



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015  
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi  
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta  
**Dr. Joseph Polimeni**  
Il Sub Commissario ad Acta  
**Dr. Claudio D'Amario**

DECRETO n. 14 del 01/03/2017

**OGGETTO** : Programmi Operativi 2016 – 2018. Approvazione

**PREMESSO:**

- che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ( legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- che la Giunta Regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004”;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

**VISTI** gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015;

**VISTI** i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)” con cui, in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016, è statoprevisto che “ La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n.191, e successive modificazioni, è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento” ;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con la quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

**VISTO** l'incarico prioritario del Commissario ad Acta "di adottare ed 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";

**ATTESO** che :

- con DCA n. 45/2011 sono stati approvati i Programmi Operativi 2011/2012 e con successivo DCA n. 53/2012 sono stati adeguati alle prescrizioni ministeriali;
- con DCA n. 153/2012 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013/2015 e con successivo DCA n. 108/2014 i citati Programmi sono stati coerenti agli indirizzi ministeriali;

**CONSIDERATO** che :

- i Programmi Operativi 2013 – 2015, quanto agli obiettivi operativi, agli obiettivi specifici, al cronoprogramma, in coerenza con le linee guida ministeriali, in uno con una rappresentazione degli effetti economici degli interