di Maddaloni come nella precedente programmazione, resta identificato come Presidio Ospedaliero con Pronto Soccorso, riceve la disciplina di Terapia Intensiva. Incrementa la disciplina di Gastroenterologia. Mantiene la disciplina di Ostetricia e Ginecologia con la Pediatria che diventa spoke di II° livello per le emergenze pediatriche.

Il **Presidio Ospedaliero di Maddaloni** viene riprogrammato quale Presidio Ospedaliero con Pronto Soccorso e annesso stabilimento di San Felice a Cancello con le discipline di Medicina, Cardiologia, Pneumologia e Neurologia, oltre la Chirurgia e l'Oculistica. Si conferma la Terapia Intensiva con Urologia e ORL. Vengono istituite le discipline di Lungodegenza e Riabilitazione.

Il **Presidio di San Felice a Cancello** riconvertito precedentemente in presidio di lungodegenza, riabilitazione e **Hospice** (in corso di realizzazione), viene riconfigurato quale stabilimento annesso al P.O. di Maddaloni. È spoke di I° livello nella rete di terapia del dolore. Collocato nella "Terra dei fuochi", dove è prevista la necessità di soddisfare un crescente bisogno sanitario in ambito oncologico. Il piano regionale riconferisce al presidio una attività di degenza per l'Oncologia medica (con rafforzamento contestuale delle tecnologie diagnostiche) e per la disciplina di Geriatria.

Il **Presidio Ospedaliero di S. Maria Capua Vetere** viene inserito quale spoke di I° livello nella rete cardiologica con il mantenimento di cardiologia-utic. In tale presidio viene implementata una UO di Ortopedia proveniente dalla confluenza del PO di Capua. Vengono implementate le discipline Recupero e Riabilitazione funzionale, Pneumologia, Neurologia e Gastroenterologia. Si programmano Servizi di Oculistica e Otorinolaringoiatria in regime di Day Surgery e Day Service.

Per il **Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese** occorre considerare la possibilità di un servizio di elisoccorso, al fine di sopperire ai disagi per la gestione dei traumi e dei percorsi tempo-dipendenti, data l'orografia e la difficile viabilità. È spoke di I° livello per la rete pediatrica. Vengono istituite le discipline di Neurologia (requisito per spoke nella rete ictus), Pneumologia, Lungodegenza e potenziata l'Oncologia.

Il **Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca** con Pronto Soccorso, è spoke di I° livello nella rete IMA, spoke di I° livello nelle emergenze pediatriche, riceve la disciplina di Oncologia.

Il **Presidio di Teano** è stato riconvertito in **Ospedale di Comunità**.

Il **Presidio di Capua**, confluito nel P.O. di Santa Maria Capua Vetere, sarà riconvertito in **Ospedale di Comunità**.

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

La individuazione dei punti di accesso alla rete emergenza-urgenza è condizionata dalla carenza di offerta con la necessità della conferma di quelli esistenti.

In sintesi la Macroarea di Caserta viene potenziata con ulteriori 503 posti letto, prossimi agli standard previsti dal DM 70/2015.

9.3 ARTICOLAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA - URGENZA

All'interno del quadro riportato, configurato sulla base dell'articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell'emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni del regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:
- La rete IMA;
- La rete Stroke;
- La rete Traumatologica;
- La rete delle Emergenze Pediatriche;
- La rete delle Emergenze Digestive;
- La rete Neonatologica con i punti nascita.

Le reti sono costruite secondo il modello *hub* e *spoke*, previsto su due o tre livelli.

Occorre realizzare la massima integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e ospedale. É necessario migliorare i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118.

Le risorse del territorio, inoltre, vanno raccordate al loro stesso interno con coinvolgimento della Medicina Generale, degli Specialisti Ambulatoriali, del sistema di trasporto in emergenza urgenza, della Continuità Assistenziale, anche postulando una completa riorganizzazione del percorso di presa in carico.

In particolare, l'ottimizzazione del raccordo tra operatori e strutture coinvolti richiede:
- un costante monitoraggio della attuale organizzazione e delle risorse presenti sul territorio quale premessa fondamentale per una programmazione più efficiente ed efficace;
- la creazione ed efficientamento di un sistema di rete integrato con costituzione di un fascicolo sanitario elettronico per la gestione costante e aggiornata dei dati sanitari;
- la formazione permanente degli operatori coinvolti nel sistema secondo il livello di intervento richiesto ad ognuno;
- l'utilizzo di un sistema di indicatori in continuo per la valutazione del servizio, in termini di risposte organizzative e delle procedure seguite, nonché in termini di esiti sanitari degli interventi effettuati.

9.3.1 LA RETE TERRITORIALE EMERGENZA – URGENZA E IL SISTEMA 118

9.3.1.1 INTRODUZIONE

Il Sistema Sanitario per l'emergenza–urgenza è costituito da una componente "territoriale" e da una "ospedaliera". La prima è costituita dal sistema di allarme sanitario della Centrale Operativa del 118 e dalle Attività Territoriali di Soccorso. La seconda è costituita dai Servizi

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

e dai presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e organizzati in maniera gerarchica. Le due componenti operano in conformità ai contenuti del D.P.R. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza) e dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 17 maggio 1996 e s.m.i.

9.3.1.2 LA CENTRALE OPERATIVA DEL 118

La C.O. 118 ha funzioni prevalentemente tecnico-organizzative, svolge compiti di processazione delle chiamate, di identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento.

Essa inoltre:

- coordina tutti gli interventi di urgenza/emergenza nell'ambito territoriale di competenza. Gestisce operativamente tutti i mezzi di soccorso disponendo eventuali movimentazioni estemporanee, qualora se ne ravvedesse la necessità per situazioni contingenti che si possano presentare, al fine di ottimizzare le risorse e rispondere agli obiettivi del sistema di emergenza-urgenza (riduzione del free therapy interval, risposta adeguata alla richiesta di soccorso, ecc).
- assicura le attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori di emergenza (VVF, Protezione Civile, UCR, ecc.) ed il coordinamento delle emergenze locali intra ed extra-ospedaliere.
- è responsabile della programmazione aziendale della localizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio in base alle esigenze sanitarie, ai tempi di percorrenza ed alla rete stradale.
- è responsabile dell'appropriatezza del trasporto nella scelta, per i pazienti eleggibili per trattamenti specialistici, dell'ospedale più adeguato all'interno della rete in cui è prevista la specifica attività, nel rispetto dello specifico protocollo.

La Centrale Operativa opera in stretto collegamento funzionale con le altre strutture della Rete d'Emergenza-Urgenza, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero.

Il DM 70/15 prevede la ridefinizione dei bacini di riferimento delle centrali operative, definendo uno standard pari a una centrale per un bacino di riferimento non inferiore a 0,6 milioni e oltre di abitanti.

La centrale operativa è gestita dall'Azienda Sanitaria Locale (legge Regionale n.13 del 18.5.2016).

Postazioni SAUT attive

DS	Postazione	n. ambulanze
12	CASERTA	2
13	MADDALONI	1
13	S. FELICE a CANCELLO	1
14	CAIANELLO	1
14	TEANO	1
14	SESSA	1
15	PIEDIMONTE MATESE	1
15	CAIAZZO	1
16	MARCIANISE	1
17	AVERSA	1
18	GRICIGNANO d'AVERSA	1
19	TRENTOLA DUCENTA	1

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

20	CASAL DI PRINCIPE	1
21	CURTI	1
22	CAPUA	1
22	CALVI RISORTA	1
23	MONDRAGONE	1
23	CASTELVOLTURNO	1

Postazioni Demedicalizzate

DS	Postazione	n. ambulanze
14	ROCCAMONFINA	1
15	ROCCAROMANA	1

9.3.1.3 – L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DI ASSISTENZA IN EMERGENZA

In ogni ospedale dotato di pronto soccorso deve essere presente un'area triage infermieristico, attiva nelle 24 ore, secondo le indicazioni contenute nel DCA n.57/2012, nel rispetto del principio che "*ad ogni livello, il triage è lo strumento di valutazione della tipologia e della priorità di intervento*".

I Posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) sono previsti nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri sede di DEA di I° e di II° livello, e comunque per presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiore a 20.000. La postazione OBI è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della privacy e del comfort. La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di una postazione ogni 6.000 accessi al Pronto Soccorso. Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

In ogni presidio ospedaliero sede di DEA di I° e di II° livello, e comunque per presidi dotati di PS con un numero di accessi/anno non inferiore a 50.000, dovrà essere presente un reparto di medicina d'urgenza (a valere sui p.l. della disciplina di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, laddove prevista). L'area del PS-OBI e della Medicina d'urgenza a regime dovrà essere dotata di un organico unico e funzionalmente integrato sotto la responsabilità di un unico medico. In quest'area potranno essere utilizzati i medici unici dell'emergenza. Dovranno inoltre essere previsti percorsi diagnostico terapeutici integrati con le unità operative di medicina generale.

Nella rete della emergenza urgenza vanno ridefiniti i rapporti con il Servizio della Continuità Assistenziale. Così come attualmente erogato il servizio di Continuità assistenziale si configura quale prevalente medicina di attesa. Nella prossima applicazione del DM 70/15 e nella rivisitazione del DCA n. 18/2015 questo servizio troverà una ricollocazione funzionale anche nell'area dell'emergenza-urgenza con collegamento alla centrale operativa attraverso il numero unico 118 e nei presidi territoriali (anche in PS/DEA) per l'assistenza ai codici bianchi. Alle centrali operative viene assegnato il monitoraggio delle attività in funzione dell'appropriatezza delle cure nell'ambito delle prestazioni di emergenza urgenza. Infine, il Servizio della continuità assistenziale parteciperà in integrazione alla rete delle Cure Primarie nell'ambito delle AFT/UCCP per le quali è in progettazione la rete regionale.

9.4 LA RETE CARDIOLOGICA

La sindrome coronarica acuta (SCA) e le altre emergenze cardiologiche (scompenso

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

cardiaco ed aritmie) costituiscono condizioni di alta frequenza e mortalità che presuppongono trattamenti di elevata complessità, che hanno nelle Unità intensive coronariche (UTIC), nei Servizi di Emodinamica interventistica (EI) e nelle UO di Cardiochirurgia i loro cardini assistenziali fondamentali. In particolare i Pazienti con SCA in accordo con le linee guida internazionali, si giovano di trattamenti intensivi, che includono la trombolisi farmacologica e, nella maggioranza dei casi, in tempi brevi o brevissimi, procedure invasive di pertinenza delle Emodinamiche Interventistiche, quali la coronarografia ed interventi di rivascolarizzazione.

9.5 – LA RETE PER L'ICTUS

9.5.1 PREMESSA

Nonostante la Regione Campania avesse emanato con DGR n. 257 del 2005 uno specifico documento "Linee guida per il trattamento dell'ictus cerebrale" propedeutico alla progettazione della rete stroke, questo non ha ricevuto alcuna applicazione operativa.

La precedente programmazione di riordino della rete ospedaliera provvedeva a descrivere la rete dell'ictus cerebrale, i livelli funzionali (unità ictus di 2° livello, unità ictus di 1° livello, aree dedicate all'ictus).

9.5.2 LA MACRO-AREA DELLA PROVINCIA DI CASERTA

La Provincia di Caserta ha 924.614 residenti ha ampia estensione territoriale con aree a diversa densità di popolazione. La tabella 48, già citata, evidenzia l'incidenza delle varie diagnosi di patologia rilevata nel 2013 nella ASL in questione.

Il piano prevede necessari i seguenti punti di accesso alla rete:
- n. 1 Unità stroke hub dislocata nell'A.O. S. Sebastiano di Caserta
- n. 2 Unità spoke, nell'Ospedale Moscati di Aversa e nella Casa di Cura Pineta Grande di Castel Volturno

L'analisi dei dati dimostra inoltre che la Provincia di Caserta è quella in cui vi è la maggiore dispersione dei ricoveri per ictus, con una notevole mobilità anche verso ospedali di ASL vicine, fenomeno che dovrebbe scomparire con il potenziamento e la dislocazione dell'offerta prevista dal piano nella rete stroke.

Attualmente nessuna delle strutture ospedaliere individuate è in grado di assicurare la completa assistenza per le forme emorragiche, in particolare per l'assenza della neuroradiologia nell'A.O. S. Sebastiano. Per il tempo necessario alla attivazione delle predette specialità, è necessario stabilire una connessione funzionale con l'hub dell'A.O. Cardarelli per il consulto ed il trasferimento dei casi trattabili della predetta patologia.

9.6 ALTRE RETI PER PATOLOGIA

9.6.1 LA RETE PER L'EMERGENZA PEDIATRICA

Il DM 70/2015 avvia la fase applicativa del processo di qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che, insieme a quella delle cure primarie, costituisce la fondamentale linea di programmazione sanitaria per la sostenibilità del SSN.

Tale qualificazione e riorganizzazione è assolutamente indispensabile in Campania per la pediatria: infatti, pur essendo la regione Campania una regione caratterizzata da classi di

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

età molto giovani, manca ancora di un sistema organizzato ed integrato di assistenza pediatrica.

A tal fine occorre procedere alla definizione di una rete dell'emergenza pediatrica attraverso un modello hub-spoke (oggetto di questa sezione) con la definizione dei ruoli e delle competenze che ogni singola struttura deve svolgere tenendo conto che, nella fase acuta l'organizzazione deve avvenire per livelli diversificati di intensità di cure:

- Spoke di I° Livello ubicati negli Ospedali sedi di PS. In questo livello vengono inserite strutture di pediatria che pur non essendo inserite in Ospedali sedi di DEA sono indispensabili per assicurare assistenza pediatrica a pazienti acuti in aree ad alta densità abitativa o lontani da DEA o particolarmente disagiate.
- Spoke di II° livello ubicati presso ospedali sedi di Pronto Soccorso, fanno capo al DEA più vicino e devono essere dotati di P.S. pediatrico e guardia pediatrica attiva.

9.6.2 I PUNTI NASCITA E ASSISTENZA NEONATALE

Con deliberazione della giunta regionale n.532 del 29.10.2011 la Regione Campania ha recepito l'Accordo in conferenza unificata sul documento concernente le linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

In tale accordo si è convenuto di procedere alla razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno. Nella Regione sono presenti ancora punti nascita pubblici che nell'anno hanno assicurato meno di 500 parti, anche dopo le numerose dismissioni già intervenute. Per tale settore di intervento viene programmato un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2018 una rete di offerta costituita da punti parto che assicurano almeno 1.000 parti/anno fatte salve specifiche deroghe. Considerato che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un migliore afflusso nelle restanti strutture, il percorso nel pubblico non potrà che avere un carattere graduale partendo, salvo le deroghe (zone difficilmente accessibili e isole), dal limite inferiore dei 500 parti. Per quanto riguarda, in particolare, le strutture private i punti parto che non raggiungono lo standard di 500 parti sono stati già esclusi dalle strutture accreditate con decorrenza dal 01.01.2015.

Nella Provincia di Caserta, considerato che sono già intervenuti il trasferimento a Marcianise del punto parto di Maddaloni e la chiusura del punto parto della Casa di Cura Santa Maria della Salute, il Decreto 33/2016 prevede una deroga per il PO di Piedimonte Matese (174 parti nel 2015), in considerazione della collocazione geografica del comune, della natura del territorio e del ruolo quale ospedale sede di Pronto Soccorso; si prevede deroga anche per il P.O. di Sessa Aurunca per la carenza di altre strutture nella vasta area di competenza ed in contrasto alla mobilità passiva verso il basso Lazio.

9.6.3 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE NEONATOLOGICA E DELLE TERAPIE INTENSIVE NEONATALI

Nell'attuale situazione della Regione Campania, si registrano diverse discrasie in merito all'efficacia della rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali (TIN), quali quelle relative alla elevata percentuale di trasferimenti di neonati pari a più di 1.600 all'anno (circa il 2,5% vs una media nazionale dell'1,5%), l'assenza di un Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM), il cosiddetto "trasporto in utero" e la scarsa capacità delle neonatologie a trattare neonati che necessitino di cure intermedie, con trasferimento alle TIN anche di neonati che non richiedono cure intensive.

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

Il piano prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale che integra quanto previsto dalle Linee guida dell'accordo Stato-Regioni del 2010 "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*" con le disposizioni del DM 70/2015.

Il piano, pertanto, prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri >34 settimane.

9.7 LA RETE PER LE EMERGENZE GASTROENTERICHE

9.7.1 PREMESSA

Con oltre 878.000 ricoveri nel 2014 le malattie dell'apparato digerente rappresentano la seconda causa di ospedalizzazione in Italia e il 10% di tutti i motivi di ricovero, con un trend in aumento. La Campania è al secondo posto in Italia, dopo l'Abruzzo, per ricoveri a causa di patologie gastroenterologiche. Nella regione, infatti, queste malattie sono responsabili di oltre 135.800 ricoveri, di cui 89.600 ordinari e 46.100 in day hospital. Rappresentano l'8,7% di tutti i ricoveri ogni anno. Queste patologie, inoltre, sono causa della morte di più di 5 uomini ogni 10.000/anno mentre tra le donne il dato scende a circa 3,5 su 10.000/anno.

Le malattie gastroenterologiche sono dunque responsabili di una quota rilevante di prestazioni assistenziali e di consumo di farmaci, implicando anche problemi di appropriatezza clinica ed organizzativa, ed impattano fortemente anche sull'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza.

L'emorragia digestiva è la più grave delle emergenze gastroenterologiche: essa risulta essere più frequente al sud Italia: le Regioni del Sud Italia mostrano per questa patologia una mortalità superiore (8,1%) rispetto a Nord (6,6%) e Centro (4,1%).

Risulta evidente la necessità di creare una rete regionale per le urgenze gastroenterologiche per consentire a tutti i pazienti una prestazione appropriata, sia per il setting assistenziale, sia per la garanzia dell'accesso alla rete nella adeguata tempistica. È anche oggettivo rilevare che un livello di cura ospedaliero non specialistico aumenta la mortalità intraospedaliera e allunga le giornate di degenza.

9.7.2 L'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE

Le emergenze/urgenze in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali clinici e strumentali, in particolare endoscopici.

Il Decreto 70/2015 non fornisce indicazioni in merito ai requisiti per *Hub* e *Spoke* di una rete per le emergenze gastrointestinali, e pertanto si individuano i seguenti criteri.

Nei punti Hub, cui devono afferire soltanto casi selezionati per la loro complessità, sono presenti:

- un DEA di II° o I° livello, con copertura della emergenza/urgenza h24 con tutte le specialità correlate;
- tutte le funzioni diagnostiche e terapeutiche che permettano una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva;
- la partecipazione alle attività di ricerca e di didattica.

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

Nei punti Spoke, cui devono afferire i pazienti che hanno bisogno comunque di una assistenza specialistica, sono presenti le seguenti funzioni:

- un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi;
- almeno una funzione di gastroenterologia dedicata o all'interno dell'AFO di Medicina.

Una Rete territoriale di presa in carico del paziente per la prevenzione e la gestione delle patologie correlate sarà ugualmente necessaria nella definizione del Piano Territoriale dell'assistenza. Una forte correlazione con la Medicina Generale sarà la base per una buona integrazione Ospedale-Territorio.

È rilevante provvedere alla costruzione della Rete per la risposta alle emergenze gastroenteriche, improntata sul modello di integrazione dei servizi di tipo "orizzontale", con il fine di garantire il miglioramento della gestione di prestazioni ad elevata complessità, soprattutto se erogate in un contesto di emergenza e urgenza, in centri qualificati sia dal punto di vista strutturale e tecnologico sia da quello delle professionalità presenti.

La rete per le emorragie digestive sarà composta dalle unità di gastroenterologia con endoscopia digestiva organizzate secondo il sistema Hub (presenti di norma nei presidi DEA di II° livello) e Spoke (presenti di norma nei presidi DEA di I° livello).

Il prospetto riepilogativo della rete è illustrato di seguito:

- Hub Area Caserta: AORN Caserta
- Spoke: PO di Aversa e PO di Marcianise.

9.8 LA RETE NEFROLOGICA

9.8.1 PREMESSA

La malattia renale cronica (MRC) é uno dei maggiori problemi di salute pubblica rappresentando un peso clinico rilevante e di notevole impatto sociale. Secondo l'OMS è una pandemia a livello mondiale.

Istituzioni internazionali come il "Center for Disease Control and Prevention "indicano la MRC come una delle priorità in ambito epidemiologico.

L'attenzione globale alla MRC é attribuibile a cinque fattori:

- il rapido incremento nella sua prevalenza;
- è la punta di un iceberg di malattia nascosta;
- il suo riconosciuto ruolo nell'aumentare il rischio di malattia cardiovascolare;
- la scoperta di efficaci misure di prevenzione della sua progressione;
- l'enorme costo del trattamento.

Dalle valutazioni effettuate dal Ministero della Salute nel 2010-2012 il costo per l'erogazione delle attività ambulatoriali nefrologiche é al 4° posto per significatività, rappresentando il 9.3% dei costi totali. La stima della prevalenza dei primi stadi di MRC e il trend evolutivo sono centrali per il management della malattia e la programmazione della prevenzione. Da qui la necessità della creazione di una rete nefrologica Campana.

Attualmente in Campania abbiamo una popolazione dialitica di circa 5000 pazienti, di questi circa il 2% pratica dialisi peritoneale; la restante popolazione pratica emodialisi per un totale in percentuale 863/pmp. Mediamente ogni anno abbiamo un incremento pari al

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

2% della popolazione dialitica, con un'età media superiore ai 65 anni, e di questi il 60% è costituito da uomini.

9.8.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE

L' attività della Nefrologia in Campania è cosi strutturata:

- Strutture operative: 27 strutture pubbliche di Nefrologia e/o Dialisi e 114 strutture private per un totale di 141 strutture con un rapporto medio di 24 centri per milione di popolazione (pmp).
- Medici specialisti in nefrologia.

Prendendo in esame la totalità dei pazienti in dialisi, risulta che le 114 strutture private effettuano l'85% del numero di dialisi complessivo. La rete deve necessariamente essere estesa tra Ospedale e Territorio. Anche in questo caso, le attività di diagnosi e cura ad elevata complessità possono giovarsi dell'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi al fine di favorire la diffusione di conoscenze e competenze tra i professionisti consentire loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate, facilitare l'accesso e la tracciabilità del paziente, permettendo al malato di orientarsi in modo più consapevole all'interno di percorsi assistenziali di elevata complessità.

Per far ciò ed assicurare la continuità dei percorsi degli assistiti nella rete devono essere coinvolti i Medici di Medicina Generale i quali dovranno condividere i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie con i medici specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate del territorio.

La necessità di creare questa rete di conoscenze e di supporto al settore nefrologico campano, tra i vari soggetti interessati, dovrà svilupparsi per diversi motivi sia di ordine economico che gestionale e decongestionare e diminuire le problematiche relative a situazioni di urgenza.

9.9 LA RETE PER LA TERAPIA DEL DOLORE

Per rete di Terapia del dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3, in particolare:

- ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di libera scelta, forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale-AFT-UCCP;
- centri SPOKE/centri ambulatoriali di terapia del dolore;
- centro di Terapia del dolore HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore.

La rete include tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compresa fisiatria, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) e unifica il trattamento del dolore oncologico e non oncologico.

Il DCA 22/2015 stabilisce standard e fabbisogni e definisce la rete con Centri Spoke di I° livello nel Territorio Caserta nel Presidio di San Felice a Cancello.

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

9.10 LA RETE ONCOLOGICA

9.10.1 PREMESSA

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti dalla Banca dati "I tumori in Italia", portale dell'epidemiologia oncologica nato dalla collaborazione tra Istituto Nazionale Tumori e Istituto Superiore di Sanità, si stima un'incidenza di neoplasie maligne per l'anno 2010 (dato più recente) di 398/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di una media nazionale di 336/100.000 e 265/100.000 per il sesso femminile, dato in linea con la media nazionale. Il tasso di mortalità si discosta decisamente dalla media nazionale di 173/100.000 per gli uomini e 94/100.000 per le donne, attestandosi su 231/100.000 per i primi e 103/100.000 per le seconde.

Per il sesso maschile, si stima che gli organi maggiormente colpiti da neoplasie maligne siano stati nel 2012 (dato più recente) polmone e prostata, rispettivamente con 2811 e 2773 nuovi casi, seguiti da colon e retto, con 2275 nuovi casi totali. Nel sesso femminile il tumore della mammella è risultato essere il più frequente con 3675 nuovi casi, seguito da colon-retto (1694) e polmone (818). Il tasso di mortalità più elevato per il sesso femminile si è riscontrato per il tumore mammario (31/100.000), invece per il sesso maschile il tumore al polmone ha fatto registrare il maggiore tasso di mortalità (80/100.000). Nelle donne il tumore a maggiore prevalenza è il carcinoma della mammella (34.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dal cancro del colon-retto. Per gli uomini la maggiore prevalenza si riscontra per il tumore alla prostata (18.000 casi con precedente diagnosi viventi nel 2012), seguito dai tumori del colon-retto (22.000 casi totali viventi fra entrambi i sessi nel 2012).

I tumori maligni di mammella, colon-retto e cervice uterina, ad oggi, rappresentano le uniche patologie neoplastiche che possono beneficiare di prevenzione secondaria mediante screening validati a livello nazionale ed internazionale.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è una stima della percentuale di pazienti che ci si aspetta che sopravviva a 5 anni dalla diagnosi di tumore rispetto alla popolazione non colpita dal tumore comparabile per età e per sesso. Da un'analisi dettagliata dei tassi di sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni dalla diagnosi effettuata da AIOM ed AIRTUM nel 2012 per tumori maligni di mammella, cervice uterina e colon-retto, emerge chiaramente come il Sud Italia sia gravato dai tassi di sopravvivenza più bassi (81% per tumore della mammella, 56% per tumore del colon-retto maschile e femminile, 65% per il tumore della cervice) rispetto alle macro regioni del Nord Est, Nord Ovest ed Italia Centrale.

In Campania, questo rilevante dato negativo trova una sua spiegazione nell'ancora troppo scarsa partecipazione della popolazione ai programmi regionali di screening, attualmente in fase di potenziamento, con conseguente riduzione delle diagnosi precoci e delle possibilità di cura. Un'altra fondamentale spiegazione va ricercata nell'eccessiva dispersione territoriale dell'assistenza in Chirurgia Oncologica.

9.10.2 LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE

I dati epidemiologici rendono urgente e non più procrastinabile costruire per questa Regione la Rete Oncologica, in tutto il suo sistema di rete complessa, multidisciplinare, multipresidiale, a più livelli e con forti integrazioni, basato sul concetto ormai universale della presa in carico globale del paziente, finalmente tutelato nel percorso di diagnosi e cura da PDTA regionali, sostenuti da Evidenze Scientifiche, e assistito in setting di cura predeterminati che consentano il massimo dell'appropriatezza ed il massimo della qualità.

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

La rete deve necessariamente dunque essere trasversale, deve richiamare i forti principi dell'integrazione Ospedale-Territorio, deve riferirsi con fiducia ad un polo chirurgico di comprovata qualità, all'assistenza terminale e palliativa ben organizzata ed accogliente, ad una rete diffusa di terapia del dolore. Per la numerosità delle tipologie neoplastiche non sarà facile definire i percorsi ed i nodi della rete.

9.11 RETE LABORATORISTICA E PATOLOGIA CLINICA

Alla luce del DCA 55/2010 sul riassetto della rete laboratoristica, l'Azienda intende ristrutturare l'organizzazione della Medicina di Laboratorio, tenendo conto della normativa di riferimento nazionale e regionale e delle linee guida AGENAS sulla riorganizzazione della rete ospedaliera. Sarà tenuto conto di modelli che favoriscano l'integrazione delle attività con le varie strutture e/o punti di erogazione del servizio e le altre singole discipline; grazie all'evoluzione del processo di informatizzazione, si adotteranno le adeguate politiche aziendali per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e la raggruppamento degli esami a più alto costo e più bassa frequenza.

Nell'allegato organigramma, sono individuati le U.O. Laboratorio Analisi e i Servizi Trasfusionali programmati secondo le necessità ed i criteri elencanti.

9.11 IL PRESIDIO OSPEDALIERO E LA SUA ORGANIZZAZIONE

Il presidio ospedaliero è una struttura operativa dell'Azienda Sanitaria ed è organizzato in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali.

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale. L'ospedale rappresenta il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

É preposto al trattamento di pazienti in urgenza o portatori di patologie acute, che comprendono la riabilitazione e la gestione del paziente post acuto che, per complessità e/o intensità delle cure rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

L'ospedale è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'azienda.

Ferme restando le competenze attribuite al dirigente amministrativo preposto all'ospedale, il Direttore Generale affida, ad un dirigente medico (secondo le procedure di legge) in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, l'incarico di Direttore Sanitario dell'Ospedale.

II Direttore Sanitario dell'ospedale assicura la funzione di integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la direzione strategica.

Ad ogni Presidio é preposto un Direttore Sanitario.

9.11.1 IL DIRETTORE SANITARIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero Aziendale è struttura complessa.

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

Il Direttore Sanitario dei Presidio ospedaliero esercita la funzione di rendere la risposta ospedaliera, in termini di produzione di prestazioni, corrispondente alla domanda di salute espressa dal territorio, nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla direzione aziendale.

- Coordina l'attività programmatica e di budget dei dipartimenti attraverso strumenti di concertazione interna con i direttori di dipartimento;
- svolge con il supporto tecnico amministrativo funzioni di negoziazione delle proposte programmatiche formulate dai direttori di dipartimento rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale.

Adempie alle seguenti funzioni:

- curare l'organizzazione operativa del presidio e governare la globalità delle relazioni tra UU.OO.;
- coordinare le attività ospedaliere al fine di perseguire il livello di efficienza, efficacia e gradimento dell'utenza;
- adottare le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza;
- concorrere con il Dirigente Amministrativo, alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse;
- adottare modalità di gestione per l'equa ripartizione dei carichi di lavoro, la motivazione del personale e per la sua valorizzazione e qualificazione professionale, propone eventuali provvedimenti disciplinari;
- vigilare sull'attività inerente l'area delle emergenze sanitarie;
- fornire al Direttore Sanitario dell'Azienda parere per la fornitura di apparecchiature mediche e su opere di ristrutturazione di competenza;
- curare la tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti dal rischio infettivo;
- curare la tutela dell'igiene ambientale e sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva;
- curare la gestione delle attività inerenti i rifiuti ospedalieri, l'attività di pulizia, disinfezione e sterilizzazione;
- Adottare i provvedimenti di polizia mortuaria;
- Attuare le procedure relative alla donazione e trapianto d'organi;
- Vigilare sulla conservazione della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria dei ricoverati, sulla completezza delle informazioni delle SDO, rilasciare copia della cartella clinica ed ogni altra documentazione sanitaria;
- inoltrare ai competenti organi le denuncie obbligatorie ;
- vigilare sui principi etici e deontologici ed in particolare sulla manifestazione del consenso ai trattamenti sanitari;
- vigilare sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e sulla riservatezza dei dati sanitari, coordinare l'attività di formazione ed aggiornamento del personale delle UU.OO. interne al presidio ospedaliero;
- vigilare sull'ammissione e sull'attività del personale volontario;
- curare le metodologie necessarie alla verifica e revisione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- vigilare sulla corretta gestione delle liste d'attesa;
- vigilare sulla applicazione dei provvedimenti regolamentari adottati dalla Direzione Aziendale;
- predisporre le condizioni opportune per l'integrazione e la collaborazione con i medici delle cure primarie;
- è responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano negli ospedali, nonché delle condizioni relative alla sicurezza.

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

Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero partecipa di diritto al Collegio di Direzione strategica dove formula la proposta programmatica coordinata di produttività del Presidio ospedaliero nell'ambito della programmazione aziendale.

Sulla base di tale proposta, e con le procedure stabilite nel presente atto aziendale egli svolge le seguenti attività di negoziazione:

- con la Direzione generale, per l'attribuzione dei budget annuale del Presidio;
- con le Direzioni distrettuali, per la definizione di una proposta congiunta sui volumi di prestazioni ospedaliere da destinare a ciascun distretto ad integrazione delle attività che lo stesso eroga in via diretta;
- con i Direttori di dipartimento, per l'assegnazione delle relative risorse in base ai livelli di produzione richiesti nell'ambito della programmazione aziendale.

9.11.2 STRUTTURA AMMINISTRATIVA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Presso ogni Presidio Ospedaliero aziendale è previsto un Ufficio amministrativo con un responsabile incaricato con Posizione Organizzativa.

Le Posizioni Organizzative degli Uffici Amministrativi dei Presidi ospedalieri confluiscono nella Unità Operativa Complessa di Coordinamento degli Uffici Amministrativi dei Presidi Ospedalieri.

Al Coordinamento degli Uffici amministrativi dei Presidi ospedalieri è preposto un dirigente amministrativo responsabile dell'organizzazione e della direzione delle attività amministrative, tecniche ed economali, ivi compresi i servizi di segreteria e di protocollo del presidio.

Il dirigente amministrativo incaricato:

- collabora nel monitoraggio delle attività e dei costi diretti del presidio
- concorre per la parte di competenza alla definizione delle attività e del budget assegnato alla Struttura per il conseguimento dei fini istituzionali e relativi obiettivi del Presidio attraverso strumenti di concertazione interna;
- concorre per la parte di competenza, con il Direttore Sanitario nella funzione di negoziazione delle proposte programmate, formulate dai Direttori dei Dipartimenti, rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale;
- concorre alla definizione dei criteri di riparto delle risorse economiche;
- concorre alla definizione dei criteri di allocazione delle risorse organiche in rapporto ai profili e posizioni funzionali del personale previsto;
- attiva, su proposta del Direttore Sanitario per la parte di competenza, le procedure per i provvedimenti disciplinari;
- su segnalazione della Direzione Sanitaria, istruisce le denunce da inoltrare ai competenti organi e segnalare fatti per eventuali provvedimenti assicurativi;
- provvede alla gestione, monitoraggio e liquidazione delle indennità stipendiali del personale sulla base dei dati rilevati dai cartellini marcatempo, con relativa imputazione informatica, rapportati ai turni di servizio rimessi dalla Direzione Sanitaria;
- provvede alla gestione dei fondi economali assegnati secondo il regolamento aziendale;
- provvede alla emissione degli ordini di acquisto sulle gare centralizzate e sulle procedure direttamente gestite e relative liquidazioni nel rispetto della trasparenza amministrativa;
- provvede al controllo e liquidazione dei servizi appaltati del Presidio;
- provvede alle attività di manutenzione e degli uffici tecnici dei PP.OO. sulla base dei

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

regolamenti aziendali.

TITOLO X – IL GOVERNO DELLA SPESA

10.1 PRINCIPI GENERALI

Atteso che l'obiettivo del S.S.R. é quello di mirare all'equilibrio finanziario strutturale tra entrate ed uscite e all'esclusivo e pieno utilizzo delle risorse disponibili ai fini della realizzazione degli obiettivi del PSR.

L'osservanza del principio della "*esclusiva finalizzazione del pieno utilizzo delle risorse al perseguimento degli obiettivi del PSR*" vincola tutti i soggetti pubblici e privati legittimati ad operare nell'ambito del SSR. Le Aziende Sanitarie uniformano a tale principio tutte le attività di propria competenza, sia quali produttori diretti di assistenza, sia quali acquirenti di prestazioni erogate da terzi soggetti accreditati. Molteplici sono i meccanismi che determinano la dimensione e la variabilità delle componenti in cui si articola la spesa nel suo complesso e questa circostanza rende necessaria un'attenta scelta e modulazione di strumenti altrettanto diversi a seconda delle aree di intervento.

Nel caso di prestazioni erogate in regime diretto e per le altre attività istituzionali a contenuto non assistenziale le Aziende Sanitarie dovranno focalizzare l'attenzione sulla tipologia e volume dei fattori impiegati e definire la propria organizzazione al fine di:

- Eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali ed organizzative nell'area dei servizi e delle attività di supporto
- Dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile, a seguito della definizione del piano delle prestazioni
- Eliminare fenomeni di auto-domanda sia nell'area delle attività assistenziali sia in quella delle attività connesse all'esercizio di funzioni a rilevanza pubblicistica.
- Individuare, con obbligo di rendicontazione separata e verifica di risultato, le risorse da destinare alla realizzazione di interventi ritenuti idonei a migliorare il livello qualitativo della assistenza sanitaria erogata dai presidi a gestione diretta, al fine di permettere una sana competizione tra pubblico/privato.
- Vigilare sull'utilizzo sistematico del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) come strumento di riferimento per la programmazione e la razionalizzazione della quota di spesa ospedaliera finalizzata all'acquisto di prodotti farmaceutici

Nel caso di finanziamento di attività assistenziali erogate da soggetti terzi in regime di accreditamento, costituiscono strumento di governo della spesa le modalità con cui disciplinare i rapporti con tali soggetti e specificatamente:

- L'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio dell'attività di nuove strutture sanitarie in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;
- l'accreditamento;
- il Piano delle prestazioni;
- la contrattazione delle quote di domanda con i soggetti privati;
- la politica delle tariffe per le prestazioni assistenziali di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale.
- I tetti di spesa ed i relativi contratti.

10.2 GLI STRUMENTI DI CONTROLLO DELLA SPESA

L'Azienda, nell'ambito della sua autonomia, si dota di strumenti adeguati a:

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

- Garantire legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

La progettazione d'insieme del Controllo interno rispetta i seguenti principi generali:

- l'attività di valutazione e controllo strategico fornisce il supporto alle attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo proprie della Direzione generale. Essa è affidata a strutture che rispondono direttamente al Direttore Generale e che svolgono, di norma, anche l'attività di valutazione dei dirigenti direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, in particolare dalla Direzione Generale;
- il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto dai vigenti CC.NN.LL. per i dirigenti con incarico professionale, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente al Direttore Generale e che, nello svolgimento del compito affidato, forniscono tutti gli elementi in proprio possesso, ai dirigenti posti al vertice della struttura interessata e al collegio tecnico previsto dal comma 5, art.15 del novellato D.Lgs. 502/92, ai fini della valutazione ivi prevista;
- l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
- le funzioni di cui ai punti precedenti sono esercitate in modo integrato;
- è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico.

L'accesso ai documenti amministrativi afferenti alle attività di valutazione e controllo strategico è differito sino all'esito del procedimento cui si riferiscono.

Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta al Direttore Generale.

10.3 STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

II Sistema di Programmazione e Controllo dell'Azienda prevede un Controllo di Gestione-Sistema Informativo-programmazione sanitaria ed un Controllo di regolarità amministrativa e contabile.

Nel caso dell'affidamento dell'incarico a Dirigenti dell'Azienda, il trattamento economico segue la posizione funzionale rivestita al momento dell'incarico con attribuzione di tutte le indennità aggiuntive e di contratto previste per le Strutture Complesse.

10.4 PROCEDURE CONTABILI

Le procedure contabili nel rilevare i fatti aziendali si attestano alle modalità di rilevazione

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

economico-patrimoniale di cui alla disciplina codicistica, come integrata dalle decretazioni e normazioni statuali, ministeriali e regionali in campo sanitario e di contabilità pubblica, e di cui ai principi contabili nazionali ed internazionali (OIC, IPAS, IAS/IFRS).Tali procedure sono peraltro riepilogate nel Decreto Commissariale n. 07/2009 con allegato Manuale dei principi contabili, cui si rimanda.

Nello specifico della realtà regionale, sussiste un articolata produzione tecnico-normativa in materia, e solo a titolo di riepilogo si richiamano le più salienti normative in materia, che dunque regolamentano e riepilogano a vario titolo il complesso di norme, linee guida, e procedure, costituenti l'insieme di adempimenti alla cui osservanza le aziende sanitarie sono inderogabilmente e puntualmente tenute.

Conseguentemente, con il presente Atto aziendale si prevede l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative tutte vigenti, e comunque seguenti, che si intendono quindi comunque qui richiamate e riscritte ad ogni effetto:

- D.Lgs, 502 del 30/12/1992 e s.m.i.
- DGRC n. 1364 del 30/03/2001
- Principi e direttive per l'adozione degli Atti Aziendali da parte delle ASL
- L. n. 311 del 30/12/2004, art, 1, comma 180
- Legge finanziaria 2005 - Ricognizione cause squilibrio finanziario e adozione programma operativo
- Intesa Stato - Regioni 23/03/2005
- Obbligo garanzia equilibrio economico-finanziario del SSR
- DGRC 460 del 20/03/2007
- Approvazione Piano di rientro dal disavanzo - Impegno della Regione a implementazione dei nuovi sistemi organizzativi gestionali e contabili
- Dee. N. 07 del 30/09/2009
- Completamento assetto territoriale ASL - Centri unici di responsabilità' delle principali funzioni - punto n. 11
- Dec. N. 14 del 30/11/2009
- Procedure contabili - Adozione Documenti necessari per supportare Aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali - obbligo adozione da 01/01/2010
- L. 191 del 23/12/2009 , art. 2, comma 88
- Finanziaria 2010 - Conferma assetto gestione commissariale e relative azioni di supporto contabile gestionale
- Dee. Comm. N. 25 del 13/04/2010
- All. A - Piano operativo n. 7 (punto 11 D CdM 24/7/2009)
- Intesa Stato Regioni 3/12/2009 Approvazione programma operativo
- (Dec Comm. N. 7 del 30/09/2009)
- Dec. Comm, N. 11 del 14/02/2011
- Approvazione nuovo piano dei conti - obbligo adozione da 01/01/2011
- Integrazione Dec. 14 del 30/09/2009
- Dec. Comm. N. 59 del 19/07/2011
- Proroga incarico a KPMG
- Dec. Comm. N. 60 del 04/08/2011
- Punti a e b Del CdM 23/04/2010cIntegrazioni dei corretti procedimenti contabili e gestionali - Processi di supporto alle attività' aziendali .

Segnatamente per quanto inerente il Piano di Rientro, esso, come é noto, vede obbligata la Regione Campania ad una serie di adempimenti, che pongono non casualmente al centro l'obbligo di adottare particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare

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

l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, ed altresi un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività' delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi.

Nel contesto dello scenario contingente legato alle misure di rientro dal disavanzo, di cui alla delibera di Giunta regionale n, 460 del 20 marzo 2007 di approvazione del relativo Piano di rientro, ed all'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 311/2004 , nell'ambito degli obblighi assunti con il citato accordo, al fine di provvedere alla quantificazione esatta e definitiva del debito regionale e di implementare corrette procedure contabili e gestionali, la Regione si è impegnata ad attivare, con la consulenza ed il supporto tecnico di un *advisor* indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, tutte le attività utili allo scopo, assumendone i relativi costi sino alla scadenza del Piano di rientro.

Al fine di realizzare gli interventi previsti dal Piano di rientro e dai Programmi Operativi la Regione ha altresì emanato una serie di decreti e delibere attuative opportunamente recepite dall'Azienda.

Infatti, lo stesso Piano di rientro della Campania ha stabilito, al punto 4, che "il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili delle singole aziende sanitarie, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati".

La Regione, con il contributo delle Aziende Sanitarie, è giunta alla formulazione di un sistema di regole e linee guida per la corretta definizione delle funzioni gestionali e contabili che ha trovato formale approvazione con il Decreto Commissariale n. 14 del 30 novembre 2009. II contenuto di tale Decreto ha ricevuto l'approvazione dei Ministeri della Salute e dell'Economia che, tuttavia, hanno invitato la Regione a dare "concreta attuazione dei provvedimenti emanati".

L'efficacia e la tempestività attraverso cui gli indirizzi contenuti nei Decreti/Delibere regionali vengono sviluppati presso le singole aziende costituisce una delle principali tematiche che la Struttura commissariale si trova ad affrontare per realizzare le condizioni necessarie al conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria.

In attuazione del decreto del Commissario ad acta n. 14 del 30 novembre 2009 l'Azienda. a partire dal 1° gennaio 2010, ha adottato i documenti - di seguito elencati - necessari per la definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali aggiornando altresì il piano dei conti così come disposto con Decreto n. 11 del 14/02/2011 cui si rimanda ad ogni effetto, con obbligo di adozione dal 01/01/2011:

- Manuale dei principi contabili;
- Linee guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Campania;
- Piano dei conti di contabilità generale unico regionale (aggiornato da D. n.11/2001);
- Linee Guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità corredate dal Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale;

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

- Modello di Nota Integrativa;
- Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure .

10.5 ACQUISTI DI BENI E SERVIZI E PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

10.5.1 GLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 23 della legge 18 aprile 2005 n. 62 "disposizioni in materia di rinnovo dei contratti pubblici delle pubbliche amministrazioni per la fornitura di beni e servizi", nonché di quelle regionali, effettuerà, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA). La stessa si atterrà alle disposizioni contenute nel decreto commissariale 58 del 18 luglio 2011, in particolare per quanto attiene la determinazione del piano triennale di esigenze di beni e servizi con il relativo fabbisogno finanziario.

L'Azienda ha disciplinato, con proprio regolamento, gli acquisti di beni e servizi in economia e predisposto un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art, 256 del decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163.

1 0 . 5 . 2 ATTREZZATURE: PROGRAMMAZIONE, ACQUISTI, GESTIONE MANUTENZIONE

L'Azienda entro 120 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC del decreto commissariale sulle linee guida dell'Atto Aziendale adotterà i documenti per la Programmazione e gestione delle attrezzature. Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto e pertanto la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dei risultati.

Le regole generali di programmazione e di gestione di seguito riportate si riferiscono in particolare alle attrezzature biomediche, che sono di particolare criticità nel processo di erogazione delle prestazioni, e devono essere adottate dall'azienda in specifici atti regolamentari. Per tali attrezzature, ed in particolare per quelle ad alta tecnologia, inoltre l'azienda deve promuovere, attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi all'utilizzo (HTA).

Programmazionedegliacquistidiattrezzature

L'acquisizione delle attrezzature sarà pianificata in modo documentato. Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici deve tenere conto:

- dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
- dell'obsolescenza delle attrezzature;
- dell'adeguamento alle norme tecniche;
- della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Inventariodelleattrezzature

L'Azienda adotterà un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;

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

- permettere la rintracciabilità;
- fare analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomediche.

Le informazioni saranno raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine sia in forma analitica per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate devono essere immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

Manutenzionedelleattrezzature

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso.
Il piano per la manutenzione delle apparecchiature deve tenere conto;

- delle indicazioni relative alla sicurezza;
- delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;
- delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale sarà articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Esso deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. É importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

Manutenzionepreventiva

II piano di manutenzione prevederà, se richiesto dalla tipologia di attrezzatura, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza al fine di garantire la loro idoneità d'uso.

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva che, per le attrezzature biomediche deve:

- identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati, riconosciuti, nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare

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

qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche; assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.

10.6 VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Fermo restando quanto previsto dai Contratti Ministeriali e dai contratti integrativi aziendali delle varie aree contrattuali, l'Azienda con l'atto di diritto privato può introdurre elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale dipendente.

In conformità della previsione della normativa che correla la parte accessoria della retribuzione al livello di responsabilità attribuita con l'incarico di funzione e con i risultati conseguiti nell'attività di gestione, il trattamento economico variabile in esame dovrà articolarsi in due voci retributive, di posizione e di risultato/produttività:
- la retribuzione di posizione va collegata all'effettivo livello di responsabilità attribuito con l'incarico/contratto di funzione. I relativi importi andranno determinati in modo da tenere conto della diversità dell'impegno richiesto, degli obiettivi assegnati, del grado di rilevanza e della collocazione organizzativa della struttura assegnata nell'ambito dell'Azienda.
- la retribuzione di risultato/produttività andrà invece correlata all'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, anche sotto il profilo qualitativo, accertato con sistemi di valutazione previsti dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.
- I contratti/incarichi individuali dei responsabili di struttura, ai fini della determinazione della parte variabile della retribuzione, tanto di posizione che di risultato prevista nei commi precedenti, dovranno remunerare in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità dei dirigenti cui vengono affidati incarichi aggiuntivi, nonché di quelli chiamati ad assolvere, eventualmente, incombenze correlate a strutture sovraordinate a quelle di titolarità.

La quantificazione delle risorse di derivazione contrattuale è definita nella contrattazione integrativa aziendale. La quantificazione delle eventuali risorse aggiuntive aziendali è definita all'inizio di ogni anno in concomitanza della negoziazione di budget con i dipartimenti e nel momento della approvazione del budget complessivo aziendale.

Le eventuali risorse aggiuntive sono individuate nell'ambito delle appostazioni di bilancio dove si sono registrati risparmi di gestione e nell'ambito delle quote rimaste a saldo dell'Azienda relative all'attività libero professionale intramuraria.

L'ottimizzazione del rapporto costi benefici nell'Azienda sanitaria trova nel personale dipendente in generale e nei dirigenti di struttura, in particolare, un punto cruciale per il suo raggiungimento.

La valorizzazione delle risorse umane è legata al raggiungimento di un mix di obiettivi che vengono raggruppati nelle seguenti macrocategorie:
- obiettivi economico-finanziari (ricavi, margini, costi ecc.);

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

- obiettivi di mercato (quote di mercato, livelli di fidelizzazione dell'utenza, copertura e penetrazione in un dato, specifico mercato, ecc. .);
- obiettivi di processo (produttività, livelli di qualità, applicazione di pratiche legate alla medicina dell'evidenza, ecc.);
- obiettivi di innovazione (percentuale di ricavi derivante da nuove metodologie e\o tecnologie, ricavi da riconfigurazione della catena del valore fornitore\cliente, ecc.).

Gli obiettivi da assegnare a ciascuna struttura sono costituti da un insieme rientrante in ciascuna delle macrocategorie di cui al comma precedente. La composizione di ciascun insieme sarà determinata in relazione alla responsabilità della specifica articolazione organizzativa.

Gli obiettivi di cui sopra vengono definiti all'inizio dell'anno di riferimento, in sede di programmazione di budget.

La metodologia di valutazione del raggiungimento degli obiettivi a cui è legata la politica di valorizzazione delle risorse umane di cui al presente articolo è definita nel rispetto dei seguenti criteri generali:

- individuazione di strumenti che evidenzino il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati con il programma di gestione;
- modalità di valutazione degli scostamenti eventualmente riscontrati;
- individuazione di elementi che consentano la misurazione della capacità di gestione delle risorse umane, organizzative e finanziarie assegnate in relazione alle esigenze della struttura o dell'incarico conferito;
- individuazione di elementi che consentano la rappresentazione delle prestazioni del servizio, ivi compreso l'orientamento all'utenza;
- individuazione di elementi che consentano di accertare la qualità dell'apporto personale specifico in relazione ai risultati raggiunti.

10.7 LE DOTAZIONI ORGANICHE

Indirizzi strategici- Flessibilità

Il processo di recupero di efficienza del SSR può essere favorito dall'adozione di politiche aziendali che tendano a rendere flessibile l'impiego o la riallocazione della risorsa umana.
L'Azienda può così non solo modulare, in senso spazio temporale, il proprio potenziale produttivo in funzione della effettiva variabilità del bisogno assistenziale da soddisfare, ma anche rispondere con tempestività ed efficacia alle sfide che il regime competitivo del settore impone per la difesa del proprio posizionamento strategico.

A tal fine occorre fare ricorso a strumenti quali:

- la riconversione del personale
- la stipula di contratti a tempo determinato
- la mobilità orizzontale interna
- la mobilità nell'ambito del SSR

I predetti istituti non si escludono vicendevolmente ma si integrano in una logica di approccio globale alle politiche di gestione del personale che devono essere armonizzate e finalizzate al perseguimento di un duplice obiettivo:

- consentire il costante adeguamento del patrimonio professionale dell'ASL alle effettive esigenze
- assicurare la condizione di equilibrio economico finanziario stabile per l' Azienda Sanitaria.

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

La riconversione del personale costituisce in tale ottica uno strumento prezioso e di "prima scelta" per la preservazione e valorizzazione del patrimonio umano che opera nel SSR, in quanto può offrire al singolo operatore nuove opportunità ed occasioni di gratificazione professionale, congiuntamente ad una ricollocazione del soggetto nel tessuto organizzativo aziendale che ne legittimi, a pieno titolo, la permanenza.

10.8 RELAZIONI SINDACALI

II sistema delle relazioni sindacali è finalizzato a contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza dell'Azienda ad incrementare e mantenere elevata l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività e per offrire una risposta efficace alla domanda di salute delle persone.

Le relazioni sindacali sono previste e disciplinate dai CC.CC.NN.LL. del Comparto, della Dirigenza Medica e Veterinaria nonché della Dirigenza Tecnica, Amministrativa, Professionale e Sanitaria non medica che disciplinano la materia.

In ottemperanza ai contratti sono stabilite le modalità operative che regolamentano lo svolgimento degli incontri con le OO.SS. per la contrattazione, concertazione e consultazione, a livello aziendale, distrettuale e di presidio:

- La delegazione trattante di parte sindacale è composta dalle sigle o confederazioni che sono firmatarie dei singoli contratti; per l'area contrattuale del Comparto è prevista anche la presenza delle RSU (Rappresentanze Sindacali Unitarie).
- Gli incontri richiesti da uno o più organismi sindacali, a qualunque titolo o livello di contrattazione, vengono automaticamente estesi a tutti i soggetti che compongono la delegazione trattante di parte sindacale.
- Le convocazioni vengono fissate sempre con note scritte, inviate alle OO.SS. con un anticipo di norma non inferiore a cinque giorni.
- Le date degli incontri sono fissate dall'Azienda; per eventuali richieste di incontro, avanzate dagli organismi sindacali, l'Azienda si impegna ad effettuare le convocazioni di regola entro il termine di 15 giorni.
- Le convocazioni contengono la data, l'ora e il luogo dell'incontro nonché gli argomenti iscritti all'ordine del giorno. In corso di riunione potranno essere trattati anche ulteriori argomenti non previsti, ove le parti lo convengano.
- Gli incontri tra le delegazioni trattanti hanno regolare e piena validità quando gli Organismi Sindacali presenti raggiungono il 50% + 1 di rappresentanza sindacale aziendale.
- Le bozze di proposte relative agli argomenti all'ordine del giorno vengono discusse e consegnate in contrattazione alla controparte sindacale. Nei casi in cui le bozze di proposte necessitino di studi particolari da parte sindacale, vengono inviate almeno 20 giorni prima della riunione con nota scritta.
- Per ogni incontro viene redatto un verbale da parte di un funzionario verbalizzante, nel quale viene iscritta la sintesi delle posizioni finali assunte dalle parti presenti alla seduta su ciascun argomento all'ordine del giorno.
- Il funzionario verbalizzante, al termine di ogni incontro, legge la sintesi delle determinazioni finali espresse dalle parti e provvede a far sottoscrivere ai presenti il verbale.

TITOLO XI - LE ATTRIBUZIONI DIRIGENZIALI

11.1 PROVVEDIMENTI SPECIFICI DI DELEGA

Le attribuzioni dirigenziali, ai sensi del D.L.vo 165 e D.L.vo 502 sono raggruppabili in:

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

- direzione di strutture complesse e semplici;
- direzione attività di consulenza studio e ricerca ;
- direzione attività ispettive;
- direzione attività professionali specifiche.

L'autonomia imprenditoriale (art. 3 D.L.vo 502/92) comporta il potenziamento dei compiti e della responsabilità del Direttore Generale nei confronti della Regione. Nel contempo implica l'ampliamento della sfera di competenza della dirigenza da esplicarsi nel quadro degli indirizzi e dei programmi di attività promossi a livello dipartimentale, di distretto, di presidio, di area ed aziendale e finalizzata all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità.

L'assegnazione del Budget (inteso come risorse complessive umane – strutturali – strumentali ed economiche) ha il fine di dare ai dirigenti responsabili capacità ed autonomia di gestione per realizzare gli obiettivi previsti.

I Dirigenti esercitano le funzioni di carattere gestionale secondo quanto previsto nella programmazione annuale delle attività nel rispetto del possesso di negoziazione del budget. Spetta ai Dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture a cui sono preposti mediante l'adozione di atti e provvedimenti amministrativi necessari per il conseguimento degli obiettivi e per una gestione ordinaria di attività ispirata a principi di qualità ed efficienza;
- responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati ed armonizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento delle esigenze dell'utenza;
- controllo delle attività e delle risorse umane delle strutture cui sono preposti al fine della valutazione dei risultati conseguiti.

I provvedimenti emessi dai Dirigenti assumono la denominazione di disposizioni dirigenziali. Le determine dirigenziali sono sottoscritte dal Dirigente di struttura semplice e controfirmate dal dirigente di struttura complessa ad esso sovraordinato, oppure direttamente da quest'ultimo. I dirigenti di struttura complessa, nell'ambito delle competenze di gestione amministrativa, dispongono l'attuazione delle delibere adottate dalla Direzione Aziendale, con tutti i compiti e le potestà a tal fine necessari.

L'individuazione di un assetto organizzativo delle funzioni amministrative in "Direzioni Complesse", dotate di "autonomia organizzativa, professionale e decisionale" alle quali corrispondono precise responsabilità, anche di tipo economico (e ciò in conseguenza della riconosciuta natura aziendale imposta dai Decreti di riordino del S.S.N.) comporta, implicitamente, l'applicazione del principio del decentramento del potere decisionale dalla Direzione Generale alla Dirigenza, in una logica imprenditoriale di budget-obiettivo con attribuzione alla stessa della responsabilità collegata al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tale decentramento si realizza, appunto, attraverso l'istituto della delega all'esercizio delle funzioni gestionali.

Il contenuto degli atti, adottati in applicazione del principio della delega, dovrà risultare conforme ai seguenti criteri:

- riportare espressamente, nei provvedimenti adottati, le norme di legge ed il regolamento disciplinanti la materia;
- assicurare la piena coerenza degli atti adottati con gli obiettivi generali dell'Azienda;
- assicurare la "trasparenza", la "esaustività" e la "chiarezza" dell'esposizione, della

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

motivazione e della decisione;
- assicurare il rispetto dei "termini" previsti dalla normativa di riferimento per la conclusione dei procedimenti e per l'assunzione delle decisioni, adottando la massima speditezza nella procedura;
- assicurare il rispetto del "budget" assegnato;
- valorizzare i "momenti di comunicazione e/o informazione" delle decisioni assunte (in particolare nei confronti dei soggetti destinatari dei provvedimenti e degli operatori interessati all'applicazione degli stessi) all'interno e all'esterno dell'Azienda;
- essere assunti nella forma di "determine e/o disposizioni di liquidazione". Le determine dirigenziali saranno trasmesse alla sede centrale-Ufficio delibere/determine per l'assunzione di una unica registrazione con numerazione in ordine cronologico e pubblicazione sul Sito Aziendale e all'Albo Pretorio. Le disposizioni di liquidazioni saranno raccolte in appositi registri delle "disposizioni", da tenersi presso ciascuna Direzione a cura del relativo Responsabile.

Fatta salva, a seguito della loro pubblicazione, l'immediata eseguibilità degli atti delegati e fatti comunque salvi "i poteri di autotutela" del Direttore Generale, l'esercizio della delega, di cui al presente provvedimento, è soggetto a verifica e controllo, da parte del Direttore Amministrativo, che provvederà a richiedere alla Direzione Generale eventuali provvedimenti correttivi.

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

REGIONE CAMPANIA
ASL CASERTA

ATTO AZIENDALE

PARTE SECONDA

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

PO di Maddaloni



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1° sem.
PRODUTTIVITA'	16 998 691 03	14 840 184 06	14 441 316 91	
COSTI	21 435 072 67	17 772 826 75	18 173 579 06	
RAPPORTO PROD./COSTI	79 30	83 50	79 46	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ AMBULATORIALE ESTERNA	969 256 33	1 051 080 80	723 630 30	342 282 89
RICOVERI ORDINARI	9 174 091 10	8 866 291 10	8 588 855 00	4 193 880 45
ATTIVITA' DH E DAY SURGERY	1 173 210 10	1 071 697 85	1 265 429 45	501 575 30
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	3 612 118 84	1 660 975 08	1 677 708 52	848 719 88
TICKET	270 618 98	278 070 16	289 729 31	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL.	1 799 395 68	1 912 069 07	1 895 964 33	
Totali	16 998 691 03	14 840 184 06	14.441.316,91	5.886.458,52

Posti letto	2014	D H 2014	2015	D H 2015	2016	D H 2016	2016	D H 2016
	82,66	25,24	61,74	21	58	15	58	15

numero medio dipendenti	2014	2015	2016	2017
	302	269	258	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA CHIRURGICA (%)	21 45	21 10	22 54	22 52
DEGENZA MEDIA	6 86	7 56	7 34	7 38
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	4 90	10 89	5 16	5 35
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	3 27	8 29	4 24	4 03
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	6 87	7 70	7 41	
INDICE COMPLESSITÀ PERFORMANCE	1 77	1 16	1 15	1 26
INDICE CASE MIX	1 12	1 19	1 05	1 01
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	74 70	84 93	88 33	93 07
INDICE ROTAZIONE	39 77	40 99	43 95	22 90
INDICE TURNOVER	2 32	1 34	0 97	0 53

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	3 287	2 531	2 578	1 328
GIORNATE DEGENZA	22 537	19 139	18 913	9 799
PESO TOTALE (ORD+DH)	4 025 84	3 812 19	3 871 61	
DIMISSIONI 01GG	252	200	186	
DIMISSIONI DH	1 316	1 128	1 250	509
ACCESSI DH	3 312	2 932	3 437	1 334
ACCESSI MEDI DH	2 52	2 60	2 75	

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

Il Presidio di Maddaloni viene individuato quale Ospedale sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	P.O. MADDALONI	
Cod. Disciplina	**Discipline con Posti Letto**	**PL Ord/DH**
08	Cardiologia	2+4
09	Chirurgia generale	16+4
26	Medicina Generale	20+4
32	Neurologia	2+4
34	Oculistica	6+2
36	Ortopedia e traumatologia	16+2
38	Otorinolaringoiatria	3+2
68	Pneumologia	4+2
49	Anestesia e terapia intensiva	5
43	Urologia	4+4
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		**106**
56	Recupero e riabilitazione funzionale	32
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		**32**
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		**138**

In questa tipologia di presidio va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

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

Stabilimento di S. Felice a Cancello



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1$ se
PRODUTTIVITA'	3 905 962 39	4 419 543 26	5 247 799 90	
COSTI	8 641 111 85	7 832 737 40	8 154 045 69	
RAPPORTO PROD./COSTI	45 20	56 42	64 36	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA AMBULATORIALE ESTERNA	1 218 319 81	1 127 193 08	1 414 534 91	648 308 82
RICOVERI ORDINARI	1 645 761 90	1 639 221 50	1 936 536 60	929 761 40
RICOVERI DAY HOSPITAL	561 041 87	1 241 968 35	1 347 707 05	140 268 45
TICKET	97 075 63	94 498 12	95 281 37	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL. DRG	383 763 18	316 662 21	553 739 97	
Totali	3 905 962 39	4 419 543 26	5.347.799,90	1.718.338,67

POSTI LETTO	2014	DH 2014	2015	DH 2015	2016	DH 2016	2017	DH 2017
	35,24	7	36	7	36,5	7	37	7

UNUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	117	118	111	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA CHIRURGICA (%)		0 30	0 53	
DEGENZA MEDIA	25 04	27 33	26 67	22 53
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA		10 00	3 50	
DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA		20 00	22 50	
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	20 69	22 60	22 29	
INDICATORE DI PRODUTTIVITA	2 76	2 55	2 84	
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	68 91	69 47	75 87	73 99
INDICE ROTAZIONE	10 05	9 28	10 38	5 95
INDICE TURNOVER	11 30	12 01	8 48	7 91

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	354	334	379	220
GIORNATE DEGENZA	8864	9129	10108	4957
PESO TOTALE (ORD +DH)	584 03	454 35	703 11	
DIMISSIONI 01GG	11	1	12	
DIMISSIONI DH	292	353	395	84
ACCESSI DH	3159	3754	4038	464
ACCESSI MEDI DH	10 82	10 63	10 22	

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

Lo **Stabilimento di San Felice a Cancello** riconvertito in presidio di lungodegenza, riabilitazione con annesso **Hospice** in corso di realizzazione, viene riconfigurato quale presidio annesso al P.O. di Maddaloni. È spoke I° livello nella rete di terapia del dolore. Collocato nella "*Terra dei fuochi*", dove è prevista la necessità di soddisfare un crescente bisogno sanitario in ambito oncologico, il piano riconferisce al presidio una attività di degenza per l'Oncologia medica (con rafforzamento contestuale delle tecnologie diagnostiche) e per la disciplina di Geriatria, secondo il seguente schema:

	PO S.FELICE A CANCELLO	
Cod. Disciplina	Discipline con Posti Letto	PL Ord/DH
21	Geriatria	18+2
64	Oncologia con PL	4+6
	Discipline senza Posti Letto	
	TOTALE OFFERTA PER ACUTI	**30**
56	Recupero e riabilitazione funzionale	32
60	Lungodegenti	24
	TOTALE OFFERTA LUNG E RIABILITAZIONE	**56**
	TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA	**86**

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

PO Marcianise



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1$se
PRODUTTIVITA'	16 113 167 14	17 036 750 60	15 598 661 75	
COSTI	20 864 392 60	21 923 463 83	21 996 952 34	
RAPPORTO PROD./COSTI	77 23	77 71	70 91	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ AMBULATORIALE ESTERNA	2 406 683 54	3 022 161 14	2 897 170 82	1 572 114 87
RICOVERI ORDINARI	7 282 632 55	8 160 666 25	7 833 488 15	3 797 258 30
ATTIVITA' DH	806 965 15	1 882 607 40	893 109 25	370 842 40
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	4 156 872 68	2 263 910 79	2 464 652 25	1 271 427 03
TICKET	412 410 32	406 801 08	380 146 64	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL.	1 047 602 90	1 300 603 94	1 130 094 36	
TotaLI	16.113.167,14	17.036.750,60	15.598.661,47	7.011.642,60

POSTI LETTO	2014	D H 2014	2015	D H 2015	2016	D H 2015	2017	D H 2017
	74	32	15 5	32	73 7	23 41	80	21

NUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	289	303	293	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA CHIRURGICA (%)	21 76	23 32	24 37	22 55
DEGENZA MEDIA	5 08	5 07	5 19	5 20
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	2 92	5 44	2 78	2 47
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	1 02	1 67	0 99	0 89
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	5 28	5 22	5 35	
INDICE COMPLESSITÀ PERFORMANCE	1 07	1 13	1 03	0 87
INDICE CASE MIX	0 90	0 85	0 56	0 62
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	78 00	88 69	87 45	80 00
INDICE ROTAZIONE	56 08	63 83	61 50	26 94
INDICE TURNOVER	1 43	0 65	0 74	1 52

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	4 150	4 819	4 535	2 155
GIORNATE DEGENZA	21 068	24 442	23 537	11 200
PESO TOTALE (ORD+DH)	3 480 50	3 962 94	3 734 25	
DIMISSIONI 01GG	444	576	520	
DIMISSIONI DH	1014	1074	1143	410
ACCESSI DH	2530	2017	2637	1049
ACCESSI MEDI DH	2 50	1 87	2 31	

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

Il Presidio di Marcianise viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	PO MARCIANISE	
Cod. Disciplina	**Discipline con Posti Letto**	**PL Ord/DH**
08	Cardiologia	10+2
09	Chirurgia generale	20+4
58	Gastroenterologia	6+2
26	Medicina Generale	20+4
36	Ortopedia e traumatologia	20+4
37	Ostetricia e ginecologia	16+4
39	Pediatria	8+2
49	Anestesia e terapia intensiva	6
50	Unità coronarica	6
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
	TOTALE OFFERTA PER ACUTI	**134**
60	**Lungodegenti**	**24**
	TOTALE OFFERTA LUNGOD E RIAB	
	TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA	**158**

In questa tipologia di presidio viene prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia nel rispetto dei requisiti previsti secondo le procedure dettate dalla norma e discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

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

PO Piedimonte Matese



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1$ se
PRODUTTIVITA'	19 344 900 43	18 242 473 12	18 744 277 86	
COSTI	28 685 554 63	25 659 874 93	27 427 032 35	
RAPPORTO PROD./COSTI	67 44	71 09	68 34	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ AMBULATORIALE ESTERNA	1 833 983 25	1 925 286 08	1 908 914 85	1 040 699 26
RICOVERI ORDINARI	11 131 597 45	11 270 564 40	11 531 777 35	5 657 034 35
ATTIVITA' DI DH E DAY SURGERY	1 717 309 30	1 558 577 60	1 607 232 80	202 651 15
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	2 251 318 26	1 099 738 60	1 092 902 63	508 863 25
TICKET	176 267 29	157 318 65	172 733 35	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL. DRG	2 234 424 88	2 230 987 79	2 430 716 88	
Totali	19 344 900 43	18 242 473 12	18 744 277 86	7 409 248 01

POSTI LETTO	2014	DH 2014	2015	DH 2015	2016	DH 2016	2017	DH 2017
	117	26	120	26	123,8	25	122	21

UNUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	413	399	393	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA CHIRURGICA (%)	31 11	39 18	30 41	28 48
DEGENZA MEDIA	6 07	6 36	6 55	6 60
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	4 36	9 26	4 91	4 76
DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA	2 35	5 56	2 48	2 41
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	6 57	6 88	6 91	
INDICE COMPLESSITÀ PERFORMANCE	1 18	1 11	1 17	1 25
INDICE CASE MIX	1 04	1 08	0 85	0 87
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	59 38	59 93	58 71	56 30
INDICE ROTAZIONE	35 72	34 42	32 71	15 54
INDICE TURNOVER	4 15	4 25	4 61	5 04

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	4179	4130	4051	1896
GIORNATE DEGENZA	25357	26250	26535	12523
PESO TOTALE (ORD+DH)	4 605 88	4 572 38	4 686 20	
DIMISSIONI 01GG	702	625	50	
DIMISSIONI DH	879	855	904	247
ACCESSI DH	5036	4656	4739	636
ACCESSI MEDI DH	5 73	5 45	5 24	

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

Il Presidio di Piedimonte Matese viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	PO PIEDIMONTE MATESE	
Cod. Disciplina	**Discipline con Posti Letto**	**PL Ord/DH**
08	Cardiologia	8+2
09	Chirurgia generale	18+2
26	Medicina Generale	18+2
32	Neurologia	15+3
64	Oncologia con PL	4+6
36	Ortopedia e traumatologia	18+2
37	Ostetricia e ginecologia	14+2
39	Pediatria	8+2
68	Pneumologia	4(DH)
49	Anestesia e terapia intensiva	6
50	Unità coronarica	6
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
54	Emodialisi	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
	TOTALE OFFERTA PER ACUTI	**140**
56	Recupero e riabilitazione funzionale	24
60	Lungodegenti	24
	TOTALE OFFERTA LUNG E RIABIL	**48**
	TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA	**188**

In questa tipologia di presidio viene prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia in deroga, secondo le procedure dettate dalla norma e discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15. Per i punti nascita considerato che sono già intervenuti il trasferimento a Marcianise del punto parto di Maddaloni e la chiusura del punto parto della Casa di Cura Santa Maria della Salute, si prevede una deroga per il PO di Piedimonte Matese (174 parti nel 2015), in considerazione della collocazione geografica del comune, della natura del territorio e del ruolo quale ospedale sede di Pronto Soccorso.

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

PO AVERSA



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1$ se
PRODUTTIVITA'	46 832 284 98	49 285 270 81	46 729 954 32	
COSTI	56 585 856 29	55 226 440 57	57 025 051 89	
RAPPORTO PROD./COSTI	82 76	89 24	81 95	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ AMBULATORIALE ESTERNA	2 891 777 00	3 527 235 74	2 214 971 72	1 015 826 52
RICOVERI ORDINARI	27 031 955 50	28 419 808 60	27 856 375 12	13 344 883 70
RICOVERI DAY HOSPITAL	4 372 811 05	4 119 035 65	4 123 333 45	625 539 65
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	6 100 474 55	6 375 227 56	6 198 227 89	2 830 798 87
TICKET	37 857 98	52 386 50	59 104 38	
ATTIVITÀ TRASFUSIONALE	936 120 00	1 133 071 74	716 670 44	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL. DRG	5 461 288 90	5 658 505 02	5 561 271 32	
Totali	46 832 284 98	49 285 270 81	46.729.954,32	17.817.048,74

POSTI LETTO	2014	D H 2014	2015	D H 2015	2016	D H 2016	2017	D H 2017
	187,48	34,25	186,25	34	180	31,24	180	38

UNUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	742	739	731	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA CHIRURGICA (%)	32 05	3 57	34 08	32 95
DEGENZA MEDIA	5 73	5 96	5 86	5 89
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	3 55	3 67	3 54	3 53
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	1 52	1 52	1 61	1 49
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	6 26	6 26	6 15	
INDICE COMPLESSITÀ PERFORMANCE	0 99	1 06	1 04	1 07
INDICE CASE MIX	1 05	1 07	0 82	0 84
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	83 85	89 20	88 50	85 16
INDICE ROTAZIONE	53 20	54 61	55 10	26 30
INDICE TURNOVER	1 13	0 72	0 76	0 99

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	9 973	10 172	9 967	4 734
GIORNATE DEGENZA	57 175	60 636	58 433	27 873
PESO TOTALE (ORD.+DH)	11 581 80	12 011 68	11 537 00	
DIMISSIONI 01GG	1 599	1 474	1 332	
DIMISSIONI DH	2 553	2 462	2 834	516
ACCESSI DH	15 072	13 896	13 659	1 797
ACCESSI MEDI DH	5 90	5 64	5 73	

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

Il Presidio di Aversa è individuato quale sede di DEA di I° livello e prevede un maggior numero di specialità per acuti:

	PO AVERSA	
Cod. Disciplina	**Discipline con Posti Letto**	**PL Ord/DH**
08	Cardiologia	10+2
09	Chirurgia generale	20+4
18	Ematologia	18+2
58	Gastroenterologia	14+2
51	Medicina e Chirurgia d'ac. e d'urg.	8
26	Medicina Generale	30+4
62	Neonatologia	8
32	Neurologia	16+4
34	Oculistica	4+4
64	Oncologia con PL	4+6
36	Ortopedia e traumatologia	18+2
37	Ostetricia e ginecologia	18+2
38	Otorinolaringoiatria	4+4
39	Pediatria	12+4
40	Psichiatria	15+3
49	Anestesia e terapia intensiva	7+1
50	Unità coronarica	6
43	Urologia	10+2
Discipline senza Posti Letto		
03	Anatomia ed istologia patologica	
111	Dietetica/dietologia	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
54	Emodialisi	
8	Emodinamica	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
109	Servizio trasfusionale	
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		**268**
60	Lungodegenti	20
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		**20**
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		**288**

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

PO Sessa Aurunca



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1$ se
PRODUTTIVITA'	16 099 953 16	16 253 632 26	16 716 280 52	
COSTI	20 941 936 77	19 639 099 87	20 356 376 25	
RAPPORTO PROD./COSTI	76 88	82 76	82 12	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA AMBULATORIALE ESTERNA	439 260 51	598 405 34	540 924 77	172 547 66
RICOVERI ORDINARI	9 786 373 70	9 625 582 40	9 995 018 40	4 458 616 15
RICOVERI DAY HOSPITAL	1 772 753 20	2 091 666 30	2 128 114 95	502 113 95
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	1 941 399 28	1 955 930 68	2 032 691 41	938 352 65
TICKET	150 034 30	161 187 09	134 596 07	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL. DRG	2 010 132 17	1 820 860 45	1 883 934 92	
Totali	16.099.953,16	16.253.632,26	16.715.280,52	6.071.630,41

POSTI LETTO	2014	D.H. 2014	2015	D.H. 2015	2016	D.H. 2016	2017	D.H. 2017
	87	10	89	10	91	11	97	11

NUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	309	298	293	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA CHIRURGICA (%)	29 09	28 54	25 17	21 99
DEGENZA MEDIA	5 95	5 97	5 84	5 96
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	3 48	3 51	3 44	3 59
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	2 02	2 04	1 75	1 79
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	5 99	6 02	6 11	
INDICE COMPLESSITA PERFORMANCE	1 06	1 13	1 18	1 13
INDICE CASE MIX	1 03	0 79	0 80	0 77
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	71 91	72 09	76 41	66 37
INDICE ROTAZIONE	44 09	44 10	47 76	20 30
INDICE TURNOVER	2 33	2 31	1 80	2 96

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	3 836	3 925	4 346	1 969
GIORNATE DEGENZA	22 835	23 419	25 378	11 738
PESO TOTALE (ORD+DH)	4 135 27	4 122 66	4 399 34	
DIMISSIONI 01GG	550	542	674	
DIMISSIONI DH	828	912	861	336
ACCESSI DH	4488	5252	5077	925
ACCESSI MEDI DH	5 42	5 76	5 90	

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

Il Presidio di Sessa Aurunca viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione :

	PO SESSA AURUNCA	
Cod. Disciplina	**Discipline con Posti Letto**	**PL Ord/DH**
08	Cardiologia	8+2
09	Chirurgia generale	13+2
26	Medicina Generale	20+4
32	Neurologia	15+5
64	Oncologia con PL	2+4
36	Ortopedia e traumatologia	10
37	Ostetricia e ginecologia	14+2
39	Pediatria	8+2
40	Psichiatria	15+3
49	Anestesia e terapia intensiva	5
50	Unità coronarica (solo come UOS)	6
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
	TOTALE OFFERTA PER ACUTI	**140**
56	Recupero e riabilitazione funzionale	20
	TOTALE OFFERTA LUNG E RIAB	
	TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA	**160**

In questa tipologia di presidio viene prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia in deroga, secondo le procedure dettate dalla norma sulle discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Considerata la carenza di altre strutture nella vasta area di competenza ed in contrasto alla mobilità passiva verso il basso Lazio.

Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

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

PO S. Maria Capua Vetere



TOTALI GENERALI	2014	2015	2016	2017 1$ se
PRODUTTIVITA'	13 025 223 01	11 255 148 99	11 813 803 07	
COSTI	20 005 878 46	18 098 172 46	17 904 775 06	
RAPPORTO PROD./COSTI	65 11	62 19	65 98	

PRODUTTIVITA'	2014	2015	2016	2017
ATTIVITÀ AMBULATORIALE ESTERNA	2 155 798 26	2 148 206 35	2 023 824 11	987 100 26
RICOVERI ORDINARI	6 839 663 70	5 458 565 10	6 101 713 20	3 247 750 75
ATTIVITÀ DH DAY SURGERY	676 973 80	550 217 20	568 154 15	263 576 55
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	1 739 157 10	1 772 247 83	1 744 755 80	905 487 67
TICKET	167 429 09	169 822 80	141 430 35	
REMUNERAZIONE AGGIUNTIVA PER COMPL. DRG	1 446 201 06	1 156 089 71	1 233 925 46	
Totali	13.025.223,01	11.255.148,99	11.813.803,07	5.403.915,23

POSTI LETTO	2014	D H 2014	2015	D H 2015	2016	D H 2016	2017	D H 2017
	53 25	13 75	41	11 25	51 24	14 5	54	15

NUMERO MEDIO DIPENDENTI	2014	2015	2016	2017
	269	259	246	

INDICATORI DI EFFICIENZA	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA CHIRURGICA (%)	20 91	12 19	23 16	24 50
DEGENZA MEDIA	7 21	7 34	6 43	6 32
DEGENZA MEDIA POST OPERATORIA	3 41	3 59	3 23	2 64
DEGENZA MEDIA PRE OPERATORIA	1 39	1 42	1 13	0 77
DEGENZA MEDIA TRIMMATA	7 63	7 43	7 07	
INDICE COMPLESSITÀ PERFORMANCE	1 46	1 18	1 18	1 04
INDICE CASE MIX	1 47	1 15	1 04	0 97
INDICE OCCUPAZIONE MEDIA	80 88	84 02	75 31	76 72
INDICE ROTAZIONE	40 96	41 80	42 72	22 15
INDICE TURNOVER	1 70	1 40	2 11	1 85

INDICATORI DI ATTIVITA'	2014	2015	2016	2017
NUMERO DIMISSIONI ORDINARIE	2 181	1 714	2 189	1 196
GIORNATE DEGENZA	15 721	12 573	14 085	7 758
PESO TOTALE (ORD+DH)	2 932 30	2 334 24	2 705 69	
DIMISSIONI 01GG	274	121	367	
DIMISSIONI DH	549	462	447	206
ACCESSI DH	1 638	1 294	1 230	508
ACCESSI MEDI DH	2 98	2 80	2 75	

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

Il Presidio di Santa Maria Capua Vetere viene individuato quale Ospedale di base sede di pronto soccorso dotato delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

	P.O. S. MARIA CAPUA VETERE	
Cod. Disciplina	**Discipline con Posti Letto**	**PL Ord+DH**
08	Cardiologia	5+1
09	Chirurgia generale	18+2
58	Gastroenterologia	4(DH)
26	Medicina Generale	20+4
32	Neurologia	4(DH)
36	Ortopedia e traumatologia	16+4
68	Pneumologia	4(DH)
49	Anestesia e terapia intensiva	4
50	Unità coronarica (solo come UOS)	4
	Discipline senza Posti Letto	
112	Direzione Sanitaria di Presidio	
54	Emodialisi	
105	Farmacia ospedaliera	
106	Laboratorio Analisi	
69	Radiologia	
	TOTALE OFFERTA PER ACUTI	**90**
56	**Recupero e riabilitazione funzionale**	20
	TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA	**110**

In questa tipologia di presidio va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.

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

MACROAREA CASERTA

	Popolazione pesata		867.965	UOC Max attivabili		Programmazione Iniziale H Pubblici	
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	Bacini Utenza (da DM 70/2015)		UOC Max att in H pubblici (da Patto per la Salute 2010-2012 e DCA 18/2013)	UOC Max attivabili in Totale (da DM 70/15)	PL	UOC
Discipline con Posti Letto							
07	Cardiochirurgia	1.200.000	600.000	1,1	1,0	18	1,1
08	Cardiologia	300.000	150.000	4,7	6,0	90	4,7
09	Chirurgia generale	200.000	100.000	9,0	9,0	177	9,0
10	Chirurgia maxillo-facciale	2.000.000	1.000.000	0,5	1,0	8	0,5
11	Chirurgia pediatrica	2.500.000	1.500.000	0,8	1,0	12	0,8
12	Chirurgia plastica	2.000.000	1.000.000	0,3	1,0	5	0,3
13	Chirurgia toracica	1.500.000	800.000	1,0	1,0	16	1,0
14	Chirurgia vascolare	800.000	400.000	0,9	2,0	15	0,9
52	Dermatologia	1.200.000	600.000	0,3	1,0	5	0,3
18	Ematologia	1.200.000	600.000	1,8	1,0	34	1,8
58	Gastroenterologia	800.000	400.000	2,5	2,0	48	2,5
21	Geriatria	800.000	400.000	1,9	2,0	36	1,9
19	Malat.endocrine, ric. della nutr.	1.200.000	600.000	0,3	1,0	4	0,3
24	Malattie infettive e tropicali	1.200.000	600.000	1,3	1,0	20	1,3
51	Medicina e Chirurgia d'ac. e d'urg.	300.000	150.000	1,6	6,0	28	1,6
26	Medicina Generale	150.000	80.000	8,3	11,0	174	8,3
29	Nefrologia	1.200.000	600.000	0,8	1,0	12	0,8
62	Neonatologia	1.200.000	600.000	1,3	1,0	23	1,3
30	Neurochirurgia	1.200.000	600.000	1,3	1,0	20	1,3
32	Neurologia	300.000	150.000	4,7	6,0	93	4,7
34	Oculistica	300.000	150.000	1,2	6,0	24	1,2
35	Odontoiatria e stomatologia	800.000	400.000	0,3	2,0	4	0,3
64	Oncologia con PL	600.000	300.000	2,9	3,0	56	2,9
36	Ortopedia e traumatologia	200.000	100.000	7,2	9,0	146	7,2
37	Ostetricia e ginecologia	300.000	150.000	5,8	6,0	112	5,8
38	Otorinolaringoiatria	300.000	150.000	1,3	6,0	25	1,3
39	Pediatria	300.000	150.000	3,1	6,0	62	3,1
68	Pneumologia	800.000	400.000	1,8	2,0	32	1,8
40	Psichiatria	300.000	150.000	2,8	6,0	54	2,8
71	Reumatologia	1.200.000	600.000	0,3	1,0	5	0,3
49	Terapia intensiva	300.000	150.000	2,9	6,0	56	2,9
73	Terapia intensiva neonatale	1.200.000	600.000	0,8	1,0	12	0,8
50	Unità coronarica	300.000	150.000	1,9	6,0	38	1,9
43	Urologia	300.000	150.000	2,0	6,0	38	2,0

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

Discipline senza Posti Letto							
1	Allergologia	2.000.000	1.000.000		1,0		
03	Anatomia ed istologia patologica	300.000	150.000		6,0		
111	Dietetica/dietologia	1.200.000	600.000		1,0		
112	Direzione Sanitaria di Presidio	300.000	150.000		6,0		
54	Emodialisi	600.000	300.000		3,0		
103	Emodinamica	600.000	300.000		3,0		
105	Farmacia ospedaliera	300.000	150.000		6,0		
106	Laboratorio Analisi	300.000	150.000		6,0		
107	Microbiologia e virologia	1.200.000	600.000		1,0		
104	Neuroradiologia	2.000.000	1.000.000		1,0		
69	Radiologia	300.000	150.000		6,0		
74	Radioterapia	1.200.000	600.000		1,0		
109	Servizio trasfusionale	300.000	150.000		6,0		
102	Terapia del dolore senza PL	500.000	300.000		3,0		
TOTALE OFFERTA PER ACUTI				**78,4**	**173,0**	**1.502**	**78,4**
28	Unità spinale	2.000.000	1.000.000	0,6	1,0	10	0,6
56	Recupero e riabilitazione funzionale	100.000	50.000	6,4	17,0	138	6,4
60	Lungodegenti	150.000	80.000	4,2	11,0	92	4,2
75	Neuro-riabilitazione	1.200.000	600.000	0,6	1,0	10	0,6
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE				**11,9**	**30,0**	**250**	**11,9**
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA				**90,3**	**203,0**	**1.752**	**90,3**

Programmazione dei Posti letto ex DM 70 (nelle singole Macro-Aree)

Area	POSTI LETTO				
Area CE	PL HSP 2015		PL Programmati		Δ PL Programmati - PL HSP 2015
	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	
Acuti	1.993	2,30	2.264	2,61	271
Riabilitazione	197	0,23	333	0,38	136
Lungodegenza	73	0,08	169	0,19	96
Totale	2.263	2,61	2.766	3,19	503

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

	PRESIDI ASL CASERTA				
Cod.Discipl.	**Disciplina con posti letto**	**P.L./DCA33**	**UOC/DCA 33**	**Proposta**	**Del 54/2016**
08	Cardiologia	56	2,5	5	4
50	Unità Coronarica	28	1,3	0	
09	Chirurgia generale	123	5.6	6	5
18	Ematologia	20	0,9	1	1
58	Gastroenterologia	28	1	0	0
21	Geriatria	20	0,9	1	0
51	Medicina e Chirurgia d'ac. e d'urg.	8	0,4	1	1
26	Medicina Generale	150	6,8	6	5
68	Pneumologia	14	0,6	0	1
62	Neonatologia	8	0,4	0	0
39	Pediatria	46	2,1	2	4
32	Neurologia	68	3,1	0	0
34	Oculistica	16	0,7	1	1
64	Oncologia con PL	36	1,6	0	0
36	Ortopedia e traumatologia	112	5,1	4	4
37	Ostetricia e ginecologia	72	3,3	3	3
38	Otorinolaringoiatria	13	0,6	0	0
40	Psichiatria	36	1,6	0	0
49	Anestesia e terapia intensiva	34	1,5	5	3
43	Urologia	20	0,9	0	0
	Totale parziale	**908**	**40,9**	**35**	**32**
56	Recupero e riabilitazione funzionale	128	5,8		1
60	Lungodegenti	92	4,2		1
	Totale	**1.128**	**51**	**35**	**34**
112	Direzione Sanitaria di Presidio			6	5
106	Laboratorio Analisi			4	2
	Anatomia Patologica			1	0
69	Radiologia			4	3
109	Servizio trasfusionale			1	1
	Totale (*)			**51**	**47**

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

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

Dipartimento	Presidi	Cod	**UOC**	U	PL	Cod	**UOS**	U	PL	Cod	**UOSD**	U	PL
Direzione Amministrativa Aziendale													
			Servizio Economico-Finanziario	1			Contabilità analitica	1					
			Servizio Provveditorato	1			Economato	1					
			Servizio Gestione e Ottimizzazione Patrimonio Aziendale	1									
			Servizio Tecnico-manutentivo	1									
			Coordinamento Amministrativo Distretti e PPOO	1									
			Affari Legali	1			Contenzioso	1					
			Affari Generali	1			Gestione Documenti e Segreteria Organi	1					
			Gestione Risorse Umane	1			Trattamento giuridico personale	1					
							Rapporti sindacali	1					
Direzione Sanitaria Aziendale													
			Direzione Sanitaria PO Aversa	1									
			Direzione Sanitaria PO Maddaloni-S. Felice a Cancello	1									
			Direzione Sanitaria PO Marcianise	1									
			Direzione Sanitaria PO Piedimonte Matese	1									
			Direzione Sanitaria PO Sessa Aurunca	1									
			Direzione Sanitaria PO Santa Maria Capua Vetere	1									

			Direzione Distretto 12	1			UOASB DS 12	1						
			Direzione Distretto 13	1			UOASB DS 13,16	1						
			Direzione Distretto 14	1			UOASB DS 14,15	1						
			Direzione Distretto 15	1			UOASB DS 17,18,19,20	1						
			Direzione Distretto 16	1			UOASB DS 21,22	1						
			Direzione Distretto 17	1			UOASB DS 23	1						
			Direzione Distretto 18	1			ADI DS 14,15	1						
			Direzione Distretto 19	1			ADI DS 17, 18	1						
			Direzione Distretto 20	1			ADI DS 19,20	1						
			Direzione Distretto 21	1			ADI DS 22,23	1						
			Direzione Distretto 22	1			UOMI DS 14	1						
			Direzione Distretto 23	1			UOMI DS 15	1						
							UOMI DS 17,18	1						
							UOMI DS 19,20,21	1						
							UOMI 22,23	1						
							Centro Antidiabetico Aversa	1						
							Centro Antidiabetico Cellole	1						
			Servizio Prevenzione e Protezione	1										
			Servizio Cure Primarie	1										
Dipartimento Funzionale della Programmazione														
			Servizio Controllo di Gestione e Sistema Informativo	1										
			Servizio Controllo delle Prestazioni in Accreditamento	1			Controllo Centri Accreditati	1						
							Controllo Centri di Riabilitazione	1						
							Controllo Case di Cura	1						

			Servizio Ispettivo	1									
			Servizio delle Tecnologie Informatiche	1									
			Servizio Ingegneria Clinica	1									
			Servizio di Sorveglianza Fisica Sanitaria	1									
											Medici Competenti	1	
Dipartimento Funzionale delle Fragilità													
			Servizio Tutela della Salute in Carcere	1			Sanità Penitenziaria S. Maria C. Vetere	1					
							Sanità Penitenziaria Carinola	1					
							REMS Calvi Risorta	1					
											Dipendenze Patologiche in carcere	1	
			Coordinamento Cure Domiciliari - ADI 12, 13, 16, 21	1									
											Cure Palliative - Hospice	1	
											Neuropsichiatria Infantile	1	
			Coordinamento Riabilitazione Territoriale	1								1	
											RSA Disabili	1	
Dipartimento Funzionale Servizi Strategici													
			Coordinamento Sociosanitario	1									
											Integrazione Aree Fragilità e Immigrati	1	

											Integrazione aree sociosanitaria ad elevata int. Sanit.	1	
											Medicina Legale	1	
			Servizio Qualità e Risk Management	1									
			Servizio Formazione	1									
			Servizio Relazioni con il Pubblico	1									
Dipartimento di Prevenzione													
											Educazione alla Salute	1	
											Accreditamento strutture sanitarie	1	
			Servizio Epidemiologia e Prevenzione (SEP)	1									
			Servizio Igiene e Sanità pubblica (SISP)	1									
			Servizio Igiene Alimenti e nutrizione (SIAN)	1									
							UOPC DS 12	1					
							UOPC DS 13	1					
							UOPC DS 14	1					
							UOPC DS 15	1					
							UOPC DS 16	1					
							UOPC DS 17,18	1					
							UOPC DS 19,20	1					
							UOPC DS 21	1					
							UOPC DS 22,23	1					
			Serv. Monitoraggio Rischio Ambientale e Reg.Tumori	1									
											UOPLL DS: 12, 13, 14, 15, 16	1	
											UOPLL DS: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	1	

			Serv.Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	1			Verifica Impianti	1						
			Serv.Igiene e Medicina del Lavoro	1										
			Serv.Veterinario Animale (Area A)	1			Prevenzione Randagismo	1						
			Serv.Veter. Igien Alimenti Orig.Animale (Area B)	1										
			Serv.Veter.Igiene Allev.e prod.Zootecnica (Area C)	1										
							UOV DS 12	1						
							UOV DS 13	1						
							UOV DS 14	1						
							UOV DS 15	1						
							UOV DS 16	1						
							UOV DS 17	1						
							UOV DS 18,19,20	1						
							UOV DS 21	1						
							UOV DS 22,23	1						
			Direzione Amministrativa Dipartimentale	1										
Dipartimento Salute mentale														
			UOSM Caserta DS 12	1										
			UOSM Marcianise DS 13,16	1										
			UOSM Aversa DS 17,18	1										
			UOSM Sessa Aurunca DS 14	1										
			UOSM Capua DS 21,22	1										
			UOSM Piedimonte Matese DS 15	1										
			UOSM Villa di Briano DS 18,19,20	1										
			UOSM Mondragone DS 23	1										

			Direzione Amministrativa Dipartimentale	1									
											Sistema Informativo Dipartimentale e Qualità	1	
										4001	SPDC Caserta		
											Disturbi del Comportamento Alimentare	1	
										4001	SPDC Aversa	1	18
										4001	SPDC Sessa Aurunca	1	18
											Coordinamento SSIIRR	1	
											Psicologia Clinica	1	
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche													
											Alcolismo	1	
											SER.D Maddaloni	1	
											Direzione Amministrativa	1	
			SER.D Caserta	1									
			SER.D Marcianise	1									
			SER.D Aversa	1									
			SER.D.Piedimonte Matese	1									
			SER.D. Capua	1									
			Dipendenze Comportamentali	1									
Dipartimento Funzionale Farmaceutico													
											Integ.Provv./Farmacie-Uff. Ordini Liquidazioni	1	
			Farmaceutica Convenzionata e DPC	1									

			Farmacia P.O. S Maria C.V.	1			Farmacia Ist. Penitenz SMCV – DS 20,21,22	1					
			Farmacia PO Sessa Aurunca, PO Piedimonte Matese	1			Farmacia Istituto Penit. Carinola, DS 14,15,23	1					
			Farmacia – P.O. Marcianise - P.O. Maddaloni-S. Felice a C.	1			Farmacia Istituto Penitenziario Arienzo - DS 12,13,16	1					
			Farmacia P.O. Aversa	1			Farmacia Casa di reclusione di Aversa, DS 17, 18 e 19	1					
Dipartimento Funzionale Materno Infantile													
			Coordinamento Attività Territoriali Materno Infantile e UOMI 12, 13 e 16	1									
	13	3701	Ostetricia PO S G Moscati Aversa	1	20								
	438	3701	Ostetricia PO Marcianise	1	20	3701	Ginecologia Oncologica PO Marcianise	1					
	10	3701	Ostetricia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	16								
	13	3901	Pediatria PO S G Moscati Aversa	1	16	6201	Neonatologia PO S G Moscati Aversa	1	8				
	438	3901	Pediatria PO Marcianise	1	10								
											Percorso Nascita	1	
											Psicologia dell'Infanzia, Integrazione e Disabilità	1	
											Diagnostica Senologia c/o Po Marcianise	1	

										5701	Fisiopatologia della Riproduzione PO Marcianise	1	
										3701	Ostetricia PO Piedimonte Matese	1	16
										3901	Pediatria PO Piedimonte Matese	1	10
										3901	Pediatria PO Sessa Aurunca	1	10
Dipartimento Funzionale Area Medica													
	437	2601	Medicina Po Maddaloni	1	24	6801	Penumologia PO Maddaloni	1	6	801	Cardiologia PO Maddaloni	1	6
							Neurologia PO Maddaloni	1	6				
							Recupero e Riabilitazione funzionale a indirizzo ortopedico PO Maddaloni	1	32				
							Pronto Soccorso con OBI PO Maddaloni	1					
	440	2101	Geriatria PO S Felice a C	1	20					6001	Lungodegenza Po S Felice a C	1	24
										5601	Recupero e Riabilitazione funzionale a indirizzo cardiologico PO S Felice a C	1	32
											Emodialisi PO S Felice a C	1	
										6401	Oncologia PO S Felice a C	1	10
	438	2601	Medicina PO Marcianise	1	24		Pronto Soccorso con OBI PO Marcianise	1			Lungodegenti PO Marcianise	1	24
										5801	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva PO Marcianise	1	8
	438	2601	Medicina PO S G Moscati Aversa	1	34	6801	Pneumologia PO Aversa	1		6401	Oncologia PO Aversa	1	10

											Neurologia Po Aversa	1	20
											Lungodegenti PO Aversa	1	20
											Emodialisi PO Aversa	1	
						5802	Endoscopia Digestiva PO Aversa	1		5801	Gastroenterologia PO Aversa	1	16
	4	2601	Medicina PO S Maria CV	1	24	6801	Pneumologia PO S Maria CV	1	4		Emodialisi PO S Maria Cv	1	
							Neurologia PO S Maria CV	1	4		Recupero e Riabilitazione Funzionale a indirizzo neurologico	1	20
											Gastroenterologia ed endoscopia digestiva PO S. Maria CV	1	4
	440	2601	Medicina PO Piedimonte Matese	1	20		Neurologia PO Piedimonte Matese	1	18	6401	Oncologia PO Piedimonte Matese	1	10
						6801	Pneumologia PO Piedimonte Matese	1	4		Lungodegenti PO Piedimonte Matese	1	24
							Pronto Soccorso con OBI PO Piedimonte Matese	1			Emodialis PO Piedimonte Matese	1	
										5601	Recupero e Riabilitazione Funzionale a indirizzo ortopedico PO Piedimonte Matese	1	24
	10	2601	Medicina PO S Rocco Sessa Aurunca	1	24		Neurologia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	20				
							Pronto Soccorso ed OBI PO S Rocco Sessa Aurunca	1		6401	Oncologia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	6
										5601	Recupero e Riabilitazione Funzionale a indirizzo Cardiologico	1	20
	438	801	Cardiologia PO Marcianise	1	12	5001	UTIC PO Marcianise	1	6				

	13	801	Cardiologia PO S G Moscati Aversa	1	12	5001	UTIC PO AVersa	1	6				
	440	801	Cardiologia PO Piedimonte Matese	1	10	5001	UTIC PO Piedimonte Matese	1	6				
	10	801	Cardiologia PO S Rocco Sessa Aurunca	1	10	5001	UTIC PO S Rocco Sessa Aurunca	1	6				
	4	801	Cardiologia PO S Maria CV	1	6	5001	UTIC PO S Maria CV	1	4				
	13		Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza PO Aversa	1	8								
	13	1801	Ematologia PO Aversa	1	20		Genetica Medica PO Aversa	1					
Diparimento Funzionale Area Chirurgica													
	437	901	Chirurgia Generale PO Maddaloni	1	20	4301	Urologia PO Maddaloni	1	8	3801	Otorinolaringoiatria PO Maddaloni	1	5
	437	3401	Oculistica PO Maddaloni	1	8								
	438	901	Chirurgia Generale PO Marcianise	1	24						Diagnostica e Terapia Vascolare PO Marcianise	1	
											Chirurgia del seno	1	
	13	901	Chirurgia Generale PO Aversa	1	24	3401	Oculistica Po Aversa	1	8	901	Chirurgia Mininvasiva PO Aversa	1	
						4301	Urologia PO Aversa	1	12	3801	Otorinolaringoiatria PO Aversa	1	8
	10	901	Chirurgia Generale PO Sessa Aurunca	1	15		Diagnostica Endoscopica Chirurgica PO Sessa A	1					
	4	901	Chirurgia PO S Maria C V	1	20		Senologia Chirurgica	1		3401	Oculistica PO S Maria CV	1	
	440	901	Chirurgia Generale PO Piedimonte Matese	1	20								
	437	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Maddaloni	1	18	3601	Traumatologia dell'Anca	1					

									438	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Marcianise	1	24
	13	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Aversa	1	20	3601	Ortopedia artroscopica	1					
	10	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Sessa Aurunca	1	10	3601	Ortopedia Interventistica	1					
										3601	Ortopedia e Traumatologia PO S Maria CV	1	20
	440	3601	Ortopedia e Traumatologia PO Piedimonte Matese	1	20								
	437	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Maddaloni	1	5								
	438	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Marcianise	1	6		Analgesia al parto PO Marcianise	1					
	13	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Aversa	1	8		Analgesia al parto PO Aversa	1					
	10	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Sessa Aurunca	1	5		Analgesia al parto PO Sessa Aurunca	1					
	440	4901	Anestesia e Terapia Intensiva PO Piedimonte Matese	1	6		Analgesia al parto PO Piedimonte Matese	1					
											Anestesia e Terapia Intensiva PO S M. CV	1	4
											CO 118	1	
Dipartimento Funzionale dei Servizi													
	437		Radiologia PO Maddaloni	1			Radiologia Interventistica	1					
	438		Radiologia Po Marcianise	1			Diagnostica Ecografica	1					
	13		Radiologia PO Aversa	1			Neuroradiologia	1					
	10		Radiologia PO Sessa Aurunca	1									

											Radiologia PO S Maria CV	1	
											Radiologia PO Piedimonte Matese	1	
	438		Laboratorio Analisi PO Marcianise	1									
	13		Laboratorio Analisi PO Aversa	1							Biologia Molecolare PO Aversa	1	
	10		Laboratorio Analisi PO Sessa Aurunca	1									
	440		Laboratorio Analisi PO Piedimonte Matese	1									
											Laboratorio Analisi PO S Maria Cv	1	
											Laboratorio Analisi PO Maddaloni	1	
	13		Anatomia Patologica PO Aversa	1									
	13		Serv.Immunotrasfusionale PO Aversa	1									

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. 66 DEL 13/12/2017

OGGETTO: Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020" (Rep. Atti n. 188/CSR del 02.11.2017) Acta vii.

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 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;

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

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 *vii*) "*attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale"*;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, "*nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 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 la Conferenza Permanente per i rapporti tra le Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 ha sancito l'Intesa sul documento recante "*Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (di seguito PNCAR) 2017-2020*", contenente indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome;

CONSIDERATO

- che l'anzidetto Piano, basato su un approccio intersettoriale "*One-healt*", prevede 6 ambiti di intervento: Sorveglianza, Prevenzione e controllo delle infezioni, Uso corretto degli Antibiotici compresa "*Antimicrobial Stewardship*", Formazione Comunicazione e Informazione, Ricerca e innovazione, e, per ciascuno di tali ambiti:
  - stabilisce i principali esiti di salute da raggiungere;
  - indica le azioni da realizzare prioritariamente a livello regionale/locale;
  - definisce gli obiettivi a medio termine (2017-2018) ed a lungo termine (2017-2020) per ciascuna delle azioni individuate;
  - rimanda a successivi Piani operativi e Documenti tecnici, locali, regionali, nazionali, l'individuazione nel dettaglio delle specifiche attività e responsabilità operative;
  - prevede un monitoraggio a due anni dall'approvazione del Piano;

RILEVATO

che il PNCAR in menzione richiede alle Regioni ed alle Province autonome di individuare, preliminarmente all'attuazione del Piano, le articolazioni interne che ne assicurino la *Governance* in un'ottica intersettoriale, e curino il recepimento dei documenti emanati a livello nazionale;

RITENUTO, pertanto

a. di dover recepire la richiamata Intesa sancita in data 2 novembre 2017 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra le Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "*Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020*", contenente indicazioni omogenee per le Regioni e le Province Autonome;

b. di demandare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. gli adempimenti necessari ad assicurare l'attuazione del PNCAR, anche con l'individuazione di una articolazione che ne assicuri la *Governance* intersettoriale e curi i lavori per il recepimento dei documenti emanati a livello nazionale;

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 si intende integralmente riportato

- di **RECEPIRE** l'Intesa Stato-Regioni del 2 novembre 2017 sul documento recante "*Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico - resistenza (PNCAR) 2017-2020*" (Rep. Atti n. 188/CSR del 02.11.2017), che allegata al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;
- di **DEMANDARE** alla Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del SSR gli adempimenti necessari ad assicurare l'attuazione del PNCAR, anche con l'individuazione di una articolazione che ne assicuri la *Governance* intersettoriale e curi i lavori per il recepimento dei documenti emanati a livello nazionale;
- di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
- di **INVIARE** il presente Decreto al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del S.S.R., per quanto di rispettiva competenza, nonché al B.U.R.C. per la immediata pubblicazione nonché per tutti gli adempimenti di pubblicità e trasparenza.

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

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

DE LUCA

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020".

Rep. Atti n. 188 del 2 novembre 2017

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 2 novembre 2017:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016" (Rep. Atti n. 82/CSR);

VISTA l'Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 13 novembre 2014 sul documento recante "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018" (Rep. Atti n. 156/CSR);

VISTA l'Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 19 gennaio 2017 sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019" (Rep. Atti n. 10/CSR);

VISTA la nota del 30 agosto 2017 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, per il perfezionamento dell'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni, il documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020", che, il 5 settembre 2017, è stato portato a conoscenza delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTI gli esiti della riunione tecnica del 10 ottobre 2017, nel corso della quale i rappresentanti delle Regioni hanno consegnato un documento di osservazioni ed emendamenti che è stato condiviso con il Ministero della salute;

VISTA la lettera del 25 ottobre con la quale il Ministero della salute ha inviato il testo definitivo, diramato in pari data, che recepisce gli emendamenti concordati nella suddetta riunione tecnica;

VISTA la nota del 30 ottobre 2017 con la quale la Regione Piemonte, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sul provvedimento in esame;

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

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO, nell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE INTESA

Tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:

CONSIDERATI:

- la Decisione della Commissione del 22 dicembre 1999 relativa alle malattie trasmissibili da inserire progressivamente nella rete comunitaria, in forza della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio di istituzione di un network per la sorveglianza epidemiologica e il controllo delle malattie infettive a livello comunitario, e in particolare l'Allegalo 1, paragrafo 3 "Speciali problematiche di sanità pubblica", in cui viene citata l'antibiotico-resistenza, come problematica emergente di particolare criticità in sanità pubblica;

- la Raccomandazione del Consiglio Europeo del 15 novembre 2001 sull'uso prudente degli agenti antimicrobici che prevede la necessità: di considerare le infezioni batteriche resistenti alla terapia antibiotica come un problema di sanità pubblica; di disporre di linee di indirizzo per la sorveglianza dell'emergenza delle infezioni da batteri antibiotico-resistenti, l'uso prudente degli antibiotici, la formulazione di campagne di comunicazione rivolte al pubblico e di campagne di formazione informazione rivolte agli operatori sanitari;

- le Conclusioni del Consiglio Europeo sull'Antibiotico-resistenza del 10 giugno 2008 che prevedono la necessità di creare meccanismi inter-settoriali per monitorare l'implementazione di strategie e piani di sorveglianza, nonché lo sviluppo di linee guida sulle infezioni da batteri antibiotico-resistenti che provocano maggiore impatto sulla sanità pubblica;

- che il 12 maggio 2011 il Parlamento europeo ha adottato una risoluzione non legislativa sulla resistenza agli antibiotici, nella quale ha sottolineato che il problema della resistenza agli antimicrobici aveva assunto una dimensione notevole negli ultimi anni e ha invitato la Commissione a elaborare un piano d'azione a livello dell'Unione, per la lotta alla resistenza antimicrobica;

- la Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio del 15 novembre 2011, relativa al Piano d'azione di lotta ai crescenti rischi di resistenza antimicrobica (AMR), in cui la Commissione propone l'elaborazione di un piano di azione quinquennale di lotta alla resistenza antimicrobica, ripartito in 12 azioni chiave e in linea con l'iniziativa "*One Health*";

- le Conclusioni del Consiglio del 22 giugno 2012 sull'impatto della resistenza antimicrobica nel settore della salute umana e nel settore veterinario — una prospettiva di tipo «One Health» (2012/C211/02), in cui viene sottolineato che, allo scopo di ridurre l'uso eccessivo, incontrollato e inappropriato di antimicrobici in ambito umano e animale, è necessario favorire il coordinamento tra i settori della salute umana e animale, il rafforzamento della cooperazione internazionale sull'uso degli antimicrobici, una maggior sensibilizzazione dei cittadini sul problema, la raccolta più esaustiva delle informazioni e, infine, la promozione della ricerca e dell'innovazione in materia di utilizzo corretto degli antimicrobici;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

- la Decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 2119/98/CE, che identifica tra le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero di origine biologica, cui si applica la decisione stessa, anche la resistenza antimicrobica e le infezioni nosocomiali connesse alle malattie trasmissibili («problemi sanitari speciali connessi»);

- le Conclusioni del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza medica, compresi la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e della resistenza agli antimicrobici (2014/C 438/05), che identificano le azioni di contrasto all'antimicrobico-resistenza come essenziali per garantire la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza medica;

- che esistono in Italia sistemi di sorveglianza afferenti al sistema di sorveglianza europeo (ESAC-NET) e alla sorveglianza di laboratorio a livello europeo (EARSS-NET), cui aderiscono alcuni laboratori di aziende ospedaliere regionali, su base volontaria, il che non contribuisce a delineare un quadro esaustivo di tale ambito;

- che tra le iniziative europee di sanità pubblica, promosse e sostenute dal Centro Europeo per il Controllo delle Malattie, vi è la Giornata europea degli Antibiotici, che si svolge ogni anno il 18 novembre e ha come obiettivo la sensibilizzazione sulla minaccia rappresentata dalla resistenza agli antibiotici, nonché sull'uso prudente degli antibiotici stessi;

- le conclusioni del Consiglio d'Europa del 17 giugno 2016 che hanno chiesto agli Stati membri di sviluppare entro metà 2017 un piano nazionale di contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (AMR), basato sulla strategia "One Health" e in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) contenute nel Piano d'Azione Globale sull'Antimicrobico Resistenza (*Global action plan on antimicrobial resistance* - GAP) preparato dall'OMS e adottato dalla 68^ Assemblea Mondiale della Sanità, nel maggio 2015, con la Risoluzione WHA68.7;

- che il GAP dell'OMS sottolinea l'importanza della collaborazione tripartita tra FAO, OIE e OMS su questo tema, la quale prevede, come punti essenziali, la raccolta di dati sull'uso di antimicrobici in animali destinati alla catena alimentare, una sorveglianza integrata, lo sviluppo congiunto di materiale per *"advocacy"* e aspetti di formazione professionale nei vari Paesi;

- che gli obiettivi strategici del GAP sono: migliorare i livelli di consapevolezza e di informazione/educazione; rafforzare le attività di sorveglianza; migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni, in tutti gli ambiti; ottimizzare l'uso di antimicrobici nel campo della salute umana e animale (antimicrobial stewerdship); aumentare/sostenere ricerca e innovazione;

- il decreto dirigenziale del 24 aprile 2015, che in considerazione della minaccia globale e dell'alta percentuale di resistenza agli antibiotici dei patogeni circolanti in Italia, ha istituito un apposito Gruppo di Lavoro sull'AMR, cui hanno partecipato il Ministero della salute, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), rappresentanti delle Regioni e delle Società scientifiche;

- che il suddetto Gruppo di lavoro, seguendo le indicazioni dell'OMS e le conclusioni del Consiglio d'Europa del 17 giugno 2016, ha predisposto la bozza del Piano di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 individuando 6 ambiti di intervento

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

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

(Sorveglianza; Prevenzione e controllo delle infezioni; Uso corretto degli antibiotici, compresa "Antimicrobial Stewardship"; Formazione; Comunicazione e Informazione; Ricerca e Innovazione) e disegnando un percorso per l'azione che include, quali componenti tecniche e operative, obiettivi precisi e azioni, per cui è previsto un processo di monitoraggio e valutazione basato su indicatori quantitativi misurabili;

- che l'anzidetto Piano, basato sull'approccio multisettoriale "One Health" che prevede l'integrazione di tutti i settori interessati: umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale:
  - individua i principali esiti di salute che si vogliono raggiungere attraverso la sua realizzazione;
  - indica le azioni principali da realizzare a livello nazionale e regionale/locale per promuovere un efficace contrasto del fenomeno dell'AMR nei seguenti ambiti: sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti e dell'AMR; uso appropriato e sorveglianza del consumo degli antimicrobici; potenziamento dei servizi diagnostici di microbiologia; formazione degli operatori sanitari; informazione/educazione della popolazione; ricerca e sviluppo;
  - definisce per ciascuna delle azioni individuate gli obiettivi a medio (2017-2018) e a lungo termine (2017-2020) e gli indicatori per le azioni considerate prioritarie;
  - rimanda a successivi piani operativi e documenti tecnici, locali, regionali e nazionali, che individuino in dettaglio le specifiche attività e responsabilità operative.
- il parere reso dal Consiglio superiore di sanità nella seduta del 21 luglio 2017;

SI CONVIENE

1. E' approvato il documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020", che allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante.

2. Per l'uso dell'antibiotico veterinario nell'allevamento bovino, in quello suino e negli animali d'affezione, è stato già predisposto un documento dalla Regione Emilia-Romagna che può essere utilizzato come linee di indirizzo per tutte le Regioni.

3. Viene previsto un monitoraggio/valutazione a due anni dall'approvazione del Piano.

4. All'attuazione della presente intesa si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il Segretario
Antonio Naddeo

Il Presidente
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)

2017-2020

24 ottobre 2017

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

Acronimi 5

Inquadramento globale della problematica dell'AMR 7

Il fenomeno dell'Antimicrobico-resistenza (AMR) nel settore Umano 9

La AMR nel settore veterinario e della sicurezza degli alimenti 12

Le iniziative internazionali per contrastare la AMR 14

L'impegno del Ministero della Salute italiano e delle altre istituzioni nazionali per il contrasto dell'AMR 18

Scopo del documento e metodologia 22

Aree di azione, obiettivi e indicatori di implementazione e monitoraggio 23

Gli obiettivi della strategia nazionale 23

Governo della strategia nazionale di contrasto dell'AMR 25

Premessa 25

Gli obiettivi 25

Le azioni previste 25

Gli indicatori 26

Sorveglianza per monitorare il fenomeno dell'AMR e l'efficacia delle azioni intraprese 27

La sorveglianza dell'AMR in ambito umano e veterinario 27

Premessa 27

La sorveglianza dell'AMR in ambito umano 27

Stato dell'arte 27

Gli obiettivi 29

Le azioni previste 29

Gli indicatori 30

La sorveglianza della AMR in ambito veterinario 30

Stato dell'arte 30

Gli obiettivi 32

Le azioni previste 32

La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza 33

Premessa 33

Stato dell'arte 34

Gli obiettivi 36

Le azioni previste 36

Gli indicatori 37

La sorveglianza dei consumi degli antibiotici nel settore umano 37

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

Stato dell'arte 38
Gli obiettivi 39
Le azioni previste 39
La sorveglianza dei consumi degli antibiotici nel settore veterinario 41
Premessa 41
Stato dell'arte 42
Gli obiettivi 43
Le azioni previste 43
Gli indicatori 44
Il Piano Nazionale Residui 44
Premessa 44
Stato dell'arte 45
Gli obiettivi 46
Le azioni 46
Prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti 47
Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza 47
Premessa 47
Stato dell'arte 48
Misure per la prevenzione delle malattie infettive e delle zoonosi 51
Stato dell'arte 51
Gli obiettivi 52
Uso corretto degli antibiotici 54
Premessa 54
Uso corretto degli antibiotici in ambito umano 55
Stato dell'arte 55
Gli obiettivi 57
Gli indicatori 58
Uso corretto degli antibiotici in ambito veterinario 59
Stato dell'arte 59
Gli obiettivi 61
Le azioni previste 61
Gli indicatori 62
Comunicazione e Informazione 63
Premessa 63
Stato dell'arte 63

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

Le azioni previste 65
Gli indicatori 66
Formazione 68
Premessa 68
Stato dell'arte 69
Gli obiettivi 70
Gli indicatori 71
Ricerca e innovazione 72
Premessa 72
Stato dell'arte 73
Gli obiettivi 74
Le azioni previste 74
Gli indicatori 75
Risorse utili: 76
Esperienze di contrasto dell'AMR a livello regionale 76
Regione Emilia-Romagna 76
Regione Sicilia 76
Regione Toscana 76
Attività delle società scientifiche in relazione al contrasto alla antibiotico resistenza 77

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

AD: *antimicrobial density* – densità di utilizzo di antimicrobici - DDD/1000 giorni degenza
AGENAS: Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali
AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco
AMR: resistenza agli antimicrobici, antimicrobico-resistenza
AR-ISS: Sistema di sorveglianza dell'antibiotico resistenza dell'Istituto superiore di sanità
AS: *antimicrobial stewardship*
CCM: Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
CDC: *Centers for Disease Control and Prevention* - USA
CE: Commissione Europea
CIAs: *Critically Important Antimicrobials*
CIO: Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere
CRN-AR: Centro di Referenza Nazionale per l'antibiotico-resistenza
CPE: Enterobatteri produttori di carbapenemasi
CRE: Enterobatteri resistenti ai carbapenemici
CSR: Conferenza Stato-Regioni
DALY: *Disability-adjusted life year* (numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura)
DDD: *Defined Daily Dose* - dose definita giornaliera
DGPREV: Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
DGRIC: Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità
DGSAF: Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari
DGSAN: Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione
DG-SANCO: Direzione Generale per la Salute e la Protezione dei Consumatori
EARSS: *European Antimicrobial Resistance Surveillance System*
EARS-Net: *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*
ECDC: *European Centre for Disease Prevention and Control* - Stoccolma
ECM: Educazione Continua in Medicina
EFSA: *European Food Safety Authority* – Parma
EMA: *European Medicines Agency* – Londra
EQA: Valutazione esterna di qualità esterno (*External Quality Assessment*)
ERANET: *European Research Area Network*
ESAC-net: *European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network*
ESVAC: *European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption*
EU: Unione Europea
FAD: Formazione a distanza
FAO: *Food and Agriculture Organization of the United Nations*
GHSA: *Global Health Security Agenda*
GISIO: Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI)
HAI-net: *Health Care Associated Infections–network*
HALT: Progetto *Healthcare-associated infections in long-term care facilities*
HELICS: Progetto *Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance*
ICA: Infezioni correlate all'assistenza
ICALIN: *Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales*

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA
fonte: http://burc.regione.campania.it

IRCSS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISPSEL Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro
ISC: infezioni del sito chirurgico
ISC-GISIO: Progetto Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico del GISIO-SItI
ISChIA-GISIO: Progetto Infezioni del Sito Chirurgico in Interventi di Artroprotesi del GISIO-SItI
ISS: Istituto Superiore di Sanità – Roma
IZS: Istituto Zooprofilattico Sperimentale/ Istituti Zooprofilattici Sperimentali
KAP: studi conoscenza, attitudine, pratica
KPC: *Klebsiellae* produttrici di carbapenemasi
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
MIC: Minimal Inhibitory Concentration
MIUR Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MDR: multi-farmaco-resistente
MRSA: *Staphylococcus aureus* meticillino resistente
MS: Stati Membri della Unione Europea
NHSN: *National Healthcare Safety Network*
NRL-AR: Laboratorio di riferimento Nazionale per l'antibiotico-resistenza
OIE: *World Organisation for Animal Health*
OMS: Organizzazione mondiale della sanità
OsMed: Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali
OTC: *Over the counter* – farmaco da banco
PNCAR: Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza
PNCS: Piano nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli
SItI: Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
SITIER: Sistema di Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva in Emilia-Romagna
SITIN: Sistema di Sorveglianza Nazionale delle Infezioni in Terapia Intensiva
SNICh: Sistema di Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico
SPIN-UTI: Sorveglianza attiva prospettica delle infezioni nosocomiali nelle Unità di terapia intensiva del GISIO-SItI
SSN: Servizio Sanitario Nazionale
UTI: Unità di terapia intensiva
TESSy: *The European Surveillance System* – ECDC
UE: Unione Europea
VRE: Enterococci resistenti alla vancomicina
VTEC: *Escherichia coli* produttore di verocitotossina
WHA: *World Health Assembly*

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

La resistenza agli antimicrobici è il fenomeno per il quale un microrganismo risulta resistente all'attività di un farmaco antimicrobico, originariamente efficace per il trattamento di infezioni da esso causate. Il fenomeno può riguardare tutti i tipi di farmaci antimicrobici: antibatterici (detti anche antibiotici), antifungini, antivirali, antiparassitari. Questo piano è focalizzato sulla resistenza agli antibiotici che rappresenta, al momento, il problema di maggiore impatto nel nostro Paese e per il quale sono più urgenti le azioni di prevenzione e controllo. Il piano utilizza il termine generico antimicrobico-resistenza (AMR) per coerenza con l'espressione adoperata a livello internazionale.

Secondo l'OMS, l'AMR rappresenta, oggi, una delle maggiori minacce per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno[1].

L'impatto epidemiologico è legato all'incremento della morbosità e della mortalità che si associa alle infezioni causate da batteri antibiotico-resistenti. Nonostante stime attendibili del vero *burden* epidemiologico non siano attualmente disponibili, la più recente ed esaustiva analisi effettuata per conto del Governo Britannico ha calcolato che gli effetti dell'AMR causano circa 50.000 decessi ogni anno solo in Europa e negli Stati Uniti, a cui si aggiungono centinaia di migliaia di morti in altre aree del mondo. Nella stessa analisi è stato anche stimato che, in assenza di interventi efficaci, il numero di infezioni complicate da AMR potrebbe aumentare notevolmente nei prossimi anni, arrivando, nel 2050, a provocare la morte di 10 milioni di persone l'anno[2].

L'impatto epidemiologico dell'AMR ha conseguenze dirette sul piano economico, legate alla perdita di vite e di giornate lavorative e ad un maggiore utilizzo di risorse sanitarie per il prolungamento delle degenze, al maggiore utilizzo di procedure diagnostiche e di antibiotici spesso più costosi, quando disponibili. Nel Rapporto O'Neill è stato stimato che, entro il 2050, l'AMR potrebbe portare, nei Paesi dell'OCSE, ad una perdita economica cumulativa compresa tra i 20 e i 35 miliardi di dollari.

Le considerazioni precedenti si applicano non solo al contesto umano, ma anche a quello veterinario, dove gli antibiotici sono altresì ampiamente utilizzati e l'impatto dell'AMR è parimenti importante.

La trasformazione dei ceppi batterici in organismi resistenti è un meccanismo evolutivo naturale, determinato da mutazioni del corredo genetico, in grado di proteggere il batterio dall'azione del farmaco. Rientra, quindi, tra i processi di competizione biologica tra microrganismi basati sulla produzione di antimicrobici. Questi ultimi, infatti, sono molecole naturali prodotte da microbi per difendersi da altri microbi, presenti da miliardi di anni in natura, come lo sono i meccanismi di resistenza, anch'essi vecchi di miliardi di anni. Per ogni nuovo antimicrobico di origine naturale esiste già un meccanismo di resistenza presente in natura. L'introduzione degli antibiotici in ambito clinico umano e veterinario ha generato un'ulteriore pressione selettiva in questi contesti, favorendo la selezione di microrganismi resistenti e l'acquisizione di geni di resistenza portati da elementi genetici mobili (ad es. plasmidi) che contribuiscono a diffondere la resistenza tra i batteri patogeni, attraverso fenomeni di scambio genico orizzontale, faacilitato in maniera ormai evidente anche dal degrado e dalla carente gestione ambientale. Infatti, i patogeni resistenti così selezionati, a loro volta, vengono rilasciati nell'ambiente e possono contaminare anche la catena alimentare.

[1] WHO. Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1

[2] Jim O'Neill, Wellcome Trust and UK Government. Review on Antimicrobial Resistance. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. December 2014:
https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf

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

o è emersa la consapevolezza che il controllo prescindere da un approccio "*One Health*", che promuova interventi coordinati nei diversi ambiti di interesse.

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

ell'Antimicrobico-resistenza (AMR) nel

L'importanza e l'impatto clinico dell'AMR in medicina umana sono ampiamente noti. Anche l'OMS ha sentito la necessità di descrivere il fenomeno nella sua ampiezza nel già citato primo rapporto globale di sorveglianza. In questo documento si sottolinea che in tutte le Regioni OMS si riscontrano tassi di resistenza molto elevati in alcuni tra i principali batteri responsabili di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e infezioni comunitarie (ad es. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*), e si sottolinea l'importanza di migliorare la sorveglianza dell'AMR, soprattutto in alcuni ambiti.

Come già accennato in precedenza, l'importanza dell'AMR è legata principalmente all'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno.

L'**impatto epidemiologico** si riflette in un aumento della morbosità e della mortalità associate alle infezioni causate da patogeni resistenti rispetto a quelle causate da patogeni sensibili, che è stato ampiamente documentato per vari tipi di infezioni (ad es. polmoniti, infezioni batteriemiche) e per vari tipi di patogeni resistenti (ad es. *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina – MRSA, *Pseudomonas aeruginosa* multi farmaco resistente - MDR). Inoltre, in seguito al fallimento terapeutico o al mancato isolamento dei portatori all'interno delle strutture assistenziali, i pazienti rimangono contagiosi per un tempo più lungo, aumentando il rischio di diffondere microrganismi resistenti. Trattandosi spesso di pazienti fragili, la contagiosità rappresenta un ulteriore e importante elemento di attenzione.

L'**impatto economico** è legato alla perdita di vite e di giornate lavorative e al maggior utilizzo di risorse sanitarie (ad es. durata della degenza, esami diagnostici, farmaci), ed è stato analogamente dimostrato per varie tipologie di infezione (ad es. infezioni del sito chirurgico) e di patogeni resistenti (ad es. MRSA). I farmaci di seconda linea, cui è necessario fare ricorso in presenza di infezioni causate da batteri resistenti sono spesso più costosi e più tossici, con possibile ulteriore impatto sanitario ed economico.

L'AMR in ambito clinico è in aumento in molti Paesi e riguarda la maggior parte dei batteri patogeni. Questa evoluzione rende problematica la terapia di molte infezioni, ed è aggravata dalla carenza di nuovi antibiotici, conseguente al rallentamento nella ricerca e sviluppo che si è verificato negli ultimi decenni in questo settore. Indicata anche come "crisi della resistenza agli antibiotici", questa condizione rischia di riportarci all'era pre-antibiotica e di compromettere, ad esempio, la fruibilità di procedure mediche avanzate, come i trapianti di organi e tessuti, le terapie immunosoppressive, l'impianto di materiali protesici, che richiedono la disponibilità di antibiotici efficaci.

In **Europa**, secondo i più recenti dati resi disponibili dallo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), l'AMR risulta complessivamente in aumento in molti Paesi, anche se vi sono importanti differenze nelle proporzioni dei vari patogeni resistenti e nei *trend* osservati nei vari Stati Membri (SM)[3].

In **Italia**, secondo quanto rilevato anche dalla sorveglianza dell'AMR curata dall'ISS (AR-ISS), la resistenza agli antibiotici si mantiene tra le più elevate d'Europa, quasi sempre al di sopra della media.

La Tabella seguente riporta la frequenza e il trend nel tempo della resistenza a specifici antibiotici di alcuni microrganismi in Italia, rispetto alla media europea: il quadro che ne emerge sottolinea chiaramente l'entità del problema nel nostro Paese.

[3] European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2017

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

	Italia 2015 (%) (categoria)[§]	Media europea 2015 (%) (categoria)[§]	**Trend 2012-15***
Klebsiella pneumoniae			
resistente a cefalosporine 3° generazione	55,9 (6)	30,3 (5)	>
resistente agli aminoglicosidi	34,0 (5)	22,5 (4)	
resistente ai carbapenemi	33,5 (5)	8,1 (3)	
MDR (R a cefalosporine di 3° generazione + aminoglicosidi + fluorochinoloni)	29,7 (5)	18,6 (4)	
Escherichia coli			
resistente a cefalosporine 3° generazione	30,1 (5)	13,1 (4)	>
resistente a fluorochinoloni	44,4 (5)	22,8 (4)	>
resistente agli aminoglicosidi	20,2 (4)	10,4 (4)	
MDR (R a cefalosporine di 3° generazione + aminoglicosidi + fluorochinoloni)	14,6 (4)	5,3 (3)	
Pseudomonas aeruginosa			
resistente a piperacillina-tazobactam	29,5 (5)	18,1 (4)	
resistente a ceftazidime	21,7 (4)	13,3 (4)	
resistente agli aminoglicosidi	17,2 (4)	13,3 (4)	<
resistente a carbapenemi	23,0 (4)	17,8 (4)	
Acinetobacter spp.			
resistente a carbapenemi	78,3 (7)	Non riportata	
Staphylococcus aureus			
resistente alla meticillina	34,1 (5)	16,8 (4)	
Streptococcus pneumoniae			
NS alla penicillina	12,3 (4)	Non riportata	
NS ai macrolidi	24,5 (4)	Non riportata	<#
Enterococcus faecium			
resistente ai glicopeptidi (VRE)	11,2 (4)	8,3 (3)	>

Legenda

§ Categoria 1: <1%; Categoria 2: 1% - <5%; Categoria 3: 5% - <10%, Categoria 4: 10% - <25%; Categoria 5: 25% - <50%; Categoria 6: 50% - <75%; Categoria 7: >= 75%

* > trend in aumento statisticamente significativo (# non statisticamente significativo se si considerano solo gli ospedali presenti da più tempo nel database); < trend in riduzione statisticamente significativo

NS: non sensibile

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

evidenziare che:

- La proporzione di MRSA, anche se non in aumento, resta notevolmente elevata in Italia, che è ancora tra i pochi Paesi Europei con percentuali di MRSA superiori al 25%
- La proporzione di VRE, che si era ridotta in modo consistente negli anni precedenti, è tornata ad aumentare ed è nuovamente superiore alla media europea
- Estremamente elevata risulta la resistenza ai carbapenemi in *Acinetobacter*
- Molto elevati sono i livelli di antibiotico-resistenza degli Enterobatteri (*K. pneumoniae* ed *E. coli*) ai principali farmaci di prima scelta per questi patogeni
- In *K. pneumoniae* si è osservato un drammatico aumento della resistenza ai carbapenemi, passata da meno dell'1% nel 2008 a oltre il 33% nel 2015.

La resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri (principalmente *Klebsiella pneumoniae,* ma anche altre specie, quali *Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp.) è uno dei più gravi problemi, forse il più grave, di AMR emerso negli ultimi 10 anni. Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) sono particolarmente problematici perché sono resistenti alla maggior parte degli antibiotici e hanno la capacità di diffondersi rapidamente nelle strutture sanitarie, grazie anche alla presenza di portatori che possono disseminare il patogeno pure in assenza di malattia. I CRE si stanno propagando a livello globale, con una diffusione di preoccupante entità e rilevanza in alcune aree geografiche del Nord e Sud America, del bacino del Mediterraneo (Italia compresa), del Medio Oriente, del sub-continente indiano e della Cina.

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

Nel settore veterinario viene consumato oltre il 50% degli antibiotici utilizzati globalmente. Questo rappresenta un fattore di rischio per la selezione e diffusione di batteri resistenti, sia commensali che zoonotici. Il trasferimento di batteri resistenti dall'animale all'uomo può avvenire sia per contatto diretto o mediante alimenti di origine animale, che indirettamente, attraverso più complessi cicli di contaminazione ambientale.

La relazione tra impiego di antibiotici e sviluppo di AMR nel settore zootecnico, così come il rischio di trasmissione di batteri resistenti all'uomo, sono dimostrati. Meno conosciuti e documentati sono, invece, i meccanismi di trasmissione, in particolare attraverso il consumo di alimenti di origine animale, e l'entità del rischio, che necessitano, quindi, di ulteriori approfondimenti[4].

Oltre alle ripercussioni descritte sulla salute umana, un utilizzo non corretto degli agenti antimicrobici in medicina veterinaria può comportare anche un rischio per la salute animale, un aumento del potenziale rischio sanitario per gli allevatori ed essere responsabile di riduzioni delle produzioni e dell'efficienza degli allevamenti.

Il legame esistente tra il settore veterinario e umano viene analizzato a livello europeo congiuntamente dalla *European Food Safety Authority* (EFSA) e dall'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC). I *Summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food*[5] riassumono, per il settore veterinario, i dati forniti dagli SM in attuazione delle misure di sorveglianza delle zoonosi, degli agenti zoonotici e dei focolai di tossinfezioni alimentari. Nel 2015, inoltre, è stato elaborato il primo report congiunto da EFSA/ECDC/EMA *"First joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals"*[6] che, attraverso un'analisi integrata, ha esplorato l'associazione tra il consumo di antibiotici nell'uomo e negli animali da allevamento a scopo alimentare, e la corrispondente resistenza nei batteri.

Il suddetto Report e i Report Annuali relativi al Monitoraggio dell'Antibioticoresistenza nei batteri zoonotici negli umani e negli animali (*The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food, EUSR AMR*) del 2014 e nel 2015 mostrano una persistenza di percentuali elevate di resistenza ai più comuni antibiotici nei batteri zoonotici, sia nell'uomo che negli animali. Inoltre, diversi ceppi di *Salmonella* risultano resistenti a più antimicrobici (multi-resistenza che include, in alcuni casi, le cefalosporine a spettro esteso). È, inoltre, diffusa la multi-resistenza in ceppi di *E. coli* isolati nelle principali specie zootecniche allevate in Italia (nell'uomo 31,8%, nei polli da carne 56,0%, nei tacchini 73,0% e nei suini da ingrasso 37,9%).

Emergente è anche la resistenza alla colistina, mediata dal gene trasferibile *mcr*-1, che si riscontra anche negli *E. coli* commensali, e specialmente in *E. coli* ESBL-/AmpC-produttori. Elevati livelli di resistenza ai fluorochinolonici sono stati osservati in isolati di *Campylobacter jejuni*, specialmente da polli da carne e da tacchini da carne, con un conseguente tasso di resistenza elevato ai fluorochinolonici in isolati di *C. jejuni* che causano infezioni umane.

Sul fronte delle note positive, nel corso delle attività di monitoraggio armonizzato dell'AMR in EU, nel nostro Paese non si riscontrano *E. coli* resistenti ai carbapenemi nelle produzioni zootecniche oggetto di

[4] https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-report---recommendation-18.pdf
[5] https://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/4380
[6] http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2015/01/WC500181485.pdf

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

ssimi isolati di *E. coli* con *epidemiological cut-off* el i riscontrati nel 2014, e solo in caso di resistenze alla tetraciclina con MIC molto elevate.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETERIA

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

Numerose agenzie internazionali hanno analizzato il fenomeno e raccomandato piani per contrastarlo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto iniziative per affrontare il problema dell'AMR a livello globale da molti anni. La prima Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità (World Health Assembly-WHA) sulla resistenza agli antimicrobici risale al 1998. Già con questo documento l'OMS ha riconosciuto che la resistenza antimicrobica rappresenta una grave minaccia per la salute pubblica a livello globale e ha incoraggiato tutti i Paesi a programmare campagne informativo/educative per i professionisti del settore e ad implementare azioni *ad hoc* per monitorare e contrastare l'andamento dell'AMR.

Il *Codex Alimentarius*, strumento di applicazione del programma alimentare misto FAO/OMS, ha adottato nell'ultimo decennio 2 documenti in materia di contrasto all'antimicrobico-resistenza relativamente agli alimenti:

1. il CAC/RCP 61-2005 "Codice di Comportamento per minimizzare e contenere la resistenza antimicrobica", in cui sono fornite tutte le indicazioni per un uso responsabile e prudente degli antimicrobici negli animali allevati per la produzione di alimenti, con l'obiettivo di ridurre al minimo il potenziale impatto negativo sulla salute pubblica;
2. il CAC/GL 77-2011 "Linee guida per l'analisi dei rischi da AMR in prodotti di origine alimentare", nel quale sono contenute linee guida basate su dati scientifici, sui processi e le metodologie per l'analisi dei rischi di origine alimentare per la salute umana. In questo documento viene valutato il rischio per la salute umana legato alla presenza negli alimenti e nei mangimi, compresa l'acquacoltura, di microrganismi resistenti e si forniscono raccomandazioni sulle metodiche gestionali per ridurre tale rischio.

Inoltre, nel 2016 il *Codex Alimentarius* ha dato avvio alla costituzione di una Task force internazionale, comprendente esperti di vari settori, con il compito di affrontare globalmente il problema dell'AMR negli alimenti, ivi compresa la revisione del CAC/RCP 61-2005.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE), sin dal workshop tenutosi tra FAO/OIE/OMS nel 2003, lavora attivamente per cercare di limitare la diffusione dell'AMR. Con i suoi standard, la lista degli agenti antimicrobici di importanza veterinaria e le linee guida, l'OIE ha promosso tra i suoi 180 Paesi membri l'impiego responsabile e prudente degli agenti antimicrobici negli animali. In particolare, ha fornito indicazioni sull'armonizzazione dei programmi nazionali di sorveglianza dell'antimicrobico-resistenza nel settore veterinario e sull'analisi dei rischi di AMR associati all'impiego di agenti antimicrobici negli animali.

Più recentemente, l'OMS ha riconosciuto che la resistenza antimicrobica è un problema complesso che può essere affrontato solo con interventi coordinati e globali. Pertanto sta attivamente collaborando con la FAO e l'OIE per promuovere un approccio *"One Health"*, cioè un approccio integrato, che comprenda la medicina umana e la medicina veterinaria, promuovendo un uso migliore degli antibiotici in entrambi i settori.

In occasione della WHA del 2015, un Piano d'Azione Globale per contrastare la resistenza antimicrobica è stato approvato dai Paesi membri che si sono anche impegnati ad elaborare piani nazionali entro il 2017. La finalità del Piano di azione globale dell'OMS è quella di assicurare la possibilità di curare e prevenire le malattie infettive con farmaci efficaci e sicuri, utilizzati in modo appropriato, responsabile e accessibile a tutti coloro che ne hanno bisogno.

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

iene la necessità di aumentare gli investimenti pe

mezzi diagnostici.

Nel settembre 2016 durante la 71° Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, si è svolto un meeting di alto livello sull'antimicrobico-resistenza, con approvazione di una Dichiarazione politica (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/L.2&referer=/english/&Lang=E), con l'intento di aumentare la consapevolezza politica e accelerare l'impegno globale sul problema.

La visione "olistica" *One Health* è sostenuta anche dai leader del G7 che sin dal 2015 hanno appoggiato il piano globale dell'OMS per contrastare la resistenza antimicrobica. Nell'ottobre 2015 i Ministri della salute del G7 con "La dichiarazione di Berlino sulla resistenza antimicrobica" si sono impegnati a collaborare per condividere "*best practices*" e promuovere l'uso appropriato di antibiotici, seguendo le raccomandazioni di gruppi di lavoro già istituiti, come ad esempio la *Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance* (TATFAR), una cooperazione USA-UE creata nel 2009 per affrontare il problema dell'AMR, delle infezioni ospedaliere e stimolare lo sviluppo di nuovi antibiotici.

Dal 2016 l'AMR è entrata anche nell'Agenda dei leader del G20 e nel 2017, sotto la Presidenza tedesca, è stata approvata la prima Dichiarazione dei Ministri della Salute dei 20 Stati membri che individua tre aree prioritarie che necessitano di investimenti economici e interventi urgenti, tra cui l'AMR, proprio per l'impatto non solo sulla salute della popolazione, ma, più in generale, sulla sicurezza e il benessere economico degli Stati.

Durante i primi mesi del 2016 il problema dell'AMR ha rappresentato una priorità della Presidenza danese che ha portato, nel giugno 2016, i Paesi membri dell'UE a decidere congiuntamente di sviluppare piani nazionali nell'ottica "*One Health*", miranti ad assicurare un uso appropriato degli antibiotici nel settore umano e in quello animale.

L'Unione Europea (UE) è attiva da circa 15 anni sul tema dell'AMR.

Nel 2001, facendo seguito alle raccomandazioni della conferenza "*The Microbial Threat*" tenutasi nel 1998 a Copenaghen, la Commissione Europea ha emanato un documento di indirizzo sulla tematica ("Raccomandazione del Consiglio Europeo sull'uso prudente degli agenti antimicrobici nella medicina umana"), in cui si chiede agli SM di porre in atto iniziative per la sorveglianza e il monitoraggio dell'AMR, tra le quali la creazione di un gruppo di lavoro multi-settoriale.

Più recentemente, nel 2011, la Commissione Europea ha emanato un Piano d'azione quinquennale (2011-2016) contro la crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza, nell'ambito del quale sono state identificate 7 aree critiche:

- appropriatezza d'uso degli antibiotici sia in campo umano che in campo veterinario
- prevenzione delle infezioni e controllo della loro diffusione
- sviluppo di nuovi antimicrobici efficaci o di trattamenti alternativi
- cooperazione internazionale, per fare fronte comune contro l'AMR
- miglioramento della sorveglianza in medicina umana e veterinaria
- promozione della ricerca e dell'innovazione
- comunicazione, educazione e formazione

e sono state proposte 12 azioni da implementare.

Nel dicembre 2016 è stato pubblicato un documento di valutazione del Piano di azione che ha evidenziato come il piano abbia rappresentato un impegno politico e abbia stimolato azioni da parte dei Paesi Membri. Il documento sostiene anche la necessità che la Commissione continui a supportare i Paesi nello sviluppo di

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

che allo scopo di ridurre le differenze esistenti tr
prevalenza di infezioni resistenti.

Il 30 giugno 2017 la Commissione Europea ha adottato lo *"European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR)"* in cui l'approccio *"One Health"* guida le azioni in maniera molto peculiare e indirizza verso attività con un chiaro valore aggiunto europeo e, ove possibile, su risultati concreti e misurabili. Il documento sui seguenti 3 pilastri:

1. Fare dell'UE una regione in cui si applicano le migliori pratiche: tra i paesi dell'UE si osservano rilevanti differenze riguardo l'uso degli antimicrobici, la comparsa della resistenza e la misura in cui sono state messe in atto politiche nazionali efficaci; pertanto, il nuovo Piano d'Azione mira a ridurre questi divari e aumentare il livello di tutti gli SM per raggiungere quello del Paese dalle prestazioni migliori.
2. Stimolare la ricerca, lo sviluppo e l'innovazione: in questo ambito si propone di stimolare la ricerca, incentivare l'innovazione, fornire un valido contributo all'elaborazione di politiche fondate su una base scientifica e di misure anche giuridiche per contrastare l'AMR, nonché colmare le lacune nelle conoscenze, ad esempio sul ruolo della resistenza antimicrobica nell'ambiente. La Commissione intende sostenere gli SM attraverso diversi strumenti di finanziamento e partenariati nell'ambito degli attuali e futuri programmi quadro per la ricerca e l'innovazione.
3. Disegnare l'Agenda globale su AMR: molte delle politiche interne dell'UE in materia di resistenza antimicrobica, come il divieto di utilizzare antimicrobici come promotori della crescita per gli animali da produzione alimentare, già contribuiscono a conseguire importanti obiettivi internazionali dell'approccio "*One Health*", che è già stato accettato come migliore pratica a livello internazionale. L'UE, uno dei più grandi mercati di prodotti agricoli al mondo, può svolgere un ruolo di rilevo nel promuovere i suoi standard sull'AMR, le sue misure nel settore della produzione alimentare e le sue norme per il benessere animale, anche attraverso gli accordi bilaterali di libero scambio (ALS). Inoltre, può continuare a promuovere l'allineamento e la cooperazione nella ricerca e nelle iniziative sulla resistenza antimicrobica, in particolare nei Paesi in via di Sviluppo.

Di particolare rilevanza è anche la decisione 2013/652/UE, relativa al monitoraggio e alle relazioni riguardanti la resistenza agli antimicrobici dei batteri zoonotici e commensali che rientra tra le azioni previste dal Piano d'azione quinquennale (Azione n. 10: Rafforzare i sistemi di sorveglianza della resistenza antimicrobica e del consumo di antimicrobici in medicina veterinaria). Con essa, si consolida l'attuale sistema armonizzato di monitoraggio degli agenti zoonotici e commensali, che consente la raccolta di dati comparabili sulla resistenza antimicrobica negli agenti zoonosici e non, lungo l'intera catena alimentare, al fine di:

- valutare e determinare le tendenze e le fonti di AMR
- rilevare la comparsa di nuovi meccanismi di AMR
- fornire dati necessari per analisi del rischio sia in campo veterinario che umano
- fornire principi per raccomandazioni e/o disposizioni in ambito veterinario ed umano
- fornire informazioni per la valutazione delle pratiche prescrittive e per raccomandazioni su un uso prudente dell'antimicrobico
- valutare e determinare gli effetti delle azioni intraprese per contrastare il fenomeno.

L'istituzione dello *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) nel 2004 ha fatto sì che alcune iniziative sostenute dalla Direzione Generale per la Salute e la Protezione dei Consumatori (DG-SANCO) della Commissione Europea e da Paesi Membri, quali la sorveglianza europea dell'antibiotico-

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

e la sorveglianza del consumo di antibiotici (ESAC) coordinamento. Ad oggi, le reti EARS-Net ed ESAC-Net sono strategiche nel raccogliere ed analizzare dati rispettivamente di antibiotico-resistenza e di consumo di antibiotici dei Paesi Membri. L'ECDC coordina anche la rete di sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza (*Health Care Associated Infections–network, HAI-net*), derivata dalla rete dei precedenti progetti HELICS e IPSE.

Dal 2008 l'ECDC ha istituito la "*Giornata europea degli antibiotici*", con lo scopo di migliorare la conoscenza degli antibiotici e del problema dell'antibiotico-resistenza nel pubblico generale, nei medici e nelle altre figure professionali variamente coinvolte. Dal 2015 tale giornata si inserisce all'interno della "Settimana mondiale per l'uso prudente di antibiotici", organizzata congiuntamente da OMS, FAO e OIE. L'ECDC, inoltre, ha prodotto diversi documenti tecnici di supporto che riguardano aspetti di laboratorio, di sorveglianza e controllo dell'antibiotico-resistenza e delle infezioni correlate all'assistenza, nonché sull'uso prudente degli antibiotici. Nel 2009 l'ECDC, assieme alla *European Medicine Agency* (EMA), ha pubblicato il documento "*The Bacterial Challenge: time to react*" nel quale, per la prima volta, si cerca di valutare l'impatto, anche economico, che l'antibiotico-resistenza ha nella UE.

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

Ministero della Salute italiano e delle a contrasto dell'AMR

Il Ministero della Salute, attraverso il CCM, ha finanziato – e continua a finanziare - numerosi progetti di collaborazione tra Regioni, enti centrali e strutture accademiche e di ricerca riguardanti l'AMR e le ICA, quali indagini conoscitive sui sistemi di sorveglianza delle ICA, progetti per l'implementazione e l'armonizzazione delle attività di sorveglianza dell'AMR e delle ICA, al fine di generare dati di qualità, comparabili a livello nazionale ed europeo, e per la promozione di pratiche sicure nell'assistenza ai pazienti. I principali risultati conseguiti sono i seguenti:

- Costituzione di una banca dati nazionale di dati provenienti dai sistemi di sorveglianza regionali o da studi di prevalenza sulle ICA, in particolare sviluppando un sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e un sistema di sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva
- Pubblicazione di linee guida sui principali microrganismi "sentinella", sia per la sorveglianza delle ICA che delle infezioni MDR in comunità
- Supporto alla rete di sorveglianza dell'AMR nel settore umano AR-ISS e Micronet
- Pubblicazione di un documento di compendio sulle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza (prodotto dal Progetto "INF-OSS")
- Iniziative di comunicazione destinate ai professionisti sanitari e alla popolazione (quali la Campagna sulla consapevolezza e uso prudente degli antibiotici, in partnership con le campagne annuali dell'European Antibiotic Awareness Day - EAAD dell'ECDC).

Anche per il settore veterinario, numerosi sono gli accordi di collaborazione e i progetti finanziati con i fondi della ricerca finalizzata e/o le sperimentazioni che hanno come obiettivo il contrasto dei rischi derivanti dall'AMR:

- Valutazioni delle tendenze e delle fonti dell'AMR nel territorio, con indagini conoscitive in specifiche filiere produttive e/o lungo l'intera filiera alimentare
- Standardizzazione e/o perfezionamento delle metodiche di sorveglianza, con particolare riguardo allo studio a livello molecolare dei meccanismi di AMR e degli elementi genetici responsabili dell'acquisizione e della trasmissione di geni di AMR
- Sviluppo di metodi alternativi all'utilizzo di medicinali veterinari contenenti antibiotici
- Promozione di un approccio integrato per valutare il fenomeno e sviluppare strategie di prevenzione e intervento
- Monitoraggio del consumo del medicinale veterinario negli allevamenti
- Sviluppo di strategie formative finalizzate ad aumentare la consapevolezza dei veterinari e degli allevatori/proprietari degli animali sull'impiego corretto degli antibiotici.

A febbraio 2013 è stata emanata la circolare per la Sorveglianza e il controllo delle infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), con la quale si forniscono le indicazioni per la sorveglianza e le misure di controllo ritenute efficaci.

Inoltre, l'Italia partecipa dal 2006 all'iniziativa coordinata dall'OMS *"Clean care is safer care"* (*"Cure pulite sono cure più sicure"*), che promuove, presso le strutture partecipanti, la distribuzione di materiale educativo-informativo sulle procedure di igiene delle mani e per garantire l'aderenza del personale

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

procedure attraverso azioni di monitoraggio e appositamente formati.

Durante il Semestre italiano di Presidenza della UE sono state emanate le "Conclusioni del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza medica, compresi la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e della resistenza agli antimicrobici", in cui vengono riprese e ribadite tutte le indicazioni già presenti in precedenti atti di indirizzo internazionali.

Nel settore veterinario è importante sottolineare che dal 2014 è attivo il Piano di monitoraggio armonizzato della resistenza agli antimicrobici nei batteri zoonotici e commensali, ai sensi della Dec. 2013/652/EU. Tale Decisione implementa la rappresentatività e l'estensione del monitoraggio dell'AMR nel settore delle produzioni animali (ad es. carne e uova) e nelle carni derivate in Europa. Tale Decisione prevede il monitoraggio obbligatorio dei principali agenti zoonotici (*Salmonella spp.*, *Campylobcter*) e di varie popolazioni di *E. coli* commensali opportunisti (indicatori, produttori di ESBL/AMpC, produttori di carbapenemasi) dalle principali tipologie e specie zootecniche. Oltre agli studi su base obbligatoria (ad es. *Salmonella* da Piani Nazionali di Controllo delle Salmonellosi negli avicoli) e survey annuali al macello (ad anni alterni: polli da carne e tacchini da carne; suini da carne, bovini da carne <12 m), l'Italia ha implementato anche alcuni monitoraggi su base volontaria (ad es. *Salmonella spp* nelle stesse specie e dalle medesime unità epidemiologiche campionate al macello; *Campylobacter jujuni* nei bovini <12 m), allo scopo di estendere la rappresentatività del monitoraggio.

Riguardo alla ricerca applicata alle problematiche dell'AMR, nel periodo 2012-2013 l'Italia con il CRN-NRL-AR è stata parte del *Management board* del *Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance* (JPI-AMR) e ad oggi partecipa con il CRN-AR, NRL-AR al progetto europeo EFFORT (*Ecology from Farm to Fork Of microbial drug Resistance and Transmission* http://www.effort-against-amr.eu/) nell'ambito del 7th FP.

Il controllo e la prevenzione dell'AMR e delle ICA sono riconosciuti come priorità di sanità pubblica e sono stati inseriti nel macro obiettivo del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP) "Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie". Nello specifico, il PNP include quattro obiettivi misurati attraverso indicatori specifici che le Regioni si sono impegnate a perseguire con Piani/Programmi dedicati:

1. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
2. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
3. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
4. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Anche per il settore veterinario, l'obiettivo centrale nel PNP è la riduzione del fenomeno dell'AMR tramite la corretta gestione del farmaco, realizzabile con l'adozione di un sistema informatizzato per tracciare il percorso produttivo e distributivo dei medicinali veterinari con le finalità di:

1. Migliorare gli strumenti di analisi e controllo dell'intera filiera sul territorio nazionale
2. Migliorare gli strumenti di sorveglianza a disposizione delle Autorità competenti
3. Monitorare e studiare l'AMR attraverso strumenti di analisi delle vendite e del consumo
4. Permettere l'integrazione con i sistemi per la dematerializzazione della ricetta veterinaria, al fine di snellire le procedure operative attualmente sostenute dagli operatori

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

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

onali (G7, G20, OMS, GHSA, ONU) l'Italia sta sosten

come obiettivo la riduzione dell'AMR.

Nel settore del consumo degli antimicrobici in salute umana, attualmente l'AIFA cura l'aggiornamento e la pubblicazione di due Rapporti OsMed sulla sorveglianza del consumo dei farmaci in ambito umano. Le analisi prevedono la raccolta di informazioni aggregate a livello nazionale e basate sui confronti regionali nei diversi ambiti di utilizzo: territoriale ed ospedaliero. Inoltre, sul tema dell'uso prudente dei farmaci, l'AIFA pubblica, all'interno della Sezione 4 "Appropriatezza d'uso dei farmaci: profili prescrittivi e di utilizzazione" del Rapporto 2015 OsMed, gli indicatori relativi alla prescrizione nell'ambito della medicina generale e ai profili di utilizzazione dei farmaci e di aderenza al trattamento. Le informazioni analizzate nel Rapporto si riferiscono ai dati raccolti attraverso un database e provengono da 40 ASL in 8 Regioni, distribuite tra nord, centro e sud Italia, a cui afferisce una popolazione di quasi 30 milioni di assistiti (circa il 50% della popolazione italiana). In particolare, il Rapporto sintetizza i risultati del monitoraggio dei profili di utilizzazione dei medicinali antibiotici in funzione delle caratteristiche geografiche, demografiche e cliniche dei pazienti.

Inoltre, quali strumenti di governo dell'appropriatezza prescrittiva, sono disponibili i Piani Terapeutici e le Note AIFA[7]. Le Note AIFA rappresentano uno strumento regolatorio volto ad indirizzare l'attività prescrittiva sulla base delle migliori prove di efficacia presenti in letteratura. La revisione periodica delle note rende tale strumento più rispondente alle evidenze scientifiche e, soprattutto, flessibile rispetto alle necessità della pratica medica quotidiana sul territorio nazionale.

Il Ministero della Salute – DGSAF - dal 2010 partecipa al progetto "*The European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption*" (ESVAC), che consente di ottenere i dati di vendita degli agenti antimicrobici veterinari in maniera armonizzata tra gli SM. Dal 2015, inoltre, collabora anche alla raccolta mondiale dei dati sull'uso degli agenti antimicrobici negli animali, nell'ambito dell'iniziativa intrapresa dall'OIE, nella rete del *Global Action Plan* sull'AMR, che ha l'obiettivo di costruire un database globale sull'uso degli agenti antimicrobici negli animali.

Il Ministero della Salute – DGSAN -, ai sensi delle direttive europee 96/22/CE e 96/23/CE, prepara annualmente il Piano Nazionale Residui (PNR), utile al fine di monitorare, attraverso la ricerca analitica di residui nei prodotti alimentari provenienti da animali trattati, la presenza di antibiotici negli alimenti e, quindi, verificare a valle che tali medicinali siano stati utilizzati correttamente.

Anche nel settore veterinario sono state fornite raccomandazioni in merito all'uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnica (Manuale, 2012) e note di indirizzo sono state rivolte all'uso prudente di specifiche classi di molecole (ad es. colistina, cefalosporine di ultima generazione nel settore avicolo).

Tra le attività delle istituzioni italiane nel settore della comunicazione e informazione, si può menzionare quella routinaria, realizzata dal Ministero della Salute attraverso le specifiche sezioni del suo portale internet[8,9,10], la Newsletter e il sito del CCM[11], dall'AIFA attraverso i propri canali e strumenti istituzionali (Portale[12], Newsletter, Social Media) e dall'ISS mediante il sito istituzionale[13] e quello di Epicentro[14,15]. Tra le iniziative più specifiche si ricordano quelle intraprese in occasione delle giornate europee e delle settimane

[7] http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/note-aifa
[8] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=veterinari&menu=antibiotici
[9] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Malattie%20infettive&menu=antimicrobici
[10] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Malattie%20infettive&menu=ica
[11] http://www.ccm-network.it/home.html
[12] http://www.agenziafarmaco.gov.it/
[13] http://www.iss.it/
[14] http://www.epicentro.iss.it/focus/resistenza_antibiotici/
[15] http://www.epicentro.iss.it/problemi/infezioni_correlate/infezioni.asp

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

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

prudente degli antibiotici, indirizzate sia alla po sanitario. In particolare, dal 2009 l'AIFA ha dato vita a diverse campagne di comunicazione (2009, 2010, 2012, 2014-15) che si sono avvalse dei canali di diffusione televisivo e radiofonico, della carta stampata, di affissioni, di pubblicità dinamica urbana e di azioni di sensibilizzazione sui social media.

Quale strumento strategico per la politica sanitaria, la ricerca finanziata dal Ministero della Salute si articola in ricerca corrente e ricerca finalizzata. La prima è rivolta agli IRCCS, mentre la seconda è aperta a tutti i ricercatori del SSN essendo rivolta ai destinatari istituzionali: Regioni, ISS, ISPESL, AgeNaS, IRCCS pubblici e privati e IZS. Per la realizzazione dei progetti, i destinatari istituzionali possono avvalersi della collaborazione di altri Enti di ricerca pubblici e privati, delle Università e anche di imprese pubbliche o private, sulla base di accordi, convenzioni o contratti per lo svolgimento, nell'ambito di attività di ricerca multicentrica, di specifiche parti progettuali.

L'attività di elezione della DGRIC a livello internazionale è la partecipazione alle ERANET, il cui obiettivo è di favorire la cooperazione e il coordinamento di attività di ricerca su una determinata area tematica, gestita a livello nazionale e regionale negli Stati Membri e Associati.

La partecipazione italiana alle ERANET sull'azione tematica specifica dell'AMR si concretizza nella JPIAMR (*Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance*). Il tema della JPIAMR 2016 era: svelare le dinamiche di trasmissione e di selezione della resistenza agli antimicrobici (AMR) a livello genetico, batterico, animale, umano, sociale e ambientale, al fine di progettare e valutare misure preventive e di intervento per controllare la diffusione dell'antibiotico-resistenza.

La partecipazione alla JPIAMR consente di utilizzare risorse, infrastrutture e capacità di ricerca di più paesi, al fine di affrontare il problema della trasmissione della resistenza agli antibiotici sul modello "*One Health*".

La resistenza agli antimicrobici è una delle aree di indagine candidabile alle tematiche destinatarie dei fondi AIFA per la Ricerca indipendente sui farmaci. Il finanziamento di AIFA alla Ricerca indipendente è infatti volto, tra l'altro, a studiare l'appropriatezza delle cure nella pratica clinica.

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

Scopo del documento e metodologia

Il presente documento si propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale. Facendo seguito alle esperienze internazionali e ai documenti di indirizzo esistenti, a livello sia di UE che di Agenzie specializzate, come l'OMS, ci si è basati sull'approccio multisettoriale "*One Health*". Questa visione prevede l'integrazione di tutti i settori interessati: umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale.

Il presente piano, pertanto:

- individua i principali esiti di salute che si vogliono raggiungere attraverso la sua realizzazione
- indica le azioni principali da realizzare a livello nazionale e regionale/locale per promuovere un efficace contrasto del fenomeno dell'AMR nei seguenti ambiti:
    - sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti e dell'AMR;
    - uso appropriato e sorveglianza del consumo degli antimicrobici;
    - potenziamento dei servizi diagnostici di microbiologia;
    - formazione degli operatori sanitari;
    - informazione/educazione della popolazione;
    - ricerca e sviluppo
- definisce per ciascuna delle azioni individuate gli obiettivi a medio (2017-2018) e a lungo termine (2017-2020) e gli indicatori per le azioni considerate prioritarie;
- rimanda a successivi piani operativi e documenti tecnici, locali, regionali e nazionali, che individuino in dettaglio le specifiche attività e responsabilità operative.

Il piano è stato sviluppato da un gruppo di lavoro multidisciplinare con competenze in ciascuna delle aree menzionate, utilizzando le migliori esperienze e le evidenze disponibili, oltre ai documenti e alle linee guida delle istituzioni internazionali.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

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

Area di azione, obiettivi e indicatori di implementazio

Gli obiettivi della strategia nazionale

Il Piano costituisce un documento di indirizzo per il contrasto dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale. Gli obiettivi generali della strategia qui proposta sono:

- ridurre la frequenza delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici
- ridurre la frequenza di infezioni associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria

Al fine di monitorare i progressi nel raggiungimento di questi obiettivi e, quindi, l'impatto del piano e della strategia nazionale, sono stati selezionati alcuni indicatori sintetici nel settore della sorveglianza del consumo di antibiotici, delle infezioni correlate all'assistenza e della percentuale di microrganismi multi-resistenti in ambito umano e veterinario.

Consumo di antibiotici (indicatori nazionali)
Indicatore: Riduzione >10% del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale nel 2020 rispetto al 2016 **Modalità di calcolo**: I consumi vengono calcolati in DDD/1000 abitanti-die. **Formula per calcolare l'indicatore**: [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.
Indicatore: Riduzione >5% del consumo di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero nel 2020 rispetto al 2016 **Modalità di calcolo**: I consumi vengono calcolati in DDD/100 giornate di degenza. **Formula per calcolare l'indicatore**: [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.
Indicatore: Riduzione >10% del consumo territoriale di fluorochinoloni nel 2020 rispetto al 2016. **Modalità di calcolo**: I consumi vengono calcolati in DDD/1000 abitanti-die. **Formula per calcolare l'indicatore**: [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.
Indicatore: Riduzione >10% del consumo ospedaliero di fluorochinoloni nel 2020 rispetto al 2016. **Modalità di calcolo**: I consumi vengono calcolati in DDD/1000 giornate di degenza. **Formula per calcolare l'indicatore**: [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.
Indicatore: Riduzione >30% del consumo di antibiotici (ATCvet group ESVAC) nel settore veterinario nel 2020 rispetto al 2016 **Modalità di calcolo:** I consumi vengono calcolati in mg di sostanza attiva/kg biomassa/anno. **Formula per calcolare l'indicatore:** [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.
Indicatore: Riduzione >30% del consumo di antibiotici (ATCvet group ESVAC protocol) nelle formulazioni farmaceutiche per via orale (premiscele, polveri e soluzioni orali) nel settore veterinario nel 2020 rispetto al 2016. **Modalità di calcolo**: I consumi vengono calcolati in mg di sostanza attiva/kg biomassa/anno. **Formula per calcolare l'indicatore**: [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.
Indicatore: Riduzione >10% del consumo dei Critically Important Antimicrobials (ATCvet group ESVAC

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

re veterinario nel 2020 rispetto al 2016.

Modalità di calcolo: I consumi vengono calcolati in mg di sostanza attiva/kg biomassa/anno.

Formula per calcolare l'indicatore: [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.

Indicatore: Riduzione a livelli di 5 mg/PCU del consumo della colistina (ATCvet group ESVAC protocol) nel settore veterinario nel 2020 rispetto al 2016.

Modalità di calcolo: I consumi vengono calcolati in mg di sostanza attiva/kg biomassa/anno.

Formula per calcolare l'indicatore: [(Consumi 2020/Consumi 2016)-1]*100.

Resistenze antimicrobiche (indicatori nazionali)

Indicatore: Riduzione >10% della prevalenza di MRSA nel 2020 rispetto al 2016 negli isolati da sangue.

Modalità di calcolo: La prevalenza viene calcolata come percentuale di isolati da emocolture resistenti sul totale di isolati da *Staphylococcus aureus* in emocolture; vengono esclusi dal numeratore e dal denominatore gli isolati ripetuti entro 28 giorni nello stesso paziente.

Formula per calcolare l'indicatore: [(Prevalenza 2020/Prevalenza 2016)-1]*100.

Indicatore: Riduzione >10% della prevalenza di CPE nel 2020 rispetto al 2016 negli isolati da sangue.

Modalità di calcolo: La prevalenza viene calcolata come percentuale di isolati da emocolture resistenti sul totale di isolati da Enterobatteri in emocolture; vengono esclusi dal numeratore e dal denominatore gli isolati ripetuti entro 28 giorni nello stesso paziente.

Formula per calcolare l'indicatore: [(Prevalenza 2020/Prevalenza 2016)-1]*100.

Altri indicatori rilevanti

Indicatore: 100% delle Regioni e PP.AA. italiane al 2020 dispongono di una sorveglianza dell'antibiotico-resistenza.

Modalità di calcolo: In ogni Regione e PP.AA. deve esserci almeno un laboratorio di microbiologia ospedaliero che partecipa alla rete di sorveglianza italiana AR-ISS se la popolazione è ≤1.000.000 di abitanti, almeno 2 laboratori se la popolazione è >1.000.0000 e <2.000.0000, almeno 3 laboratori se ≥2.000.000 e < 4.000.000, almeno 4 se ≥4.000.000.

Indicatore: 100% delle Regioni e PP.AA. italiane al 2020 dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica negli ospedali del proprio territorio.

Modalità di calcolo: Ogni Regione e PP.AA., deve disporre di una sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, stratificato per le discipline maggiormente interessate dal fenomeno dell'AMR (terapia intensiva, medicina, chirurgia, ortopedia).

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

Premessa

Per contrastare efficacemente il fenomeno dell'AMR sono necessari interventi sui diversi settori interessati dal fenomeno, orientati ai molteplici determinanti e in grado di promuovere l'interazione e il coordinamento efficace delle azioni ai diversi livelli (nazionale, regionale, locale).

Per raggiungere tale obiettivo è necessario che gli interventi vengano attuati con il contributo di tutti gli attori e che vengano attentamente coordinati, monitorati e aggiornati nel tempo, in base ai risultati raggiunti.

Data la complessità del fenomeno, condizione indispensabile per il governo delle azioni, successivamente elencate nei diversi capitoli del PNCAR è, quindi, la realizzazione di iniziative in grado di garantire:

- la partecipazione attiva di tutte le istituzioni interessate a livello nazionale, regionale e locale
- l'individuazione delle risorse necessarie
- il monitoraggio puntuale di quanto ottenuto e la ridefinizione periodica degli obiettivi e delle azioni in ragione dei risultati evidenziati

Gli obiettivi

Il governo della strategia nazionale di contrasto dell'AMR: Obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I
- Assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio della strategia nazionale

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)
- Assicurare il contributo delle diverse istituzioni centrali (Ministero della Salute, ISS, AIFA, AGENAS, Centri di Referenza Nazionali/Laboratori Nazionale di Riferimento, altre che verranno eventualmente individuate) e regionali (Conferenza delle Regioni, Tavoli tecnici inter-regionali) alla implementazione e al coordinamento delle attività previste dal Piano
- Definire e reperire le risorse necessarie
- Assicurare il monitoraggio del Piano e il suo aggiornamento periodico

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)
- Garantire che tutte le Regioni, in tutti i contesti appropriati, abbiano avviato programmi di contrasto dell'AMR secondo le indicazioni del Piano
- Promuovere l'inter-settorialità delle azioni di contrasto dell'AMR tra gli Assessorati regionali coinvolti nella gestione della tematica e, a livello locale, nelle Aziende Sanitarie, in particolare tra medicina umana e veterinaria, tra i diversi servizi, sia preventivi che assistenziali a livello ospedaliero e territoriale, includendo anche il settore zootecnico e quello degli animali da compagnia.

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno attuate le seguenti azioni:

A LIVELLO CENTRALE

a. **Preparazione e adozione di un documento operativo** che definisca le responsabilità delle diverse istituzioni centrali (varie DG del Ministero della Salute, ISS, AGENAS, AIFA, Centri di Referenza Nazionali/Laboratori Nazionali di Riferimento) nella implementazione delle attività previste dal Piano (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **Individuazione a livello nazionale di risorse dedicate** all'attuazione del Piano e vincolate al raggiungimento degli obiettivi prefissati (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)



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

interno della DGPREV del Ministero della Salute di monitoraggio e aggiornamento del Piano e della Strategia nazionale di contrasto dell'AMR, responsabile anche di informare sullo stato di avanzamento le istituzioni competenti (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)

d. **Definizione di un sistema di monitoraggio del Piano da parte del Gruppo tecnico,** per garantire che, al termine del periodo di vigenza del Piano, tutte le Regioni, in tutti i contesti appropriati, abbiano programmi attivi di contrasto dell'AMR (uso responsabile di antibiotici e prevenzione delle infezioni e della relativa trasmissione) secondo le indicazioni del presente Piano (entro 12 mesi dall'approvazione del Piano)
e. **Individuazione di azioni efficaci da promuovere in tutte le Regioni** per l'attivazione delle linee operative previste (entro il 2018)
f. **Definizione delle strategie di collaborazione** per migliorare l'inter-settorialità delle azioni di contrasto dell'antimicrobico-resistenza tra gli assessorati regionali coinvolti nella gestione della tematica e a livello locale (entro il 2019).

A LIVELLO REGIONALE

a. **Identificazione di un referente regionale** per il contrasto dell'AMR, responsabile del coordinamento, dell'implementazione e del monitoraggio del Piano a livello regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **Istituzione di un Gruppo tecnico di coordinamento e monitoraggio del Piano e della Strategia di contrasto dell'AMR a livello regionale**, che includa i referenti delle diverse componenti operative del Piano stesso (vedere capitoli specifici), che sia coordinato dal referente regionale del Piano e sia responsabile di informare sullo stato di avanzamento le istituzioni competenti (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
c. **Recepimento dei documenti** emanati a livello nazionale (fare riferimento alle specifiche scadenze)
d. **Identificazione delle modalità di implementazione delle azioni** di piano a livello regionale (fare riferimento alle specifiche scadenze)
e. **Costruzione del sistema di monitoraggio regionale** (entro il 2018).
f. **Partecipazione alla predisposizione delle linee strategiche e dei documenti attuativi nazionali** (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Predisposizione del documento che definisce le responsabilità delle diverse istituzioni nazionali (entro 6 mesi dall'approvazione del piano)
2. Individuazione delle risorse necessarie per l'attuazione delle azioni prioritarie a tutti i livelli, (entro 6 mesi dall'approvazione del piano)
3. Attivazione del Gruppo tecnico di coordinamento, monitoraggio e aggiornamento del Piano e della Strategia nazionale di contrasto dell'AMR (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)
4. Elaborazione, d'intesa con le regioni, dello strumento nazionale per monitorare l'attuazione del PNCAR a livello regionale (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)
5. Disponibilità di rapporti annuali di monitoraggio del piano (2020)

A LIVELLO REGIONALE

1. Identificazione di un referente regionale per il contrasto dell'AMR (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Istituzione di un Gruppo tecnico regionale di coordinamento e monitoraggio (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
3. Disponibilità di rapporti annuali di monitoraggio del piano (2020)
4. Documento regionale annuale di individuazione delle azioni efficaci a contrastare i problemi rilevati a livello regionale e di promozione dell'inter-settorialità degli interventi (dal 2020)

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

r monitorare il fenomeno dell'AMR e l'effi

La sorveglianza dell'AMR in ambito umano e veterinario

Premessa

Il contrasto dell'AMR deve necessariamente partire dalla conoscenza delle dimensioni del problema, per cui sono necessari strumenti validati per valutare i trend del fenomeno e verificare l'impatto di eventuali misure di controllo. Pertanto, la sorveglianza dell'AMR è un punto chiave di tutte le strategie raccomandate per combatterla (EU, WHO, FAO, OIE) e di tutti i Piani di Azione elaborati, ad esempio in altri Paesi.

Nella maggior parte dei piani internazionali la sorveglianza è vista in un'ottica "*One Health*" e si propone di raccogliere e analizzare, in maniera coordinata e integrata, sia dati provenienti dalla medicina umana, che dalla medicina veterinaria e dalla zootecnia.

L'OMS ha recentemente pubblicato un rapporto sulla sorveglianza a livello globale in cui sono messi in evidenza le numerose lacune che esistono nei sistemi di sorveglianza esistenti. L'Europa si distingue per aver implementato una sorveglianza dell'AMR continuativa e (abbastanza) rappresentativa da 15 anni.

Le attività di sorveglianza sono di particolare importanza affinché il problema sia riconosciuto e affrontato nei diversi ambiti, per la programmazione degli interventi e la loro valutazione, per il monitoraggio della problematica, per l'identificazione di eventi inattesi pericolosi per la salute pubblica, quali cambiamenti nei pattern di AMR (emergenza e diffusione di nuove resistenze) e focolai epidemici, e poter attuare misure di contenimento tempestive, per valutare l'efficacia degli interventi di controllo e *stewardship* messi in atto.

Indipendentemente da quale sia l'ambito (umano, veterinario o degli alimenti), la sorveglianza ha lo scopo di monitorare l'andamento epidemiologico dei microrganismi resistenti, stimare la circolazione e l'impatto di questi patogeni sulla salute umana e animale e fornire dati sul consumo degli antibiotici correlabili con il fenomeno della AMR.

Infine, l'armonizzazione della sorveglianza della resistenza antimicrobica nell'umano, negli animali, nell'ambiente e nei batteri alimentari consente di raffrontare meglio i risultati della sorveglianza e, di conseguenza, di fornire informazioni di migliore qualità per l'analisi dei rischi e delle attività di gestione dei rischi stessi, con l'obiettivo di attuare piani di prevenzione rilevanti ed efficaci.

La sorveglianza dell'AMR in ambito umano

Stato dell'arte

A livello nazionale il fenomeno dell'AMR è monitorato attraverso una rete di laboratori sentinella (AR-ISS) e una sorveglianza che copre l'intero territorio nazionale, relativa alle batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

AR-ISS è una sorveglianza sentinella attiva dal 2001, che comprende circa 50 laboratori ospedalieri su tutto il territorio nazionale, a partecipazione volontaria. Essa raccoglie dati di AMR su 8 patogeni (*Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa Acinetobacter* spp,, *Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium, Streptococcus pneumoniae*), isolati da sangue o liquor, per antibiotici

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

di vista clinico-terapeutico o epidemiologico. Il quello della sorveglianza europea EARS-Net, alla quale i dati vengono trasferiti annualmente. I dati sono disponibili sul sito dell'ECDC al link https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance. La rappresentatività territoriale è, purtroppo, limitata: gli ospedali serviti dai laboratori partecipanti alla rete rappresentano approssimativamente il 15% dei posti letto del SSN.

La Sorveglianza delle batteriemie da CPE, istituita nel 2013 con una Circolare del Ministero della Salute, è a partecipazione fortemente raccomandata con copertura nazionale; raccoglie le segnalazioni di casi di CPE (solo *K. pneumoniae* ed *E. coli*) con informazioni su paziente, ospedale e caratteristiche dei ceppi [16].

A livello regionale vengono prodotti e pubblicati da alcune Regioni (Emilia-Romagna, Toscana e Campania) rapporti annuali sulla sorveglianza dell'AMR, a copertura (quasi) totale per i laboratori ospedalieri di ciascuna regione. I dati raccolti seguono, in genere, lo stesso protocollo dei dati AR-ISS. Altre Regioni realizzano varie forme di sorveglianza dell'AMR, ma i dati non vengono pubblicati sistematicamente.

A livello locale, i laboratori delle strutture ospedaliere producono spesso rapporti epidemiologici periodici sulla sorveglianza dell'AMR nella struttura di riferimento, ma non sono disponibili informazioni sistematiche a riguardo. D'altra parte, contenuti e formati di questi rapporti sono largamente eterogenei.

È sicuramente necessario definire a livello nazionale uno standard relativo alle informazioni ed ai criteri di rappresentatività locale per la sorveglianza e la reportistica prodotta. È altrettanto importante promuovere l'integrazione tra le sorveglianze regionali e quella centrale.

Ulteriore elemento di criticità è la mancanza di un sistema di allerta per nuovi o non comuni pattern di AMR.

[16] Michela Sabbatucci, Simone Iacchini, Stefania Iannazzo, Chiara Farfusola, Anna Maria Marella, Veronica Bizzotti, Fortunato D'Ancona, Patrizio Pezzotti, Annalisa Pantosti. Sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) Rapporto 2013-2016. Istituto Superiore di Sanità. 2017, XXX p. Rapporti ISTISAN 17/XX. In press.

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

Sorveglianza della AMR in ambito umano: gli obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Rafforzare la sorveglianza dell'AMR come attività stabile e rappresentativa della realtà del nostro Paese

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018).

- Migliorare la performance della sorveglianza nazionale (AR-ISS) e la sua copertura territoriale promuovendo l'attivazione di sorveglianze regionali e garantendo la partecipazione alla sorveglianza nazionale di tutte le regioni in formato integrato o, almeno, interoperabile

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2018-2020).

- Consolidare le sorveglianze "dedicate" (ad es. CPE) esistenti e valutare la necessità di nuove sorveglianze
- Implementare un sistema di allerta per nuovi fenomeni/nuove resistenze
- Aumentare la partecipazione dei laboratori alla sorveglianza tendendo verso un modello di sorveglianza esaustivo e non più sentinella

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno realizzate le azioni descritte di seguito.

AZIONI CENTRALI

a. **Rendere la sorveglianza esistente (AR-ISS) capace di fornire dati rappresentativi, tempestivi e adeguati** attraverso l'emanazione di un piano specifico per la sorveglianza che includa la definizione delle responsabilità per il coordinamento nazionale e delle risorse, la definizione del set minimo di informazioni che i laboratori dovranno essere in grado di fornire, il monitoraggio e il miglioramento della qualità dei laboratori (accreditamento regionale, protocolli armonizzati, EQA), un piano per promuovere la trasmissione automatica di tutti i dati di sensibilità agli antibiotici prodotti dai laboratori (entro 12 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **Individuare i laboratori di riferimento per la caratterizzazione molecolare** degli isolati a livello centrale e regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
c. **Integrare i sistemi di sorveglianza mirati a patogeni MDR** esistenti in ambito umano e veterinario nella sorveglianza nazionale (entro il 2020)
d. **Sviluppare un sistema di allerta per la segnalazione tempestiva di nuovi profili di resistenza** integrato con quello previsto per la sorveglianza delle ICA (entro il 2020)
e. **Trasmettere i dati a livello internazionale e in particolare verso l'ECDC e verso l'OMS (da subito)**
f. Preparare un **Report della sorveglianza** (che integri anche dati da altre sorveglianze che includono dati di AMR (esempio ENTER-Net e Euro-GASP) (entro il 2019)

AZIONI REGIONALI

~~a.~~ **Individuazione di un referente regionale per le sorveglianze dedicate all'AMR**, che partecipi al gruppo di coordinamento e che si coordini con il referente regionale per la sorveglianza dell'AMR nel settore veterinario (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **.Individuazione di un riferimento tecnico regionale (microbiologo) per la rete AR-ISS**, che assicuri la partecipazione alla rete AR-ISS dei laboratori identificati, che partecipi al gruppo di coordinamento e che si coordini con i referenti tecnici regionali per la sorveglianza dell'AMR nel settore veterinario (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
c. **Individuazione dei laboratori regionali/interregionali** che dovranno progressivamente aderire alla rete AR-ISS (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)

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

iano di sorveglianza regionale che definisca le attività delle resistenze, per assicurare sia la disponibilità a livello locale di dati coerenti con i criteri definiti a livello nazionale sia la loro qualità (entro il 2018)

e. Attuazione del sistema di **sorveglianza e feed-back dei dati a livello locale** (entro il 2019)
f. Sviluppo di **procedure di accreditamento** regionali per i laboratori partecipanti alla sorveglianza (entro il 2019).

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Atto formale di istituzione della sorveglianza nazionale, a partecipazione obbligatoria, da parte del Ministero e coordinamento centrale operante con riunioni almeno semestrali (entro 12 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Predisposizione del nuovo protocollo AR-ISS, inclusa la definizione della nuova rete di laboratori per assicurare la rappresentatività della rete, e sua adozione ufficiale da parte dell'ISS e del Ministero della Salute (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
3. Identificazione dei laboratori di riferimento nazionali per le caratterizzazioni molecolari degli isolati, con l'obiettivo di individuare almeno un laboratorio di riferimento per tutti i patogeni sotto sorveglianza europea con una banca dati nazionale di ceppi resistenti (entro il 2018)
4. Elaborazione di un documento che definisca il set di requisiti minimi standard che i laboratori partecipanti alla sorveglianza devono possedere (entro il 2018)
5. Sviluppo di un pacchetto standard informativo e di istruzioni per i laboratori partecipanti alla rete di sorveglianza (entro il 2018) e suo aggiornamento annuale
6. Percentuale di laboratori della rete che inviano i dati con sistemi informatici automatici (almeno il 25 % entro il 2018, almeno il 50% entro il 2019; almeno il 75% entro il 2020)
7. Tutti i laboratori aderenti alla rete partecipanti a un EQA annuale (il primo entro il 2018)
8. Rivalutazione annuale della lista dei patogeni e delle resistenze sotto sorveglianza e relativa predisposizione di istruzioni per i laboratori regionali e locali partecipanti alla rete (la prima entro il 2018)
9. Pubblicazione di un rapporto nazionale annuale che riporti i risultati della rete AR-ISS e delle esperienze regionali di sorveglianza di popolazione (entro il 2018)
10. Definizione di un protocollo di sorveglianza integrato sui patogeni MDR presenti allo stesso tempo in ambito umano e veterinario (entro il 2020)
11. Sviluppo di un sistema di allerta per la segnalazione tempestiva di nuovi profili di resistenza (entro il 2020).

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione di un referente regionale per la sorveglianza dell'AMR nel settore umano che si coordini con il referente regionale per la sorveglianza dell'AMR nel settore veterinario (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Individuazione dei laboratori regionali e locali per la rete AR-ISS (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
3. Predisposizione di un piano di sorveglianza regionale dell'AMR (entro il 2018)
4. Istituzione della sorveglianza regionale e locale dell'AMR secondo le indicazioni nazionali (entro il 2019)
5. Sviluppo di procedure di accreditamento per i laboratori partecipanti alla sorveglianza (entro il 2019)
6. Preparazione di rapporti regionali annuali (entro il 2020).

La sorveglianza della AMR in ambito veterinario

Stato dell'arte

Annualmente, la Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari in collaborazione con la Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione e il Centro di Referenza Nazionale dell'Antibiotico-resistenza predispone un Piano coerente con l'Azione n. 10 "Rafforzare i sistemi

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

la resistenza antimicrobica e del consumo di antir a decisione 2013/652/UE.

In linea con i dettami della decisione, esso stabilisce regole dettagliate per la realizzazione del monitoraggio armonizzato dei microrganismi resistenti negli animali da produzione alimentare e negli alimenti. Nello specifico, sono indicati i microrganismi zoonotici e commensali da valutare (*Salmonella* spp, *Campylobacter jejuni e coli*, *Escherichia coli* indicatore commensale, *Enterococcus faecalis* e *faecium* indicatore commensale), la sede e il materiale di prelievo (popolazioni di animali in termini di intestino cieco prelevato al macello e alimenti in termini di carni fresche prelevate nella fase di distribuzione), la portata del campionamento (numero di isolati da sottoporre a test di sensibilità antimicrobica), i test di sensibilità antimicrobica da utilizzare e le modalità di rendicontazione.

La sorveglianza si fonda, al fine di ridurre gli oneri, anche su basi campionarie e relativi isolati batterici ottenuti nell'ambito di programmi nazionali di controllo già esistenti, quali i Piani Nazionali di Controllo delle salmonellosi negli avicoli [reg. (CE) n. 2160/2003] e i controlli sui criteri microbiologici applicabili ai prodotti alimentari ai sensi del regolamento (CE) n. 2073/2005.

Ulteriori monitoraggi non obbligatori, in altri punti della catena alimentare e/o in altri alimenti e altre specie animali, sono altresì realizzati su base volontaria.

Le attività di campionamento sono svolte dai Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie Locali, supervisionati dalle Regioni e Province autonome. La distribuzione regionale dei campioni tiene in considerazione i volumi di macellazione nelle Regioni a più alta vocazione produttiva e la numerosità della popolazione esposta.

Le attività di isolamento, identificazione e sierotipizzazione sono svolte dagli IZS (per quanto riguarda i campioni prelevati in attuazione del Piani Nazionali di Controllo Salmonellosi negli avicoli) e dai laboratori ufficiali e/o privati (attuazione del regolamento (CE) N. 2073/2005) e dal CNR-AR, LNR-AR per i campioni derivanti esclusivamente dall'attuazione della decisione 2013/652/UE. Quest'ultimo, inoltre, provvede all'esecuzione di test di sensibilità antimicrobica di tutti gli isolati batterici ricevuti.

Annualmente, il CRN-AR / NRL-AR organizza i metadati e i dati di laboratorio secondo formati armonizzati a livello EU, li rende disponibili sul sistema informativo del CRN-AR per il network nazionale e li organizza secondo formati .xml prestabiliti per essere messi a disposizione dell'EFSA.

La sorveglianza della resistenza, quindi, si basa su un sistema centralizzato di laboratori che consente l'omogeneità e l'accuratezza di dati comparabili, nonché la comparazione con i dati umani.

È, infatti, indispensabile raffrontare i risultati della sorveglianza della resistenza nell'umano, negli animali, negli alimenti e nell'ambiente per monitorare costantemente la portata e l'incremento della resistenza antimicrobica e permettere l'individuazione precoce, l'allerta e la risposta coordinata.

I dati ottenuti sono, inoltre, oggetto di un'approfondita analisi che culmina nella produzione di commenti interpretativi della situazione nazionale, utili per la predisposizione dello "*European Summary Report on Antimicrobial Resistance in EU*" da parte delle Autorità Europee competenti (ECDC, EFSA) che fa parte delle Relazioni Nazionali disponibili sul sito del Ministero della Salute[17].

Con l'entrata in vigore del regolamento (UE) n. 2016/429 relativo alle malattie animali trasmissibili, prevista per il 21 aprile 2021, sarà ulteriormente rafforzata la base legale per la sorveglianza e il monitoraggio armonizzato di patogeni zoonotici e non negli animali, includendo il monitoraggio della loro resistenza agli antibiotici. Tutti i risultati ottenuti dalle attività di sorveglianza e monitoraggio della resistenza di batteri

[17] http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2476

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

i antimicrobici saranno correlati con i dati rilevati (per maggiori dettagli si rimanda alle sezioni dedicate, cioè "Sorveglianza dei consumi degli antibiotici nel settore veterinario" e "Uso corretto degli antibiotici in ambito veterinario") al fine dell'adozione di strategie e piani d'intervento, quali piani di sorveglianza e controllo, programmi vaccinali, uso di trattamenti alternativi, ecc.

Gli obiettivi

Sorveglianza della AMR in ambito veterinario: Obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Rafforzare la sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito veterinario come attività stabile e rappresentativa della realtà del nostro paese.

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Migliorare la performance del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'AMR
- Rivalutare periodicamente (annualmente) la lista dei batteri patogeni e non sotto sorveglianza e monitoraggio

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Migliorare il sistema di sorveglianza nazionale per rappresentatività, capacità di integrazione dei dati provenienti da fonti diverse e tempestività del feed-back analitico
- Migliorare il coordinamento tra il settore veterinario ed umano per l'individuazione precoce, segnalazione tempestiva e risposta coordinata, specie per allerte su nuovi fenomeni/nuove resistenze

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno attuate le seguenti azioni:

AZIONI CENTRALI

a. **Promuovere lo sviluppo organizzativo e le metodologie e tecnologie diagnostiche e analitiche** per migliorare il sistema di sorveglianza e monitoraggio della resistenza (entro il 2018)
b. **Perfezionare la trasmissione dei dati tra i sistemi informativi coinvolti** attraverso l'aggiornamento continuo dei diversi sistemi informativi ministeriali per permettere la completa condivisione delle informazioni (entro il 2018)
c. **Rivalutare annualmente la lista dei patogeni sotto sorveglianza**, come attività volontaria a latere di quella obbligatoria prevista dalla decisione 2013/652/UE (entro il 2018) e aggiornare il sistema di sorveglianza in base alle nuove emergenze dopo confronto con la componente scientifica e regionale, anche per la definizione di protocolli di campionamento e analitici
d. **Rendere la sorveglianza e il monitoraggio capaci di fornire dati rappresentativi dell'AMR a livello nazionale,** includendo dati delle produzioni e popolazioni regionali, tempestivi e adeguati (entro il 2018) attraverso:
    - il miglioramento della rappresentatività ampliando la rete dei laboratori regionali (pubblici e privati) partecipanti alla sorveglianza dell'AMR
    - la realizzazione di attività di formazione specifica per la rete di laboratori ufficiali e/o privati
    - la verifica di qualità dei laboratori partecipanti alla rete attraverso EQA annuali
    - l'integrazione del sistema di monitoraggio e sorveglianza con i dati provenienti anche da controlli su altri campioni provenienti dal settore degli animali da produzione alimentare e degli alimenti di origine animale prelevati in differenti fasi della catena alimentare
    - l'elaborazione e la pubblicazione di un rapporto annuale

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

ordinamento tra il settore veterinario ed umano **per l**

tempestiva e la risposta coordinata, specie per allerta su nuovi fenomeni/nuove resistenze (entro il 2020) attraverso:

- l'identificazione dei Laboratori Nazionali di Riferimento dell'AMR per il settore veterinario e umano
- lo sviluppo di uno strumento informatico idoneo alla condivisione tempestiva dei dati

AZIONI REGIONALI

a. **Individuazione di un referente regionale per la sorveglianza dell'AMR nel settore veterinario** che partecipi al gruppo di coordinamento, promuovere lo scambio tra regioni e la condivisione di buone pratiche e che si coordini con il referente regionale per la sorveglianza dell'AMR nel settore umano (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **Partecipazione attiva e documentata dei laboratori ufficiali e privati alla sorveglianza** (entro il 2018)
c. **Recepimento degli aggiornamenti del monitoraggio e della sorveglianza dell'antibiotico-resistenza** sul territorio regionale/locale (a partire dal 2018)
d. **Coordinamento tra Settori/Uffici** per acquisire maggiori conoscenze sul fenomeno dell'AMR in ambito umano e veterinario a livello regionale/locale (entro il 2019).

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori:

A LIVELLO CENTRALE

1. Coinvolgimento di tutti i laboratori ufficiali territorialmente competenti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018)
2. Realizzazione dell'interoperabilità dei sistemi informativi di modo da garantire che tutti gli IZS coinvolti nelle attività di sorveglianza e monitoraggio dell'AMR siano coinvolti nella rete nazionale (entro il 2018)
3. Atto formale annuale contenente specifiche circa la sorveglianza di nuovi patogeni (il primo entro il 2018)
4. Svolgimento annuale di almeno 1 prova inter-laboratorio (ring test, proficiency test, ecc.) (da subito)
5. Sviluppo di un protocollo di sorveglianza per la identificazione dei batteri target e di altre matrici e/o sedi di prelievo che necessitano di un sistema di sorveglianza dedicato e sua rivalutazione annuale (entro il 2018)
6. Elaborazione e pubblicazione sul sito del Ministero del rapporto annuale sull'AMR, con dati sia del settore umano che di quello animale (entro il 2018)
7. Definizione di una procedura nazionale di coordinamento della sorveglianza tra settore umano e veterinario (entro il 2020).

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione di un referente regionale per la sorveglianza dell'AMR nel settore veterinario che si coordini con il referente regionale per la sorveglianza dell'AMR nel settore umano (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Atto formale di recepimento delle indicazioni nazionali sulla sorveglianza (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
3. **Identificazione dei laboratori privati** coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).

La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza

Premessa

Le infezioni correlate all'assistenza sono sempre più frequentemente sostenute da microrganismi resistenti ai farmaci di prima linea, spesso anche multi-resistenti.

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

una componente essenziale di programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni per i pazienti e per gli operatori sanitari: sia in Italia che in altri paesi è stato dimostrato empiricamente che la partecipazione a sistemi di sorveglianza attiva delle infezioni correlate all'assistenza si associa nel tempo alla riduzione dell'incidenza di infezioni[18].

A differenza di altre malattie infettive acquisite in comunità, le infezioni correlate all'assistenza non possono essere rilevate attraverso sistemi di notifica "passiva", ossia tramite la segnalazione spontanea da parte del medico curante; l'inaccuratezza della notifica è infatti sostenuta da numerose evidenze sperimentali. I sistemi di sorveglianza delle ICA si basano sull'utilizzo di dati amministrativi e su sistemi di sorveglianza attiva, con la collaborazione di referenti dei reparti interessati e di personale addetto al controllo delle infezioni; attualmente i sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza si caratterizzano per il fatto di utilizzare in modo combinato fonti informative correnti, quali il laboratorio, l'archivio della farmaceutica, le schede di dimissione ospedaliera, e sistemi di sorveglianza attiva mirati a pazienti a rischio o a problemi specifici.

Un altro elemento da tenere in considerazione nell'attivazione dei sistemi di sorveglianza è che sempre più frequentemente l'assistenza viene prestata anche in ambiti diversi dall'ospedale, quali le strutture residenziali per anziani o l'assistenza domiciliare. Questi ambiti hanno caratteristiche organizzative molto diverse dall'ospedale per acuti, per cui i sistemi di sorveglianza devono necessariamente considerare queste specificità.

In altri Paesi, sono stati attivati sistemi di sorveglianza nazionali ormai da alcuni decenni. Fra i più importanti vi sono il sistema di sorveglianza statunitense, il *National Healthcare Safety Network* (NHSN)[19], coordinato dai *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), e quello europeo, *HAI-net*, coordinato dall'ECDC a partire dal 2008, frutto anche dell'esperienza precedente, con progetti quali il Programma IPSE e il programma HELICS[20].

La disponibilità di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio del fenomeno, di elevata qualità e accuratezza e supportati da sistemi informativi integrati, è essenziale per:

- mantenere alto il livello di attenzione
- definire dimensioni e caratteristiche del problema
- indirizzare gli interventi
- monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici

Stato dell'arte

L'ECDC coordina a livello europeo le seguenti attività di sorveglianza: a) Studio nazionale di prevalenza ripetuto ogni 5 anni negli ospedali per acuti, b) Studio nazionale di prevalenza ripetuto ogni 5 anni nelle strutture residenziali per anziani, c) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, d) Sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva, e) Sorveglianza delle infezioni da *Clostridium difficile*.
La raccomandazione del Consiglio Europeo del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, prevede quanto segue: a) esecuzione di indagini di prevalenza a intervalli regolari a livello non solo nazionale ma anche regionale, b) rilevazione, oltre che di dati di esito, anche di dati di processo e struttura per indirizzare le azioni di

[18] Marchi M, Pan A, Gagliotti C, Morsillo F, Parenti M, Resi D, Moro ML, the Sorveglianza Nazionale Infezioni in Chirurgia (SNICh) Study Group. The Italian national surgical site infection surveillance programme and its positive impact, 2009 to 2011. Euro Surveill. 2014;19(21):pii=20815. Article DOI: http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES2014.19.21.20815
[19] http://www.cdc.gov/nhsn/
[20] http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/HAI-Net/Pages/history.aspx

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

identificazione tempestiva di *alert organisms* e *clus*

segnalazione a livello europeo.

In Italia, a partire dal 2006, l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna ha coordinato, su mandato e con il sostegno finanziario del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, attività inizialmente mirate a valutare la fattibilità di un programma di sorveglianza nazionale delle infezioni correlate all'assistenza e, successivamente, a mantenerlo e estenderlo nelle diverse regioni.

Il programma di sorveglianza è coerente con quanto previsto dall'ECDC e si articola come segue:

- Sistema di Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICh): attivo dal 2007, vengono pubblicati rapporti annuali in base ai dati ricevuti da Aziende Sanitarie di 9 regioni. Nell'ultimo rapporto dell'ECDC, pubblicato ad aprile 2015 (dati 2012), l'Italia ha contribuito alla sorveglianza europea con l'analisi di più di 20.000 interventi chirurgici, collocandosi al 4° posto per livello di partecipazione. Vengono inclusi nel sistema anche i dati provenienti dal progetto ISC-GISIO per la Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico e del progetto ISChIA-GISIO per la Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico in Interventi di Artroprotesi del GISIO-SItI.
- Sistema di Sorveglianza Nazionale delle Infezioni in Terapia Intensiva (SITIN): attivo dal 2009, aggrega a livello nazionale dati provenienti da tre diverse reti collaborative (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva-GIViTI; Sorveglianza Prospettica delle Infezioni Nosocomiali in Terapia Intensiva–SPIN-UTI del GISIO-SItI; Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva in Emilia-Romagna-SITIER, che globalmente coprono 142 Unità di Terapia Intensiva) e consente la pubblicazione di rapporti biennali. Nell'ultimo rapporto dell'ECDC, l'Italia ha contribuito alla sorveglianza europea con dati relativi a più di 23.000 pazienti, collocandosi al 3° posto per livello di partecipazione.
- Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti: è stata garantita la partecipazione dell'Italia al primo studio di prevalenza coordinato dall'ECDC nel 2011-2012 e al secondo nell'autunno del 2016 (con il coordinamento operativo della Regione Piemonte). Al primo studio l'Italia ha aderito con 49 ospedali e il livello di rappresentatività è stato considerato "ottimale" dall'ECDC.
- Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture residenziali per anziani: è stata garantita la partecipazione dell'Italia a due studi europei, commissionati dall'ECDC, di prevalenza delle infezioni nelle strutture residenziali per anziani (HALT e HALT2). Al secondo studio europeo, condotto ad aprile-maggio 2013, hanno partecipato in Italia 235 strutture provenienti da 11 regioni, su un totale di 1.181 a livello europeo (il Paese con la partecipazione più ampia). È stato condotto in Italia nel 2017 il terzo studio nazionale europeo di prevalenza.

Le attività realizzate hanno consentito di sperimentare la fattibilità delle attività di sorveglianza nel nostro Paese. Finora, in assenza di indicazioni nazionali precise, hanno partecipato al sistema in modo volontario solo alcune regioni/ospedali, e le attività di sorveglianza non sono divenute patrimonio comune di tutte le regioni, né hanno rappresentato un debito informativo nazionale. In molti ospedali sono stati implementati sistemi di sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico ed in terapia intensiva con strumenti diversi da quelli proposti a livello nazionale, con un impegno aggiuntivo per organizzare gli studi, impostare i database e produrre specifici indicatori. Questa disomogeneità ovviamente implica difficoltà analitiche qualche volta insormontabili.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETERIA

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

Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza. Obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Implementare un sistema di sorveglianza nazionale delle ICA

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018).

- Predisposizione di un piano per un sistema nazionale dedicato alla sorveglianza delle ICA, che tenga conto delle indicazioni dell'ECDC

OBIETTIVI A MEDIO/LUNGO TERMINE (2017-2020).

- Attivazione di tutte le componenti del sistema nazionale di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi citati, verranno attuate le seguenti azioni:

AZIONI CENTRALI

a. **Predisporre il piano di sorveglianza nazionale**, che dovrà includere: a) la definizione delle responsabilità per il coordinamento della sorveglianza nazionale (ISS, Agenas, AIFA, Ministero, Regioni) e delle risorse necessarie; b) l'individuazione delle sorveglianze di esito da attivare o da rendere stabili a livello nazionale (*alert organisms*; cluster/epidemie; infezioni del sito chirurgico; infezioni in terapia intensiva, studi di prevalenza in ospedale e nelle strutture residenziali, infezioni da *Clostridium difficile*); c) l'individuazione dei sistemi di sorveglianza delle misure di processo (ad es. consumo di prodotti idroalcolici) da attivare a livello nazionale e dei relativi tempi; d) l'individuazione dei sistemi di sorveglianza di indicatori di struttura (ad es. ICALIN francese) da attivare a livello nazionale e dei relativi tempi.(entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **Rendere le sorveglianze esistenti** (ad es. Sistemi SNICh, SITIN, SPIN-UTI, Studi di prevalenza nazionali e sorveglianze delle ICA) **stabili e in grado di fornire dati omogenei, rappresentativi, tempestivi e adeguati** (entro il 2018)
c. **Istituire un sistema di segnalazione rapida di *alert organisms* e cluster epidemici** (entro il 2018)
d. **Implementare il sistema nazionale di sorveglianza delle ICA** attraverso: a) stesura dei protocolli nazionali per i diversi sistemi di sorveglianza previsti (ad es. fonti informative, set minimo di dati, formato, modalità di trasmissione), b) implementazione delle sorveglianze (predisposizione di sistemi informatizzati, formazione del personale, rilevazione e feed-back dei dati) (entro il 2020)
e. **Trasmettere annualmente i dati all'ECDC e predisporre un rapporto epidemiologico nazionale** annuale, che includa l'individuazione delle azioni di miglioramento necessarie (da subito)

AZIONI REGIONALI/LOCALI

a. **Individuare un referente regionale per la sorveglianza delle ICA,** che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **Costruire le condizioni per l'attuazione del piano di sorveglianza nazionale a livello regionale**, attraverso l'analisi di contesto per il recepimento del Piano nazionale (inclusa una ricognizione delle sorveglianze in atto) (entro il 2018)
c. **Assicurare la partecipazione delle Regioni che già alimentano sistemi sperimentali nazionali di sorveglianza, al piano di trasferimento a livello nazionale e al suo rafforzamento** (entro il 2018)
d. **Attivare un sistema di sorveglianza degli *alert organisms*** in tutti i laboratori ospedalieri (entro il 2018)

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

evisione dei protocolli nazionali per i diversi sistemi di
(in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)

f. **Garantire l'adesione ai sistemi di sorveglianza individuati dal piano** (entro il 2019)
g. **Recepire le azioni di miglioramento** necessarie (entro il 2020)

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi citati saranno utilizzati i seguenti indicatori:

A LIVELLO CENTRALE

1. Atto formale di istituzione della sorveglianza nazionale, a partecipazione obbligatoria, da parte del Ministero e coordinamento centrale operante con riunioni almeno semestrali (entro il 2018)
2. Predisposizione del Piano, con indicazione delle responsabilità e delle risorse necessarie (entro il 2018)
3. Istituzione del sistema di segnalazione rapida a livello nazionale di *alert organisms* e cluster epidemici (entro il 2018)
4. Implementazione del Sistema di sorveglianza nazionale delle infezioni correlate all'assistenza: stesura dei protocolli, implementazione delle sorveglianze (entro il 2020)
5. Trasmissione dei dati all'ECDC nei tempi previsti e rapporto epidemiologico annuale con indicazione delle azioni di miglioramento necessarie (da subito).

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione di un referente regionale per la sorveglianza delle ICA (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Recepimento del Piano con atto deliberativo regionale (entro il 2018)
3. Partecipazione del 100% dei laboratori ospedalieri di livello individuato al sistema di segnalazione rapida di *alert organisms* e cluster epidemici (entro il 2018)
4. Revisione e aggiornamento dei protocolli di sorveglianza predisposti (commenti dal 100% delle regioni) (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)
5. Raccolta dei dati per le sorveglianze previste dal Piano e loro trasmissione all'Istituzione centrale (dati inviati a livello nazionale da parte di: almeno il 30% delle strutture ospedaliere entro il 2018, almeno il 70% entro il 2019; il 100% entro il 2020)
6. Stesura di un Piano regionale per le azioni di miglioramento e loro monitoraggio (entro il 2019) e sua revisione annuale.

La sorveglianza dei consumi degli antibiotici nel settore umano

Premessa

In accordo con le raccomandazioni dell'OMS, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come Dosi Definite Giornaliere (DDD), che rappresentano "la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti".[21]

Il consumo in DDD è generalmente espresso come "DDD/1.000 abitanti die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti.

In Italia, l'erogazione dei farmaci da parte del SSN avviene principalmente attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica convenzionata (canale farmacie aperte al pubblico) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera, legata agli acquisti diretti da parte delle Strutture sanitarie pubbliche.

[21] Guidelines for ATC classification and DDD assignment, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo

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

ei canali sopra citati sono:

- Il flusso informativo OsMed, gestito da AIFA, istituito ai sensi della Legge 448 del 1998, è relativo all'assistenza farmaceutica convenzionata e rileva le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il SSN.
- Il flusso informativo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, noto anche come flusso della "tracciabilità del farmaco, istituito con il D.M. Salute del 15 luglio 2004, che prevede il monitoraggio di tutte le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all'immissione in commercio sul territorio nazionale e/o verso l'estero. Le regole della trasmissione dei dati attraverso il flusso della tracciabilità prevedono la trasmissione giornaliera dei dati relativi al numero delle confezioni movimentate verso la singola struttura sanitaria. Tale flusso è alimentato dalle aziende farmaceutiche e dalla distribuzione intermedia e rileva le confezioni di medicinali movimentate lungo la filiera distributiva. In particolare, i dati che vengono utilizzati tramite questo flusso si riferiscono all'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche e pertanto sono rappresentativi dell'ambito ospedaliero.

Nelle analisi di confronto europeo, i consumi degli antibiotici vengono rilevati attraverso un terzo flusso, noto come *sell-in*. Nel dettaglio, questo flusso si riferisce agli acquisti di tutte le specialità medicinali (fascia A – C- SOP – OTC) da parte delle farmacie italiane presso i grossisti e presso le aziende farmaceutiche (vendita diretta). Tale database contiene dati relativi sia ai consumi dei privati cittadini, sia a quelli del SSN, e non ricomprende, quindi, i consumi di ambito ospedaliero. Quindi dal *sell-in* è possibile derivare la quota di acquisto privato; infatti, trattandosi di un flusso che comprende il volume totale di ingresso in farmacia, sottraendo al dato di *sell-in* il flusso corrispondente ai consumi a carico del SSN, si ottengono i consumi di farmaci acquistati direttamente dal cittadino con ricetta non mutualistica, considerando che non vi sono medicinali antibiotici classificati in fascia OTC o SOP. Per armonia con gli altri SM, e per garantire un'informazione prossima alla realtà, l'ECDC ha individuato il dato di *sell-in* come indicatore dei diversi contesti territoriali nazionali. Riguardo i consumi europei, l'Italia è una delle nazioni che registra i consumi più elevati. Infatti, in accordo con le stime del sistema di sorveglianza dell'ECDC, nel 2015 il consumo in Italia di antibatterici sistemici (ATC J01) a livello extra ospedaliero ammonta a 27,5 DDD 1000 abitanti/die (22,4 DDD/1000 abitanti/die è il consumo medio europeo). L'Italia pertanto si posiziona al quinto posto per alti livelli di consumo dopo Grecia (36,1), Romania (32,3), Francia (29,9) e Belgio (29,2). Inoltre, la categoria terapeutica con i valori di consumo più elevati è quella delle penicilline in associazione agli inibitori delle beta-lattamasi. In ambito ospedaliero, nel 2015 il consumo degli antibiotici per via sistemica (ATC J01) ammonta, invece, a 2,43 DDD 1000 abitanti/die, preceduto da Malta (2,86), Gran Bretagna (2,55), Lituania (2,54) e Finlandia (2,50) [2,05 DDD/1000 abitanti/die è il consumo medio europeo].

Stato dell'arte

Il monitoraggio dei consumi degli antibiotici in Europa è stato avviato nel 2001 su decisione della Commissione Europea n. 2119/98/EC, inizialmente con il coordinamento dell'Università di Anversa nell'ambito del progetto ESAC (*European Surveillance of Antibiotic Consumption*), successivamente dell'ECDC nell'ambito della rete ESAC-Net (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption network*). A tale rete aderiscono 28 Paesi europei oltre a Islanda e Norvegia. Ogni anno vengono raccolti e consolidati i dati di consumo (DDD 1000 abitanti die) di antimicrobici (antibiotici, antimicotici, antifungini e antivirali), in entrambi i settori, ospedaliero ed extra ospedaliero. Le informazioni sono raccolte attraverso un metadataset strutturato, che consente la comparabilità dei dati tra i diversi Paesi. La piattaforma web-

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

TESSy (*European Surveillance System*) permette la nonché la loro divulgazione attraverso la piattaforma e i report annuali.

In ambito nazionale l'uso di antibiotici è monitorato dal Rapporto sull'Uso dei Farmaci in Italia, noto come il Rapporto OsMed, realizzato dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) [22]. Il consumo nazionale di antibiotici a carico del SSN nel 2015 (comprendente sia il setting territoriale che ospedaliero) è pari a 22,8 dosi giornaliere ogni mille abitanti, con una riduzione rispetto al 2014 del -2,7%. In generale, le analisi di consumo rappresentate in questo rapporto includono sia l'erogazione in regime di assistenza convenzionata (consumo SSN farmacie territoriali), che l'acquisto da parte delle strutture ospedaliere pubbliche. Parallelamente ai consumi, anche la spesa per questa categoria di farmaci ha fatto registrare una riduzione rispetto all'anno precedente del 3,2%, per un valore pro-capite pari a 14,77 euro. Tale diminuzione è stata registrata in quasi tutte le Regioni italiane, anche se i consumi continuano a mostrare un'ampia variabilità regionale, caratterizzata da un gradiente Nord-Centro-Sud. I maggiori consumi di antibiotici (penicilline, macrolidi e chinoloni) sono stati rilevati in Campania, Puglia, Calabria e Abruzzo, mentre i consumi più bassi sono stati registrati in P.A. di Bolzano, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Tale variabilità non è giustificata da differenze epidemiologiche che possano spiegare il differente ricorso agli antibiotici.

Negli ultimi anni i consumi e la spesa hanno subito una leggera flessione e questo induce a ritenere che la modifica di comportamenti non corretti possa passare anche attraverso iniziative di comunicazione, come quelle che l'AIFA ormai realizza a livello nazionale da alcuni anni.

Gli obiettivi

Monitoraggio dei consumi degli antibiotici nel settore umano: Obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Ottimizzare il monitoraggio dei consumi e della spesa per antibiotici ad uso umano a livello nazionale, regionale e locale

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Assicurare il monitoraggio e la restituzione dei dati sui consumi e la spesa convenzionata per antibiotici ad uso umano, attraverso Rapporti OsMed annuali dedicati al consumo di antibiotici
- Prevenire l'uso scorretto degli antibiotici a livello territoriale, con un maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione dei farmacisti, dei prescrittori e dei pazienti

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Garantire il monitoraggio, qualitativo e quantitativo, dei dati di consumo di antibiotici ad uso umano
- Promuovere lo sviluppo di sistemi regionali di monitoraggio dei consumi di antibiotici e della appropriatezza della prescrizione, necessari per la restituzione dei dati ai prescrittori e per azioni di miglioramento

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

[22] http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rapporti-osmed-luso-dei-farmaci-italia

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

a. **Assicurare il monitoraggio dei consumi di antibiotici attraverso rapporti annuali OsMed dedicati al tema dell'uso di antibiotici**, con l'obiettivo di individuare aree di potenziale uso inappropriato e promuovere il confronto tra aree geografiche diverse attraverso:
   - un rapporto annuale dedicato esclusivamente agli antibiotici che contenga informazioni utili a identificare aree di utilizzo inappropriato in ambito ospedaliero e territoriale (entro il 2020)
   - una collaborazione inter-settoriale per lo sviluppo e la produzione di un rapporto nazionale sull'uso di antibiotici in ambito sia umano sia veterinario da correlare con i dati di antibiotico-resistenza (entro il 2020)

b. **Sviluppare un sistema per il monitoraggio dell'appropriata dispensazione di antibiotici ad uso umano in farmacia**, allo scopo di verificare l'esistenza e l'entità del fenomeno della dispensazione senza prescrizione medica (over-the-counter)
c. **Stabilire un canale di dialogo con le farmacie** per la prevenzione dell'uso scorretto degli antibiotici, con particolare attenzione al tema della corretta informazione alla popolazione sull'uso responsabile di antibiotici, attraverso il coinvolgimento delle associazioni di categoria in iniziative di formazione e comunicazione specifiche (entro il 2018)
d. **Favorire il miglioramento, in ogni regione, dei sistemi di monitoraggio dell'uso di antibiotici** affinché sia garantita la restituzione dei dati ai singoli prescrittori e per azioni di miglioramento (entro il 2020)
e. **Promuovere il confronto delle esperienze regionali di monitoraggio dell'uso di antibiotici**, in armonia anche con quanto previsto dal Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018, con l'obiettivo di attivare in ogni regione un sistema integrato umano-veterinario di monitoraggio degli antibiotici e delle resistenze (entro il 2020)

AZIONI REGIONALI/LOCALI

a. l'**individuazione di un referente regionale** che assicuri la partecipazione all'OsMed e alla sua implementazione, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche, e che si coordini con il referente regionale per il consumo di antibiotici nel settore veterinario (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **il contributo alle attività di coinvolgimento dei farmacisti territoriali per il monitoraggio** dell'appropriata dispensazione e la prevenzione dell'uso scorretto degli antibiotici (entro il 2018)
c. **il miglioramento dei sistemi di monitoraggio dell'uso di antibiotici e della appropriatezza prescrittiva** affinché sia possibile la restituzione dei dati ai singoli prescrittori, l'individuazione delle aree di miglioramento e le relative azioni (entro il 2020).
d. **lo sviluppo di un sistema integrato umano-veterinario di monitoraggio degli antibiotici e delle resistenze,** secondo gli standard concordati nell'ambito della strategia nazionale *One Health* (entro il 2020).

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Pubblicazione di un rapporto annuale sull'utilizzo di antibiotici (entro il 2018)
2. Sviluppo del processo di raccolta dei dati di appropriatezza prescrittiva e di dispensazione in accordo alle indicazioni di AIFA (entro il 2018)
3. Implementazione del Rapporto annuale con i dati relativi all'appropriatezza prescrittiva e all'appropriata dispensazione, provenienti dall'attività di monitoraggio regionale, sul sito dell'AIFA (entro il 2020)
4. Pubblicazione di un rapporto annuale integrato sull'utilizzo di antibiotici in ambito umano e veterinario, che contenga anche correlazioni con i dati di antibiotico-resistenza, sul sito del Ministero della Salute (entro il 2020)
5. Definizione di un nuovo accordo SSN-farmacie per la prevenzione della salute pubblica per lo sviluppo di **campagne di prevenzione dell'uso scorretto degli antibiotici** (entro il 2018).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
fonte: http://burc.regione.campania.it

1. Individuazione di un referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. 100% delle regioni partecipanti allo sviluppo di un sistema per il monitoraggio dei dati relativi all'appropriatezza prescrittiva e all'appropriata dispensazione da parte delle farmacie territoriali (entro il 2018)
3. 100% delle regioni che forniscono i dati secondo gli indicatori riportati nella sezione "uso corretto degli antibiotici" per la predisposizione di un rapporto annuale sull'utilizzo di antibiotici, che contenga anche i dati relativi all'appropriatezza prescrittiva e all'appropriata dispensazione da parte delle farmacie territoriali (entro il 2019)
4. Predisposizione e pubblicazione di un report regionale annuale sull'uso di antibiotici a livello regionale, con dettaglio di dati per singoli prescrittori (entro il 2020)
5. Raccolta dei dati per il monitoraggio integrato umano-veterinario degli antibiotici e delle resistenze in ogni regione e loro trasmissione alla Istituzione centrale (entro il 2020).

La sorveglianza dei consumi degli antibiotici nel settore veterinario

Premessa

La sorveglianza del medicinale veterinario è attuata dalle Autorità competenti locali conformemente ai dettami delle norme vigenti (Decreto Legislativo del 6 aprile 2006, n. 193 e s.m.i), con l'obiettivo di valutare la tracciabilità degli antibiotici (controllo sull'intera filiera produttiva e distributiva) e l'uso corretto negli animali da reddito e da compagnia.

La sorveglianza si esplica attraverso attività di ispezione e verifica, in base al numero minimo di controlli previsti dalle norme vigenti e di indicatori di rischio e di valutazione di congruità dell'uso del medicinale veterinario, in ambiti diversi (ditte produttrici di medicinali veterinari; esercizi di attività di commercio all'ingrosso e di materie prime farmacologicamente attive; esercizi di attività di vendita diretta, comprese farmacie e parafarmacie; fabbricanti di premiscele per alimenti medicamentosi; impianti in cui vengono curati, allevati e custoditi professionalmente gli animali; medici veterinari liberi professionisti (LL.PP.) autorizzati alla tenuta delle scorte per attività zooiatrica).

Al fine dell'effettuazione omogenea e coordinata delle suddette attività, il Ministero della Salute ha emanato, con nota prot. n. DGSA/1466/P del 26 gennaio 2012, le Linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari. Tale documento fornisce *check-list* per l'effettuazione dei controlli ufficiali presso tutte le strutture soggette a verifiche di farmacosorveglianza.

Le Regioni e Province autonome predispongono, ai sensi dell'articolo 88 del decreto legislativo del 6 aprile 2006, n. 193, piani di sorveglianza sugli operatori della filiera del medicinale veterinario tenendo conto della significatività ed efficacia degli interventi da attuare e di indicatori di rischio.

La DGSAF supervisiona tale attività di controllo ufficiale valutandone l'appropriatezza, l'efficacia ed il rispetto delle frequenze in conformità ai dettami delle norme vigenti, quest'ultimo aspetto inserito tra gli indicatori per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Presso la DGSAF, inoltre, è stato istituito il "Gruppo di lavoro per il monitoraggio, la sorveglianza e il contenimento della resistenza agli antimicrobici dei batteri zoonotici e commensali" avente finalità di supportare la Direzione nella valutazione dell'andamento dell'AMR e nella programmazione di idonee politiche nazionali ed internazionali.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
fonte: http://burc.regione.campania.it

F partecipa al progetto ESVAC, che consente di i antimicrobici veterinari in maniera armonizzata tra gli SM. Il report ESVAC classifica l'Italia nei primi posti per vendite di antibiotici nel settore veterinario, e in quest'ultimo settore sia come vendite totale che come mg di sostanza attiva per kg di biomassa.

È utile precisare che, come riferisce la stessa EMA, i dati presentati in questo report devono essere interpretati con cautela in quanto le differenze nei sistemi di raccolta e di rendicontazione dei dati, nella composizione della popolazione animale e nei sistemi produttivi presenti tra i diversi Paesi, possono anche se loro parzialmente spiegare le differenze nelle vendite osservate tra i diversi Paesi. Al fine di ottenere dati reali di uso degli antimicrobici per singole specie/categorie e filiere produttive, la DGSAF ha sperimentato l'informatizzazione della tracciabilità dei medicinali veterinari, compresa la ricetta elettronica veterinaria, che porterà alla completa digitalizzazione della gestione dei medicinali veterinari, incrementando anche l'azione di farmacosorveglianza: in collaborazione con l'IZS dell'Abruzzo e del Molise, è stata sviluppata un applicazione web gratuita che riproduce elettronicamente il modello di prescrizione medico veterinaria, e a settembre 2015 è scattata la sperimentazione per validare il sistema sul campo.

La DGSAF ha anche finanziato un'importante progetto multidisciplinare, con l'intento di individuare e raccogliere indicatori utili per la categorizzazione delle aziende zootecniche in base al livello di rischio (sanitario, benessere animale e consumo di medicinale veterinario) nello sviluppo dell'AMR. Tale progetto permette di disporre di immediate e dirette informazioni circa gli aspetti relativi a: pratiche di allevamento, status sanitario storico ed attuale, biosicurezza e benessere animale, investigare in modo più approfondito la congruità dell'uso del medicinale veterinario, consentendo alle Autorità competenti la valutazione delle politiche adottate e/o da adottare di riduzione dell'utilizzo del medicinale veterinario per il contrasto del fenomeno dell'antimicrobico-resistenza.

I dati relativi all'attività di farmacosorveglianza, trasmessi a questo Ministero, entro il 31 marzo di ogni anno, dalle Regione e P.A. sono inseriti nella relazione annuale al Piano Nazionale Integrato, pubblicata sul portale del Ministero della Salute.

Anche tutti i report, compresi quelli relativi al monitoraggio sui volumi di vendita dei prodotti antimicrobici utilizzati in medicina veterinaria (progetto ESVAC) e quelli ottenuti in conformità ai dettami della decisione 2013/652/UE sono disponibili sul portale, in una sezione dedicata.

Ciò in quanto la piena condivisione di tali risultati con tutti gli attori della filiera del medicinale, sia esso veterinario che umano, rappresenta un importante tassello per la valutazione del rischio.

Stato dell'arte

Il monitoraggio esclusivo delle vendite degli antibiotici in Italia è stato avviato nel 2010 con la partecipazione al progetto ESVAC, cui aderiscono, allo stato attuale, 29 Nazioni europee (28 Stati Membri/Area economica europea più la Svizzera) e che fornisce i dati relativi alle vendite, in termini di confezioni, dei medicinali veterinari contenenti antimicrobici. In accordo a protocolli standardizzati, il dato così raccolto viene espresso come mg di ingrediente attivo venduto per la biomassa (*Population Correction Unit* – PCU), espressa in kg. Quest'ultima si fa ricondurre alla taglia della popolazione nazionale "a rischio" degli animali produttori di alimenti (allevati e macellati).

L'Italia si classifica tra le Nazioni con i volumi di vendita (mg/PCU) più alti (332.4), dopo Spagna e Cipro ma la strategia avviata tesa all'uso prudente degli antimicrobici ha permesso nel tempo una generale riduzione delle vendite, che nel 2013 si attestava al 29%. Nel 2014, invece, un incremento nelle vendite, unitamente a una diminuzione delle PCU ha comportato un rialzo.

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

principali forme farmaceutiche vendute sono le p i (36,22%). Le classi di molecole più vendute risultano essere le tetracicline (29% delle vendite totali) e le penicilline (26,6% delle vendite totali).

In merito ai *Critically Important Antimicrobials* (CIAs), i macrolidi e le polimixine rappresentano le principali classi vendute, mentre i valori delle cefalosporine di 3ª e 4ª generazione e dei fluorchinoloni rimangono pressoché stabili nel tempo, con livelli dello 0,1% e dello 0,6% sul totale delle vendite rispettivamente.

Gli obiettivi

La sorveglianza dei consumi degli antibiotici nel settore veterinario: gli obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Rafforzare il sistema di sorveglianza delle vendite e dell'uso dei medicinali veterinari in generale e degli antimicrobici in particolare

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Migliorare la tracciabilità del farmaco veterinario
- Migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacosorveglianza

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Rivalutare periodicamente (annualmente) i dati di vendita e/o consumo

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

AZIONI CENTRALI

a. Migliorare la tracciabilità del farmaco veterinario, attraverso **il Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica** sull'intero territorio nazionale (entro il 2018)
b. **Promuovere lo sviluppo e applicazione di strumenti** (quali linee guida, tool informatici e la definizione di DDDvet per antimicrobici e specie animali produttori di alimenti) **a supporto dell'attività di controllo ufficiale e autocontrollo** per la classificazione degli allevamenti in base al rischio di sviluppo, mantenimento e diffusione di batteri antibiotico-resistenti (entro il 2018)

a. **Analisi e disseminazione dei risultati relativi alla vendita e consumo degli antimicrobici** in ambito veterinario, attraverso l'elaborazione del report nazionale sui dati di vendita e consumo (entro il 2020)
b. **Diffusione della metodologia di calcolo e di valutazione del consumo dei medicinali veterinari per tipologia e consistenza di allevamento (**DDDvet, DCDvet o altri indicatori concordati con il livello centrale).

AZIONI REGIONALI

a. **Individuazione di un referente regionale** che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche, e che si coordini con il referente regionale per il consumo di antibiotici nel settore umano (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. **Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica** (entro il 2018)
c. **Utilizzo degli indicatori identificati dal livello centrale per l'attribuzione del livello di rischio degli allevamenti** nei confronti dell'antibiotico-resistenza e successivi interventi nell'ambito dei piani regionali di farmacosorveglianza (entro il 2020)

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

istema integrato umano-veterinario di monitoraggio c il 2020).

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Norma per obbligatorietà della tracciabilità dei medicinali veterinari (entro il 2018)
2. Messa a disposizione dell'applicativo sviluppato a tutte le regioni/P.A (entro il 2018)
3. Definizione dei criteri e delle modalità per la classificazione delle aziende zootecniche in base al livello di rischio per lo sviluppo e la diffusione di batteri antibiotico-resistenti (entro il 2020)
4. Pubblicazione del report nazionale, con dettaglio di dati per classi di molecole, per singole filiere produttive/categorie animali (entro il 2020)

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione di un referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Adesione al **Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica** (entro il 2018)
3. 100% delle regioni che forniscono i dati per la predisposizione di un rapporto annuale sull'utilizzo di antibiotici (a partire dal 2019)
4. Predisposizione e pubblicazione di un report regionale annuale sull'uso di antibiotici a livello regionale, con dettaglio di dati per singole filiere produttive (entro il 2020)
5. Raccolta dei dati per il monitoraggio integrato umano-veterinario degli antibiotici e delle resistenze in ogni regione e loro trasmissione alla Istituzione centrale (entro il 2019).

Il Piano Nazionale Residui

Premessa

Il Piano Nazionale Residui (PNR), predisposto annualmente dal Ministero della salute –DGSAN - ai sensi delle direttive europee 96/22/CE e 96/23/CE, prevede la ricerca di sostanze farmacologicamente attive (vietate, non autorizzate o autorizzate per l'impiego in medicinali veterinari) e contaminanti ambientali, attraverso l'analisi di campioni prelevati in fase di produzione primaria degli alimenti di origine animale ed interessa i diversi settori produttivi: bovino, suino, ovi-caprino, equino, avicolo, cunicolo, dell'acquacoltura, della selvaggina, del latte, delle uova e del miele.

I campionamenti vengono effettuati sia negli allevamenti che negli stabilimenti di prima trasformazione, come ad esempio i macelli o i centri di raccolta/imballaggio delle uova.

Il PNR rappresenta, quindi, uno strumento utile al fine di monitorare la presenza di antibiotici negli alimenti di origine animale e verificare, risalendo la filiera, il rispetto dei tempi di sospensione dei farmaci (o rilevare trattamenti non dichiarati e/o illeciti) attraverso la ricerca analitica dei residui di sostanze nei prodotti alimentari provenienti da animali trattati, e, in caso di non conformità, attraverso verifiche più approfondite in allevamento.

Il PNR prevede la ricerca dei residui di antibiotici nel muscolo (prelevato al macello) di bovini, suini, ovicaprini, equini, pollame, conigli e selvaggina allevata, nel muscolo di pesci allevati in acquacoltura (trote, specie eurialine), nel latte (vaccino, bufalino e ovicaprino), nelle uova e nel miele.

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

e l'attuazione del PNR è frutto della collaboraz

specifici ruoli e competenze, appartenenti a due livelli distinti:

- centrale, rappresentato dal Ministero della Salute e dal Laboratorio Nazionale di Riferimento per i residui;
- territoriale, costituito dagli Assessorati alla Sanità delle Regioni e Province Autonome, dalle ASL e dagli IIZZSS.

La DGSAN è responsabile del coordinamento di tutte le attività relative alla predisposizione e all'attuazione del PNR e rappresenta l'Autorità amministrativa competente nei confronti della Comunità Europea.

Il ruolo di coordinamento degli aspetti tecnico-scientifici del PNR è sostenuto dall'ISS, in qualità di Laboratorio Nazionale di Riferimento per i residui. Il Ministero della Salute, di concerto con il Laboratorio Nazionale di Riferimento per i residui e con le Regioni, predispone il PNR, secondo quanto disposto dalla normativa comunitaria e sulla base di eventuali specifiche richieste comunitarie, e lo dirama alle Regioni.

Le Regioni e le Province Autonome, tramite i Servizi Veterinari, che fanno capo agli Assessorati alla Sanità (tranne che per la provincia Autonoma di Bolzano, per la quale i Servizi Veterinari afferiscono all'Assessorato all'Agricoltura), ripartiscono i campioni tra le ASL, i cui Servizi Veterinari effettuano i prelievi.

I campioni raccolti vengono analizzati nei laboratori degli IIZZSS.

Sulla base dei risultati analitici, in caso di riscontro di residui di sostanze il cui impiego è vietato o quando il tenore di residui di sostanze autorizzate o di contaminanti ambientali sia superiore ai limiti stabiliti, vengono attivati adeguati interventi a tutela della salute pubblica, in accordo con quanto stabilito dal DLgs n. 158/2006, che recepisce le citate norme comunitarie.

Stato dell'arte

Nell'ambito del PNR la ricerca di antibiotici riveste un'importanza notevole: nel 2016, nell'ambito del Piano mirato, su un totale di 41.082 campioni totali analizzati per tutte le sostanze e le matrici previste, 13.763 campioni (33,5 %) sono stati analizzati per la ricerca di sostanze antibatteriche.

In tale attività sono stati riscontrati 18 campioni non conformi per presenza di sulfamidici (11 campioni – 61%), tetracicline (4 campioni – 22%), macrolidi (2 campioni – 11%), chinolonici (1 campione - 6 %). La metà dei campioni non conformi riguardava muscolo suino, seguito da quello di bovini (3 campioni) e volatili (3 campioni), da miele (2 campioni) e da latte (1 campione).

La percentuale di non conformità registrata nel 2016 per antibiotici (0,13 %), rispetto al numero totale di campioni analizzati per questa categoria di sostanze, si posiziona su valori che si mantengono costanti negli anni.

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

La sorveglianza dei residui degli antibiotici negli alimenti di origine animale: obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Sorveglianza del rispetto dei tempi di sospensione degli antibiotici nel settore zootecnico

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018).

- Predisposizione ed attuazione di piani di controllo annuali

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Aggiornamento del Piano annuale, anche sulla base delle evidenze dell'AMR in medicina umana

Le azioni

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

AZIONI CENTRALI

a. Attività di sorveglianza dei residui di antibiotici negli alimenti con rivalutazione periodica delle ricerche previste nel PNR attraverso (a partire dal 2017):
   - la collaborazione tra Uffici/Direzioni Generali del Ministero al fine di acquisire dati in merito alla diffusione dei farmaci e alle risultanze derivanti dalle attività di farmacosorveglianza
   - l'organizzazione di riunioni periodiche tra Ministero, ISS, IIZZSS, Regioni
   - le riunioni del Gruppo di lavoro tecnico istituito presso il Ministero della Salute.

AZIONI REGIONALI

a. **Individuazione di un referente regionale**, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. Partecipazione alle riunioni presso il Ministero della salute
c. Trasposizione degli aggiornamenti condivisi del PNR nei Piani regionali (a partire dal 2017)
d. Coordinamento delle attività a livello locale e supervisione dell'implementazione del Piano.

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Predisposizione annuale del Piano nazionale per la ricerca dei residui nei prodotti di origine animale comprendente la ricerca di antibiotici, individuati anche sulla base delle informazioni provenienti dalla DGPREV e DGSAF
2. riunione annuale di coordinamento tra le Amministrazioni.

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione del referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Implementazione del Piano a livello regionale.

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

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Premessa

Tra le attività di prevenzione e controllo delle infezioni da microrganismi resistenti, la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ha un ruolo centrale.

Il rischio infettivo associato all'assistenza ha un ruolo centrale anche nell'ambito dei diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria: tale rischio, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre una infezione, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento con possibili ripercussioni sull' epidemiologia di queste infezioni anche in comunità. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e tale evento può verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, *day-hospital/day-surgery*, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali.

Queste infezioni hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo un rapporto dell'OMS[23], le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso. In Europa, le ICA provocano ogni anno 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza, 37.000 decessi attribuibili e 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa. I costi vengono stimati in approssimativamente € 7 miliardi, considerando i soli costi diretti.

Uno studio recentissimo pubblicato dall'ECDC[24] evidenzia come le sei principali infezioni correlate all'assistenza (infezioni urinarie, polmoniti, batteriemie, infezioni del sito chirurgico, infezioni da Clostridium difficile e sepsi neonatali) comportino una perdita significativa di anni di vita: 501 *Disability-adjusted life year* (DALYs) per 100.000 abitanti ogni anno, contro 260 DALY per 32 malattie infettive notificabili, considerate cumulativamente.

Le ICA sono un fenomeno frequente: un recente studio nazionale di prevalenza, condotto utilizzando il protocollo dell'ECDC, ha rilevato una frequenza di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nel corso dell'assistenza domiciliare, 1 paziente ogni 100 contrae una ICA[25]. Lo studio di prevalenza europeo aveva rilevato una prevalenza pari al 6%[26]. La diffusione del fenomeno dell'AMR ha reso ancora più problematica la gestione delle ICA a causa delle maggiori difficoltà di trattamento quando causate da un germe resistente, che si riflettono in un ulteriore incremento dell'impatto clinico ed economico di queste infezioni.

---

[23] *WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. World Health Organization, 2011*

[24] Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, Abu Sin M, Blank HP, et al. (2016) Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. PLOS Medicine 13(10): e1002150. doi: 10.1371/journal.pmed.1002150

[25] Ricchizzi E, Morsillo F, Buttazzi R, Pan A, Gagliotti C, Morandi M, Marchi M, Cappelli V, Parenti M, Moro ML. Studio di prevalenza europeo su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti. Rapporto nazionale. http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/studio-prevalenza-europeo-ICA-ospedali-acuti

[26] European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

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

sono prevenibili, ma si stima attualmente che il 50%[27,28]. Per alcune infezioni, per le quali sia stato dimostrato che la frazione prevenibile è elevata, ogni singola infezione dovrebbe essere considerata come un evento avverso dell'assistenza, da prevenire con azioni specifiche (la cosiddetta "*zero tolerance*")[29]. La prevenzione e il controllo delle ICA rappresentano, quindi, degli interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.

Anche le strategie vaccinali sulla popolazione o su specifiche popolazioni a maggior rischio, possono giocare un ruolo nella prevenzione delle infezioni virali (per esempio influenza o morbillo) e batteriche (ad esempio pneumococco), per ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza e la circolazione di ceppi antibiotico-resistenti, e per contenere il consumo di farmaci e, in particolare, antibiotici. Tuttavia, questa strategia di prevenzione rappresenta un esito dei programmi vaccinali stessi, cui è dedicato uno specifico Piano nazionale di prevenzione vaccinale.

Stato dell'arte

Il primo studio nazionale di prevalenza risale al 1983 e la prima Circolare di Lotta alle infezioni ospedalieri al 1985.

Negli anni successivi, a partire dal 2006, il CCM ha finanziato diversi progetti nazionali, mirati a costruire una rete collaborativa tra regioni per l'attivazione di sistemi di sorveglianza, la condivisione di raccomandazioni per le pratiche assistenziali, l'attivazione di una campagna nazionale per promuovere l'igiene delle mani.[30]

Nel corso del primo progetto ("Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria – Progetto INF-OSS", 2006-2008): a) sono stati definiti i protocolli per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) e per la sorveglianza in terapia intensiva, ed è stato creato l'archivio nazionale delle ISC; b) è stata condotta una indagine nazionale sullo stato dei programmi di controllo; c) è stato definito un documento di raccomandazioni sulle pratiche assistenziali standard (Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza).

Nel corso del secondo e terzo progetto ("Sicurezza del paziente: il rischio infettivo", 2008-2010): a) è stata coordinata la campagna nazionale "Cure pulite sono cure più sicure"; b) è stato elaborato un documento di indirizzo per la sorveglianza degli *alert organisms*; c) è stata predisposta una pagina web dedicata alla sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA); d) è stato attivato il sistema nazionale di sorveglianza delle ISC, che comprende il trasferimento dei dati all'ECDC; e) è stata valutata la fattibilità di un sistema nazionale delle ICA in terapia intensiva basato sull'integrazione di dati provenienti dai sistemi già esistenti.

Dal 2010, è stato assicurato il sostegno alle attività centrali di sorveglianza della ICA, continuando a coordinare le attività di sorveglianza a livello nazionale e assicurando l'invio annuale dei dati all'ECDC.

Nel 2011, nell'ambito di un progetto finanziato dal CCM, è stato elaborato un documento di linee guida per la prevenzione delle infezioni da *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina-MRSA.

---

[27] Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. J Hosp Infect 2003; 54: 258–266

[28] Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011 Feb;32(2):101-14.

[29] 8. Fraser V. Zero: What Is It, and How Do We Get There? ICHE 2009, vol. 30: 67-70

[30] http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/Indice_A...Z/i/infezioni-attivita-nazionale

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

tà hanno consentito di promuovere la diffusione , come testimoniato dalla indagine nazionale portata avanti nel 2007, che però ha contestualmente evidenziato una grande variabilità tra regioni nella capacità di governo delle ICA. La diffusione drammatica di ceppi di *Klebsiella* produttori di carbapenemasi (KPC), osservata in Italia a partire dal 2011, e la bassa adesione alla igiene delle mani, fotografata dall'ultima indagine di prevalenza nazionale negli ospedali per acuti, indicano la necessità di promuovere una maggiore capacità di controllo delle ICA in tutte le regioni e in tutti i contesti assistenziali.

Gli obiettivi

Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): gli obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Promuovere l'adozione in tutte le regioni di misure di dimostrata efficacia per la prevenzione delle ICA e dimostrare la riduzione della incidenza di queste infezioni nel tempo

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018).

- Armonizzare a livello nazionale le strategie per la prevenzione e il controllo delle ICA, integrandole con quelle per l'uso appropriato di antibiotici
- Rendere specifici e sostenibili i programmi di controllo nei diversi ambiti assistenziali
- Migliorare le conoscenze e il livello di consapevolezza delle figure addette al controllo delle infezioni, dei referenti di reparto e degli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020).

- Migliorare e adeguare costantemente alle evidenze scientifiche disponibili il livello di efficacia delle misure di prevenzione e controllo delle ICA
- Armonizzare a livello nazionale le strategie di intervento su temi prioritari, (igiene delle mani, prevenzione delle CPE, ecc.)

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

AZIONI CENTRALI

a. **Predisposizione di un Piano Nazionale per la prevenzione e il controllo delle ICA**, aggiornato e valutato a intervalli predefiniti (ogni 3 anni) che individui priorità/azioni/ standard e indicatori; comprenda tutti i diversi contesti assistenziali (ospedale, strutture residenziali, assistenza domiciliare, ambulatori); includa indicazioni su come integrare azioni mirate a monitorare e a prevenire la trasmissione di infezioni e la diffusione di microrganismi resistenti con azioni per il buon uso degli antibiotici; integri il Piano nazionale di Sorveglianza delle ICA; includa azioni per la comunicazione ai cittadini/ pazienti (entro il 2018)
b. Identificazione delle **istituzioni responsabili delle diverse fasi di attuazione** (Diverse DG del Ministero della Salute, ISS, AGENAS) del Piano **e le risorse necessarie** (entro il 2018)
c. Identificazione e messa in atto di **azioni utili a promuovere l'implementazione** del piano di contrasto delle ICA, in particolare (entro il 2018):
    - definizione di una metodologia comune di valutazione del criterio relativo al controllo delle ICA previsto dall'accordo Stato-Regioni sull'accreditamento

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

iare una lista di indicatori per monitorare l'adesione al
nazionale e selezionare quelli da includere nella griglia di valutazione dei LEA per monitorare le azioni regionali di controllo delle ICA

d. Definizione del core minimo di competenze, attività e relative risorse necessarie per l'attuazione dei programmi di controllo nei diversi ambiti assistenziali (entro il 2018)[31]
e. Attivazione di programmi formativi specifici (vedere capitolo sulla formazione) (entro il 2018).
f. Emanazione di raccomandazioni nazionali per le misure di prevenzione e controllo delle ICA di efficacia dimostrata (entro il 2020):
    - Censimento delle linee guida regionali già esistenti e loro utilizzo per la stesura di documenti nazionali
    - Aggiornamento delle linee guida già esistenti (ad es. Compendio delle misure per il controllo delle ICA e prevenzione e controllo delle infezioni da MRSA)
    - Individuazione delle aree che necessitano di specifiche raccomandazioni/Linee Guida nazionali, secondo una scala di priorità (entro 2018)
    - Predisposizione delle raccomandazioni/Linee Guida nazionali su temi specifici e aggiornamento periodico
g. Implementazione di programmi nazionali di intervento su temi prioritari, quali (entro il 2019):
    - Promozione dell'igiene delle mani in ambito ospedaliero, nelle strutture residenziali, in comunità (entro 2018)
    - Prevenzione e controllo della trasmissione di infezioni sostenute da Enterobatteri multi-resistenti
    - Altri temi prioritari (altri MDRO, batteriemie associate a CVC, infezioni del sito chirurgico, infezioni urinarie da catetere, VAP).

AZIONI REGIONALI

a. Individuazione di un referente regionale che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. Contribuire alla stesura del Piano nazionale (entro il 2018)
c. Predisporre un piano regionale collegato con il Piano nazionale (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale), con standard e indicatori, da aggiornare ogni 3 anni (entro il 2018)
d. Contribuire alla definizione di una metodologia comune per la valutazione del criterio per l'accreditamento delle strutture (entro il 2018)
e. Contribuire alla individuazione degli indicatori per il controllo delle ICA da introdurre nella griglia LEA (entro il 2018)
f. Emanare un documento regionale sull'organizzazione per il controllo delle ICA, che identifichi in ogni azienda un comitato ed un referente per il buon uso degli antibiotici (entro il 2018)
g. Partecipare attivamente ai programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)
h. Monitorare e valutare l'adozione dei piani regionali da parte delle strutture e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Predisposizione del Piano Nazionale per la prevenzione e il controllo delle ICA (entro il 2018)
2. Condivisione del Piano nazionale per la prevenzione e il controllo delle ICA nella Conferenza Stato-Regioni (entro il 2018)

[31] Per implementare un piano di contrasto alle infezioni correlate all'assistenza a livello locale, è indispensabile disporre di risorse sufficienti: risorse umane dedicate, adeguate a garantire il raggiungimento degli standard minimi correnti e gli obiettivi di sviluppo annuali ed opportunamente formate; collaborazione operativa di alcuni servizi quali la microbiologia e la farmacia; rete di referenti nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali; supporto informativo e statistico, ecc..

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

a promuovere l'armonizzazione tra le regioni del cr e relativamente al controllo delle ICA (entro il 2018)

4. Individuazione di una lista di indicatori da includere nella griglia di valutazione dei LEA per monitorare le azioni regionali di controllo delle ICA, coerenti con il Piano nazionale (entro il 2018).
5. Documento di programmazione delle linee guida nazionali sul controllo delle ICA (entro il 2018).
6. Attivazione del programma nazionale per promuovere l'igiene delle mani in tutti gli ambiti assistenziali (entro il 2019).

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione del referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Recepimento del Piano Nazionale prevenzione e controllo delle ICA attraverso un piano regionale che identifichi le istituzioni responsabili e le risorse necessarie (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
3. Recepimento nel sistema di accreditamento delle indicazioni sulla valutazione del criterio relativo al programma di controllo delle ICA (entro il 2018)
4. Partecipazione alla individuazione degli indicatori per il controllo delle ICA da introdurre nella griglia LEA (entro il 2018)
5. Adesione attiva al programma nazionale di promozione dell'igiene delle mani (entro il 2019).

Misure per la prevenzione delle malattie infettive e delle zoonosi

Stato dell'arte

Il principio di migliorare la salute animale anche attraverso una corretta gestione sanitaria dell'allevamento e l'adozione di misure di biosicurezza, perché *"prevenire è meglio che curare"* è stato sancito dalla comunicazione del 19 settembre 2007 relativa ad una nuova strategia per la salute degli animali nell'UE.

Con il Regolamento (UE) n. 2016/429 relativo alle malattie animali trasmissibili (*Animal Health Law*), i microrganismi diventati resistenti agli antimicrobici sono stati equiparati alle malattie trasmissibili, per cui è opportuno e necessario adottare norme specifiche per la loro prevenzione e controllo.

L'applicazione dei principi fondamentali di buona *governance* in materia di sanità animale e di buone prassi di allevamento può contribuire a prevenire e/o ridurre l'introduzione, lo sviluppo e la diffusione di malattie animali, anche quelle trasmissibili da e all'interno di una popolazione animale, massimizzando il numero di animali sani e, quindi, riducendo al minimo la necessità dell'uso degli agenti antimicrobici.

In particolare, la biosicurezza rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione, unitamente all'adozione di programmi di sorveglianza, eradicazione e controllo delle malattie. Questi programmi abbracciano una vasta gamma di misure che includono, tra l'altro, anche programmi di vaccinazione, che rappresentano uno strumento efficace nell'ambito degli sforzi volti a combattere la resistenza agli antimicrobici in quanto possono contribuire a limitare l'insorgenza delle malattie e, quindi, l'impiego degli antimicrobici.

La sanità animale, a sua volta, è interconnessa con il benessere degli animali: *"Una migliore sanità animale favorisce un maggior benessere degli animali, e viceversa"*. Un buono stato di salute, infatti, aiuta l'animale a mantenere la sua resistenza naturale contro le malattie e una buona salute è un prerequisito essenziale per garantire condizioni di benessere animale.

Ciò assume importanza anche da un punto di vista di produttività, sicurezza degli alimenti e salute pubblica.

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

liramato, a tutti i soggetti coinvolti, in modalità di

del medicinale veterinario, il Manuale di Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia che fornisce indicazioni generali relative alle buone pratiche di allevamento, principalmente misure di biosicurezza e di igiene, per alcune specie animali (suini, avicoli e cunicoli), al fine di ridurre l'incidenza delle malattie infettive.

In continuità con tale percorso, sono in fase di discussione in seno alla sezione per la Farmacosorveglianza dei medicinali veterinari – Comitato Tecnico per la Nutrizione e la Sanità Animale, le "Linee guida per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza". Tali Linee guida promuovono un approccio olistico, intersettoriale, collaborativo e multidisciplinare, coinvolgendo differenti uffici competenti in materia di sanità animale, benessere animale, alimentazione animale e medicinali veterinari. Esse si prefiggono l'obiettivo di identificare e proporre specifici indicatori di biosicurezza, benessere animale, uso consapevole e razionale degli agenti antimicrobici, anche attraverso il loro impiego in mangimi e acqua di abbeverata.

Gli obiettivi

Misure per la prevenzione delle malattie infettive e delle zoonosi: Obiettivi

Obiettivo/i generale/

- Rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni in ambito veterinario

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Promuovere l'attuazione di programmi nazionali di prevenzione e controllo delle malattie
- Promuovere l'adozione di buone pratiche nella corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito
- Promuovere l'impiego di trattamenti alternativi agli antimicrobici (presidi immunizzanti e non)

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Ridurre il rischio infettivo nelle aziende zootecniche

Le azioni

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

AZIONI CENTRALI

a. **Predisporre e aggiornare periodicamente Linee guida per la corretta gestione degli allevamenti** di animali da reddito al fine di prevenire le infezioni/epidemie, ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza, in collaborazione con Regioni/Organizzazioni/Associazioni, valorizzando eventualmente documenti già esistenti e predisposti secondo i principi sull'uso prudente degli antibiotici divulgati a livello europeo e/o internazionale (entro il 2018)
b. **Rivalutare periodicamente (annualmente) la lista delle malattie/patogeni** da sottoporre a sorveglianza, al fine di mettere in atto azioni di prevenzione mirate e attuali (entro il 2018)
c. Perfezionare e implementare l'utilizzo **dello strumento informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio** quale strumento idoneo a valutare l'utilizzo e il consumo appropriato di antimicrobici negli allevamenti (entro il 2018)
d. **Classificare l**e aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio (entro il 2019)
e. **Attivare un piano di verifica** mediante la (entro il 2019):

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

di un di gruppo multidisciplinare di esperti addetti alle essere per la prevenzione delle infezioni/epidemie ed il contrasto dell'antibiotico-resistenza

- definizione di una procedura operativa e di check-list per il controllo

AZIONI REGIONALI

a. **Individuazione di un referente regionale**, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. Condivisione delle Linee guida per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito (entro il 2018)
c. Progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema (entro il 2018)
d. Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2019).

Indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Documento di Linee guida nazionali sulla corretta gestione degli animali da allevamento (entro il 2018)
2. Predisposizione e aggiornamento periodico della lista delle malattie/patogeni da sottoporre a sorveglianza (entro il 2018)
3. Individuare dei criteri e predisposizione dello strumento informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende (entro il 2018)
4. Attivazione del piano di verifica (entro il 2019)

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione del referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Adozione delle Linee guida nazionali (entro il 2018)
3. Aziende zootecniche integrate nel sistema (entro il 2018).

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

Premessa

La selezione di microrganismi antibioticoresistenti è strettamente correlata alla pressione antibiotica: in tutti gli ambiti nei quali si utilizzano antibiotici, l'introduzione di ogni nuovo farmaco è stata accompagnata, dopo un periodo di tempo più o meno lungo, dalla comparsa di microrganismi resistenti a quell'antibiotico. Lo stesso Sir Alexander Fleming, in una intervista successiva alla vincita del Premio Nobel nel 1945 per la scoperta della penicillina, ammoniva "*Chiunque giochi con la penicillina senza pensare alle conseguenze è moralmente responsabile del decesso di chi morirà per una infezione sostenuta da un microrganismo resistente alla penicillina.*"

Dal 1945 in poi, la relazione strettissima tra uso di antibiotici e prevalenza di antibiotico-resistenza è stata documentata innumerevoli volte, in tutti gli ambiti di utilizzo. È stato anche documentato nel corso degli anni l'uso inappropriato di antibiotici, soprattutto per il trattamento di infezioni virali in comunità, ma anche per la profilassi o il trattamento delle infezioni in ospedale o nelle strutture residenziali o per profilassi e terapia in ambito veterinario.

Rispetto ad altri farmaci, l'uso inappropriato di antimicrobici pone questioni particolari di natura clinica ed etica, poiché contribuisce alla selezione di ceppi resistenti e a rendere inefficace il farmaco con conseguenze sui pazienti e sull'intera collettività. Il ruolo dei professionisti che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa e pertanto va promosso e sviluppato, così come è divenuto sempre più rilevante il ruolo dei cittadini e dei pazienti, non solo nella gestione del proprio percorso di cura ma anche ai fini della tenuta dell'intero sistema.

La risoluzione "Un'assistenza sanitaria più sicura in Europa: migliorare la sicurezza del paziente e combattere la resistenza antimicrobica (2014/2207(INI))", approvata dal Parlamento europeo il 19 maggio 2015, rappresenta un elemento molto importante nel ricapitolare gli elementi di visione strategica per la promozione dell'uso corretto e responsabile degli antimicrobici.

È possibile ridurre l'uso inappropriato di antibiotici attraverso programmi nazionali di contrasto all'antibiotico-resistenza, basati su attività di sorveglianza, strumenti di governo (*stewardship*), formazione degli operatori e informazione dei cittadini, il tutto accompagnato dalla definizione delle risorse necessarie, del mandato e della infrastruttura. I risultati dei programmi attivati in diversi paesi europei sono incoraggianti[32,33]

Anche in ambito veterinario l'uso prudente ha la sua rilevanza sia per la salute animale che pubblica. Esso è definito dal Codice Terrestre dell'OIE come una serie di misure pratiche e di raccomandazioni che conferiscono benefici alla salute animale e pubblica, e dall'OMS come l'uso di antimicrobici che massimizza l'effetto terapeutico e minimizza lo sviluppo dell'antimicrobico-resistenza. In pratica, attraverso un "uso prudente" è possibile preservare e conservare l'efficacia terapeutica e la sicurezza degli antimicrobici; mantenere gli animali in salute; prevenire e/o ridurre la selezione di microrganismi resistenti, il trasferimento di determinanti di resistenza; mantenere l'efficacia degli antimicrobici usati in medicina umana; prevenire la contaminazione di alimenti di origine animale con residui che eccedono i Limiti

[32] Monnet D, Kristinsson K. Turning the tide of antimicrobial resistance: Europe shows the way. Euro Surveill 2008;13, pii. 19039.
[33] http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/guidance-infection-prevention-control/Pages/antimicrobial-resistance-strategies-action-plans.aspx

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

proteggere la salute del consumatore assicurand

animale, sia in termini di residui che di trasferimento di microrganismi resistenti all'uomo.

Uso corretto degli antibiotici in ambito umano

Stato dell'arte

Per ridurre l'uso inappropriato di antibiotici sono necessari programmi di intervento che includano diverse componenti, quali:

- il monitoraggio dei consumi (da questo punto di vista gli strumenti di misurazione dei consumi degli antimicrobici OsMed- AIFA disponibili in Italia si attestano come sistemi di importanza strategica),
- la definizione di linee guida supportate da evidenze scientifiche,
- l'attivazione di programmi di *antimicrobial stewardship* e la disponibilità di risorse dedicate per tali programmi,
- l'informazione ai cittadini attraverso campagne sull'uso prudente degli antibiotici,
- la sorveglianza delle reazioni avverse per mancata efficacia[34],
- interventi regolatori per promuovere l'uso appropriato degli antibiotici.

L'ECDC ha recentemente elaborato, su mandato della Commissione Europea, una proposta di linee guida per l'uso prudente di antibiotici in ambito umano, nella quale vengono date indicazioni sulle azioni prioritarie da attivare a livello internazionale, nazionale e locale[35].

Un ambito nel quale sono necessari interventi specifici per l'utilizzo appropriato di antibiotici è quello ospedaliero. Numerose società scientifiche e istituzioni internazionali hanno emanato indicazioni per l'attivazione di programmi di *antimicrobial stewardship* in ospedale. Particolarmente rilevante è l'esperienza della TATFAR che, nell'ambito appunto della collaborazione Europa-USA per la lotta all'AMR, ha definito un set di indicatori utili a monitorare i programmi di *antimicrobial stewardship* in ospedale.[36]

Gli elementi essenziali di programmi di *antimicrobial stewardship* secondo l'IDSA e l'ECDC sono[22, 37]:

- la istituzione di un gruppo multidisciplinare con la responsabilità di definire le politiche di governo dell'uso responsabile di antibiotici, in armonia con le politiche di controllo delle infezioni, e di un team operativo per la loro attuazione
- l'implementazione di raccomandazioni e linee guida nazionali per la profilassi, la diagnosi e la terapia delle infezioni, periodicamente aggiornate con un sistema di valutazione della loro adozione
- la registrazione nella documentazione sanitaria della indicazione, del farmaco, della dose e durata del trattamento antibiotico
- il monitoraggio del consumo dei farmaci sulla base dei dati amministrativi
- i programmi di audit e feed-back dell'appropriatezza delle prescrizioni

[34] EMA/873138/2011 Guideline on Good Pharmacovigilance Practice module VI-management and reporting of adverse reactions to medicinal products, par. VI.B.6.4

[35] ECDC. Proposals for draft EU guidelines on the prudent use of antimicrobials in human medicine. 2016. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/draft-EU-guidelines-prudent-use-antimicrobials-human-medicine.pdf

[36] Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR). Summary the modified Delphi process for common structure and process indicators for hospital antimicrobial stewardship programs, 2015. https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/summary_of_tatfar_recommendation_1.pdf

[37] Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, MacDougall C, Schuetz AN, Septimus EJ, Srinivasan A, Dellit TH, Falck-Ytter YT, Fishman NO, Hamilton CW, Jenkins TC, Lipsett PA, Malani PN, May LS, Moran GJ, Neuhauser MM, Newland JG, Ohl CA, Samore MH, Seo SK, Trivedi KK. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis. 2016 May 15;62(10):e51-77. doi: 10.1093/cid/ciw118.

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

imento di tutte le competenze e servizi essen i specialisti infettivologi, la microbiologia clinica ed i farmacisti sia ospedalieri sia territoriali. Gli specialisti infettivologi esercitano un ruolo di indirizzo clinico terapeutico sulla migliore gestione degli antibiotici sia a livello delle specifiche Unità Operative che consulenziale presso tutti i reparti clinici; partecipano attivamente alle riunioni dei CIO e svolgono un fondamentale ruolo nella informazione, formazione e aggiornamento dei clinici sul buon uso degli antibiotici. La microbiologia clinica ha un ruolo rilevante nella definizione delle procedure diagnostiche, inclusi i test rapidi, nella comunicazione con le unità operative cliniche per consulenza su scelta, tipologia, modalità di raccolta e gestione dei campioni, nella restituzione dei dati sulla sensibilità/resistenza agli antibiotici e assistenza per la loro corretta interpretazione. Le farmacie sia ospedaliere sia in comunità devono collaborare attivamente al programma con l'informazione ai pazienti sull'uso di antibiotici, la notifica degli eventi avversi, la partecipazione alle campagne informative, la consulenza a pazienti e operatori sanitari su controindicazioni e interazioni; per le farmacie ospedaliere è importante anche la collaborazione agli audit sulla appropriatezza delle prescrizioni, la consulenza su dosaggio, preparazione e somministrazione, il monitoraggio dell'uso degli antibiotici

- potenziamento dei servizi diagnostici microbiologici e di una diagnostica rapida per l'identificazione dei patogeni e delle resistenze
- la formazione di medici ospedalieri e di famiglia, infermieri, farmacisti e personale di laboratorio. La formazione sull'uso appropriato dei farmaci antimicrobici è un aspetto fondamentale di tutti i programmi di *antimicrobial stewardship* e deve essere attuata utilizzando metodi che consentano l'attivo coinvolgimento dei professionisti e siano più efficaci nel produrre cambiamenti nel comportamento prescrittivo
- la valutazione del programma sulla base di indicatori relativi al consumo di antibiotici ed alle resistenze.

Alcune attività volte a ridurre il consumo e l'uso inappropriato di antibiotici in ambito umano e veterinario sono state realizzate nel nostro Paese e sono descritte in altri capitoli del presente Piano, quali l'adesione alla campagna di comunicazione promossa annualmente dall'ECDC e la predisposizione di Linee guida profilassi chirurgica peri-operatoria.

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

Uso corretto degli antibiotici in ambito umano: obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Promuovere l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici con conseguente riduzione delle resistenze associate

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Armonizzare a livello nazionale le strategie per l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano, integrandole con quelle di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, a livello ospedaliero, residenziale e comunitario, tenendo conto delle indicazioni dell'ECDC e di altre linee guida nazionali/internazionali di riferimento
- Rendere specifici e sostenibili i programmi di *antimicrobial stewardship* nei diversi ambiti assistenziali.
- Migliorare le conoscenze e il livello di consapevolezza sull'uso appropriato di antibiotici in tutti gli ambiti assistenziali e per tutte le figure assistenziali (vedere capitolo sulla formazione)
- Promuovere nei cittadini la consapevolezza dell'importanza di un uso responsabile di antibiotici (vedere capitolo sulla comunicazione)
- Assicurare meccanismi di governo dei nuovi antibiotici al momento della loro introduzione sul mercato

OBIETTIVI A MEDIO/LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Migliorare e adeguare costantemente alle evidenze scientifiche disponibili le indicazioni nazionali sull'uso appropriato di antibiotici per la profilassi e il trattamento delle infezioni, che tengano conto della epidemiologia delle antibiotico-resistenze in comunità, strutture residenziali per anziani, ospedale
- Promuovere e supportare la prescrizione appropriata anche mediante potenziamento della diagnostica microbiologica per le infezioni da patogeni antibiotico-resistenti
- Promuovere interventi utili a ridurre il fenomeno dell'utilizzo di antibiotici "avanzati" a domicilio
- Armonizzare a livello nazionale le strategie di intervento su temi prioritari (infezioni delle alte vie respiratorie, infezioni urinarie, utilizzo inappropriato di fluorochinoloni, ecc.

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

A LIVELLO CENTRALE

a. **Aggiornamento e valutazione a intervalli predefiniti (ogni 3 anni)** del Piano nazionale per l'uso appropriato degli antibiotici che individui priorità/azioni/ standard e indicatori; comprenda tutti i diversi contesti assistenziali (territorio, ospedale, strutture residenziali); includa indicazioni su come integrare azioni mirate per il buon uso degli antibiotici con azioni per prevenire la diffusione di infezioni; includa azioni per la comunicazione ai cittadini/ pazienti (entro il 2018)
b. Identificazione del**le istituzioni responsabili delle diverse fasi di attuazione** (Ministero della Salute, ISS, AIFA, AGENAS) **e le risorse necessarie** (entro il 2018)
c. Definizione del **core minimo di competenze, attività e relative risorse** necessarie per l'attuazione di programmi di *antimicrobial stewardship* nei diversi ambiti assistenziali (entro il 2018)
d. Identificazione e messa in atto di **azioni utili a promuovere l'implementazione** del piano nazionale per l'uso appropriato di antibiotici, in particolare (entro il 2018):
    - promuovere programmi formativi per assicurare la disponibilità di un numero sufficiente di esperti di programmi di *antimicrobial stewardship*
    - favorire la disponibilità di supporto microbiologico adeguato attraverso un potenziamento dei servizi di diagnostica microbiologica e la promozione dell'uso di test per la diagnosi rapida dei patogeni

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

sabili e del loro profilo di antibiotico-resistenza nel luog
la diagnosi di infezione da streptococco β-emolitico negli ambulatori pediatrici)
- individuare una lista di indicatori per monitorare l'adesione alle politiche e strategie indicate dal Piano nazionale e selezionare quelli da includere nella griglia di valutazione dei LEA per monitorare le azioni regionali di promozione dell'uso appropriato di antibiotici

e. Emanazione di raccomandazioni nazionali per l'uso appropriato di antibiotici (entro il 2020):
   - aggiornamento delle linee guida già esistenti a livello nazionale (profilassi antibiotica peri-operatoria) sulla base dei dati di sorveglianza e delle più recenti evidenze scientifiche
   - individuazione delle aree che necessitano di specifiche raccomandazioni/Linee Guida nazionali, secondo una scala di priorità
   - predisposizione delle raccomandazioni/Linee Guida nazionali su temi specifici e aggiornamento periodico
f. Promozione della diffusione nella pratica di tecnologie informatiche utili a supportare la prescrizione appropriata (alert, sistemi esperti, cartelle cliniche informatizzate con sistemi di prescrizione elettronica, ecc.) (entro il 2020)
g. Promozione di interventi utili a ridurre il fenomeno dell'utilizzo di antibiotici "avanzati" a domicilio da precedenti prescrizioni (numero di dosi per confezione corrispondente alla prescrizione, vendita di dosi unitarie, ecc.) (entro il 2020)
h. Implementazione di programmi nazionali di intervento su temi prioritari, quali (entro il 2019):
   - promozione dell'uso appropriato di antibiotici nelle infezioni delle alte vie respiratorie, sia in età pediatrica che negli adulti,
   - promozione dell'uso appropriato di antibiotici nelle infezioni delle basse vie urinarie,
   - promozione dell'uso appropriato di antibiotici per la profilassi antibiotica peri-operatoria (entro 2018)
   - altri temi identificati come prioritari (ad esempio uso inappropriato di fluorochinoloni).
i. Sviluppo di sorveglianze specifiche (ad es. la sorveglianza della profilassi antibiotica peri-operatoria[38]) che possano fornire dati utili al monitoraggio di programmi di intervento nazionali su temi prioritari (entro il 2019)

AZIONI REGIONALI

a. Individuazione di un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. Contributo all'implementazione degli aggiornamenti a stesura del Piano nazionale (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)
c. Predisposizione di un piano regionale collegato con il Piano nazionale (integrato con il PRP e il programma di controllo delle infezioni correlate all'assistenza), con standard e indicatori, da aggiornare ogni 3 anni (entro il 2018)
d. Partecipazione alla individuazione degli indicatori per l'uso appropriato di antibiotici da introdurre nella griglia LEA (entro il 2018)
e. Emanazione di un documento regionale sull'organizzazione per l'*antimicrobial stewardship* (entro il 2018)
f. Partecipazione attiva ai programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)
g. Promozione della diffusione nella pratica di tecnologie informatiche utili a supportare la prescrizione appropriata (a livello ospedaliero: alert, sistemi esperti, cartelle cliniche informatizzate con sistemi di prescrizione elettronica, ecc.) (entro il 2020)
h. Implementazione, a livello territoriale, di sistemi per il monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica a livello di singolo prescrittore e della pratica degli audit (clinici ed organizzativi) sulla prescrizione di antibiotici (entro il 2019).

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

[38] European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review and evidence-based guidance on perioperative antibiotic prophylaxis. Stockholm: ECDC; 2013

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

1. Condivisione del Piano nazionale di promozione dell'uso appropriato di antibiotici nella Conferenza Stato-Regioni (entro il 2018)
2. Documento di programmazione delle linee guida nazionali sull'uso appropriato di antibiotici (entro il 2018)
3. Attivazione del programma nazionale per promuovere l'uso appropriato di antibiotici nelle infezioni delle alte vie respiratorie (entro il 2019)
4. Predisposizione degli aggiornamenti del Piano nazionale di promozione all'uso appropriato di antibiotici.

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione del referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Recepimento del piano nazionale attraverso un piano regionale che identifichi le istituzioni responsabili e le risorse necessarie (entro il 2018)
3. Partecipazione alla individuazione degli indicatori sull'uso appropriato di antibiotici da introdurre nella griglia LEA (entro il 2018)
4. Partecipazione attiva al programma nazionale di uso appropriato di antibiotici nelle infezioni delle alte vie respiratorie (entro il 2019).

Uso corretto degli antibiotici in ambito veterinario

Stato dell'arte

Tra i principi cardine di un uso prudente vi è la necessità che gli antimicrobici siano disponibili esclusivamente dietro prescrizione veterinaria, come conseguenza di una visita dell'animale, di una valutazione delle sue condizioni di vita e di una appropriata diagnosi. L'unica figura con competenze specifiche e, pertanto, autorizzata alla prescrizione non può che essere il veterinario, in quanto in possesso delle qualifiche tecniche necessarie, comprese quelle relative alla microbiologia, farmacologia ed etica, derivanti dalla sua formazione.

Un *"uso prudente"*, quindi, è frutto di valutazioni scientifiche e tecniche da parte di professionisti; è parte di buone pratiche veterinarie e di allevamento e prende in considerazione le pratiche di prevenzione della malattie, così come l'uso di vaccinazioni e i miglioramenti delle condizioni di allevamento; si conforma alle condizioni d'uso del medicinale veterinario autorizzato e si basa sui risultati della sorveglianza e del monitoraggio della resistenza.

Pertanto, si presuppone la cooperazione fra Autorità competenti veterinarie, industria, veterinari liberi professionisti, allevatori e altre parti che hanno responsabilità in questo ambito.

Nello specifico, anche l'industria farmaceutica dovrebbe mostrare il proprio impegno a promuovere un uso responsabile degli antimicrobici attraverso lo sviluppo etico dei prodotti antimicrobici, la pubblicità e la vendita riservate ai veterinari o su prescrizione veterinaria, nonché fornendo informazioni circa il loro uso corretto.

Il Manuale "Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia", emanato dalla Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari nel 2012, approfondisce proprio le problematiche derivanti da un uso improprio degli antibiotici in zootecnia e fornisce raccomandazioni per alcune filiere zootecniche (suina, avicola e cunicola), dirette a frenare il diffondersi della resistenza antimicrobica negli allevamenti. Inoltre, attribuisce al Medico Veterinario il ruolo principale nella filiera zootecnica: di sostegno

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

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

interrompere l'uso routinario di antibiotici senza redditività, permettendo in tal modo la sostenibilità del sistema.[39].

Il Manuale descrive i principi delle buone pratiche nel contesto dell'uso di agenti antimicrobici:

- utilizzo mosso da reale necessità e per animali clinicamente malati, scelta condizionata dai risultati dell'antibiogramma e mirata a molecole non utilizzate in medicina umana;
- preferenza di molecole a spettro più stretto e con più alta efficacia nei confronti della specie batterica identificata;
- divieto di usi prolungati, ripetuti e combinazioni empiriche; rispetto delle indicazioni riportate nel foglietto illustrativo; ecc.

In linea generale, l'utilizzo di antimicrobici non deve prescindere da valutazioni riguardanti l'instaurarsi di fenomeni di resistenza che possono ridurne l'efficacia.

L'uso prudente in veterinaria è anche il cardine della Linee guida sull'uso prudente degli antibiotici in medicina veterinaria, pubblicata dalla Commissione europea nel 2015. Il documento fornisce orientamenti pratici sull'uso prudente degli antimicrobici in medicina veterinaria con l'obiettivo di ridurre la necessità di ricorrere agli antimicrobici mediante la prevenzione delle malattie e delle infezioni animali, attraverso la biosicurezza, prassi di buona produzione e buona gestione e programmi integrati di controllo delle patologie.

Le "Linee guida per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza", la cui bozza è stata predisposta nel 2015 e attualmente è in discussione presso la Sezione per la farmacosorveglianza sui medicinali veterinari, sono parte di una strategia nazionale tesa ad ottimizzare il consumo di antimicrobici e la riduzione della resistenza. Esse si prefiggono l'obiettivo di identificare e proporre:

- specifici parametri di biosicurezza nella gestione dell'allevamento utili per ridurre il rischio di introduzione di agenti infettivi;
- appropriati indicatori di benessere animale;
- indicazioni circa la produzione di mangimi medicati;
- indicazioni circa la detenzione e la somministrazione dei medicinali veterinari antimicrobici, anche attraverso il loro impiego in mangimi e acqua di abbeverata;
- principi per un uso consapevole e razionale degli agenti antimicrobici, inclusi i CIAs (?).

Il risultato atteso deve necessariamente essere una riduzione delle vendite e consumi di antimicrobici, limitati, quindi, alle sole situazioni in cui essi sono necessari.

Un esempio di cooperazione fra Autorità competenti veterinarie e Associazioni di categoria su tale aspetto è rappresentato dai Piani nazionali per l'uso responsabile del farmaco veterinario e per la lotta all'antibiotico-resistenza. Supervisionati ed emanati dalla DGSAF nel 2013 e nel 2015, si prefiggono di applicare tutti gli strumenti necessari a sviluppare e consolidare un approccio preventivo che riduca il ricorso alle terapie con antimicrobici, definendo degli obiettivi di riduzione del loro utilizzo nel periodo di attuazione.

[39] http://salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1683_allegato.pdf

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

i controlli ufficiali in tema di sanità, benessere animale, igiene dei mangimi e farmacosorveglianza, programmati e realizzati sulla base delle norme di settore, è previsto un rafforzamento delle attività di verifica sul campo, volte a valutare l'attuazione delle misure messe in atto per la riduzione di fenomeni di antimicrobico-resistenza in allevamento, da parte di un gruppo di esperti multidisciplinare. Tale gruppo lavorerà acquisendo e valutando, preliminarmente, le informazioni presenti nel sistema di monitoraggio integrato di cui al paragrafo "La Sorveglianza dei consumi degli antimicrobici nel settore veterinario" e verificando l'applicazione delle norme/raccomandazioni nazionali e/o comunitarie.

Gli obiettivi

Uso corretto degli antimicrobici in ambito veterinario: obiettivi

OBIETTIVO/I GENERALE/I

- Promuovere l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Armonizzare e rendere omogenee a livello nazionale le strategie per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito e per il corretto uso degli antimicrobici negli animali da compagnia al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
- Migliorare e promuovere le conoscenze e il livello di consapevolezza in merito al fenomeno della resistenza agli antimicrobici e promuovere la consapevolezza dell'importanza di un uso responsabile degli antimicrobici

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Promuovere il dialogo con l'industria farmaceutica per una proficua collaborazione verso il raggiungimento degli obiettivi del piano
- Fornire indicazioni circa i trattamenti preventivi e l'impiego dei test di sensibilità, primariamente per l'uso prudente dei CIAs
- Promuovere il coinvolgimento delle Associazioni di categoria e delle Organizzazioni professionali

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

A LIVELLO CENTRALE

a. Predisposizione di un documento di Linee guida per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza (entro il 2018)
b. Promuovere lo sviluppo e il ricorso a test diagnostici, anche rapidi, per l'identificazione dei patogeni e delle relative resistenze (entro il 2020)
c. Promuovere una maggiore consapevolezza in merito al fenomeno della resistenza agli antimicrobici e all'uso corretto degli antimicrobici, attraverso l'organizzazione di convegni/workshop nazionali sul tema (entro il 2018)
d. Predisposizione di un documento di indirizzo sull'impiego di antibiotici critici per il trattamento preventivo e l'obbligo del test di sensibilità (2020)
e. Promuovere il dialogo con l'industria farmaceutica, attraverso l'organizzazione di un evento/anno sul tema (entro il 2020)
f. Promuovere campagne per gli allevatori e proprietari degli animali sul corretto uso degli antibiotici, sulla prevenzione delle malattie e la limitazione della trasmissione dei batteri tra animale-uomo (entro il 2018)

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

involgimento delle Organizzazioni professionali e dell partecipazione a tavoli tecnici per la definizione delle misure da adottare (entro il 2020)

A LIVELLO REGIONALE

a. Individuazione di un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. Raccomandazioni regionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di garantire un uso prudente degli antimicrobici, previa analisi di contesto per l'attuazione dei principi previsti dalle Linee Guida nazionali sul territorio regionale (entro il 2018)
c. Raccomandazioni regionali per il corretto uso degli antimicrobici negli animali da compagnia
d. Migliorare il coinvolgimento delle Università, delle Organizzazioni professionali, dei laboratori della rete degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e Associazioni di categoria, attraverso la predisposizione di raccomandazioni/linee guida/corsi di formazione/piani volontari/materiali di comunicazione, sui principi di un uso prudente degli antibiotici (entro il 2020)

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Documento di Linee Guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti (entro il 2018)
2. Istituzione di tavoli tecnici con le Associazioni di categoria e le Organizzazioni professionali (entro il 2019)
3. Organizzazione di un evento annuale per promuovere la consapevolezza sul tema dell'antimicrobico-resistenza (a partire dal 2018)
4. Documento di indirizzo sull'utilizzo di antibiotici critici per scopi preventivi (a partire dal 2018)

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione del referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Atto di adozione delle Linee Guida nazionali e recepimento indirizzi centrali (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
3. Predisposizione di raccomandazioni regionali specifiche (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale).

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

Premessa

La diffusione di conoscenze e di informazioni corrette è un presupposto essenziale per l'uso consapevole e appropriato degli antimicrobici. A tal fine, è fondamentale il coinvolgimento sia degli specialisti (medici ed altri operatori sanitari, veterinari, farmacisti, società scientifiche) sia della popolazione generale e di target specifici (pazienti, genitori, insegnanti, popolazione scolastica, consumatori, allevatori, proprietari di animali, agricoltori), la cui sensibilizzazione sul tema può contribuire a preservare l'efficacia di questi farmaci nel tempo.

Se da un lato convinzioni e abitudini errate sulla prescrizione e il ricorso agli antimicrobici ne influenzano fortemente il consumo, dall'altro lacune nella comprensione pubblica del problema dell'antimicrobico-resistenza alimentano la confusione intorno al fenomeno.

Un'indagine commissionata dall'OMS e condotta in 12 Paesi tra settembre e ottobre 2015 su circa diecimila persone ha messo in evidenza una diffusa assenza di conoscenze e di percezione dell'importanza del fenomeno dell'antibiotico-resistenza per la salute pubblica. Il 64% degli intervistati ha affermato di essere consapevole che la resistenza agli antimicrobici è un problema sanitario e sociale ma di non sapere come affrontarlo. La stessa percentuale riteneva che gli antimicrobici possono essere utilizzati per curare raffreddore e influenza. Il 32% considerava corretto interrompere l'assunzione di antibiotici al miglioramento dei sintomi, piuttosto che completare il ciclo di trattamento prescritto dal medico. Secondo il 73% dei partecipanti, gli allevatori dovrebbero somministrare meno antimicrobici agli animali destinati alle produzioni alimentari[40].

Secondo uno speciale numero di Eurobarometer, gli italiani sono agli ultimi posti in termini di conoscenze in materia e ultimi per la consapevolezza che l'abuso di antibiotici può renderli inefficaci[41].

Migliorare la comprensione e la consapevolezza del fenomeno attraverso una comunicazione efficace e mirata è il primo dei cinque obiettivi del Piano d'Azione Globale sull'Antimicrobico-Resistenza dell'OMS[42].

L'OMS sta inoltre coordinando la nuova campagna globale "Antibiotici: maneggiare con cura", che si pone l'obiettivo di incoraggiare l'adozione di buone pratiche nella popolazione, tra i decisori politici, gli operatori sanitari e quelli del settore veterinario e agricolo[43].

Stato dell'arte

In Europa, l'ECDC, dal 2008, ogni 18 novembre celebra lo *European Antibiotic Awareness Day* (EAAD)[44] per sensibilizzare all'uso prudente degli antibiotici. Rende inoltre disponibili una piattaforma web (nelle principali lingue dell'UE) e profili dedicati sui più comuni Social Network, per favorire la corretta

[40] World Health Organization (WHO). Antibiotic resistance: Multi-country public awareness survey. Geneva, 2015
[41] Special Eurobarometer 445. Antimicrobial resistance. Survey conducted by TNS opinion & social at the request of the European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety; Survey co-ordinated by the European Commission, Directorate-General for Communication (DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit). http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/amr/docs/eb445_amr_generalreport_en.pdf
[42] World Health Organization (WHO). Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193736/1/9789241509763_eng.pdf?ua=1
[43] World Health Organization (WHO). Media centre. 2015 Campaign toolkit - Antibiotics: Handle with care. World Antibiotic Awareness Week 2015. Geneva, 2015. Disponibile su: http://www.who.int/mediacentre/events/2015/world-antibiotic-awareness-week/toolkit/en/
[44] http://ecdc.europa.eu/it/eaad/Pages/Home.aspx
[44] Disponibile su: http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/antibiotici-s%C3%AC-ma-con-cautela).

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

cittadini e supportare le Autorità competenti e il [illegible] di campagne informative a livello nazionale[45].

Dal 2015, la collaborazione OMS, OIE e FAO ha dato vita alla *World Antibiotic Awareness Week*[46].
In Italia, già nel 2008 AIFA, ISS e Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali hanno condotto una Campagna di Comunicazione dal titolo "Antibiotici sì, ma con cautela" con l'obiettivo di informare i cittadini dell'importanza di ricorrere agli antibiotici solo quando necessario e dietro prescrizione del medico che ne accerti l'effettiva utilità, e di non interrompere mai la terapia prima dei tempi indicati dal medico o, comunque, solo dietro sua indicazione. In occasione di quella campagna era stato già istituito un sito web dedicato e un numero verde gestito dall'AIFA per fornire risposte ai cittadini sull'impiego corretto degli antibiotici[47].

Dal 2009, inoltre, l'AIFA conduce un'intensa attività di informazione e sensibilizzazione sul tema attraverso i propri canali e strumenti istituzionali (Portale, Newsletter, Social Media) e iniziative di comunicazione specifiche rivolte agli operatori sanitari e alla popolazione generale. In particolare, dal 2009 l'AIFA ha dato vita a diverse campagne di comunicazione (2009, 2010, 2012, 2014-15) che si sono avvalse dei canali di diffusione televisivo e radiofonico, della carta stampata, di affissioni, di pubblicità dinamica urbana e di azioni di sensibilizzazione sui social media. La campagna "Senza regole gli Antibiotici non funzionano", condotta nel biennio 2014-15, ha mirato a scoraggiare il ricorso agli antibiotici quando non necessario; ha ribadito la funzione essenziale del medico nel diagnosticare un'infezione e trattarla conseguentemente con una terapia adeguata per principio farmacologico, dosi e durata; ha evidenziato la responsabilità del singolo e della collettività nell'uso appropriato degli antibiotici per contrastare lo sviluppo dell'antimicrobico-resistenza[48].

Come rivelano i dati dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed)[49], alle diverse edizioni della campagna ha fatto seguito, sia pure con un'ampia variabilità geografica tra le Regioni, una riduzione dei consumi di antibiotici, con una conseguente contrazione della spesa farmaceutica, sebbene i livelli di appropriatezza d'uso e di aderenza alle terapie siano ancora poco soddisfacenti (Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Consumi e spesa farmaceutica. Osservatorio sull'impiego dei medicinali (OsMed).

Alla luce dell'esperienza acquisita con le precedenti campagne di comunicazione e dei modelli più avanzati proposti in questi anni in ambito internazionale, l'AIFA ha in programma anche per la stagione 2017-2018 una campagna di comunicazione dedicata all'uso responsabile degli antibiotici.

Anche in ambito veterinario, per ridurre il più possibile l'utilizzo di antimicrobici, sono necessarie campagne di sensibilizzazione riguardo ai rischi della resistenza antimicrobica provocata da un loro uso eccessivo e/o inappropriato ed alle conseguenze per l'individuo e la società in generale, così come sono necessari eventi di formazione continua per i professionisti sui temi della diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie infettive e dell'utilizzo appropriato degli antimicrobici.

---

[45] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Antibiotics Awareness Day (EAAD). http://ecdc.europa.eu/en/eaad/Pages/Home.aspx). Dal 2015, la collaborazione OMS, OIE e FAO ha dato vita alla *World Antibiotic Awareness Week*

[46] http://www.who.int/campaigns/world-antibiotic-awareness-week/en/
Disponibile su: http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/senza-regole-gli-antibiotici-non-funzionano-campagna-aifa-sul-corretto-uso-degli-antibiotici).

[47] Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Antibiotici sì, ma con cautela" (anno 2008). http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/antibiotici-s%C3%AC-ma-con-cautela

[48] Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Comunicazione. Campagne di comunicazione. "Senza regole gli Antibiotici non funzionano" - Campagna AIFA sul corretto uso degli Antibiotici (Anno 2014-2015). http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/senza-regole-gli-antibiotici-non-funzionano-campagna-aifa-sul-corretto-uso-degli-antibiotici

[49] http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/osservatorio-sull%E2%80%99impiego-dei-medicinali-osmed

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

animali da reddito, il corretto utilizzo degli antimi l'efficacia delle terapie e limitare l'insorgenza di germi resistenti che potrebbero in seguito contaminare le derrate alimentari di origine animale.

Anche il settore degli animali da compagnia gioca un ruolo importante nella riduzione e nella prevenzione della diffusione della resistenza. In tale ambito si colloca la campagna di sensibilizzazione realizzata, nel 2015, con l'opuscolo "Uso corretto degli antibiotici negli animali da compagnia", indirizzata sia ai veterinari, che sono tenuti al rispetto delle linee di indirizzo in materia, che ai proprietari degli animali, che devono attenersi con scrupolo alle indicazioni ricevute dal veterinario[50].

Dal 2009, inoltre, è stata dedicata, sul portale internet del Ministero della Salute, un'apposita sezione - "Antimicrobici e antimicrobico-resistenza" che offre un approfondimento della tematica allo scopo di aumentare la consapevolezza di tutti gli attori coinvolti, ovvero professionisti, allevatori e pubblico in generale[51].

Dal 2016 è stata sviluppata un'apposita sezione sull'AMR anche in ambito umano e dal 2017 una sulle ICA.

Gli obiettivi

Comunicazione e Informazione: gli obiettivi

OBIETTIVO/I STRATEGICO

- Aumentare il livello di consapevolezza sull'AMR, rafforzando la comunicazione efficace e l'informazione

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Promuovere la consapevolezza del fenomeno dell'AMR e le buone pratiche di prescrizione e uso di antibiotici attraverso programmi di comunicazione indirizzati al pubblico, ai pazienti, ai consumatori e ai soggetti maggiormente interessati in campo medico umano e veterinario e nella pratica dell'allevamento e dell'agricoltura

OBIETTIVI A MEDIO E LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Monitorare il livello di consapevolezza sul rischio dell'antimicrobico-resistenza
- Aumentare la disponibilità di informazioni scientifiche aggiornate per diversi target interessati

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

A LIVELLO CENTRALE

a. **Promuovere la consapevolezza del fenomeno dell'AMR e le buone pratiche di prescrizione e uso di antibiotici** attraverso programmi di comunicazione indirizzati al pubblico, ai pazienti, ai consumatori e ai soggetti maggiormente interessati in campo medico umano e veterinario e nella pratica dell'allevamento e dell'agricoltura, attraverso le seguenti azioni (entro il 2018):
    - **preparazione di una campagna nazionale annuale a connotazione intersettoriale sul problema dell'AMR e sull'uso consapevole di antibiotici,** indirizzata a popolazione generale, differenti audience nel campo della

[50] http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1911
[51] Ministero della Salute. Temi e Professioni. Prevenzione. Malattie infettive e vaccinazioni. Antimicrobico-resistenza. Disponibile: http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Malattie%20infettive&menu=antimicrobici

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

ana, della sanità animale e della pratica in allevamento
comunicativi sia tradizionali che innovativi

- **coinvolgere nelle iniziative di comunicazione gli operatori sanitari, le società scientifiche e le associazioni dei pazienti, di categoria e dei consumatori** per condurre azioni mirate a target specifici
- **fornire ai media informazioni accurate e rilevanti** sull'andamento della resistenza agli antimicrobici, sulla valutazione del rischio per la salute umana e animale e sulle raccomandazioni specifiche per contrastare il fenomeno, così che l'informazione pubblica rinforzi i messaggi chiave del contrasto all'AMR
- **coordinare a livello nazionale e supportare iniziative regionali e locali di informazione e comunicazione** rivolte a target specifici (ad es. genitori, popolazione scolastica) con un'attenzione particolare alle aree geografiche più interessate da consumi elevati di antibiotici e da alti livelli di inappropriatezza

b. **Monitorare il livello di consapevolezza sul rischio dell'antimicrobico-resistenza** attraverso due indagini conoscitive sulle percezioni e l'utilizzo degli antibiotici nella popolazione italiana, da pianificare all'inizio dell'attuazione e alla fine del periodo di vigenza del PNCAR (la 1° a 6 mesi dall'approvazione del PNCAR, la 2° dopo la sua conclusione))

c. **Rendere disponibile sul sito web istituzionale del Ministero della Salute una piattaforma nazionale online "Resistenza agli Antibiotici",** aperta al pubblico e, con accesso riservato, ai professionisti, alimentata con risorse informative sulle infezioni, il meccanismo d'azione degli antibiotici ed i possibili eventi avversi, i possibili rischi per la salute dell'uomo e degli animali da allevamento legati allo sviluppo di AMR, raccomandazioni generalmente condivise e linee guida (entro il 2018):
   - predisporre risorse (anche multilingue) per pubblico, pazienti, consumatori, allevatori e agricoltori liberamente disponibili online
   - predisporre risorse ad accesso riservato per i professionisti
   - predisporre risorse sulle strategie di comunicazione per la relazione medico-paziente sul tema degli antibiotici (considerando un approccio a check-list)
   - predisporre risorse sulle misure specifiche per il target dei consumatori al fine di educare e aumentare la consapevolezza sulle procedure di manipolazione degli alimenti allo scopo di prevenire la diffusione in ambito umano di germi multi-resistenti provenienti dagli alimenti

A LIVELLO REGIONALE/LOCALE

a. Individuare un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. Partecipare con iniziative locali alla campagna nazionale annuale di sensibilizzazione (entro il 2018).

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Conduzione della campagna di comunicazione e Giornata degli Stati Generali sul tema (entro il 2018)
2. Condurre iniziative di comunicazione/informazione avvalendosi del supporto scientifico e dei canali di diffusione di Medici, Veterinari, Farmacisti, Società scientifiche, associazioni di pazienti, di categoria e di professionisti (entro il 2018)
3. Diffusione periodica di dati e informazioni su nuove evidenze scientifiche, linee guida, raccomandazioni e altri documenti, attraverso l'aggiornamento del portale internet del Ministero della Salute, comunicati stampa e l'utilizzo dei Social Media (entro il 2018)
4. Conduzione di iniziative rivolte alla popolazione scolastica e alle famiglie (entro il 2018)
5. Sviluppare due indagini conoscitive dedicate alle percezioni e l'utilizzo degli antibiotici nella popolazione italiana, all'inizio e alla fine del periodo di vigenza del PNCAR (entro il 2018)
6. Popolare la piattaforma nazionale online con materiali, risorse e strumenti utili (entro il 2020)
7. Dare ampia divulgazione del manuale OMS sui cinque punti chiave per alimenti più sicuri (dai campi alla tavola) (entro il 2018).

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

1. Individuazione del referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Realizzazione di almeno una iniziativa locale di promozione della giornata di sensibilizzazione (entro il 2018)
3. Conduzione a livello regionale delle indagini conoscitive su percezione e utilizzo di antibiotici (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)
4. Promuovere e divulgare l'utilizzo delle risorse della piattaforma nazionale e contribuire ad alimentarla (entro il 2020).



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

Premessa

La formazione rappresenta uno degli strumenti che permettono agli operatori sanitari di raggiungere la consapevolezza e la conoscenza del problema della resistenza agli antimicrobici, delle possibili soluzioni e del ruolo che ogni operatore sanitario può avere per il suo contesto, nonché raggiungere gli obiettivi espressi dai descrittori di Dublino: conoscenza e capacità di comprensione, conoscenza e capacità di comprensione applicate; autonomia di giudizio e abilità comunicative.

Negli ultimi anni, le associazioni di pazienti stanno implementando sistemi per ottenere qualifiche di paziente formato/informato, dunque anche l'approccio e la strategia della formazione devono essere impostati sul cambiamento e devono essere adeguati anche a questa categoria.

Le aree di competenza della formazione riguardano tutti gli ambiti della salute pubblica, sia umana che veterinaria. Le tematiche di maggiore interesse sono l'AMR, le ICA, l'uso corretto e prudente degli antibiotici in ambito umano e veterinario.

La formazione dello staff medico e di assistenza è essenziale per raggiungere standard di igiene nelle procedure di assistenza che siano in linea con la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Inoltre, la formazione sull'uso corretto della terapia e profilassi antibiotica contribuisce al contrasto dell'abuso e/o uso non appropriato, elemento fondamentale della lotta alla resistenza agli antimicrobici.

La formazione tecnico-sanitaria in queste materie può essere fatta a diversi livelli, partendo dalla preparazione di base dell'operatore sanitario, per proseguire nel corso dell'aggiornamento professionale.

Le opportunità di formazione dovranno essere offerte sia mediante formazione tradizionale che formazione a distanza (FAD), possibilmente all'interno del sistema di formazione continua in medicina (ECM) oppure attraverso periodi di training presso ospedali o Aziende Sanitarie che hanno sviluppato programmi efficaci di *antimicrobial stewardship* e controllo delle ICA.

La CE con la raccomandazione sull'uso prudente degli antibiotici in medicina umana (2002/77/EC) invita gli SM a introdurre strategie specifiche per l'uso prudente degli antimicrobici, così da contenere il fenomeno della resistenza. Oltre al monitoraggio della resistenza e all'introduzione di misure di controllo, la promozione della formazione e addestramento degli operatori sanitari sono uno strumento di rilievo.

In effetti una recente revisione sistematica sull'efficacia degli interventi delle strategie di formazione (C.R. Lee, 2015) ha mostrato ottimi risultati ottenibili con diversi interventi di formazione clinica come seminari, campagne di e-mail, formazione in piccoli gruppi, visite didattiche in altre aree, linee guida e opuscoli. Nei 28 studi RCT esaminati, la prescrizione di antibiotici in questi gruppi è stata in media del 34% in meno (range 9-52) rispetto al gruppo di controllo. L'intervento che è risultato più efficace è stato quello della formazione in piccoli gruppi, sebbene sembra sia necessario combinare più interventi. In particolare, dagli studi emerge che l'intervento formativo deve essere associato a altri interventi, come informazione del paziente, audit, ritorno di informazione, sistemi decisionali di supporto. In ogni caso, i messaggi al paziente funzionano meglio se veicolati da professionisti sanitari che sono stati a loro volta formati. Una revisione sistematica Cochrane[52] ha mostrato la migliore efficacia nel breve periodo delle politiche restrittive dell'uso

[52] Davey P, Peden C, Charani E, Marwick C, Michie S. Time for action-Improving the design and reporting of behaviour change interventions for antimicrobial stewardship in hospitals: Early findings from a systematic review. Int J Antimicrob Agents. 2015 Mar;45(3):203-12. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2014.11.014. Epub 2015 Jan 7. Review. PubMed PMID: 25630430.

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

ttavia, nel medio e nel lungo periodo gli interver stesso livello di efficacia rispetto a politiche persuasive.

Anche l'OMS, nel suo Global Action Plan, ha come primo obiettivo quello di migliorare la consapevolezza e la conoscenza della resistenza agli antimicrobici attraverso una efficace comunicazione, formazione e addestramento per ridurre il consumo degli antibiotici nella pratica clinica e nella catena alimentare. In particolare, l'OMS invita i governi a inserire il tema della resistenza agli antimicrobici nei programmi di formazione professionale sanitaria nel settore umano, animale e dell'agricoltura.

Stato dell'arte

Nel settore veterinario, con il Decreto Legislativo 24 luglio 2007, n. 143, che modifica il Codice Comunitario dei medicinali veterinari, è stato chiesto alle organizzazioni ed associazioni dei veterinari e degli allevatori di attivare iniziative formative in tema, al fine di promuovere un impiego consapevole degli antibiotici e limitare i trattamenti di massa. Tale integrazione alla norma rappresenta un altro importante tassello a testimonianza degli sforzi che si stanno compiendo per contrastare il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza e perseguire l'obiettivo ultimo di garantire un elevato livello di tutela della salute pubblica, responsabilità condivisa a cui tutti noi siamo chiamati a rispondere.

Il veterinario curante, infatti, è tenuto ad educare i proprietari degli animali alla corretta gestione degli stessi o del relativo sistema di allevamento al fine di prevenire le malattie comuni. Deve, inoltre, assicurarsi che gli antimicrobici, così come gli altri farmaci, vengano utilizzati solo secondo prescrizione (dosaggio e durata), limitarne la somministrazione esclusivamente ad animali malati o a rischio concreto di ammalarsi e, possibilmente, solo dopo aver eseguito una diagnosi certa, anche avvalendosi di idonee indagini di laboratorio. Sui medici veterinari liberi professionisti ricade la responsabilità della corretta gestione delle scorte dei farmaci e della registrazione delle terapie nel registro dei trattamenti per gli animali da reddito.

Con il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP), le Regioni e Province autonome sono state impegnate allo svolgimento di almeno 1 evento/anno di sensibilizzazione/informazione/formazione sul tema, rivolto a tutti i portatori di interesse.

Per quanto riguarda la formazione degli operatori sanitari nel settore umano, sono state realizzate esperienze a livello locale, di università e società scientifiche ma, ad oggi, nulla a livello nazionale, strutturato all'interno della formazione universitaria, post-universitaria e dell'aggiornamento continuo.

Un tema molto rilevante è la definizione del core curriculum per il personale addetto al controllo delle infezioni. Al riguardo, si stanno opportunamente accogliendo le possibilità di formazione offerte dall'ECDC.

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

La formazione: gli obiettivi

OBIETTIVO/I STRATEGICO

- Promuovere interventi di formazione nei settori dell'uso prudente di antibiotici e della prevenzione e controllo delle infezioni, comprese le ICA, ingaggiando tutti gli attori coinvolti, in un approccio omnicomprensivo.

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Promuovere la formazione degli operatori in tutti gli ambiti appropriati su AMR e prevenzione delle infezioni, comprese le ICA
- Definire le competenze necessarie per il personale addetto al controllo delle infezioni e a programmi di *antimicrobial stewardship*

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Promuovere la formazione su questi temi nei diversi ambiti della formazione di base
- Promuovere l'*empowerment* dei cittadini attraverso la formazione
- Promuovere lo scambio di buone pratiche di formazione su questi temi

Le azioni previste

LE AZIONI CENTRALI

a. **Promuovere la formazione degli operatori in tutti gli ambiti appropriati** su AMR e prevenzione delle infezioni, comprese le ICA, reti di epidemiosorveglianza, attraverso (entro il 2018):
   - definizione, a livello nazionale, di programmi formativi su questi temi basati sull'organizzazione di corsi ECM, sia con metodologia tradizionale sia FAD, focalizzandosi sulle misure di controllo prioritarie (esempio lavaggio delle mani) sia di carattere generale sia per specifiche aree
   - creazione di un sito web dedicato alle risorse già sviluppate su AMR, infezioni (incluse le ICA), prevenzione delle infezioni (incluse le ICA), uso prudente e corretto degli antibiotici in ambito umano (sia in comunità che in ambiente ospedaliero) e veterinario (vedi capitolo sulla comunicazione)
   - pubblicazione e disseminazione di documenti di evidenze scientifiche relativi a AMR, infezioni (incluse le ICA), prevenzione delle infezioni (incluse le ICA), uso prudente e corretto degli antibiotici in ambito umano e veterinario, nonché di documenti sulla epidemiologia del fenomeno e sull'impatto, anche in termini economici, sulla salute pubblica (vedi capitolo sulla comunicazione)
b. Definire le **competenze necessarie in particolare per il personale addetto al controllo delle infezioni e a programmi di *antimicrobial stewardship***, attraverso (entro il 2018):
   - definizione di un core curriculum e sua condivisione con le istituzioni interessate
c. Promuovere **la formazione su questi temi nei diversi ambiti della formazione di base**, attraverso (entro il 2020):
   - Istituzione di una collaborazione specifica tra Ministero della Salute e MIUR relativamente alle modalità per l'inserimento di queste tematiche nei curricula formativi dei corsi di laurea e di specializzazione dell'area sanitaria e per la formazione (ad es. mediante FAD) degli insegnanti delle scuole primarie e secondarie
   - Organizzazione di incontri e corsi (ad es. FAD) per le scuole, con coinvolgimento di insegnanti e alunni
d. Promuovere **l'*empowerment* dei cittadini** attraverso iniziative dedicate anche attraverso l'attività dei medici di medicina generale e dei veterinari liberi professionisti (entro il 2020).
e. **Promuovere lo scambio di buone pratiche di formazione** su questi temi, attraverso azioni mirate a identificarle e disseminarle (entro il 2020).

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

a. Individuazione di un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
b. Organizzazione di corsi, se possibile ECM, su AMR, prevenzione e controllo delle infezioni, comprese le ICA, sia con metodologia tradizionale sia FAD, focalizzandosi sulle misure di controllo prioritarie (esempio lavaggio delle mani) (con cadenza annuale)
c. Attuare accordi con gli Uffici scolastici Regionali per la organizzazione, coordinata a livello regionale, di incontri e corsi (ad es. FAD) per le scuole primarie e secondarie, con coinvolgimento di insegnanti e alunni (entro il 2020)
d. Inserimento formale del core curriculum per il personale addetto al controllo delle infezioni e a programmi di *antimicrobial stewardship* tra i criteri di assunzione a livello regionale e aziendale (entro il 2018).

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Predisposizione del programma formativo e organizzazione di corsi o patrocinio di corsi a livello nazionale (entro il 2018)
2. Definizione del Core Curriculum (entro il 2018)
3. Accordo tra Ministero e MIUR sull'inserimento di queste tematiche nei curricula formativi (entro il 2020)
4. Raccolta e pubblicazione delle evidenze ed esperienze disponibili sulla formazione per la prevenzione e controllo delle infezioni, comprese le ICA, e sull'*antimicrobial stewardship* (entro il 2020).

A LIVELLO REGIONALE

1. Individuazione del referente regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
2. Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)
3. Attuazione accordi con gli Uffici scolastici Regionali (entro il 2020)
4. Inserimento formale del core curriculum sia per i Medici che per il personale addetto al controllo delle infezioni e a programmi di *antimicrobial stewardship* tra i criteri di assunzione (entro il 2020).

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

Premessa

Ricerca scientifica e innovazione rappresentano la base di politiche nazionali e internazionali di contrasto dell'AMR, basate su evidenze scientifiche, nonché condizioni essenziali per identificare e trasferire nella pratica assistenziale nuovi strumenti tecnologici efficaci a contrastare tale fenomeno.

La ricerca in questo campo, infatti, ha diversi ambiti di interesse, alcuni dei quali mirati allo sviluppo di nuove tecnologie, quali test diagnostici rapidi, nuove terapie antibiotiche, nuovi vaccini; altri, invece, sono mirati alla comprensione della epidemiologia delle resistenze (le modalità con le quali emergono, si selezionano e si diffondono i microrganismi antibioticoresistenti e/o i pattern di AMR) ed alla individuazione di strategie efficaci a promuovere l'uso responsabile di antibiotici in tutti gli ambiti (sanità umana e veterinaria, agricoltura) e a ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni in ambito assistenziale o in altri contesti collettivi.

Per quanto concerne i finanziamenti europei, le opportunità di finanziamento sono quelle relative ai fondi strutturali e di investimento (Fondo Europeo di sviluppo regionale, Fondo sociale europeo, Fondi di coesione) ed ai finanziamenti diretti (Horizon 2020, Erasmus+, 3rd Health Program). In questi anni sono state avviate numerose iniziative di ricerca[53]: la Commissione Europea ha finanziato diversi progetti di ricerca sull'AMR attraverso i Framework Programmes (FP) per la ricerca e l'innovazione (FP5 nel 1999, FP7 successivamente e Horizon 2020 oggi). Nel 2015, è stato lanciato un Premio Horizon da 1 milione di Euro per promuovere l'uso appropriato degli antibiotici attraverso la messa a punto di test diagnostici rapidi che consentano ai prescrittori di distinguere i pazienti con infezione delle alte vie respiratorie che necessitano di antibiotici rispetto a quelli che non ne hanno bisogno.

Oltre a ciò, sono state attivate iniziative di collaborazione internazionale, quali il programma New Drugs for Bad Bugs (ND4BB) programma avviato nel 2012 nell'ambito della partnership tra la Commissione Europea e l'industria farmaceutica europea denominata *Innovative Medicines Initiative* (IMI). Il programma ND4BB prevede la collaborazione di partner accademici e non e di industrie farmaceutiche di piccole e grandi dimensioni, per promuovere lo sviluppo di nuovi antibiotici. Ad oggi, sono stati avviati 7 progetti mirati alla scoperta, sviluppo e aspetti economici di nuovi antibiotici.

Accanto a queste iniziative, ne sono state attivate altre mirate a promuovere la cooperazione trans-nazionale, quali la *Joint Programming Initiative on AMR*[54] con l'obiettivo di integrare le attività di ricerca tra paesi, attraverso una agenda di ricerca comune, la *Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance* (TATFAR)[55], che include oltre alle istituzioni europee anche governi e agenzie degli Stati Uniti, Canada e Norvegia ed ha l'obiettivo di promuovere la cooperazione nella ricerca e innovazione. Sempre nell'ambito della collaborazione internazionale, nel 2016, nella cornice dell'EU Health Programme 2014-2020, è stata avviata una Joint Action su AMR e ICA[56].

Ovviamente, per avviare politiche di contrasto dell'AMR basate su evidenze scientifiche, è essenziale il finanziamento di ricerche mirate a promuovere una migliore capacità di comprensione dell'epidemiologia dell'AMR, di prevenzione delle infezioni, sistemi migliori di sorveglianza e monitoraggio delle resistenze e

[53] European Commission. Key Research Areas. Antimicrobial drug resistance http://ec.europa.eu/research/health/index.cfm?pg=area&areaname=amdr
[54] http://www.jpiamr.eu/
[55] https://www.cdc.gov/drugresistance/tatfar/
[56] Joint Action su Antimicrobial resistance and Health Care Associated Infections : http://ec.europa.eu/chafea/health/actions-2016.html

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

ici, interventi efficaci a promuovere l'utilizzo apprc i

a promuovere informazione e formazione, ricerche mirate a identificare strategie terapeutiche efficaci. A tale proposito nel 2015 il National Health Research Institute inglese ha bandito su questi temi una call da 15 milioni di sterline.[57]

Le opportunità di finanziamento nazionale di Ricerche in ambito sanitario sono quelle relative ai Programmi di Ricerca finalizzata del Ministero della Salute, ai progetti di ricerca indipendente su farmaci o strategie terapeutiche finanziati dall'AIFA, ai programmi finanziati dal Centro per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), che si configurano come programmi di intervento e non di ricerca.

Nell'ambito dei Programmi della Ricerca Finalizzata non sono definiti temi prioritari di ricerca, ma solo che i progetti finanziati devono essere equamente divisi tra progetti di ricerca biomedica (*Theory enhancing*) e progetti di ricerca clinico-assistenziale/organizzativa (*change promoting*); per i progetti di ricerca AIFA e CCM vengono invece individuate tematiche prioritarie di ricerca.

In particolare nel settore veterinario, la DGSAF è parte attiva nel settore della Ricerca e Sviluppo, incentivando gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali allo sviluppo di metodi diagnostici innovativi per velocizzare e migliorare la diagnosi eziologica delle infezioni, di trattamenti alternativi efficaci agli antibiotici nonché alla preparazione e distribuzione di presidi biologici (ad es. vaccini) per il risanamento e il miglioramento delle produzioni zootecniche.

Stato dell'arte

Nell'ambito dei bandi CCM il tema dell'AMR è sempre stato presente, anche se negli ultimi due anni ha avuto maggiore spazio e sono stati finanziati anche progetti mirati a promuovere la capacità di risposta da parte delle Regioni.

Nel 2014 la Commissione Europea ha lanciato la Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance con l'obiettivo di promuovere la collaborazione di ricercatori di diversi paesi europei nell'ambito di progetti di ricerca e network con l'obiettivo di contrastare il fenomeno dell'antibioticoresistenza.

La partecipazione italiana a fondi europei è stata promossa in questi anni attraverso diverse iniziative.

Nel 2011 è stato avviato in Italia il Progetto Mattone Internazionale come iniziativa congiunta tra Ministero e Regioni, con l'obiettivo di facilitare progettualità di interesse sovraregionale in ambito sanitario finalizzata all'accesso a fondi europei. Dal 2015 il Mattone Internazionale Salute-PROMIS è diventato uno strumento istituzionale stabile.

La nuova Politica di Coesione europea 2014-2020 per consentire l'accesso a risorse comunitarie richiede che ciascun paese definisca una propria strategia di ricerca e innovazione "*Smart specialization strategy* (S3)": in Italia è stata definita la Strategia Nazionale di Specializzazione intelligente (SNSI), approvata dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2016. Tra i primi progetti che verranno finanziati nel 2017 ve ne sono alcuni mirati allo sviluppo e valorizzazione di una rete di infrastrutture per la ricerca per la produzione di Vaccini, immunoterapie e lotta all'AMR.

Nel 2016 l'Italia ha aderito alla Joint Action su AMR e ICA.

[57] http://www.themedcalls.nihr.ac.uk/news/nihr-invests-15-million-in-the-fight-against-superbugs

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

alute partecipa, inoltre, mettendo a disposizione aree del settore Health della ricerca attraverso collaborazioni tra gli IRCCS e degli enti di ricerca del SSN (ISS, IZS, AIFA ecc.).

Gli obiettivi

La ricerca e innovazione: gli obiettivi

OBIETTIVO/I STRATEGICO

- Promuovere la ricerca sull'AMR, con particolare attenzione alla valutazione dell'efficacia di interventi di sorveglianza e controllo.

OBIETTIVI A BREVE TERMINE (2017-2018)

- Identificare il tema del controllo dell'AMR e delle infezioni correlate all'assistenza come un'area prioritaria nell'ambito dei bandi della Ricerca finalizzata, della Ricerca indipendente AIFA e del CCM
- Promuovere la partecipazione a bandi europei sui temi dell'AMR
- Assicurare il coordinamento delle azioni previste dal PNCAR con le attività portate avanti in ambito nazionale su temi di ricerca relativi all'AMR

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE (2017-2020)

- Promuovere il trasferimento nel SSN delle innovazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche, organizzative.

Le azioni previste

Per raggiungere gli obiettivi sopra citati, verranno messe in campo le azioni descritte di seguito.

LE AZIONI CENTRALI

a. **Attivare un gruppo di lavoro intersettoriale** (Direzioni Generali Ricerca Sanitaria, Prevenzione Sanitaria, Rapporti Internazionali e Comunicazione Istituzionale del Ministero della Salute, AIFA, tavoli tecnici inter-regionale ricerca sanitaria e prevenzione, coordinamento operativo PROMIS) per (entro il 2018):
   - assicurare il coordinamento delle iniziative di finanziamento della ricerca sul tema dell'AMR a livello nazionale ed internazionale
   - formulare proposte **utili a identificare risorse per progetti di ricerca sul tema del controllo dell'AMR e delle ICA come area prioritaria di ricerca** nell'ambito dei bandi della Ricerca finalizzata, della Ricerca indipendente AIFA e del CCM
b. **Considerare come prioritari per il finanziamento** nell'ambito dei bandi della Ricerca finalizzata, della Ricerca indipendente AIFA e del CCM, i seguenti ambiti di ricerca (entro il 2018):
   - epidemiologia dell'AMR, inclusa l'individuazione della diffusione di nuovi pattern di resistenza
   - studio dei meccanismi di resistenza e dei meccanismi di disseminazione dei geni di resistenza e dei cloni multi-resistenti
   - strategie terapeutiche volte a ridurre l'insorgenza di resistenza verso antibiotici già esistenti
   - studi mirati al trattamento delle infezioni da germi multi-resistenti o pan-resistenti
   - studi mirati alla valutazione di interventi riguardanti l'uso appropriato degli antibiotici nelle aree di maggior inappropriatezza (infezioni delle vie urinarie, infezioni delle alte vie respiratorie, BPCO, faringo-tonsilliti nel bambino, trattamenti profilattici/di massa nel settore veterinario)
   - studi mirati alla valutazione di interventi per prevenire e controllare le infezioni, comprese le ICA, in setting specifici

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

a favorire la diffusione della diagnostica rapida nei diver

- studi mirati a valutare l'impatto sull'AMR di specifiche strategie di vaccinazione (ove applicabile)
- Studi di modelli e algoritmi diagnostici rapidi (stewardship diagnostica) per una terapia mirata e appropriata

b. Individuare strumenti operativi per promuovere la partecipazione a bandi europei sui temi dell'AMR e delle ICA: (entro il 2018)

- Promuovere l'informazione sulle opportunità di finanziamento a livello europeo su questi temi, anche attraverso il Mattone Internazionale-PROMIS
- Promuovere la creazione di reti collaborative tra regioni e ricercatori per partecipare a Joint Action e progetti europei di ricerca sul tema

c. Promuovere il trasferimento nel SSN delle innovazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche, organizzative: (entro il 2020)

- Promuovere azioni coordinate di trasferimento in tutte le regioni di innovazioni preventive, diagnostiche, assistenziali e organizzative prioritarie per il contrasto dell'AMR

d. Favorire la diffusione e reperibilità dei risultati delle attività di ricerca

Gli indicatori

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi sopra citati, saranno utilizzati i seguenti indicatori.

A LIVELLO CENTRALE

1. Attivazione di un gruppo di lavoro intersettoriale (entro il 2018)
2. Formulazione di una proposta per identificare strumenti utili a dedicare risorse alla ricerca in tema di AMR e per promuovere il coordinamento delle iniziative e delle eccellenze presenti sul territorio nazionale (entro il 2018)
3. Progetti finanziati attraverso i Programmi di Ricerca finalizzata del Ministero della Salute e i progetti di ricerca indipendente su farmaci o strategie terapeutiche finanziati dall'AIFA
4. Progetti finanziati dal Ministero della Salute (ad es. CCM) per il trasferimento delle innovazioni assistenziali e organizzative (entro il 2020).

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

Esperienze di contrasto dell'AMR a livello regionale

Regione Emilia-Romagna

L'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna ha sviluppato e sperimentato nel corso degli anni strumenti innovativi per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antimicrobico-resistenza, mutuati dalle migliori esperienze internazionali su questo tema, ottenendo risultati positivi per la salute dei cittadini.
http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/prevenzione-antibioticoresistenza-infezioni

Regione Sicilia

Le principali attività della Regione Sicilia sul tema del contrasto dell'antimicrobico-resistenza, della sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, sono riassunte e disponibili al link http://www.qualitasiciliassr.it/?q=node/61 della Piattaforma del Servizio 8 - Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti del Dipartimento attività sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Assessorato della Salute (DASOE) - Regione Siciliana.

Regione Toscana

La Regione Toscana ha promosso nel corso degli anni, mediante la propria Agenzia Regionale di Sanità, l'implementazione di numerosi strumenti per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, delle antibiotico-resistenze e dei consumi di antibiotici. Tra questi, di particolare rilevanza ai fini di questo Piano Nazionale, il sistema di sorveglianza SMART (Sorveglianza Microbiologica e dell'Antibiotico-Resistenza in Toscana) che riporta annualmente i dati sui consumi di antibiotici e le resistenze agli antibiotici nei principali patogeni batterici con una copertura regionale completa (https://www.ars.toscana.it).

Questa sezione sarà integrata, a cura della DGPREV con gli ulteriori contributi che saranno inviati dalle altre regioni.

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

Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI)

L'AMCLI è una Società scientifica senza scopi di lucro che dal 1970 si occupa della Microbiologia clinica promuovendo la ricerca scientifica e la formazione e fornendo un supporto alla diagnostica delle patologie infettive, con la promozione di percorsi clinico-diagnostici e terapeutici volti a criteri di appropriatezza e standard professionali. A questo fine, l'Associazione si avvale delle diverse competenze professionali presenti nel settore della Microbiologia clinica (medici, biologi, tecnici di laboratorio biomedico) mediante delegazioni regionali (presenti su tutto il territorio nazionale) e comitati di studio per gli antimicrobici (CoSA), la micologia (CoSM) e la parassitologia (CoSP), oltre a numerosi gruppi di lavoro su patologie e situazioni specifiche (micobatteri, infezioni sessualmente trasmissibili, paziente critico, trapianti, residenze sanitarie assistenziali, health technology assessment, sviluppo professionale dei tecnici di laboratorio, etc.). L'attività dei comitati e dei gruppi di lavoro ha permesso la definizione di percorsi diagnostici, documenti di consenso, raccomandazioni e linee di indirizzo oltre a vari testi ed atlanti e alla pubblicazione di una rivista ufficiale quale Microbiologia Medica. Nel campo della resistenza agli antimicrobici, in particolare, il CoSA ha svolto nel corso degli anni numerose indagini di sorveglianza che hanno permesso di monitorare l'evoluzione dei più importanti meccanismi di resistenza (meticillino-resistenza, ESBL, carbapenemasi), integrando in molti casi i dati di sorveglianza disponibili a livello nazionale ed internazionale. I risultati di tali indagini sono stati pubblicati sulle principali riviste internazionali di microbiologia. Infine, l'Associazione collabora per quanto di competenza con Enti, Società scientifiche ed Istituzioni a livello internazionale, nazionale, regionale e locale che a vario titolo si occupano di malattie infettive e organizza ogni anno numerosi corsi residenziali di formazione ed aggiornamento sia a livello ospedaliero che a livello territoriale.
Per ulteriori informazioni e dettagli è possibile accedere direttamente al sito AMCLI: http://www.amcli.it.

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)

L'ANMDO è l'Associazione che rappresenta i Medici delle Direzioni Ospedaliere. Le sue principali finalità sono scientifiche, di tutela legale e sindacale. Tra le finalità scientifiche risaltano l'impegno per il *"miglioramento continuo dell'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria sotto il profilo della programmazione, organizzazione e gestione aziendale, dell'organizzazione igienico – sanitaria e delle tecniche assistenziali e del management sanitario"* nonché la collaborazione con *"Istituzioni ed Autorità sanitarie nazionali ed internazionali per l'applicazione delle disposizioni vigenti in materia sanitaria e socio – sanitaria e delle buone pratiche igienico- organizzative" (Art.2 Statuto).* Alla luce di questi presupposti l'ANMDO è da tempo impegnata, sia sul versante della ricerca sia su quello formativo, in tutti gli ambiti dell'Igiene ospedaliera e, in particolare, nel contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza e nella promozione dell'*Antimicrobial Stewardship*. A tale proposito assume particolare rilevanza il progetto *"Choosing wisely"*, promosso in collaborazione con la SItI.

Collabora attivamente ed è rappresentata da molti suoi componenti nelle varie commissioni di lavoro dell'ESCMID (EUCIC, EUCAST, etc). Collabora attivamente con l'istituto Pasteur Italia per attività di formazione nelle scuole e sul territorio. Collabora con Ordini professionali per articoli su riviste specifiche e conferenze sul tema. È, inoltre, iniziato da tempo uno stretto rapporto di collaborazione per l'organizzazione di iniziative scientifiche con istituti zooprofilattici sul territorio, per studiare la diffusione dei geni di resistenza in un'ottica "*One Health*".

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

)ni sono reperibili sul sito www.anmdo.org

Società Italiana di Microbiologia (SIM)

La società Italiana di Microbiologia, riferimento dei microbiologi italiani, opera nello specifico, soprattutto attraverso i suoi gruppi di lavoro (Antifungini, antiparassitari e resistenze; Antibiotici e resistenze), in varie attività relative allo studio e al controllo delle resistenze agli antimicrobici, in modo del tutto interdisciplinare.

La SIM promuove attività di formazione avanzata, di ricerca di nuovi farmaci e approcci terapeutici, di diagnostica, e di *stewardship antimicrobica* in collaborazione con colleghi di varie discipline correlate (infettivologi, rianimatori, etc).

Collabora attivamente ed è rappresentata da molti suoi componenti nelle varie commissioni di lavoro dell'ESCMID (EUCIC, EUCAST, etc). Collabora attivamente con l'istituto Pasteur Italia per attività di formazione nelle scuole e sul territorio. Collabora con Ordini professionali per articoli su riviste specifiche e conferenze sul tema. È, inoltre, iniziato da tempo uno stretto rapporto di collaborazione per l'organizzazione di iniziative scientifiche con istituti zooprofilattici sul territorio, per studiare la diffusione dei geni di resistenza in un'ottica "*One Healt*".

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito www.societasim.it.

Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)

La SIMIT è una Società scientifica no-profit che rappresenta i Medici Specialisti in Malattie Infettive Ospedalieri, Universitari, del Territorio e Ricercatori. Ha da sempre contribuito alla gestione dell'AMR e dell'*Antimicrobial Stewardship* (AMS) mediante la collaborazione con tutti gli attori internazionali (WHO, CDC, ECDC), nazionali (Ministero della Salute, ISS), regionali (Regioni, Università) e locali (Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere, Universitarie) e con le più importanti Società Scientifiche Internazionali (ESCMID, IDSA, ecc.) e Nazionali. Collabora direttamente ed indirettamente con i sopracitati Enti e Società per l'elaborazione di linee guida e progetti di ricerca. SIMIT inoltre mette a disposizione oltre le linee guida, raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i Medici a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche (sono disponibili diapositive su varie tematiche infettivo logiche). Svolge attività di formazione continua ed aggiornamento mediante l'organizzazione di corsi sull'epidemiologia delle infezioni e la gestione dell'antibiotico-terapia sia a livello nosocomiale che territoriale. Organizza numerosi Congressi sia di livello internazionale che nazionale sia direttamente che attraverso i propri soci. Eroga annualmente borse di studio di perfezionamento sull'AMR e AMS sia in Italia che all'estero per giovani Specialisti in Malattie Infettive.

È possibile accedere gratuitamente a tutto il materiale citato (elencato per argomenti specifici) mediante accesso diretto al sito SIMIT: http://www.simit.org/IT/index.xhtml . Richieste di interesse generale inerenti l'AMR e AMS possono essere formulate a SIMIT tramite email: info@simit.org

Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)

La SIMG è la principale Società Scientifica della Medicina Generale italiana. Essa rappresenta circa 8000 iscritti presenti su tutto il territorio nazionale. Nell'ambito delle attività istituzionali viene data ampia priorità alle attività formative e di ricerca. Nel corso dell'ultimo anno, è stato, in particolare, sviluppato il progetto di formazione ed audit denominato GAIA (Gestione Appropriatezza In Antibiotico-terapia), che ha coinvolto 100 MMG in dieci Regioni. Il progetto si basa su un intervento formativo residenziale, seguito da un monitoraggio dell'attività prescrittiva di antibiotici nelle infezioni respiratorie dei medici partecipanti, della durata di un anno. L'attività prescrittiva verrà valutata sulla base di una serie di indicatori di

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

rivanti dalle principali LG di antibiotico-terapia composto da MMG e specialisti. I dati saranno estrapolati tramite il software informatico Mille-GPG, appositamente ideato per attività di audit clinico ed ampiamente diffuso in Italia.

La SIMG ha, inoltre, partecipato alla stesura di documenti di consenso intersocietario sull'antibiotico-resistenza, come quello promosso da SIMPIOS.

La SIMG ha, infine, la titolarità scientifica del più grande database e della più grande rete di ricerca italiana della MG, denominato *Health Search*, i cui dati vengono ogni anno utilizzati per il rapporto OsMed.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito http://www.simg.it/

Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS)

La Società è un'associazione senza fini di lucro che si rivolge agli operatori sanitari, e nasce nell'auspicio che anche nel nostro paese i tempi siano ormai maturi per il confronto e il lavoro comune di tutti coloro che operano con ruoli diversi e diverse competenze professionali, tutte ugualmente importanti, per lo studio e la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie. Si propone di integrare le diverse competenze acquisite dalle varie professionalità coinvolte nel controllo e nella prevenzione delle infezioni legate alle procedure sanitarie. Ha la finalità di produrre e diffondere documenti di consenso, linee guida, procedure basate sull'evidenza, strumenti didattici; creare opportunità di incontro e confronto fra i diversi operatori mediante l'organizzazione di seminari, giornate di studio e congressi anche in collaborazione con altre società scientifiche, promuovere iniziative di ricerca, utili a produrre dati epidemiologici nel contesto nazionale

Tra le altre iniziative è promotore di linee guida sulle ICA, quali le infezioni da Clostridium difficile, e del Progetto MultiSocietario Italiano sul Controllo dell'Antimicrobico Resistenza (MuSICARe) che ha già coinvolto 31 Società scientifiche e che ha come obiettivo principale quello di porre all'attenzione della comunità scientifica e delle Società Scientifiche italiane il problema del controllo e della prevenzione dell'antimicrobico-resistenza nel nostro Paese, attraverso la formazione di un vasto gruppo di lavoro multisocietario che permetta la costruzione di una rete di interessi sull'argomento.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito http://www.simpios.eu/

Società Italiana di Pediatria (SIP)

"La Società Italiana di Pediatria rappresenta 9.450 Pediatri italiani, Universitari, Ospedalieri, Territoriali (di Libera Scelta e di Comunità). È impegnata da anni in corsi di formazione sul corretto uso della terapia antibiotica in Ospedale e nel Territorio, nonché sul tema dell'antibiotico-resistenza attraverso Corsi di Formazione itineranti in cui si avvale, come docenti, delle più qualificate professionalità pediatriche. Ha collaborato e collabora in particolare con la Società affiliata SITIP (Società Italiana di Infettivologia Pediatrica) all'elaborazione di documenti tecnici e linee guida sull'antibiotico-terapia in età pediatrica. La Società Italiana di Pediatria dispone di un apposito Tavolo Tecnico sull'Antibiotico-terapia e Antibiotico-resistenza. La Società Italiana di Pediatria rappresentando oltre il 75% di tutti gli specialisti in Pediatria italiani, con sezioni strutturate in tutte le regioni, disponendo di uno Statuto e documentazioni di bilancio nel rispetto della vigente legislazione, ha tutti i requisiti richiesti per l'accreditamento per la proposizione di linee guida in ambito pediatrico. Nel Corso del 2017 sono iniziati Corsi ECM specificamente dedicati a antibiotico-terapia e antibiotico-resistenza a numero chiuso. La Società Italiana di Pediatria ha una stretta collaborazione con l'American Academy of Pediatrica (AAP) anche sui temi dell'antibiotico-resistenza"

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

Società Italiana di Igiene, Medicina preventiva e Sanità pubblica (SItI) - Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera (GISIO)

La SItI, e in particolare il GISIO, ha condotto diverse attività relative ai temi del PNCAR e in particolare sui sistemi di sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, l'uso corretto degli antimicrobici in ambito umano e la formazione in queste tematiche. Tra i progetti più rilevanti si segnalano SPIN-UTI (Sorveglianza Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva), ISChIA (Infezioni del Sito Chirurgico in Interventi di Artroprotesi), ISC-GISIO, SPIN-UTIN (Sorveglianza Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale). Nell'ambito del movimento Choosing wisely, la SItI in collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) ha individuato cinque pratiche da dismettere in tema di igiene ospedaliera: l'utilizzo dei guanti monouso in sostituzione dell'igiene delle mani, la somministrazione anticipata della profilassi antibiotica perioperatoria (PAP), e la sua eccessiva durata, l'ingiustificata apertura delle porte delle sale operatorie, la mancata comunicazione tra diverse strutture della positività per microrganismi alert dei pazienti. Il GISIO collabora attivamente con le iniziative nazionali e internazionali di contrasto dell'AMR e alle ICA sviluppando progetti di ricerca e fornendo sia i propri dati che la propria expertise.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito

http://www.societaitalianaigiene.org/site/new/index.php/gdl/02-gruppo-italiano-di-studio-di-igiene-ospedaliera-gisio

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

Decreto Dirigenziale n. 1168 del 12/12/2017

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 11 - DG PER L'ISTRUZIONE LA FORMAZIONE, IL LAVORO E LE POLITICHE GIOVANILI

Oggetto dell'Atto:

POR CAMPANIA FSE 2014 -2020 - ASSE I "OCCUPAZIONE", 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 - APPROVAZIONE SCHEMA ATTO DI CONCESSIONE.

IL DIRIGENTE

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 ;
- 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;
- con Decreto Dirigenziale n. 368 del 31/07/2017 si è preso atto, tra l'altro, della verifica di ammissibilità svolta dal Nucleo di ammissibilità, approvando nel contempo, l'elenco dei progetti ammessi e finanziabili, l'elenco dei progetti ammessi e non finanziabili B e l'elenco dei progetti non ammessi con l'indicazione delle relative motivazioni di esclusione;
- con D.D. n. 1017 del 01/12/2017 si è proceduto all'ammissione definitiva dei progetti;
- con D.D. n. 1061 del 04/12/2017, successivamente, si è proceduto alla revoca del D.D. n. 1017 del 01/12/2017, ammettendo 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 D.D. n. 139 del 07/12/2017 è stato disposto l'impegno dell'importo complessivo di **€ 11.981.221,01** in favore dei beneficiari di cui all'Allegato A del citato decreto;

PRESO ATTO CHE

- l'affidamento delle attività ai beneficiari, in coerenza con il Manuale delle procedure di gestione del POR Campania FSE 2014/2020 , deve essere regolamentata da apposito atto di concessione;
- è necessario approvare lo schema dell'Atto di Concessione per poter consentire all'ufficio preposto la predisposizione degli adempimenti consequenziali;

RITENUTO PERTANTO

- di dover approvare lo schema di atto di concessione di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, regolante i rapporti tra la Regione Campania ed i soggetti beneficiari ;
- di poter riservare di apportare modifiche allo schema di atto di concessione in ottemperanza ad eventuali disposizioni provenienti dall'Autorità di Gestione del FSE 2014-2020;
- di dover disporre, che la pubblicazione del presente atto sul BURC e sul sito web della Regione Campania ha valore di notifica agli interessati;
- di dover pubblicare il presente provvedimento sul BURC, sul portale della Regione Campania ww.regione.campania.it e sul sito dedicato al FSE www.fse.regione.campania.it;

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 Decreto n. 272 del 30 dicembre 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;
- il Decreto Dirigenziale n. 5 del 12/01/2017 è stato istituito il Team di Obiettivo Specifico di supporto alla Direzione Generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro, e le Politiche Giovanili;
- il D.D. n. 17 del 23/06/2017 con il quale si è disposto l' aggiornamento del Manuale delle procedure di gestione e del manuale dei controlli di primo livello e dei relativi allegati del POR CAMPANIA FSE 2014/2020;
- il D.D. n. 908 del 22/12/2017 con cui è stato aggiornato ed istituito il nuovo Team di Obiettivo Specifico di supporto alla Direzione Generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro, e le Politiche Giovanili;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dall'Ufficio competente, dal Team di obiettivo specifico a supporto del Responsabile di Obiettivo Specifico, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità resa dal Direttore Generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro e le Politiche Giovanili

DECRETA

per tutto quanto espresso in narrativa che qui si intende integralmente riportato:

- di approvare lo schema di Atto di Concessione di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, regolante i rapporti tra la Regione Campania ed i soggetti beneficiari ;
- di apportare modifiche allo schema di atto di concessione in ottemperanza ad eventuali disposizioni provenienti dall'Autorità di Gestione del FSE 2014-2020;
- di disporre, che la pubblicazione del presente atto sul BURC e sul sito web della Regione Campania ha valore di notifica agli interessati;
- di pubblicare il presente provvedimento sul BURC, sul portale della Regione Campania ww.regione.campania.it e sul sito dedicato al FSE www.fse.regione.campania.it;
- di inviare il presente provvedimento all'Assessore alla Formazione, all'Assessore ai Fondi europei, al Capo di Gabinetto, al Responsabile della Programmazione Unitaria, all'Autorità di Gestione FSE 2014/2020, all'Ufficio competente per la pubblicazione sul BURC

Dott.ssa Maria Antonietta D'Urso

SCHEMA DI ATTO DI CONCESSIONE

L'anno 2017 il giorno_____ del mese di _____,

DA UNA PARTE

La Regione Campania – Codice Fiscale 80011990639 - con sede legale in Napoli alla Via S. Lucia, 81 – 80132, rappresentata dalla Dr.ssa Maria Antonietta D'URSO, Direttore Generale pro tempore della Direzione Generale 11 - per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro e le Politiche Giovanili, nominata con D.P.G.R. n.161 del 18/07/2016 e Responsabile di Obiettivo Specifico (RdOS), nominata con D.P.G.R. n.272 del 30/12/ 2016 domiciliata per la carica in Via G. Porzio – Centro Direzionale - Isola A6 – c.a.p. 80143 – NAPOLI, che nel prosieguo del presente atto verrà, per brevità, denominata "Regione".

DALL'ALTRA

In caso di interventi aziendali

La Società _____C.F./P.IVA_____con sede legale in_____, Soggetto Proponente per l'attuazione del percorso formativo "_____" Cod. Uff. _____, CUP _____rappresentata nel presente atto dal sig. _____, nato a_____il , residente a _____, C.F. _____ in qualità di Legale Rappresentante (ovvero delegato in virtù dell'atto di conferimento - *indicare estremi dell'atto di conferimento*) domiciliato per la carica presso la sede legale che, nel prosieguo del presente atto verrà, per brevità, denominato "Beneficiario";

In caso di interventi pluriaziendali

La Società _____C.F./P.IVA_____con sede legale in_____, Soggetto Proponente per l'attuazione del percorso formativo "_____" Cod. Uff. _____, CUP _____rappresentata nel presente atto dal sig. _____, nato a_____il , residente a _____, C.F. _____ in qualità di Legale Rappresentante (ovvero delegato in virtù dell'atto di conferimento - indicare estremi dell'atto di conferimento) domiciliato per la carica presso la sede legale, Capofila dell'ATS/ATI (Allegato al presente Atto) costituita da ..... che, nel prosieguo del presente atto verrà, per brevità, denominato "Beneficiario" ;

E

La Società/Agenzia _____C.F./P.IVA con sede legale in _____, Organismo formativo/ Soggetto Attuatore, a ciò delegato dai Soggetti Proponenti del citato progetto formativo, rappresentata nel presente atto dal sig. _____ nato a il , residente a , C.F. _____ in qualità di Legale Rappresentante domiciliato per la carica presso la sede legale (ovvero delegato in virtù dell'atto di conferimento - indicare estremi dell'atto di conferimento).

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

VISTI

- il Regolamento (UE) n. 1303 il Parlamento Europeo e il Consiglio del 17 dicembre 2013 che ha sancito le disposizioni comuni 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 definisce 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 e abroga il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- il Regolamento (UE) n. 1304 il Parlamento Europeo e il Consiglio del 17 dicembre 2013 hanno disciplinato il Fondo sociale europeo abrogando il Regolamento (CE) n. 1081/2006 del Consiglio;
- il Regolamento (UE) n. 1407/2013 del 18 dicembre 2013 (Regolamento "de minimis");
- il Regolamento n. 240/2014 del 7 gennaio 2014 la Commissione Europea che ha sancito un codice europeo di condotta sul partenariato nell'ambito dei fondi strutturali e d'investimento europeo;
- il Regolamento di esecuzione (UE) n. 2884 del 25 febbraio 2014 la Commissione Europea che ha sancito le modalità di applicazione del Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio e stabilisce, tra l'altro, 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 per quanto riguarda il modello per i programmi operativi nell'ambito dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione;
- il Regolamento (UE) n. 651/2014 del 17 giugno 2014 (Regolamento generale di esenzione per categoria);
- il Regolamento (UE) n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) ;
- la Decisione della Commissione europea n. C(2015)5085/F1 del 20 luglio 2015 con cui è stato approvato il Programma Operativo "POR Campania FSE" per il sostegno del Fondo sociale europeo nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" per la Regione Campania in Italia CCI 2014IT05SFOP020;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 388 del 02 settembre 2015 con cui è intervenuta la "Presa d'atto dell'approvazione della Commissione europea del Programma Operativo Fondo Sociale Europeo (PO FSE) Campania 2014/2020";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 446 del 06 ottobre 2015 con cui è stato istituito il Comitato di Sorveglianza del POR Campania FSE 2014-2020;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 719 del 16 dicembre 2015, con cui è intervenuta la presa d'atto del documento "Metodologia e criteri di selezione delle operazioni", approvato nella seduta del Comitato di Sorveglianza del POR Campania FSE 2014-2020 del 25 novembre 2015;
- la Deliberazione n. 61 del 15.02.2016 con cui la Giunta Regionale che ha preso atto dell'approvazione da parte del Comitato di Sorveglianza della Strategia di Comunicazione del POR Campania FSE 2014-2020;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 112 del 22.03.2016 recante "Programmazione attuativa generale POR CAMPANIA FSE 2014 – 2020", è stato definito il quadro di riferimento per l'attuazione delle politiche di sviluppo del territorio campano, in coerenza con gli obiettivi e le finalità del POR Campania FSE 2014- 2020, nell'ambito del quale riportare i singoli provvedimenti attuativi, al fine di garantire una sana e corretta gestione finanziaria del Programma stesso nonché il rispetto dei target di spesa previsti dalla normativa comunitaria;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 191 del 03/05/2016 con cui sono stati istituiti i capitoli di spesa nel bilancio gestionale 2016-2018, in applicazione delle disposizioni introdotte dal D .Lgs. n. 118/2011 ed è stata attribuita la responsabilità gestionale di detti capitoli alla competenza della U.O.D. 02 "Gestione Finanziaria del POR FSE Campania";

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

- la Delibera di Giunta Regionale n. 223/14 e la Delibera di Giunta Regionale n. 808/2015 e s.m.i.;
- la DGR n. 242 del 22/07/2013 e ss.mm.ii. sul "modello operativo di accreditamento degli operatori pubblici e privati per l'erogazione dei servizi di istruzione e formazione professionale e dei servizi per il lavoro in Regione Campania";
- la Legge regionale 5 aprile 2016, n. 6 " Prime misure per la razionalizzazione della spesa e il rilancio dell'economia campana – Legge collegata alla legge regionale di stabilità per l'anno 2016";
- la Delibera di Giunta Regionale n. 334 del 06/07/2016 di approvazione del Sistema di Gestione e Controllo del POR Campania FSE 2014-2020;
- la Manualistica per la gestione, il monitoraggio, la rendicontazione ed il controllo del POR Campania FSE 2014-2020 (Manuale delle procedure di gestione, Linee guida per i beneficiari, Manuale dei controlli di primo livello, ecc…) adottata dall'Autorità di Gestione ;
- il D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 e ss.mm.ii. che approva il "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- la normativa nazionale in materia di ammissibilità della spesa;
- la Legge n. 136 del 13 Agosto 2010 " Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e ss.mm.ii;
- il D.Lgs n.50 del 18 aprile 2016, in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché', per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture. (16G00062) (GU Serie Generale n.91 del 19-4-2016 – Suppl. Ordinario n. 10);
- la Delibera di Giunta Regionale n. 742 del 20 dicembre 2016 di approvazione del "Sistema di Gestione e di Controllo" (Si.Ge.Co.) del POR Campania FSE 2014-2020;
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 272 del 30 dicembre 2016 di individuazione dei Responsabili di Obiettivo Specifico (RdOS) Por FSE 2014 – 2020;
- il Decreto n. 148 del 30/12/2016, pubblicato sul BURC n. 03 del 09/01/2017, con cui è stato approvato il Manuale delle Procedure di Gestione, Le Linee Guida dei Beneficiari, il Manuale dei Controlli di Primo livello e dei relativi allegati;
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 27 del 24 gennaio 2017 di designazione quale Autorità di Gestione del PO FSE Campania 2014-2020 il Direttore Generale della D.G." Autorità di gestione Fondo Sociale Europeo – Fondo per lo Sviluppo e la Coesione" e quale Autorità di Certificazione del PO FSE Campania 2014-2020 il Dirigente della UOD "Tesoreria, bilanci di cassa e Autorità di certificazione dei fondi strutturali";
- il Decreto Dirigenziale n. 17 del 23/06/2017 di aggiornamento del Manuale delle procedure di gestione del POR Campania FSE 2014-2020 e del Manuale dei controlli di primo livello del POR Campania FSE 2014-2020;
- il D.D. n. 908 del 22/12/2017 con cui è stato aggiornato ed istituito il nuovo Team di Obiettivo Specifico di supporto alla Direzione Generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro, e le Politiche Giovanili;

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";

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

- con Decreto Dipartimentale n. 10 del 02.09.2016 è stata individuata la Direzione Generale per l'Istruzione, la formazione, il lavoro e le Politiche Giovanili, quale struttura deputata all'attuazione degli interventi di cui alla citata DGR 420/16;
- 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 Decreto Dirigenziale n. 1061 del 04/12/2017, si è proceduto all'ammissione definitiva dei progetti a valere sul predetto Avviso;
- 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;
- con Decreto Dirigenziale n._____ del _____ , è stato approvato il relativo schema di atto di concessione, in linea con lo schema allegato al Manuale delle procedure di gestione del POR FSE 2014-2020;
- il suddetto progetto è stato approvato ed ammesso a finanziamento come di seguito indicato:

Asse	I
Obiettivo Tematico (OT)	8
Obiettivo Specifico (OS)	4
Azione	8.6.1
Codice Ufficio	
CUP	
Codice SURF	
Titolo progetto	

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

Totale partecipanti	
Totale ore progetto	
Totale Edizioni Corsuali	
Totale Partecipanti per Edizione Corsuale	
Totale ore per Edizione Corsuale	
Contributo pubblico	
Quota cofinanziamento privato	
Costo Totale del progetto	

CONSIDERATO, ALTRESÌ, CHE

- sono stati assolti gli obblighi di registrazione sul Registro Nazionale aiuti ai sensi della Legge n.234 del 24/12/2012, e smi;
- sono stati assolti gli obblighi di verifica relativi agli aiuti di cui alla presente concessione, con acquisizione della relativa documentazione ai sensi degli art.13 e 14 del DM n. 115/2017;
- il predetto Registro ha rilasciato un codice identificativo della Misura di Aiuto in riferimento all'Avviso in oggetto" Codice Aiuto RNA - CAR " n. 2788

Codice aiuto RNA – COR (Registro Nazionale Aiuti di Stato)	
CODICE VISURE AIUTI – VERCOR (Registro Nazionale Aiuti di Stato)	

P**RECISATO**

(in caso di progetti monoaziendali)

- l'attività formativa sarà svolta presso la/e sede/i aziendali in strutture interne proprie aventi i requisiti di legge per realizzare la formazione professionale e conformi alle normative vigenti in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro;

(in caso di progetti pluriaziendali)

- l'attività formativa, secondo quanto previsto dal progetto, viene realizzata, come espressamente comunicato dal Soggetto Proponente, dall'Organismo formativo Attuatore accreditato presso Regione Campania con il codice di accreditamento _____ , presso la/e sede/i didattica/che accreditata/e del

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

Soggetto stesso ed eventuali deroghe alla realizzazione presso la sede di una delle imprese partecipanti ,dovranno essere formalmente autorizzate da Regione Campania ;

- che le imprese beneficiarie dell'intervento, raggruppate in ATI/ATS con atto registrato il _____al numero _____, sono elencate in seguito con indicazione della partita IVA e del regime di aiuto opzionato:

AZIENDA	% di cofinanziamento	PARTECIPAZIONE FINANZIARIA	P.IVA	Dimensione IMPRESA	Tipologia di aiuto

- che le aziende che hanno optato per la tipologia "de minimis" hanno presentato una dichiarazione sostitutiva di atto notorio che nel presente anno e nei due precedenti non hanno ricevuto aiuti in de minimis che cumulato al presente atto superano la soglia ammissibile;

VERIFICATO

- che non sussiste, nei confronti del Beneficiario/i, alcuna delle cause ostative di cui all'articolo 84, comma 3, del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 e successive modificazioni, come risulta dalla documentazione antimafia prevista dallo stesso Decreto Legislativo e s.m.i., acquisita agli atti con prot. n° in data_____e consistente in_____ parte integrante dell'atto di concessione , non materialmente allegata;

(in alternativa - nel caso in cui le informazioni antimafia non siano disponibili)

- che, sono state richieste, in relazione al Beneficiario/i, le informazioni antimafia di cui all'art. 91 del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 e successive modificazioni e che, pur non essendo ancora pervenute tali informazioni, ricorrendone i presupposti di legge, si procede comunque alla stipula del presente contratto. Resta fermo che in tal caso qualora la Prefettura accerti elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa ed emetta una informativa ostativa, la Regione Campania procederà alla revoca/annullamento dell'aggiudicazione con conseguente risoluzione contrattuale/recesso e con l'applicazione di una penale pari al 10% del valore del contratto a titolo di liquidazione forfettaria dei danni con riserva di ogni eventuale ulteriore azione anche in sede giudiziale e fatto salvo, comunque, il maggior danno.

(oppure)

- che è stata consultata la Banca Dati Nazionale Unica della Documentazione Antimafia ed acquisita la documentazione antimafia;
(oppure in alternativa)

- che, ai sensi della vigente legge antimafia, il Beneficiario/i, è esonerato dalla esibizione della certificazione prefettizia e da ogni altra dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 83 e seguenti del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159;

- la Visura camerale del_____, documento n._____, tramite il sistema telematico Telemaco, da cui risulta la regolarità della iscrizione alla C.C.I.A.A di ___ del__ nella cui Sezione ordinaria del Registro delle Imprese la Società/ditta è iscritta dal al n. e P.IVA/ C.F e R.E.A n. ;
- il Documento Unico di regolarità contributiva, da cui emerge che il Beneficiario/i, risulta regolare con il versamento dei contributi e accessori.

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

Tutto ciò premesso, con il presente atto, redatto in tre originali, di cui uno per ciascuna della parti ed il terzo per la registrazione, tra le parti sopra costituite, a tutti gli effetti di legge si è convenuto quanto segue:

Art. 1 (Affidamento attività corsuale)

La Regione Campania affida al Beneficiario/i, così come risulta rappresentato per il presente atto, la realizzazione del progetto presentato ai sensi dell'Avviso pubblico di cui al Decreto Dirigenziale n. 331 del 07/10/2016 e successivamente approvato ed ammesso definitivamente a finanziamento con Decreto Dirigenziale n. 1061 del 04/12/2017.

Il valore di tale intervento è determinato in euro_____, di cui euro_____a titolo di finanziamento pubblico ed euro a titolo di cofinanziamento privato. (*laddove applicabile)*

Il finanziamento sarà erogato con le modalità previste dal successivo articolo 6.

Art. 2 (Comunicazioni)

Ogni comunicazione da parte del Beneficiario/i dovrà essere diretta al Responsabile di Obiettivo Specifico (RdOS) ed inoltrata a mezzo posta elettronica certificata con apposizione della firma digitale sulla documentazione allegata esclusivamente all'indirizzo pec: trainingpercompetere@pec.regione.campania.it.

Art. 3 (Obblighi di carattere generale)

Il Beneficiario/i si impegna/no a:

- rispettare la normativa di riferimento di cui in premessa;
- rispettare la normativa in materia di ammissibilità della spesa previste e consentite dall'art. 65, 69 e 70 del Regolamento n. 1303/13 e s.m.i., dalle norme nazionali in materia di ammissibilità, dal Manuale delle procedure di gestione del POR Campania FSE 2014-2020 e dalle Linee Guida per i Beneficiari;
- rispettare gli obblighi previsti dalla normativa regionale in materia di accreditamento (la DGR n. 242 del 22/07/2013 e ss.mm.ii.);
- accendere conto corrente dedicato bancario o postale, secondo le modalità definite dall'art. 3 della legge n. 136 del 13/08/2010 recante disposizioni in materia di "Tracciabilità dei flussi finanziari", così come modificata dall'art. 6 del D.L. n. 187 del 12/11/2010 recante "Norme urgenti in materia di sicurezza", e dal Manuale delle procedure di gestione, del POR Campania FSE 2014-2020 e dalle Linee Guida per i Beneficiari;
- mantenere un sistema di contabilità separata o una codificazione contabile adeguata per tutte le transazioni relative all'operazione, ai sensi dell'art. 125 del Reg. (UE) n. 1303/2013;
- comunicare alla Regione Campania, all'atto della richiesta di prima anticipazione gli estremi identificativi del conto corrente, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso;
- riportare, in attuazione degli obblighi di cui all'art. 3, comma 5 e 7, della L. n. 136/2010, in relazione a ciascuna transazione posta in essere nella realizzazione delle attività, il codice unico di progetto (CUP);
- istituire la documentazione prescritta dalle Linee Guida per i Beneficiari ;
- consentire il libero accesso alle strutture direttamente e/o indirettamente utilizzate per lo svolgimento del corso ai funzionari delle strutture regionale deputate ai controlli di primo e secondo livello, nonché ad ogni altra autorità che, in forza delle vigenti disposizioni di legge e/o di regolamento, anche di livello comunitario, abbia titolo a compiere sopralluoghi, ispezioni e/o verifiche, anche contabili e/o amministrative, pena la decadenza della prosecuzione dei corsi stessi;
- rispettare gli istituti previsti dal contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria e gli obblighi riguardanti l'instaurazione, esecuzione e cessazione dei contratti di prestazione d'opera professionale, ivi compresi gli obblighi accessori di natura fiscale, contributiva e previdenziale;
- non cedere a terzi le attività di cui alla presente concessione ovvero non procedere al mutamento delle

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

destinazioni d'uso, salvo quanto espressamente disciplinato al successivo articolo 12;
- attenersi ad una fedele esecuzione del progetto approvato, salvo diverse disposizioni, ai sensi del successivo articolo 5;
- adeguarsi tempestivamente alle eventuali modifiche introdotte dall'approvazione di manuali e disciplinari , linee guida per i Beneficiari, relativi alle modalità di attuazione del POR Campania FSE 2014-2020;
- alimentare costantemente il Sistema informativo adottato dalla Autorità di Gestione per il Programma **SURF** (Sistema Unitario Regionale Fondi) che gestisce la programmazione, gestione, attuazione, monitoraggio, sorveglianza e controllo di tutti i programmi di investimento pubblico a titolarità della Regione Campania secondo le modalità e la tempistica prevista dal successivo articolo 9 al fine di consentire al RdOS la formulazione della proposta di Certificazione delle Spese;

In caso di inadempimento, anche parziale, la Regione si riserva la facoltà di revocare il finanziamento di cui all'articolo 16.

Il Beneficiario/i assume in proprio ed in via esclusiva la piena responsabilità per eventuali danni a cose o persone cagionate da terzi in relazione e durante lo svolgimento dei servizi di cui al presente atto e si obbliga a manlevare e tenere indenne la Regione da eventuali richieste di risarcimento, indennizzo o rimborso avanzate a qualsiasi titolo nei suoi confronti. Il Beneficiario si impegna a comunicare al Responsabile di Obiettivo Specifico ogni eventuale variazione del domicilio eletto, a mezzo posta elettronica certificata agli indirizzi di cui all'articolo 2. Eventuali variazioni del domicilio eletto non comunicate con le suddette modalità non saranno opponibili all'Amministrazione regionale, anche se diversamente conosciute.

Art. 4 (Obblighi di informazione e pubblicità)

In base alle disposizioni del Reg. (UE) n. 1303/13, l'Autorità di Gestione provvede alla pubblicazione elettronica o in altra forma dell'elenco delle operazioni.

Il Beneficiario/i si impegna, con la sottoscrizione del presente atto, ad osservare gli obblighi previsti dai regolamenti comunitari in materia di informazione e pubblicità degli interventi cofinanziati dai Fondi SIE, in particolare a quanto disposto nell'Allegato XII del Regolamento (UE) 1303/13 (punto 2.2. - Responsabilità dei beneficiari), dall'art. 115 del citato Reg. (UE) e dalla normativa regionale di riferimento (POR Campania FSE 2014-2020; Strategia di comunicazione POR Campania FSE 2014-2020, e ss.mm.ii.)

In particolare, è tenuto a dare adeguata pubblicità al finanziamento concesso e ad osservare quanto previsto per l'utilizzo dei n. 5 loghi, nell'ordine indicato:

Unione Europea; Repubblica Italiana; Regione Campania; POR Campania FSE 2014-2020; Beneficiario/ATS, da riportare su tutta la documentazione ed in ogni azione promozionale, pubblicitaria e/o informativa secondo le indicazioni rese disponibili dall'Amministrazione regionale. Il mancato rispetto degli obblighi d'informazione e pubblicità di cui alla normativa comunitaria consente alla Regione Campania la revoca parziale o totale del finanziamento assentito.

Art. 5 (Strutturazione delle attività e tempistica)

Il Beneficiario/i è tenuto a dare avvio alle attività entro 15 giorni dalla stipulazione del presente atto di concessione e a comunicarne l'inizio e fine delle medesime. Il Beneficiario è tenuto a trasmettere la progettazione esecutiva entro 10 giorni dalla stipula del presente, con il dettaglio del personale impiegato, con l'indicazione del calendario didattico e degli allievi, il relativo piano finanziario entro il suddetto termine.

Tutte le azioni formative dovranno essere erogate durante l'orario di lavoro, considerato il massimale di ore per settimana pari a dodici (12) ai sensi del disposto dell'art.4 dell'Avviso.

L'articolazione del Percorso Formativo, con l'indicazione della denominazione del corso da riportare nell'apposito campo, riferita alle Qualificazioni rientrate in Repertorio regionale, deve essere progettata in dettaglio in ogni sua parte. In particolare, si precisa e si raccomanda che la descrizione dei Moduli e/o Unità Formative (sviluppati per singolo Modulo e/o Unità Formativa) corrispondenti alle Key Competences e/o Unità di Competenza univoca di riferimento, deve riportare in maniera puntuale e dettagliata gli argomenti ed i contenuti riferiti alle Abilità e Conoscenze costituenti le singole Competenze tecnico-professionali da trasferire ai discenti.

Per inizio delle attività corsuali si intende l'avvio delle attività di insegnamento teorico pratico previste dal progetto approvato.

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

Il Beneficiario/i è tenuto a inviare i seguenti documenti riguardanti le attività corsuali al Responsabile di Obiettivo Specifico (RdOS) e per conoscenza al Responsabile dell'Attuazione:

a) Comunicazione Inizio attività corsuali con allegato un prospetto nel quale per singola azione formativa prevista dovranno essere riportati i dati anagrafici degli allievi, l'impresa di riferimento, l'eventuale appartenenza alle categorie di lavoratore disabile o svantaggiato: entro 24 ore dall'inizio delle attività;
b) Modulistica di Inizio corso (*Allegato A1, A2, A3*) Allegato B - scheda riassuntiva del corso, Allegato C - Programma formativo, Allegato D - Personale docente, Allegato E - Personale non docente, secondo il format previsto dalle Linee Giuda dei beneficiario allegate al Manuale delle Procedure di Gestione del POR FSE Campania 2014/2020: entro 7 giorni dall'avvenuto inizio dell'attività corsuale;
c) Modulistica definitiva relativa al corso: entro 7 giorni dal completamento del 20% del monte ore autorizzato;
d) Comunicazione di Chiusura delle attività corsuali: entro 20 giorni dalla fine delle attività corsuali.

Il Beneficiario è obbligato a terminare le attività corsuali finanziate entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione del presente atto di concessione salvo motivate richieste di proroga e relative autorizzazioni rilasciate dal Responsabile di Obiettivo Specifico.
Il Beneficiario è tenuto a inviare, con le modalità previste dall'articolo 2, la documentazione prevista dall'avviso e/o dal Manuale delle procedure di gestione e dalle Linee Guida per i Beneficiari, nei tempi prescritti.
Il Beneficiario è obbligato al rispetto del cronoprogramma di progetto approvato, fatte salve le eventuali proroghe, espressamente autorizzate, previa l'integrazione delle polizze fideiussorie eventualmente presentate a copertura dell'esposizione regionale.
La Regione si riserva la facoltà di recesso in caso di mancato rispetto dei termini di cui al presente articolo.

Art. 6 (Modalità di erogazione del finanziamento)

Il finanziamento concesso per la realizzazione del progetto viene erogato, al Soggetto Proponente, Impresa – Capofila ATI/ATS, nella seguente modalità:

Prima Anticipazione – l'importo dell'anticipazione è pari al 70% del finanziamento assentito e viene erogato, successivamente alla sottoscrizione dell'atto di concessione.
Il Soggetto Proponente deve trasmettere al Responsabile di Obiettivo Specifico:

- la richiesta di prima anticipazione, con in oggetto la seguente dicitura "**POR Campania FSE 2014-2020**, l'**Asse / Obiettivo Specifico / Azione** che finanzia l'intervento, denominazione del dispositivo, il **Codice Ufficio** del progetto rilevante ai fini del monitoraggio sul sistema informatico, il **CUP**, il titolo del progetto formativo, nonché dei riferimenti di repertoriazione dell'atto di concessione con l'indicazione dell'importo da erogare;
- fattura elettronica con in oggetto la seguente dicitura "**POR Campania FSE 2014-2020**, l'**Asse / Obiettivo Specifico / Azione** che finanzia l'intervento, denominazione del dispositivo, il **Codice Ufficio** del progetto rilevante ai fini del monitoraggio sul sistema informatico, il **CUP**, il titolo del progetto formativo, nonché dei riferimenti di repertoriazione dell'atto di concessione con l'indicazione dell'importo da erogare ;
- estremi del conto corrente dedicato, anche non invia esclusiva, sul quale accreditare il finanziamento accordato e dal quale effettuare i pagamenti relativi ai costi del progetto indicando le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare sul conto;
- la comunicazione dell'avvio delle attività progettuali;
- una idonea garanzia fideiussoria, nei casi dovuti, sotto forma di polizza fideiussoria bancaria o assicurativa o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'albo di cui all'art. 106 del D.Lgs. n. 385/1993 e ss.mm.ii., tenendo conto di quanto previsto dalla Legge di stabilità 2016;

L'erogazione della prima anticipazione è pur sempre condizionata dall'esito delle verifiche di gestione, eseguite in conformità con quanto prescritto dall'art. 125 del Regolamento (UE) 1303/2013.

Ai fini dell'erogazione del finanziamento assentito gli uffici competenti provvederanno alle opportune verifiche

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

nel "Registro nazionale degli aiuti di Stato", necessarie al rispetto delle condizioni previste dalla normativa europea per la concessione degli aiuti di Stato o degli aiuti "de minimis", in ottemperanza a quanto stabilito dalla Circolare ministeriale 1° luglio 2016, n. 62871,a seguito dell'acquisizione del relativo codice COR rilasciato dal Registro Aiuti che identifica univocamente l'Aiuto stesso

Il Beneficiario è tenuto a spendere almeno il 90% dell'importo percepito a titolo di prima Anticipazione non oltre la data di completamento del 50% delle attività corsuali.

Saldo finale provvisorio – Il saldo finale provvisorio, per un importo massimo pari alla differenza tra finanziamento assentito l'anticipazione eventualmente ricevuta, viene erogato a seguito della trasmissione da parte del Beneficiario della sottoindicata documentazione indirizzata al Responsabile di Obiettivo Specifico:

- richiesta di saldo, con in oggetto la seguente dicitura "**POR Campania FSE 2014-2020**, l'**Asse / Obiettivo Specifico / Azione** che finanzia l'intervento, denominazione del dispositivo, il **Codice Ufficio** del progetto rilevante ai fini del monitoraggio sul sistema informatico, il **CUP**, il titolo del progetto formativo, nonché dei riferimenti di repertoriazione dell'atto di concessione nella quale si dichiara il costo dell'operazione a consuntivo sulla base delle UCS indicate nell'Avviso applicata alle ore corso effettivamente realizzate e previste nel progetto approvato; nel caso di RT nella richiesta di saldo andranno indicate le ore del corso effettivamente svolte da ciascun soggetto e relativa ripartizione e calcolo;
- fattura elettronica con in oggetto la seguente dicitura "**POR Campania FSE 2014-2020**, l'**Asse / Obiettivo Specifico / Azione** che finanzia l'intervento, denominazione del dispositivo, il **Codice Ufficio** del progetto rilevante ai fini del monitoraggio sul sistema informatico, il **CUP**, il titolo del progetto formativo, nonché dei riferimenti di repertoriazione dell'atto di concessione con l'indicazione dell'importo da erogare a consuntivo sulla base delle UCS indicate nell'Avviso applicata alle ore corso effettivamente realizzate e previste nel progetto approvato;
- idonea garanzia fideiussoria, nei casi dovuti, sotto forma di polizza fideiussoria bancaria o assicurativa o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'albo di cui all'art. 106 del D.Lgs. n. 385/1993 e ss.mm.ii., indicando l'importo spettante, calcolato detraendo dal totale delle spese eleggibili (comprese quelle ancora da maturare) dell'importo ricevuto a titolo di anticipazione e tenendo conto di quanto previsto dalla Legge di stabilità 2016;
- relazione sull'attività svolta nella quale siano evidenziati gli obiettivi formativi raggiunti e le competenze Tecnico Professionali acquisite dai singoli allievi a conclusione del percorso formativo;
- Autocertificazione del legale rappresentante del Beneficiario con in oggetto la seguente dicitura "**POR Campania FSE 2014-2020**, l'**Asse / Obiettivo Specifico / Azione** che finanzia l'intervento, denominazione del dispositivo, il **Codice Ufficio** del progetto rilevante ai fini del monitoraggio sul sistema informatico, il **CUP**, il titolo del progetto formativo, nonché dei riferimenti di repertoriazione dell'atto di concessione attestante il costo orario di ogni dipendente partecipante a ciascuna delle azioni formative (in caso di progetti plurianziendali la dichiarazione dovrà riportare il costo orario suddiviso per ogni azienda partecipante) nonché il completamento delle attività formative e/o ogni ulteriore attività progettuale con allegata la seguente documentazione :
    a) progettazione esecutiva con il dettaglio del personale impiegato, con l'indicazione del calendario didattico e degli allievi, il relativo piano finanziario entro il suddetto termine, registro delle attività d'aula e di training on the job debitamente vidimato e firmato;
    b) prospetto riepilogativo delle ore di frequenza degli allievi firmato dal legale rappresentante e contenente per ciascun discente:
        - ore di presenza in aula e ore di training on the job;
        - % di frequenza rispetto al monte ore complessivo (somma delle ore di aula e stage);
        - % di partecipazione al training on the job.

    c) registro di carico e scarico del materiale consegnato agli allievi, con ricevuta di avvenuta consegna;

    d) attestazione, a firma del Soggetto Proponente o del Soggetto Attuatore dell'intervento formativo in caso di interventi pluriaziendali, con la quale si accerta l'acquisizione dalle delle competenze, per ciascuno dei partecipanti, per singole Unità Formative Capitalizzabili (UFC) a conclusione dell'intervento formativo.

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

e) documentazione attestante la rendicontazione del cofinanziamento privato a costi reali (buste paga e documentazione attestante pagamento quietanzato degli oneri connessi)

L'erogazione del saldo è pur sempre condizionata dall'esito delle verifiche di gestione, eseguite in conformità con quanto prescritto dall'art. 125 del Regolamento (UE) n. 1303/2013 ed è comunque soggetta alla verifica dell'avanzamento fisico delle attività. Il Beneficiario è tenuto a spendere l'importo percepito a titolo di saldo finale entro 60 giorni dalla erogazione da parte della Regione e a effettuare la rendicontazione finale delle relative spese entro i successivi 30 giorni, secondo le modalità di cui all'art. 9.

Nel caso in cui gli importi erogati dalla Regione a titolo di anticipazione o di saldo finale superino il totale dei costi riconosciuti a consuntivo (secondo le modalità di cui all'art. 9), il Beneficiario è tenuto a restituire, entro 15 giorni, il maggiore importo ricevuto – con bonifico bancario con l'indicazione del codice ufficio del progetto o del CUP nonché del numero di repertoriazione dell'atto di concessione, sull'apposito conto corrente della Regione Campania, presso il Banco di Napoli, Via Forno Vecchio 36 - 80134 Napoli codice IBAN: IT40I0101003593000040000005 e a trasmettere la relativa attestazione al Responsabile di Obiettivo Specifico.

Art. 7 (Fideiussioni)

Il Beneficiario è tenuto a presentare garanzia fideiussoria a copertura dell'esposizione regionale, da trasmettere unitamente alle richieste di anticipazione di cui al precedente articolo 6, sotto forma di polizza fideiussoria bancaria o assicurativa o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'Albo di cui all'art. 106 del D. Lgs. n. 385/1993 e s.m.i.. Essa dovrà contenere l'espressa esclusione della preventiva escussione ex art. 1944 c.c. e della decadenza ex art. 1957 c.c. nonché la clausola di operatività, entro 15 giorni, a semplice richiesta della Regione.
Ciascuna polizza deve avere validità di un anno, con proroghe semestrali automatiche, dalla data di presentazione della richiesta di pagamento e comunque fino a 12 mesi dal termine di chiusura delle attività fissato dall'atto di concessione.
Lo svincolo delle polizze fideiussorie da parte della Regione è subordinato alle seguenti condizioni:
- completamento delle attività progettuali;
- esito positivo dei controlli effettuati dai referenti del Team di Obiettivo Specifico

Il Beneficiario è tenuto a produrre integrazioni alle polizze fideiussorie qualora alla scadenza delle stesse non ricorrano le condizioni di cui sopra. Qualora gli importi erogati dalla Regione a titolo di anticipazione o di saldo finale provvisorio superino il totale delle spese rendicontate e validate, il Beneficiario è obbligato a restituire il maggiore importo ricevuto, entro 15 giorni dalla richiesta, con bonifico bancario. In tale ultimo caso la polizza potrà essere svincolata solo dopo la presentazione della documentazione attestante l'avvenuta restituzione dei suddetti importi.

Art. 8 (Ammissibilità, modalità di rendicontazione e certificazione delle spese, conservazione dei documenti)

Le spese sostenute nel rispetto delle disposizioni dell'art. 65 del Reg. (UE) 1303/13, art. 13 del Reg.(UE) 1304/13 e del Manuale delle procedure di gestione del POR Campania FSE 2014-2020 e delle Linee Guida per i Beneficiari, sono ammissibili a far data dalla stipula del presente atto, salvo diverse disposizioni.
Il presente dispositivo, per definire il costo totale dell'intervento, sia a preventivo sia a consuntivo, si avvale dell'adozione di parametri di costo ammissibili nel quadro delle opzioni di semplificazione previste dall'art. 67, par. 1, lett b) del Reg. E 1303/2013 e dal Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 297 del 14/11/2014, di adozione UCS Formazione e le relative metodologie di costo.
Ciascun progetto formativo ammissibile e finanziabile riceverà un finanziamento calcolato, a preventivo ed a consuntivo, in funzione della quantità di ore corso e di ore allievo erogate, moltiplicate per le seguenti unità di costi standard:

Fascia docenza B - UCS ora corso € 117,00 x n. tot. ore corso

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

+ UCS ora allievo € 0,80 x n. tot. ore allievo

L'ammontare della sovvenzione destinata all'operazione sarà determinata dal prodotto del numero di ore effettivamente realizzate per il numero di allievi che hanno partecipato all'attività formativa per il costo della formazione.

Il riconoscimento a consuntivo del costo dell'intervento (al netto di eventuale cofinanziamento privato che andrà rendicontato a costi reali) è subordinato alla realizzazione delle seguenti condizioni:

- effettiva realizzazione, da parte del Beneficiario, dell'intero percorso formativo;
- effettiva partecipazione dell'allievo, con certificazione della presenza sull'apposito registro, per un numero di ore pari ad almeno l'80% del totale delle ore di formazione previste dall'operazione.

A tal fine sarà necessario compilare accuratamente i registri presenza e i time sheet allo scopo di certificare le ore di effettiva presenza giornaliera per ciascun partecipante del corso nonché la formazione erogata. L'importo risultante dall'applicazione delle UCS indicate, pertanto, dovrà essere ridotto dal Soggetto Beneficiario/ Attuatore a consuntivo qualora il costo effettivo del progetto gli risulti inferiore a quello prodotto con la formula dei costi unitari standard.

Nel caso in cui il percorso formativo non giunga a termine, non sarà riconosciuto alcun contributo.

Per ciò che attiene il divieto di concedere aiuti per attività formative obbligatorie per le imprese in base alla normativa nazionale in materia di formazione, ammesso che le imprese includano nei loro percorsi formativi moduli rivolti a materie obbligatorie per legge, tali moduli non daranno esito a riconoscimenti di spesa, neanche a titolo di cofinanziamento privato, da parte della Regione per quei progetti le cui imprese proponenti scelgono di avvalersi del regime di aiuti ex Regolamento n. (UE) 651/2014.

Il Beneficiario, ai fini del riconoscimento delle spese afferenti le attività realizzate, dovrà fornire al Controllo di I livello anche mediante il caricamento sul SURF (Sistema Unitario Regionale Fondi) adottato dalla Autorità di Gestione, la seguente documentazione, a titolo non esaustivo:

- progettazione esecutiva del corso con il dettaglio del personale impiegato (docenti, tutor, relatori etc) con indicazione del calendario didattico e degli allievi;
- registro delle attività d'aula e training on the job debitamente vidimato e firmato;
- prospetto riepilogativo delle ore di frequenza degli allievi firmato dal legale rappresentante e contenente per ciascun discente:
    - ore di presenza in aula e ore di training on the job;
    - % di frequenza rispetto al monte ore complessivo (somma delle ore di aula, FAD e stage);
    - % di partecipazione alle attività di training on the job;
- registro di carico e scarico del materiale consegnato agli allievi, con ricevuta di avvenuta consegna;
- presenza accertata da registro, per ciascuna ora di formazione erogata, di un docente e di un eventuale tutor;
- timesheet attività personale docente e non docente;
- rendicontazione a costi reali del cofinanziamento privato e delle polizze fidejussorie .

Tutti i documenti di spesa devono riportare i seguenti elementi: la dicitura **POR Campania FSE 2014-2020**, l'**Asse / Obiettivo Specifico / Azione** che cofinanzia l'intervento, il **Codice Ufficio** del progetto rilevante ai fini del monitoraggio sul sistema informatico, il **CUP** e l'**importo totale o parziale imputato** all'azione finanziata.

La documentazione dovrà essere trasmessa all'indirizzo pec indicato all'art 2 del presente atto e caricata in formato digitale sul sistema di monitoraggio della Regione Campania SURF (Sistema Unitario Regionale Fondi) adottato dalla Autorità di Gestione ed esibita in sede di verifica amministrativo-contabile e conservata dal Beneficiario per il periodo previsto dai regolamenti comunitari.

A tal fine, il Beneficiario, trattandosi di aiuti di Stato in esenzione ex Reg. (UE) n. 651/2014 e de minimis, è obbligato a conservare tutta la documentazione, in originale o in copia autenticata, su supporto cartaceo e, eventualmente, informatico, di tutti registri e le informazioni che andranno conservati per 10 anni dalla data in cui è stato concesso l'ultimo aiuto a norma del regime.

Il Beneficiario è tenuto, altresì, a mettere la suddetta documentazione a disposizione della Commissione Europea, della Corte dei conti e di tutti gli organi di controllo competenti, per consentire anche controlli

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

successivi alla conclusione del Programma, per il periodo previsto dall'art. 140 del Reg. (UE) 1303/13.

Art. 9 (Monitoraggio e valutazione)

Il Beneficiario è obbligato ad assicurare la costante alimentazione del Sistema di monitoraggio per il Fondo sociale europeo 2014-2020, SURF (Sistema Unitario Regionale Fondi) adottato dalla Autorità di Gestione per Programma con le modalità indicate nel Manuale delle procedure di gestione FSE 2014- 2020 e nelle Linee Guida per i Beneficiari allegate al predetto Manuale e secondo indicazioni all'uopo formulate dagli uffici regionali competenti.

Entro cinque giorni dalla sottoscrizione del presente atto di concessione il Beneficiario comunica al Responsabile di Obiettivo Specifico i riferimenti del Responsabile Esterno Operazione (RIO), referente di progetto per il Beneficiario, ai fini del rilascio delle credenziali.

Art. 10 (Controlli)

L'Amministrazione regionale opererà il controllo amministrativo-contabile sul totale delle attività cofinanziate dal POR Campania FSE 2014-2020, nonché verifiche in loco, in itinere ed ex post su un campione delle operazioni, condotte secondo le modalità di cui al Manuale dei controlli di primo livello.

La Regione si riserva di effettuare ulteriori verifiche, utili al controllo dello svolgimento delle attività.

Art.11 (Divieto di Delega)

E' fatto divieto di delega , totale o parziale, di attività connesse alla realizzazione del Progetto.

Art. 12 (Clausola di salvaguardia)

In caso di inadempimento degli obblighi generali di cui all'articolo 3 (Obblighi di carattere generale) da parte del Beneficiario, nonché il mancato rispetto delle disposizioni previste per l'erogazione delle risorse, il presente Atto di concessione non costituisce titolo per l'erogazione del finanziamento.

Art. 13 (Irregolarità)

In caso di irregolarità, come definita ai sensi del Reg. (UE) n. 1303/13 e ss.mm.ii il Dirigente delegato procede al recupero delle somme indebitamente percepite secondo quanto previsto dalla normativa comunitaria, dalle disposizioni nazionali e regionali e dal Manuale delle Procedure di gestione del POR Campania FSE 2014-2020

Art. 14 (Modifiche)

Qualsiasi modifica alle modalità di realizzazione delle attività, di cui al presente atto, rispetto a quanto previsto nel progetto approvato, dovrà essere preventivamente autorizzata dal Dirigente delegato a seguito di espressa richiesta del Beneficiario, inviata per conoscenza all'Autorità di gestione FSE, pena il mancato riconoscimento dei relativi costi.

Per le variazioni al piano dei costi approvato si richiamano le indicazioni previste nel Manuale delle procedure di gestione FSE 2014-2020 e nelle Linee Guida per i Beneficiari.

Art. 15 (Risoluzione unilaterale)

La Regione si riserva la facoltà di risolvere unilateralmente la presente concessione, previa comunicazione di revoca del provvedimento di assegnazione, in ogni tempo e per tutta la durata della presente concessione, nelle seguenti ipotesi:

a) ad avvenuto inizio delle attività progettuali, per il mancato rispetto delle condizioni

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

dell'affidamento e per gravi inadempienze;

b) mancato rispetto dei termini di cui all'articolo 5;
c) mancato rispetto degli adempimenti in capo al beneficiario di cui all'articolo 8;
d) mancato rispetto degli adempimenti connessi alla trasmissione degli atti relativi al monitoraggio fisico e finanziario e alla valutazione di cui all'articolo 9 ;
e) mancato rispetto dei termini dell'Avviso pubblico.

In caso di revoca del provvedimento di assegnazione, attuato mediante Decreto Dirigenziale del conseguente esercizio del diritto di recesso unilaterale, nessun corrispettivo è dovuto al Beneficiario neppure a titolo di rimborso spese e/o risarcimento del danno.

Art. 16 (Clausola risolutiva espressa)

Le parti espressamente convengono che la presente concessione si risolva di diritto nelle seguenti ipotesi di inadempimento:

a) per avvenuta cessione a terzi delle attività di cui alla presente concessione,;
b) nell'ipotesi di inadempimento degli istituti previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria e per inadempimento degli obblighi riguardanti la instaurazione, esecuzione e cessazione dei contratti di prestazione d'opera professionale, ivi compresi gli obblighi accessori di natura fiscale, contributiva e previdenziale;
c) nell'ipotesi di mancata, irregolare o incompleta stipulazione ed inadempimento dei contratti assicurativi;
d) per sopravvenuta inidoneità fisica dei locali e delle attrezzature, imputabili alla responsabilità del Beneficiario;
e) in caso di informativa antimafia interdittiva successiva alla sottoscrizione del presente Atto di Concessione.

Art. 17 (Autorizzazione trattamento dati personali)

Il Beneficiario autorizza l'Amministrazione regionale al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii, nonché dal Reg. (UE) 679 del 27/04/2016, anche in relazioni ad eventuali verifiche presso soggetti terzi.

Art. 18 (Obblighi nascenti dal Protocollo di legalità)

In riferimento al Protocollo di legalità approvato con DGR n. 23/2012 e sottoscritto tra la Regione e la GdF in data 6 marzo 2012, le parti si obbligano al rispetto delle norme ivi contenute che qui si intendono integralmente riportate e trascritte.

Art. 19 (Clausola di rinvio)

Per quanto non espressamente previsto nel presente atto di concessione, le parti fanno rinvio al codice civile ed alle normative comunitarie, statali e regionali vigenti in materia.

Art. 20 (Imposte e Tasse)

Il presente atto di concessione è esente da qualsiasi imposta o tassa ai sensi dell'art. 5 penultimo comma della legge 21 dicembre 1978 n. 845.

Art. 21 (Foro Convenzionale)

Per qualsiasi controversia inerente la presente concessione si elegge quale Foro competente quello di Napoli.

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

Art. 22 (Accettazione ai sensi dell'art. 1341 c.c.)

Le clausole previste agli articoli 3, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 16 e 17 vengono accettate e sottoscritte anche ai sensi dell'art. 1341 c.c..

Firma per accettazione

Per la Regione Campania

Per il Beneficiario

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

Decreto Dirigenziale n. 1199 del 20/12/2017

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 11 - DG PER L'ISTRUZIONE LA FORMAZIONE, IL LAVORO E LE POLITICHE GIOVANILI

U.O.D. 1 - UOD Istruzione

Oggetto dell'Atto:

DECRETO DIRIGENZIALE N. 339 DEL 25/07/2017: "POR CAMPANIA FSE 2014/2020 - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PROGRAMMA SUOLA VIVA - II ANNUALITA'" - PRESA D'ATTO DELL'AMMISIBILITA' DELLE ISTANZE PERVENUTE. PROVVEDIMENTI.

IL DIRIGENTE

PREMESSO che

a) con Deliberazione di Giunta Regionale n. 204 del 10/05/2016 sono stati attivati, nell'ambito del Programma Scuola Viva "*interventi volti a rafforzare la relazione tra scuola, territorio, imprese e cittadini trasformando le scuole in luoghi di incontro, democrazia e accrescimento culturale e favorendo l'integrazione e il travaso nella didattica tradizionale di esperienze positive acquisite, delle attività extracurricolari, anche con il coinvolgimento attivo delle famiglie e delle imprese previsti dalla programmazione";*
b) con Decreto Dirigenziale n. 229 del 29/6/2016 (BURC n. 43 del 29/6/2016 e s.m. i., è stato approvato l'Avviso pubblico Programma "Scuola Viva", da realizzare con il contributo del PO Campania FSE 2014-2020 - Obiettivo tematico 10 - Priorità d'investimento 10i - Obiettivo specifico 12;
c) il predetto Avviso, all'art. 1 stabilisce che "*Il Programma Scuola Viva si sviluppa con un orizzonte temporale di un triennio di cui l'anno scolastico 2016-2017 rappresenta una prima autonoma fase di attivazione. Il Programma sarà, con riferimento ai due anni scolastici successivi, dinamicamente adattato e migliorato, in ordine alle esigenze, ai correttivi e alle priorità monitorati, nel corso della prima annualità, in esito all'avanzamento degli interventi proposti e del perseguimento degli obiettivi definiti"*;
d) con Deliberazione di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017, sono state programmate ulteriori risorse finanziarie, per un importo pari ad € 51.000.000,00, per la realizzazione delle attività relative al Programma Scuola Viva per le annualità 2017-2018-2019, a valere sul PO FSE Campania 2014-2020, Asse 3, OT 10, OS 12, (RA 10.1) - Azioni 10.1.1 per € 1.000.000,00; 10.1.5 per € 23.203.000,00; 10.1.6 per € 22.203.000,00; 10.1.7 per € 4.594.000,00;
e) con Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017 è stato approvato l'Avviso per la partecipazione alla "Manifestazione di interesse "Programma Scuola Viva" – II annualità" , da realizzare con il contributo del PO Campania FSE 2014-2020 - Obiettivo tematico 10 – Priorità d'investimento 10i – Obiettivo specifico 12, il cui termine di scadenza per la presentazione delle proposte progettuali è stato prorogato al 29/09/2017 con Decreto Dirigenziale n. 499 del 12/09/2017;
f) con Decreto Dirigenziale n. 1005 del 30/11/2017, al fine di uniformare l'operato amministrativo e garantire parità di trattamento a tutte le Istituzioni Scolastiche partecipanti, sono stati forniti indirizzi operativi ed adottati provvedimenti in merito alla tempistica delle attività;
g) con il predetto provvedimento si è dato atto, tra l'altro, che "*le proposte progettuali presentate, per le quali vengono rilevate anomalie meramente formali, siano regolarizzate; tanto in ossequio al principio giurisprudenziale della prevalenza della sostanza rispetto ai meri dati formali e operativi, ancor più nei casi in cui le attività proposte siano valutate positivamente per la loro coerenza con gli obiettivi del Programma"*;

PRESO ATTO che

a) alla data del 29/09/2017, nuovo termine di scadenza fissato dal citato D.D. n. 499/2017, risultano inviate n. 411 istanze di finanziamento;
b) successivamente a tale data sono state inviate n. 4 istanze di finanziamento;

CONSIDERATO che

a) il predetto Avviso, all'art. 10, dispone che la verifica dell'ammissibilità formale delle proposte progettuali pervenute sia svolta dall'Ufficio responsabile del procedimento;
b) il Gruppo di lavoro nominato con nota prot. n. 735574 dell'8/11/2017 ha provveduto all'esame delle candidature presentate nel rispetto dei parametri indicati nell'Avviso, tenendo conto degli indirizzi operativi formulati con il Decreto Dirigenziale n. 1005 del 30/11/2017 e delle indicazioni fornite con nota prot. n. 0821472 del 13/12/2017;
c) le risultanze delle attività del Gruppo, trasmesse con nota prot. n. 840044 del 20/12/2017, sono state acquisite agli atti del responsabile del procedimento;
d) le risorse del PO Campania FSE 2014-2020 destinate al finanziamento della seconda annualità del Programma "Scuola Viva" ammontano, complessivamente, ad € 25.000.000,00, da prelevarsi dalla dotazione finanziaria di cui alla D.G.R. n. 328 del 06/06/2017;

CONSIDERATO, altresì, che
a) sono pervenute proposte progettuali i cui piani finanziari riportano, in analogia con il piano della precedente annualità del Programma, la microvoce di spesa per la retribuzione del personale interno non docente, non prevista nello schema allegato alla Manifestazione di interesse di che trattasi,
b) tale personale, è indispensabile e direttamente coinvolto nella fase di realizzazione del progetto;

DATO ATTO
a) che gli interventi dovranno essere realizzati e rendicontati nel rispetto di quanto disposto nel Manuale di Gestione del POR FSE 2014-2020 e nelle Linee Guida per i Beneficiari;
b) che l'impegno e l'erogazione delle risorse finanziarie di cui al presente provvedimento sono comunque subordinati al rispetto dei vincoli derivanti dalle norme in materia di pareggio di bilancio, nonché delle disposizioni operative stabilite dalla Giunta regionale in materia;
c) che il contributo di cui al presente atto è da inserire nell'elenco beneficiari del POR e negli elenchi previsti dalle norme sulla Trasparenza;

RITENUTO di dover
a) prendere atto delle risultanze dell'attività di verifica svolta dal Gruppo di lavoro, dalla quale risultano:
   - n. 4 progetti inviati oltre il termine di scadenza (29/09/2017), di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
   - n. 411 progetti ammissibili riportati nell'allegato B, parte integrante del presente provvedimento;
b) ammettere a finanziamento le proposte progettuali contenute nell'allegato B, per l'importo in esso specificato e per la cifra complessiva di 22.598.737,47, a valere sulle risorse del POR Campania FSE 2014-2020 - Asse III – Obiettivo specifico 12 – Azione 10.1.1;
c) richiedere, con separato provvedimento all'Autorità di Gestione FSE, l'impegno della somma di € 22.598.737,47, a valere sul POR Campania FSE 2014-2020 – Asse III - Obiettivo Specifico n. 12 - Azione 10.1.1;

RITENUTO altresì di dover, ai sensi degli indirizzi operativi formulati all'Ufficio responsabile del procedimento con il D.D. n. 1005/2017 e della nota prot. n. 0821472 del 13/12/2017:
a) precisare che le integrazioni documentali allo scopo di chiarire eventuali errori materiali, anche con riferimento ai piani finanziari e la proposta progettuale completa di firma digitale (laddove non presente), vanno acquisite in sede di sottoscrizione dell'atto di concessione da formalizzare entro e non oltre il termine di sette giorni dalla data di inoltro della richiesta da parte degli uffici regionali;
b) prevedere, nella macrovoce B2 "Realizzazione" del piano finanziario allegato al D.D. n. 339/2017, la microvoce denominata "Retribuzione e oneri personale interno non docente", ai fini di una corretta imputazione delle spese relative a tale personale;
c) consentire, in fase di sottoscrizione dell'atto di concessione, la presentazione del piano finanziario aggiornato, come da schema di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, fermo restando il rispetto dei massimali previsti, per ciascuna macrovoce, dall'Avviso approvato con il citato D.D. n. 339/2017;
d) disporre che il monte ore programmato, come da proposta progettuale ammessa a finanziamento, possa realizzarsi prevedendo un numero di settimane inferiori a 40, attraverso un incremento del numero di aperture settimanali;
e) stabilire che tutte le attività dovranno concludersi non prima dell'ultima settimana di giugno 2018;
f) fissare, quale termine ultimo di chiusura delle attività, il giorno 30/09/2018;

VISTI
- la L.R. n. 4/2017;
- il D.Lgs. n. 118 del 23/06/2011 - "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili";
- la D.G.R. n. 6 del 10/01/2017;
- la D.G.R. n. 59 del 07/02/2017 di approvazione del bilancio gestionale E.F. 2017;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 204 del 10 maggio 2016;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 328 del 6 giugno 2017;

- il Decreto Dirigenziale n. 229 del 29/6/2016;
- il Decreto Dirigenziale n. 252 del 14/07/2016;
- il Decreto Dirigenziale n. 322 del 30/09/2016 ;
- il Decreto Dirigenziale n. 631 del 29/12/2016;
- il Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017;
- il Decreto Dirigenziale n. 499 del 12/09/2017;
- il Decreto Dirigenziale n. 1005 del 30/11/2017;
- la nota prot. n. 0821472 del 13/12/2017;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dagli Uffici dell'Unità Operativa Dirigenziale Istruzione

DECRETA

per le motivazioni di cui in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate di:

1. prendere atto della verifica dell'ammissibilità svolta dall'Ufficio responsabile del procedimento, dalla quale risultano:
   - n. 4 progetti inviati oltre il termine di scadenza (29/09/2017), di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
   - n. 411 progetti ammissibili riportati nell'allegato B, parte integrante del presente provvedimento;
2. ammettere a finanziamento le proposte progettuali contenute nell'allegato B, per l'importo in esso specificato e per la cifra complessiva di 22.598.737,47, a valere sulle risorse del POR Campania FSE 2014-2020 - Asse III – Obiettivo specifico 12 – Azione 10.1.1;
3. richiedere, con separato provvedimento all'Autorità di Gestione FSE, l'impegno della somma di € 22.598.737,47, a valere sul POR Campania FSE 2014-2020 – Asse III - Obiettivo Specifico n. 12 - Azione 10.1.1;
4. precisare che le integrazioni documentali allo scopo di chiarire eventuali errori materiali, anche con riferimento ai piani finanziari e la proposta progettuale completa di firma digitale (laddove non presente), vanno acquisite in sede di sottoscrizione dell'atto di concessione da formalizzare entro e non oltre il termine di sette giorni dalla data di inoltro della richiesta da parte degli uffici regionali;
5. prevedere, nella macrovoce B2 "Realizzazione" del piano finanziario allegato al D.D. n. 339/2017, la microvoce denominata "Retribuzione e oneri personale interno non docente", ai fini di una corretta imputazione delle spese relative a tale personale;
6. consentire, in fase di sottoscrizione dell'atto di concessione, la presentazione del piano finanziario aggiornato, come da schema di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, fermo restando il rispetto dei massimali previsti, per ciascuna macrovoce, dall'Avviso approvato con il citato D.D. n. 339/2017;
7. disporre che il monte ore programmato, come da proposta progettuale ammessa a finanziamento, possa realizzarsi prevedendo un numero di settimane inferiori a 40, attraverso un incremento del numero di aperture settimanali;
8. stabilire che tutte le attività dovranno concludersi non prima dell'ultima settimana di giugno 2018;
9. fissare, quale termine ultimo di chiusura delle attività, il giorno 30/09/2018;
10. disporre, tenuto conto dell'elevato numero di Istituzioni Scolastiche coinvolte, che la pubblicazione del presente atto sul BURC e sul sito web della Regione Campania ha valore di notifica agli interessati, assolvendo successivamente agli obblighi di trasparenza di cui al D.lgs n. 33/2013, artt. 26 e 27;
11. pubblicare il presente provvedimento sul BURC e sul portale della Regione Campania www.regione.campania.it;
12. inviare il presente provvedimento al Capo di Gabinetto, al Responsabile della Programmazione Unitaria, all'Autorità di Gestione FSE e al BURC per la pubblicazione.

Maria Antonietta D'Urso

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA “SCUOLA VIVA” – II ANNUALITA’
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato A – Fuori termine

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr
210/2	IC Carducci	Mariglianella	NA
460/2	IC Principe di Piedimonte	Santa Maria Capua Vetere	CE
582/2	IIS Nobile – Amundsen	Lauro	AV
626/2	IIS Maffucci	Calitri	AV

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

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
1/2	IC Criscuoli	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	AV	€ 54.995,00
2/2	DD 3° Circolo	AVERSA	CE	€ 55.000,00
3/2	ITIS Leonardo Da Vinci	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
4/2	ISIS Isabella d'Este Caracciolo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
10/2	IC Giovanni XXIII	SANTA MARIA A VICO	CE	€ 55.000,00
11/2	SSPG Carlo Poerio	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
12/2	IC 35° Scudillo Salvemini	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
15/2	IC Giordano	CERCOLA	NA	€ 55.000,00
17/2	IIS Marco Pollione Vitruvio	CASTELLAMMARE DI STABIA	NA	€ 55.000,00
18/2	IC Volino Croce Arcoleo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
22/2	IC EUROPA UNITA	AFRAGOLA	NA	€ 55.000,00
23/2	IC Rita Levi Montalcini	SALERNO	SA	€ 55.000,00
27/2	ITIS GBB Lucarelli	BENEVENTO	BN	€ 55.000,00
29/2	IC "Castaldo 2 -Nosengo"	AFRAGOLA	NA	€ 55.000,00
31/2	IC Gerardo Sasso	AMALFI	SA	€ 55.000,00
32/2	IC 68° Rodinò	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
33/2	IC Cariteo Italico	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
34/2	IIS Aversa	AVERSA	CE	€ 55.000,00
37/2	IIS Genovesi Da Vinci	SALERNO	SA	€ 55.000,00
38/2	Liceo Classico Diaz	OTTAVIANO	NA	€ 54.745,70
43/2	IC Don Giustino Russolillo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
44/2	IC 2 Panzini	CASTELLAMMARE DI STABIA	NA	€ 55.000,00
46/2	IISS F. De Sanctis	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	AV	€ 55.000,00
55/2	DD 3° Circolo	CAVA DE' TIRRENI	SA	€ 55.000,00
56/2	ITG Della Porta - Porzio	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
57/2	LA Statale "G. De Chirico"	TORRE ANNUNZIATA	NA	€ 55.000,00
61/2	IC Mancini	ARIANO IRPINO	AV	€ 55.000,00
62/2	IIS Archimede	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
63/2	IC 43° Tasso - San Gaetano	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
64/2	IC 80° Berlinguer	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
65/2	IC Vanvitelli	CASERTA	CE	€ 55.000,00
66/2	ISIS Europa	POMIGLIANO D'ARCO	NA	€ 55.000,00
67/2	IC Formicola – Liberi – Pontelatone	FORMICOLA	CE	€ 55.000,00
68/2	IC 47° Sarria Monti	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
71/2	ITE Caruso	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
72/2	IC Vitulano	VITULANO	BN	€ 55.000,00
74/2	IC Sant'Alfonso dé Liguori	PAGANI	SA	€ 55.000,00
76/2	DD 2° Circolo	AVELLINO	AV	€ 55.000,00
77/2	LC Sannazaro	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
78/2	IT E. Mattei	CASAMICCIOLA T.	NA	€ 55.000,00
80/2	DD 1° circolo	MERCATO SAN SEVERINO	SA	€ 55.000,00
81/2	IIS Don Geremia Piscopo	ARZANO	NA	€ 55.000,00
83/2	IC Vanvitelli	AIROLA	BN	€ 55.000,00
84/2	ISIS Tassinari	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
85/2	IT Focaccia	SALERNO	SA	€ 55.000,00
87/2	L Genovesi	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
88/2	IC Lanzara	CASTEL SAN GIORGIO	SA	€ 55.000,00
89/2	LCS E. Torricelli	SOMMA VESUVIANA	NA	€ 55.000,00
90/2	IC Aiello del Sabato	AIELLO DEL SABATO	AV	€ 55.000,00
94/2	IIS Francesco Saverio Nitti	PORTICI	NA	€ 55.000,00
95/2	IC Gaglione	CAPODRISE	CE	€ 55.000,00
96/2	IC S. Quasimodo	CRISPANO	NA	€ 55.000,00
97/2	IC 5 Artiaco	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00
98/2	G. Rossi Vairo	AGROPOLI	SA	€ 55.000,00
99/2	IC 1° circolo Montesarchio	MONTESARCHIO	BN	€ 55.000,00
100/2	IC Baracca V. Emanuele II	NAPOLI	NA	€ 54.997,62
101/2	IIS Carafa - Giustiniani	CERRETO SANNITA	BN	€ 55.000,00
102/2	LS Giordano Bruno	ARZANO	NA	€ 55.000,00
104/2	Liceo Pluricomprensivo Cartesio	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NA	€ 55.000,00
105/2	LA Sabatini Menna	SALERNO	SA	€ 55.000,00
108/2	IS Paolo Colosimo	NAPOLI	NA	€ 54.961,68
109/2	DD Statale 2° Circolo "G. Falcone"	MELITO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
110/2	IC S. Antimo 4 Pestalozzi	SANT'ANTIMO	NA	€ 55.000,00
111/2	DD 2 Siani	MUGNANO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
112/2	IC De Sanctis	CAPOSELE	AV	€ 55.000,00
113/2	IC San Rocco	MARANO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
114/2	ISIS Falcone	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00
116/2	IIS Perito Levi	EBOLI	SA	€ 55.000,00
119/2	CPIA Salerno	SALERNO	SA	€ 55.000,00
120/2	IC S. Falco	SCAFATI	SA	€ 55.000,00
123/2	IC Buccino	BUCCINO	SA	€ 55.000,00
124/2	Liceo Gandhi	CASORIA	NA	€ 55.000,00
126/2	IC Sabatino Minucci	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
127/2	IIS Grottaminarda	GROTTAMINARDA	AV	€ 55.000,00
128/2	IC Ilaria Alpi ex 2° Montesarchio	MONTESARCHIO	BN	€ 55.000,00
130/2	IC 3 Don Peppe Diana	PORTICI	NA	€ 55.000,00
131/2	IC 41° Console	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
132/2	IC I Circolo Capraro	PROCIDA	NA	€ 55.000,00
133/2	IIS Sacco	SANT'ARSENIO	SA	€ 55.000,00
134/2	IPSSART Teano	TEANO	CE	€ 55.000,00
135/2	IC Colle Sannita	COLLE SANNITA	BN	€ 55.000,00
136/2	IC 88° E. De Filippo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
142/2	IIS E. Fermi	MONTESARCHIO	BN	€ 55.000,00
144/2	ITCG Rossi Doria	MARIGLIANO	NA	€ 55.000,00
145/2	LC Vittorio Emanuele II	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
146/2	IC Bosco Lucarelli	BENEVENTO	BN	€ 55.000,00
147/2	IC G. Barra	SALERNO	SA	€ 55.000,00
148/2	SSPG T. Tasso	SALERNO	SA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
149/2	ISIS Baronissi	BARONISSI	SA	€ 55.000,00
151/2	DD 5° circolo Eugenio Montale	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
152/2	IC San Marco dè Cavoti	SAN MARCO DE' CAVOTI	BN	€ 55.000,00
153/2	IC 4 Pergolesi	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00
154/2	IC 3 Dorso	SAN GIORGIO A CREMANO	NA	€ 55.000,00
155/2	DD 2° circolo	MERCATO SAN SEVERINO	SA	€ 55.000,00
156/2	IC Don Smaldone	ANGRI	SA	€ 55.000,00
157/2	IC Pellezzano	PELLEZZANO	SA	€ 55.000,00
158/2	ICS Carlo del Balzo (ex Don Milani)	SAN MARTINO VALLE CAUDINA	AV	€ 55.000,00
160/2	ISIS Axel Munthe	ANACAPRI	NA	€ 55.000,00
161/2	LS Urbani	SAN GIORGIO A CREMANO	NA	€ 55.000,00
164/2	IC 2° Russo	PALMA CAMPANIA	NA	€ 55.000,00
165/2	IC 5 Iovino Scotellaro	ERCOLANO	NA	€ 55.000,00
167/2	ISIS Sereni	AFRAGOLA	NA	€ 55.000,00
168/2	LS Cantone	POMIGLIANO D'ARCO	NA	€ 55.000,00
169/2	LC Durante	FRATTAMAGGIORE	NA	€ 55.000,00
170/2	SSPG Amendola De Amicis	SAN GIUSEPPE VESUVIANO	NA	€ 55.000,00
173/2	DD I Marconi	AFRAGOLA	NA	€ 55.000,00
174/2	IC San Marcellino	SAN MARCELLINO	CE	€ 55.000,00
175/2	IC J.F. Kennedy	CUSANO MUTRI	BN	€ 54.500,00
176/2	ISIS Saviano Marigliano	SAVIANO	NA	€ 55.000,00
177/2	CPIA Caserta	CASERTA	CE	€ 55.000,00
180/2	IC 83° Porchiano Bordiga	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
183/2	IC Bellizzi	BELLIZZI	SA	€ 55.000,00
184/2	IC Cozzolino - D'Avino	SAN GENNARO VESUVIANO	NA	€ 54.988,64
187/2	ISIS G. Fortunato	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
188/2	SSPG San Tommaso d'Aquino	MERCATO SAN SEVERINO	SA	€ 55.000,00
189/2	IPSEOA Cavalcanti	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
190/2	LC De Bottis	TORRE DEL GRECO	NA	€ 55.000,00
191/2	DD I Circolo Rione Principe	QUALIANO	NA	€ 55.000,00
192/2	IPSAR Gioacchino Rossini	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
193/2	IC Nazareth	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
194/2	ISISS Lener	MARCIANISE	CE	€ 55.000,00
195/2	IT Giordani Striano	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
197/2	IC Rocco Cav. Cinquegrana	SANT'ARPINO	CE	€ 55.000,00
200/2	IC 91° Minniti	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
201/2	IC S. M. Milani	CAIVANO	NA	€ 55.000,00
202/2	SSPG Illuminato Cirino	MUGNANO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
203/2	IIS A. Tilgher	ERCOLANO	NA	€ 55.000,00
204/2	IC Bracigliano	BRACIGLIANO	SA	€ 55.000,00
206/2	IC Fiorelli	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
207/2	ISIS Colombo	TORRE DEL GRECO	NA	€ 55.000,00
208/2	IC Ungaretti	TEVEROLA	CE	€ 55.000,00
212/2	IC Ragazzi d'Europa	CASALNUOVO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
213/2	DD 1° Cavour	MARCIANISE	CE	€ 55.000,00
214/2	IC Giovanni Paolo II	SALERNO	SA	€ 55.000,00
216/2	LS Rescigno	ROCCAPIEMONTE	SA	€ 55.000,00
218/2	SSPG G. Caporale	ACERRA	NA	€ 55.000,00
219/2	IC 58° J.F. Kennedy	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
220/2	IC G. Falcone	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
221/2	SSPG Francesco Solimena	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
222/2	ISISS Taddeo da Sessa	SESSA AURUNCA	CE	€ 55.000,00
225/2	DD 55° M. De Vito Piscicelli	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
229/2	IC De Filippo - De Ruggiero	BRUSCIANO	NA	€ 55.000,00
231/2	DD Nocera Inferiore	NOCERA INFERIORE	SA	€ 55.000,00
232/2	IC Pascoli	BENEVENTO	BN	€ 55.000,00
233/2	LS e Ling Medi	BATTIPAGLIA	SA	€ 55.000,00
242/2	LS Don C. La Mura	ANGRI	SA	€ 55.000,00
244/2	IC 2 De Amicis - Diaz	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00
246/2	DD 38° circolo G. Quarati	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
247/2	IC Casapesenna	CASAPESENNA	CE	€ 55.000,00
248/2	IISS ITN Duca degli Abruzzi	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
249/2	IIS Vittorio Veneto	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
254/2	LS E. Segrè	MARANO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
256/2	IIS Cuomo Milone	NOCERA INFERIORE	SA	€ 55.000,00
259/2	IC Palatucci	MONTELLA	AV	€ 55.000,00
263/2	L Galileo Galilei	PIEDIMONTE MATESE	CE	€ 55.000,00
264/2	ISIS Vincenzo Corrado	CASTEL VOLTURNO	CE	€ 55.000,00
268/2	IPSIA Michele Niglio	FRATTAMAGGIORE	NA	€ 55.000,00
271/2	IC Lucilio	SESSA AURUNCA	CE	€ 55.000,00
272/2	L Publio Virgilio Marone	AVELLINO	AV	€ 55.000,00
274/2	IC De Blasio	GUARDIA SANFRAMONDI	BN	€ 55.000,00
275/2	IT G. C. Falco	CAPUA	CE	€ 55.000,00
278/2	ITS Andreozzi	AVERSA	CE	€ 55.000,00
279/2	LCS Plinio Seniore	CASTELLAMMARE DI STABIA	NA	€ 55.000,00
281/2	DDs Barano d'Ischia	BARANO D'ISCHIA	NA	€ 55.000,00
282/2	IC S. Antimo 2 - G. Leopardi	SANT'ANTIMO	NA	€ 55.000,00
284/2	SSPG Dante Alighieri	CASERTA	CE	€ 55.000,00
286/2	IS Vico – De Vivo	AGROPOLI	SA	€ 54.961,76
287/2	SSPG Martiri d'Ungheria	SCAFATI	SA	€ 55.000,00
290/2	IC D'Aosta	OTTAVIANO	NA	€ 55.000,00
291/2	SSPG Belvedere	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
292/2	DD 1° C.D. Enrico Fermi	FRATTAMAGGIORE	NA	€ 55.000,00
298/2	L G.B. Vico	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
299/2	IC 71° Aganoor Marconi	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
300/2	IC 2° De Gasperi	CAIVANO	NA	€ 55.000,00
301/2	LS Rummo	BENEVENTO	BN	€ 55.000,00
302/2	IC Contursi Terme	CONTURSI TERME	SA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
304/2	IC Pinto	VIETRI SUL MARE	SA	€ 55.000,00
305/2	IIS Fermi	SARNO	SA	€ 55.000,00
306/2	IC Cortese	CASORIA	NA	€ 55.000,00
307/2	ISS Romanò	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
308/2	SSPG Fucini Roncalli	GRAGNANO	NA	€ 55.000,00
311/2	IC Roccamonfina Galluccio	ROCCAMONFINA	CE	€ 55.000,00
312/2	ISIS Mennella	CASAMICCIOLA T.	NA	€ 55.000,00
313/2	IC De Amicis Masi	ATRIPALDA	AV	€ 55.000,00
314/2	L Regina Margherita	SALERNO	SA	€ 55.000,00
316/2	LS Ling De Carlo	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NA	€ 55.000,00
317/2	ISIS Antonio Serra	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
318/2	IC Di Giacomo - De Nicola	AGEROLA	NA	€ 55.000,00
321/2	IC Padre Columbro	FOGLIANISE-TOCCO C.	BN	€ 55.000,00
323/2	IC 3° Rodari Annecchino	POZZUOLI	NA	€ 54.946,00
325/2	IC 20° Villa Fleurent	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
328/2	IC S. Giovanni Bosco	SAN SALVATORE TELESINO	BN	€ 55.000,00
329/2	IC I° Cangemi	BOSCOREALE	NA	€ 55.000,00
330/2	IC San Tommaso d'Aquino	SALERNO	SA	€ 55.000,00
331/2	DD I Circolo Didattico Siani	MARIGLIANO	NA	€ 55.000,00
334/2	IO Piaggine	PIAGGINE	SA	€ 55.000,00
336/2	DD I Circolo di Cardito	CARDITO	NA	€ 55.000,00
337/2	ITE Gallo	AVERSA	CE	€ 55.000,00
338/2	LS Francesco Sbordone	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
339/2	DD 39° Leopardi	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
341/2	SSPG Rita Levi Montalcini di Afragola	AFRAGOLA	NA	€ 55.000,00
342/2	IIS Degni	TORRE DEL GRECO	NA	€ 55.000,00
343/2	IIS Telesi@	TELESE TERME	BN	€ 55.000,00
345/2	IC Calcedonia	SALERNO	SA	€ 55.000,00
346/2	IC Ripa	EBOLI	SA	€ 55.000,00
347/2	DD Montecorvino R.	MONTECORVINO ROVELLA	SA	€ 55.000,00
348/2	IC Mazzarella	CERRETO SANNITA	BN	€ 55.000,00
349/2	IC 51° Oriani Guarino	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
352/2	LC 9° CD Cuoco-Schipa	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
354/2	ISIS E. De Nicola	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
362/2	SSPG Pirandello Svevo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
367/2	IC Viviani	SAN MARCO EVANGELISTA	CE	€ 55.000,00
373/2	IPSSEOA Pittoni	PAGANI	SA	€ 55.000,00
375/2	IC 2° Massaia	SAN GIORGIO A CREMANO	NA	€ 55.000,00
376/2	IC 53° Gigante Neghelli	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
377/2	IC Adelaide Ristori	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
380/2	IC Amanzio Ranucci Alfieri	MARANO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
382/2	IC Don Milani	TORRE DEL GRECO	NA	€ 55.000,00
384/2	DD 3° Circolo	PAGANI	SA	€ 55.000,00
385/2	IC Moro	SAN FELICE A CANCELLO	CE	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
386/2	IC 49° Toti Borsi Giurleo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
392/2	IC 3°Parco Verde Caivano	CAIVANO	NA	€ 55.000,00
394/2	IC Beneventano	OTTAVIANO	NA	€ 55.000,00
395/2	IIS Mattei	CASERTA	CE	€ 55.000,00
396/2	IO Padula	PADULA	SA	€ 55.000,00
397/2	IISS S. Caterina da Siena Amendola	SALERNO	SA	€ 50.075,00
398/2	IC Pascoli	COLLIANO	SA	€ 55.000,00
399/2	DD 2° circolo	SARNO	SA	€ 55.000,00
401/2	DD I° Circolo De Curtis	CASALNUOVO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
402/2	IC 82° S.M. D'Acquisto	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
404/2	ITE Augusto Righi	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
405/2	IC Novio Atellano	FRATTAMINORE	NA	€ 55.000,00
406/2	SSPG G. Pascoli	TORRE ANNUNZIATA	NA	€ 55.000,00
408/2	ISIS Giovanni XXIII	SALERNO	SA	€ 55.000,00
411/2	ITAG De Sanctis D'Agostino	AVELLINO	AV	€ 55.000,00
412/2	IIS Cicerone	SALA CONSILINA	SA	€ 55.000,00
414/2	DD 6° circolo Medaglie d'Oro	SALERNO	SA	€ 55.000,00
419/2	IC M. Polo - Galilei	CARDITO	NA	€ 55.000,00
420/2	IC Darmon	MARANO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
421/2	IC Nicola Sasso	TORRE DEL GRECO	NA	€ 55.000,00
423/2	IC D'Angiò - Via Vesuvio	TRECASE	NA	€ 55.000,00
425/2	LSS Ernesto Pascal	POMPEI	NA	€ 55.000,00
428/2	IC Maddaloni 1 Villaggio	MADDALONI	CE	€ 55.000,00
429/2	IC Michelangelo Augusto	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
429 bis/2	ICS Madonna Assunta	NAPOLI	NA	€ 54.962,81
430/2	IC Russo Montale	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
431/2	IIS Faicchio Castelvenere	FAICCHIO	BN	€ 55.000,00
433/2	ISISS Piedimonte Matese	PIEDIMONTE MATESE	CE	€ 55.000,00
436/2	IC Manzi	CALITRI	AV	€ 55.000,00
437/2	CPIA Napoli Città 2	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
442/2	Piranesi	CAPACCIO	SA	€ 55.000,00
443/2	ISIS LEONE – NOBILE	NOLA	NA	€ 55.000,00
444/2	IC Plinio il Vecchio - Gramsci	BACOLI	NA	€ 55.000,00
446/2	IC 5 Maiuri	ERCOLANO	NA	€ 55.000,00
448/2	IC San Gennarello	OTTAVIANO	NA	€ 55.000,00
449/2	IC 31° Paolo Borsellino	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
451/2	IC 2° Sauro - Morelli	TORRE DEL GRECO	NA	€ 55.000,00
452/2	L Calamandrei	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
454/2	IC Radice Sanzio Ammaturo	NAPOLI	NA	€ 54.970,55
456/2	IIS Nino Bixio	PIANO DI SORRENTO	NA	€ 55.000,00
459/2	IC Benedetto Croce	SAN SOSSIO BARONIA	AV	€ 55.000,00
461/2	IC R. Bonghi	NAPOLI	NA	€ 54.794,28
464/2	IC Bovio - Colletta	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
465/2	IC Camerota	CAMEROTA	SA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
467/2	DDS 2° Circolo Acerra	ACERRA	NA	€ 55.000,00
468/2	IC Salvatore Di Giacomo - Santa Chiara	QUALIANO	NA	€ 55.000,00
471/2	IC Santa Marina Policastro	SANTA MARINA	SA	€ 55.000,00
474/2	LS Leon Battista Alberti	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
476/2	IPSAR V. Telese	ISCHIA	NA	€ 55.000,00
477/2	IT Buonarroti	CASERTA	CE	€ 55.000,00
478/2	LC Eur. Convitto Nazionale Bruno	MADDALONI	CE	€ 55.000,00
479/2	IIS Lombardi	AIROLA	BN	€ 55.000,00
481/2	ICAS Solimene	SPARANISE	CE	€ 55.000,00
482/2	IC Gallozzi	SANTA MARIA CAPUA VETERE	CE	€ 54.988,25
482 bis/2	IC Mameli	CURTI	CE	€ 55.000,00
486/2	IC G. Rossini	VISCIANO	NA	€ 55.000,00
487/2	IC Croce	VITULAZIO	CE	€ 55.000,00
488/2	L Quercia	MARCIANISE	CE	€ 55.000,00
489/2	IC Galiani	MONTORO	AV	€ 55.000,00
491/2	IC Collecini Giovanni XXIII	CASERTA	CE	€ 55.000,00
494/2	SSPG Fresa Pascoli	NOCERA SUPERIORE	SA	€ 55.000,00
497/2	IC Moro	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
498/2	L Jommelli	AVERSA	CE	€ 55.000,00
501/2	IC 64° Rodari Moscato	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
502/2	IIS V. Emanuele	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
503/2	DD don Milani	GIFFONI VALLE PIANA	SA	€ 55.000,00
506/2	L Don Gnocchi	MADDALONI	CE	€ 55.000,00
507/2	IPSASR Profagri	SALERNO	SA	€ 55.000,00
508/2	IIS Filangieri	CAVA DE' TIRRENI	SA	€ 55.000,00
509/2	IIS Besta Gloriosi	BATTIPAGLIA	SA	€ 55.000,00
511/2	ISIS Don Milani	GRAGNANO	NA	€ 55.000,00
512/2	IC 6° Fava Gioia	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
514/2	DD I Circolo di Saviano	SAVIANO	NA	€ 55.000,00
515/2	IC Italo Calvino	VILLARICCA	NA	€ 55.000,00
516/2	ITIS A. Volta	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
519/2	IC Teggiano	TEGGIANO	SA	€ 55.000,00
520/2	IC Don Diana	CASAL DI PRINCIPE	CE	€ 55.000,00
522/2	IC Anardi	SCAFATI	SA	€ 55.000,00
528/2	DD 69° Napoli	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
529/2	IS Moscati	SANT'ANTIMO	NA	€ 55.000,00
533/2	IC Olevano sul Tusciano	OLEVANO SUL TUSCIANO	SA	€ 55.000,00
534/2	IC Don Lorenzo Milani Calvario Covotta	ARIANO IRPINO	AV	€ 55.000,00
536/2	IC Giannone	CASERTA	CE	€ 55.000,00
538/2	DD 3° Circolo Didattico Somma Vesuviana	SOMMA VESUVIANA	NA	€ 55.000,00
539/2	IC 4° Don Diana	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NA	€ 54.985,35
540/2	IC Santagata	GRICIGNANO D'AVERSA	CE	€ 55.000,00
543/2	IC Tasso	SORRENTO	NA	€ 55.000,00
544/2	IC Vespucci	MONTE DI PROCIDA	NA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
545/2	IC Alife	ALIFE	CE	€ 55.000,00
547/2	IC Virgilio	EBOLI	SA	€ 55.000,00
548/2	ISS Pomponio Leto	TEGGIANO	SA	€ 55.000,00
551/2	IC Falcone	PIEDIMONTE MATESE	CE	€ 55.000,00
553/2	IC A. De Gasperi	CASTELLO DI CISTERNA	NA	€ 55.000,00
555/2	IC Fratelli Mercogliano - C. Guadagni	CIMITILE	NA	€ 55.000,00
556/2	IC Don Alfonso De Caro	FISCIANO	SA	€ 55.000,00
558/2	IC Santa Croce	SAPRI	SA	€ 55.000,00
562/2	DD 5° Circolo di Giugliano	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NA	€ 55.000,00
565/2	LS Da Vinci	VALLO DELLA LUCANIA	SA	€ 55.000,00
567/2	IC Virgilio IV	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
570/2	IISS Ruggero II	ARIANO IRPINO	AV	€ 55.000,00
572/2	IC 8° G. Falcone - R. Scauda	TORRE DEL GRECO	NA	€ 55.000,00
573/2	DD 84° E. A. Mario	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
574/2	IC Costiero	VICO EQUENSE	NA	€ 55.000,00
575/2	IPSAR Duca di Buonvicino	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
579/2	IC Sant'Antonio	PONTECAGNANO FAIANO	SA	€ 55.000,00
583/2	IC 3 Carducci - King	CASORIA	NA	€ 55.000,00
584/2	IC Siano	SIANO	SA	€ 55.000,00
586/2	ITET Federico II	CAPUA	CE	€ 55.000,00
588/2	ISISS Mattei	AVERSA	CE	€ 55.000,00
589/2	IC 70° Marino-Santa Rosa	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
592/2	IIS ASSTEAS	BUCCINO	SA	€ 55.000,00
593/2	L Manzoni	CASERTA	CE	€ 55.000,00
595/2	IIS G. Siani	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
596/2	IC Mauro Mitilini	CASORIA	NA	€ 55.000,00
597/2	IC Matteotti - Cirillo	GRUMO NEVANO	NA	€ 54.961,80
606/2	Liceo Di Giacomo	SAN SEBASTIANO AL VESUVIO	NA	€ 55.000,00
607/2	IC Pertini 87° D. Guanella	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
610/2	IC Maddaloni 2 Valle di Maddaloni	MADDALONI	CE	€ 55.000,00
611/2	IC Parmenide	ASCEA MARINA	SA	€ 55.000,00
614/2	ISIS Andrea Torrente	CASORIA	NA	€ 55.000,00
616/2	IC 3° Francesco D'Assisi - Nicola Amore	SANT'ANASTASIA	NA	€ 55.000,00
617/2	IC 3 Ceschelli	SAN GIUSEPPE VESUVIANO	NA	€ 55.000,00
618/2	IS Leonardo Da Vinci	POGGIOMARINO	NA	€ 55.000,00
621/2	IC San Gregorio Magno	SAN GREGORIO MAGNO	SA	€ 55.000,00
622/2	IIS Medi – Livatino	SAN BARTOLOMEO IN GALDO	BN	€ 55.000,00
625/2	IC Antonio Custra	CERCOLA	NA	€ 55.000,00
628/2	IC Mignano M. L.	MIGNANO MONTE LUNGO	CE	€ 55.000,00
629/2	IC Vico Equense 2 - F. Caulino	VICO EQUENSE	NA	€ 55.000,00
633/2	IC Settembrini	MADDALONI	CE	€ 55.000,00
634/2	IT Carli	CASAL DI PRINCIPE	CE	€ 55.000,00
635/2	IC Castelvolturno Centro	CASTEL VOLTURNO	CE	€ 55.000,00
636/2	DD 1° Circolo	ISCHIA	NA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
642/2	IC Giovanni 1° Roccarainola Tufino	ROCCARAINOLA	NA	€ 55.000,00
643/2	IC San Giovanni Bosco	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
645/2	IC Iannaccone	LIONI	AV	€ 55.000,00
651/2	IC Vincenzo Mennella	LACCO AMENO	NA	€ 55.000,00
652/2	IC Tentindo	CHIUSANO SAN DOMENICO	AV	€ 55.000,00
654/2	IC L. Van Beethoven	CASALUCE	CE	€ 55.000,00
655/2	IC N. Romeo - Cammisa	SANT'ANTIMO	NA	€ 54.950,00
658/2	DD 33° Risorgimento	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
659/2	ISIS Melissa Bassi	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
661/2	IC Foscolo Oberdan	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
662/2	IC 13° Ignazio da Loyola	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
663/2	IISS Vanvitelli	LIONI	AV	€ 55.000,00
664/2	IC 46° Scialoja Cortese	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
665/2	IC Salerno 5° Ogliara	SALERNO	SA	€ 55.000,00
672/2	IC 7° Pergolesi II	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00
674/2	IPSEOA L. Petronio	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00
675/2	IC Pulcarelli Pastena	MASSA LUBRENSE	NA	€ 55.000,00
681/2	SSPG Monterisi	SALERNO	SA	€ 55.000,00
683/2	IC De Filippo	SANT'EGIDIO MONTE ALBINO	SA	€ 55.000,00
685/2	L Garofano	CAPUA	CE	€ 55.000,00
689/2	IC Campo del Moricino	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
690/2	IC Guarini	SOLOFRA	AV	€ 55.000,00
691/2	IC Ponte	PONTE	BN	€ 55.000,00
693/2	DD 48° Madre C. Russo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
696/2	IC Castel San Lorenzo	CASTEL SAN LORENZO	SA	€ 55.000,00
697/2	L Alfano 1°	SALERNO	SA	€ 55.000,00
698/2	IPSSEOA Virtuoso	SALERNO	SA	€ 55.000,00
699/2	IC San Giovanni Bosco	PORTICO DI CASERTA	CE	€ 55.000,00
700/2	IC Alfano Quasimodo	SALERNO	SA	€ 55.000,00
701/2	SSPG Massimo D'Azeglio	MARANO DI NAPOLI	NA	€ 55.000,00
702/2	IC M. Serao	VOLLA	NA	€ 55.000,00
703/2	ITIS Giordani	CASERTA	CE	€ 55.000,00
704/2	IPSSEOA R. Viviani	CASTELLAMMARE DI STABIA	NA	€ 55.000,00
711/2	L Pasquale Villari	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
712/2	ISISS Novelli	MARCIANISE	CE	€ 55.000,00
713/2	IC G. Capuozzo	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
714/2	CPIA Prov 2 - Nola	SANT'ANASTASIA	NA	€ 55.000,00
715/2	IC Doria	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
720/2	IO Torre Orsaia	TORRE ORSAIA	SA	€ 55.000,00
722/2	DD Mondragone 3°	MONDRAGONE	CE	€ 55.000,00
725/2	L Mangino	PAGANI	SA	€ 54.953,03
726/2	IC 72° Palasciano	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
730/2	IPIA G. Marconi	GIUGLIANO IN CAMPANIA	NA	€ 55.000,00
735/2	IIS Sannino – De Cillis	NAPOLI	NA	€ 55.000,00

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA “SCUOLA VIVA” – II ANNUALITA’
Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017
Allegato B – Ammissibili e finanziati

c.u.	Istituto Proponente	Comune	Pr	Importo
742/2	LS Fermi	AVERSA	CE	€ 55.000,00
743/2	IC Ancel Keys	CASTELNUOVO CILENTO	SA	€ 55.000,00
745/2	IC 8 Oriani Diaz	POZZUOLI	NA	€ 55.000,00
746/2	IC Fienga	META	NA	€ 55.000,00
751/2	IC Savio Alfieri	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
752/2	DD 2° circolo	MONDRAGONE	CE	€ 55.000,00
754/2	IC Aurigemma	MONTEFORTE IRPINO	AV	€ 55.000,00
755/2	IC Amorosi	AMOROSI	BN	€ 55.000,00
758/2	IC Carinaro	CARINARO	CE	€ 55.000,00
761/2	IIS Pisacane	SAPRI	SA	€ 55.000,00
763/2	DD 2° Circolo Pomigliani D'Arco	POMIGLIANO D'ARCO	NA	€ 55.000,00
764/2	ITI Ferraris	NAPOLI	NA	€ 55.000,00
900/2	IC Autonomia 82	BARONISSI	SA	€ 55.000,00
901/2	ISIS Albertini	NOLA	NA	€ 55.000,00
902/2	IS E. Corbino	CONTURSI TERME	SA	€ 55.000,00

€ 22.598.737,47

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

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PROGRAMMA "SCUOLA VIVA" – II ANNUALITA'

Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 06/06/2017
Decreto Dirigenziale n. 339 del 25/07/2017

Allegato C

PIANO DEI COSTI

PROGETTO:

A – COSTO TOTALE DEL PROGETTO (contributo pubblico e cofinanziamento privato)
B – COSTI DIRETTI

	Macrovoce	*Voce*	*Descrizione*	*Importo*
B1	**Preparazione**			
			Ideazione e progettazione	
			Pubblicizzazione e promozione del progetto	
			Selezione partecipanti	
			Orientamento partecipanti.	
			Elaborazione materiale didattico	
			Formazione personale docente	
			Totale preparazione (max 10%)	
B2	**Realizzazione**			
			Docenza/Codocenza	
			Orientamento	
			Tutoraggio (aula e stage)	
			Attività di sostegno all'utenza svantaggiata (docenza di supporto, attrezzature dedicate, ecc.)	
			Stage	
			Visite guidate	
			Spese viaggi giornalieri partecipanti	
			Spese di vitto giornaliero partecipanti	
			Spese di alloggio giornaliero partecipanti	
			Spese per assicurazioni	
			Spese di viaggio, trasferte, rimborsi personale docente	
			Materiale didattico in dotazione individuale/collettivo	
			Materiali didattici per la FAD	
			Fornitura per ufficio e cancelleria	

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

	Macrovoce	*Voce*	*Descrizione*	*Importo*
			Altri materiali di consumo utilizzati per l'attività	
			Utilizzo locali e attrezzature per l'attività programmata	
			Attrezzature	
			Retribuzione e oneri personale interno non docente	
			Totale realizzazione (min 65%)	
B3	**Diffusione risultati**			
			Incontri e seminari	
			Elaborazione reports e studi	
			Pubblicazioni finali	
			Totale diffusione dei risultati (max 10%)	
B4	**Direzione e controllo interno**			
			Direzione e valutazione finale dell'operazione o del progetto	
			Coordinamento del progetto	
			Amministrazione	
			Segreteria tecnica organizzativa	
			Monitoraggio fisico-finanziario e rendicontazione	
			Totale direzione e controllo interno (max 10%)	
TOTALE COSTI DIRETTI				

C - COSTI INDIRETTI				
			Personale ausiliario (segreteria, portineria, manutenzione, ecc.)	
			Amministrazione e contabilità generale (civilistico, fiscale)	
			Utenze e spese postali (relative alle sedi operative)	
			Forniture per ufficio (relative alle sedi operative)	
			Totale costi indiretti (max 5%)	

TOTALE COSTO DELL'OPERAZIONE (B+C)	

Firma e timbro

data_____

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

Ambito Territoriale Ottimale Salerno

Ente d'Ambito per il Servizio di gestione integrata dei rifiuti urbani – Legge regionale n. 14 del 2016

Avvalimento del Comune di Salerno

C.F.: 80000330656

AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE GENERALE DELL'AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE SALERNO AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 14/2016.

Art.1
(Oggetto)

1. Il presente avviso, approvato con delibera del Consiglio d'Ambito n. 4 del 12-12-2017, è volto all'acquisizione di manifestazioni d'interesse per la nomina a Direttore Generale dell'Ente d'Ambito, di seguito "EdA", dell'Ambito Territoriale Ottimale SALERNO, di seguito "ATO SALERNO", istituito dalla Legge Regionale 26 maggio 2016, n. 14 "Norme di attuazione della disciplina europea e nazionale in materia di rifiuti".

2. Il Direttore Generale ha la responsabilità della gestione tecnica, amministrativa e contabile dell'EdA ed è nominato dal Consiglio d'ambito, tra soggetti in possesso dei requisiti indicati all'art 2 del presente avviso.

3. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è disciplinato con contratto di diritto privato di durata quinquennale.

4. Il direttore generale percepisce un trattamento economico determinato dall'Ente d'Ambito con riferimento ai parametri della dirigenza pubblica locale e nei limiti fissati dalla normativa nazionale in materia e dalla contrattazione collettiva nazionale del comparto Regione ed Enti Locali.

5. L'incarico di direttore generale ha carattere di esclusività e, per i dipendenti pubblici, è subordinato al collocamento in aspettativa senza assegni o fuori ruolo. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza ed i relativi oneri contributivi sono a carico del bilancio dell'Ente d'Ambito. Il contratto disciplina la revoca dall'incarico, nonché la risoluzione anticipata del rapporto di lavoro, anche con riferimento a cause imputabili alla responsabilità dello stesso direttore generale.

6. Non possono essere nominati Direttori Generali gli aspiranti che all'atto della nomina incorrano in una delle cause ostative previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190).

7. La procedura garantisce parità di trattamento e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso agli incarichi secondo i principi delle norme vigenti.

8. L'Ente si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o annullare il presente Avviso o di non procedere alla nomina o al conferimento dell'incarico in ragione di circostanze attualmente non valutabili né prevedibili o di disposizioni che impedissero, in tutto o in parte, la nomina o il conferimento dell'incarico.

Art.2
(Requisiti)

1. Saranno ammessi alla selezione del presente avviso i soggetti, che alla data di pubblicazione del presente Avviso, all'albo del Comune di Salerno, sono in possesso dei seguenti requisiti:
   a) laurea magistrale o equivalente (diploma di laurea conseguito secondo l'ordinamento didattico universitario previgente alla riforma di cui al D.M. 509/99 (vecchio ordinamento) ovvero laurea specialistica (LS) conseguita ai sensi del D.M. 3 novembre 1999 n. 509 del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ovvero laurea magistrale (LM) conseguita ai sensi del D.M. 22 ottobre 2004 n.270 del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca);
   b) aver svolto per almeno tre anni la funzione di Dirigente, presso pubbliche Amministrazioni, Enti pubblici ovvero aziende pubbliche, Aziende o Enti privati;

2. Ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 6, comma 1 della Legge 11 agosto 2014, n. 114, di conversione del Decreto Legge 24 giugno 2014, n. 90, recante "Misure urgenti per la qualificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli Uffici Giudiziari", non possono partecipare alla presente selezione i "soggetti già lavoratori pubblici o privati collocati in quiescenza".

3. Non possono essere ammessi alla selezione coloro che siano esclusi dall'elettorato politico attivo e coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero siano stati dichiarati decaduti da altro impiego statale ai sensi dell'art. 127, primo comma, 4 lettera d), del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con D.P.R. 10.1.1957, n. 3.

4. I candidati di cittadinanza diversa da quella italiana devono possedere, ai fini della partecipazione alla selezione, i seguenti requisiti: a) godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza; b) essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica; c) avere conoscenza della lingua italiana adeguata al ruolo da coprire.

Art.3
(Modalità di presentazione della domanda)

1. Gli interessati dovranno presentare apposita domanda, redatta in conformità al presente avviso, debitamente firmata, con allegata copia del documento di identità personale.
2. La domanda dovrà contenere, a pena di inammissibilità, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà, rese in osservanza alle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e sue modificazioni ed integrazioni) rese dall'interessato sotto la propria responsabilità sulla base dello schema di domanda allegato al presente avviso **- Allegato A-**:

   a) cognome e nome;
   b) data e luogo di nascita;
   c) residenza;
   d) codice fiscale;
   e) di cittadinanza italiana, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi in materia;
   f) di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime. I candidati cittadini degli Stati Membri dell'Unione Europea devono dichiarare di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza, di essere in possesso di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini appartenenti alla Repubblica, fatta eccezione per la

cittadinanza italiana, nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;

g) di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero le eventuali condanne riportate o gli eventuali carichi pendenti anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale);
h) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione ovvero licenziato per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
i) di essere in possesso dei requisiti specifici di cui all'art. 2 comma 1 del presente avviso;
j) di non trovarsi in alcuna delle cause ostative, di inconferibilità o di incompatibilità, previste dalle disposizioni in materia;
k) indirizzo, recapiti telefonici e/o e-mail presso i quali deve essere fatta ogni necessaria comunicazione inerente il presente avviso.
l) di non essere stati collocati in quiescenza da un rapporto di lavoro pubblico o privato.

3. La domanda deve inoltre contenere l'autorizzazione, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione dei dati personali ai fini del procedimento selettivo per il quale sono dichiarati e degli adempimenti conseguenti, nei termini e con le modalità stabilite per legge.

4. Se il titolo di studio è stato conseguito all'estero, il candidato dovrà indicare l'Autorità competente, nonché gli estremi del provvedimento che ha riconosciuto tale titolo equipollente al titolo italiano o con il quale è stato richiesto il riconoscimento;

5. Alla domanda deve essere allegata, a pena di inammissibilità, la seguente documentazione:

a) curriculum formativo e professionale, redatto in forma di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 con l'indicazione dei titoli professionali, culturali e scientifici.
b) copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii..

6. Alla domanda può essere allegato qualunque altro documento o titolo ritenuto utile ai fini della propria valutazione.

7. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 39 del D.P.R. n. 445/2000 la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione.

(Art.4)
(Presentazione della domanda)

1. Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il termine perentorio di **trenta giorni** dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BURC della Regione Campania, con una delle seguenti modalità alternative:

a) per via telematica tramite propria casella di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: edarifiutisalerno@pec.it; in tal caso dovrà essere inviata copia sottoscritta della domanda, corredata della documentazione richiesta, in formato pdf; non sarà ritenuta valida la domanda inviata da un indirizzo di posta elettronica non certificata. A pena di esclusione della domanda, è obbligatorio allegare al messaggio di posta elettronica certificata la domanda e relativi allegati sottoscritti dal candidato e scansionati in formato PDF, la scansione PDF di un documento di identità valido (fronte/retro), nonché tutti gli eventuali altri allegati alla domanda in formato PDF.

b) consegna a mano, dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00 – in busta chiusa al protocollo dell' Ente d'Ambito ATO SALERNO, presso il Comune di Salerno;
c) spedizione per mezzo del servizio postale, con raccomandata A.R., al seguente indirizzo: Ente d'Ambito ATO SALERNO, COMUNE DI SALERNO – UFFICIO DEL CONSIGLIO E DELLA GIUNTA COMUNALE- - VIA ROMA N.1 84100 – Salerno.

2. Nel caso di consegna a mano o di spedizione per mezzo del servizio postale, sulla busta sigillata contenente la domanda e la documentazione allegata deve essere indicato il mittente e la seguente dicitura: "*Avviso pubblico per manifestazione di interesse per il conferimento dell'incarico di direttore generale dell'Ente d'Ambito ATO Salerno".*

3. Qualora il termine di scadenza cada in UN giorno festivo, lo stesso è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

4. L'Ente d'Ambito non assume alcuna responsabilità in caso di ritardi nel recapito, ovvero per l'omessa consegna delle domande da parte dei vettori prescelti.

5. Gli aspiranti hanno l'obbligo di comunicare ogni eventuale cambiamento di indirizzo e di recapito telefonico secondo le modalità di cui alla presentazione della domanda.

6. L'EdA non assume alcuna responsabilità nel caso d'irreperibilità presso l'indirizzo comunicato e per eventuali disguidi postali non imputabili all'Amministrazione;

Art. 5
(Procedura di selezione)

1. Per la verifica della sussistenza dei requisiti richiesti per la nomina a Direttore Generale di cui al precedente art. 2, l'EdA si avvarrà di una Commissione, che sarà nominata successivamente alla scadenza del termine di presentazione della domande.

2. L'EdA potrà procedere ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate dai candidati, in attuazione di quanto previsto dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000.

3. A tal fine, nella domanda e negli atti allegati l'aspirante dovrà indicare tutti gli elementi utili a identificare gli enti, le aziende o le strutture pubbliche o private in possesso dei dati o a conoscenza di stati, fatti o qualità personali dichiarati.

4. Le dichiarazioni inserite nella domanda saranno soggette al disposto dell'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2005 in caso di dichiarazioni non conformi al vero.

5. Saranno escluse dalla presente procedura:
a) le istanze pervenute oltre il termine di scadenza di partecipazione al presente avviso;
b) la mancata presentazione della copia leggibile di un documento di identità o di riconoscimento personale in corso di validità tra quelli indicati nell'art. 35 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.;
c) le istanze prive della sottoscrizione da parte del candidato;
d) le istanze prive del curriculum formativo e professionale redatto in forma di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;
e) le istanze prive di dichiarazione di insussistenza di incompatibilità/inconferibilità degli incarichi di cui al D.Lgs 39/2013;
f) le istanze pervenute da un indirizzo di posta elettronica non certificata.

6. Ai candidati esclusi dalla procedura, sarà data comunicazione a mezzo PEC o, alternativamente, con raccomandata con ricevuta di ritorno.

7. La Commissione di cui al precedente comma 1 procederà all'esame delle istanze regolarmente pervenute e alla redazione dell'elenco dei candidati in possesso dei requisiti prescritti; tale elenco verrà pubblicato sul sito web istituzionale del Comune di Salerno a valere quale notifica per tutti i soggetti interessati.

Art. 6
(Nomina del Direttore Generale - Rapporto di lavoro)

1. Ai sensi dell'art. 9, comma 1, dello Statuto dell'EdA, la nomina del candidato sarà effettuata dal Consiglio d'Ambito.

2. Il Consiglio d'Ambito procederà alla nomina del Direttore Generale sulla base della valutazione dei *curricula* dei candidati di cui all'elenco formulato dalla Commissione ai sensi dell'art. 5 comma 7.

3. Il rapporto di lavoro del Direttore Generale sarà regolato da contratto di diritto privato, il cui schema tipo sarà approvato con deliberazione del Consiglio d'Ambito, in conformità con quanto stabilito dallo Statuto dell'EdA.

4. In coerenza con gli indirizzi generali definiti dalla L.R. 14/2016, dallo Statuto dell'EdA e dal Consiglio d'Ambito, il Direttore Generale dispone sull'organizzazione interna e sul funzionamento dell'EdA, dirige la struttura operativa, ed in particolare:
    a) adotta il programma annuale delle attività del Consiglio d'Ambito, identificando le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
    b) predispone gli schemi di bilancio preventivi e consuntivi dell'Ente, da sottoporre all'approvazione del Consiglio d'Ambito;
    c) formula proposte ed esprime pareri al Consiglio d'Ambito;
    d) esercita i poteri di spesa e quelli di acquisizione delle entrate, salvo quelli assegnati ai dirigenti;
    e) adotta gli atti generali di organizzazione e di gestione del personale;
    f) predispone la pianta organica da sottoporre all'approvazione del Consiglio d'Ambito;
    g) dirige, coordina e promuove la collaborazione tra i dirigenti, ne controlla l'attività, anche con potere sostitutivo in caso di inerzia;
    h) cura l'inoltro alla Regione, entro dieci giorni dall'approvazione, dei bilanci d'esercizio e delle deliberazioni assunte dal Consiglio d'Ambito.
    i) espleta le procedure di affidamento del Servizio di Gestione Integrata dei rifiuti per segmenti o per l'intero ciclo e sottoscrive i relativi contratti;
    j) gestisce i contratti, controlla l'attività dei soggetti gestori del servizio e provvede all'applicazione delle sanzioni e delle penali contrattuali previste in caso di inadempimento;
    k) predispone la relazione annuale sulle attività dell'EdA da trasmettere entro il 30 dicembre di ciascun anno all'Osservatorio regionale sulla gestione dei rifiuti, al Consiglio regionale ed al Presidente della Giunta regionale.

5. La sede di assegnazione sarà indicata nell'atto di nomina e l'accettazione della nomina comporterà automaticamente l'accettazione della sede.

6. Nell'atto di nomina verranno assegnati, con possibilità di aggiornamento successivo, gli specifici obiettivi da raggiungere in relazione alle esigenze dell'EdA ed alle finalità e scelte della programmazione regionale.

7. Il trattamento economico, per l'incarico di Direttore generale, è definito dal Consiglio d'Ambito ed è comprensivo di tutte le spese sostenute per gli spostamenti dal luogo di residenza o di dimora alla sede dell'EDA.

8. Con le modalità e le procedure previste dal Regolamento interno dell'Ente sono individuati i criteri di valutazione per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale.

Art. 7
(Trattamento dei dati personali)

1. Ai sensi della normativa contenuta nell'art. 13 del D.Lgs. n.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali**",** il trattamento dei dati personali comunicati dagli aspiranti direttori generali viene svolto a scopo istituzionale nel rispetto di quanto previsto dalla succitata legge per finalità strettamente connesse al procedimento di nomina dei direttori generali dell'EdA, attraverso strumenti manuali ed informatici, in modo di garantire comunque la sicurezza e riservatezza dei dati stessi.

2. I suddetti dati, in quanto raccolti e detenuti in base agli obblighi di legge, non necessitano di consenso al trattamento. Quanto precede vale anche per gli eventuali dati sensibili (es. quelli da cui possono eventualmente desumersi lo stato di salute ovvero l'adesione a partiti, sindacati, associazioni ed organizzazioni a carattere religioso, filosofico e politico).Titolare del trattamento dei dati è l'EdA.

Art. 8
(Responsabile del Procedimento)

1. Il responsabile del procedimento è il sig. Giuseppe Candito (recapiti: tel. 089–662269).

Art. 9
(Disposizioni finali)

1. La presentazione della domanda ai sensi del presente Avviso comporta l'accettazione senza riserva alcuna di tutte le condizioni e prescrizioni in esso contenute.

2. Le comunicazioni ai candidati avverranno a mezzo PEC ovvero tramite raccomandata A/R all'indirizzo comunicato nella domanda di partecipazione.

3. Il presente Avviso ha validità dalla data di pubblicazione sul BURC della Regione Campania.

4. Il presente Avviso, completo dello schema di domanda e degli allegati, sarà pubblicato integralmente sul sito web istituzionale della Regione Campania e sul sito web istituzionale del Comune di Salerno.

Salerno, 19/12/2017

Il Responsabile del Procedimento
firmato digitalmente da: Giuseppe Candito

Allegato A"
Schema esemplificativo della domanda

Al Presidente del Consiglio d'Ambito – ATO SALERNO
c/o Comune di Salerno
via Roma, 1 – Palazzo di Città – Salerno
edarifiutisalerno@pec.it

Il sottoscritto ……, nato a……., (prov. …..), il……, residente in ……. (prov. ……), C.A.P. ……, Via ……., n……, C F_____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'Avviso per l'acquisizione di disponibilità per la nomina di Direttore Generale dell'Ente d'Ambito SALERNO.

A tal fine **dichiara**:

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e dell'art. 1 della legge n. 590/1994 che prevede la reclusione da sei mesi a tre anni per chiunque esponga dichiarazioni o fatti non conformi al vero, di:

1. di essere cittadino italiano (ovvero di essere cittadino _____)
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali ovvero di essere cancellato dalle liste elettorali per le seguenti motivazioni _____);
3. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero indicare le eventuali condanne riportate o gli eventuali carichi pendenti);
4. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziato per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
5. di non essere stato collocato in quiescenza da un rapporto di lavoro pubblico o privato;
6. di essere in possesso dei seguenti requisiti di cui all'art. 2 dell'Avviso Pubblico:
   - 6.1. di essere in possesso del diploma di laurea del vecchio ordinamento ovvero del diploma di laurea magistrale ovvero del diploma di laurea specialistica in _____, conseguito in data _____, presso l'Università _____;
   - 6.2. aver svolto per almeno 3 anni la funzione di Dirigente, presso le seguenti pubbliche Amministrazioni, Enti pubblici ovvero Aziende pubbliche, Aziende o Enti privati:_____
     _____
     _____
     _____
     .
7. di non trovarsi in alcuna delle cause ostative, di inconferibilità o di incompatibilità, previste dalle disposizioni in materia;
8. di voler ricevere ogni comunicazione inerente il presente avviso al seguente recapito: Via/Piazza _____ n.____ Comune_____ Prov. _____ CAP_____ tel. n. _____ tel. cell. n._____ fax n. _____ e-mail _____ PEC _____;
9. di conoscere ed accettare espressamente tutte le indicazioni contenute nell'Avviso pubblico per la manifestazione d'interesse per il conferimento dell'incarico di Direttore Generale dell'EdA.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

1. Curriculum professionale datato e firmato, redatto secondo il formato europeo dal quale si evince, in particolare, il possesso dei requisiti previsti dall'art. 9 comma 1 dello Statuto dell'EdA e dei titoli di competenza ed esperienza ritenuti utili per la valutazione, redatto nella forma di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;
2. Copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.;
3. eventuali altri documenti ritenuti utili ai fini della propria valutazione:
   a) _____;

b) _____;
c) _____.

Il sottoscritto si impegna a fornire ogni utile documento richiesto ed a comunicare cambiamenti di indirizzo o recapito telefonico, sollevando l'Ente d'Ambito da ogni responsabilità nel caso di dispersione di corrispondenza dipendente da inesatte indicazioni o da mancata comunicazione del cambiamento di recapito.
Il sottoscritto autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei propri dati personali ai soli fini del procedimento selettivo per il quale sono dichiarati e degli adempimenti conseguenti, nei termini e con le modalità stabilite per legge o per regolamento.
Il sottoscritto è consapevole che tutto ciò che è stato dichiarato nel presente modulo ha valore:
- di dichiarazione sostitutiva di certificazione, in relazione agli stati, qualità personali e fatti elencati nell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 e ss.mm.ii.;
- di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in relazione agli stati, qualità personali e fatti, che sono a sua diretta conoscenza ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 e ss.mm.ii..

Data _____

Firma

_____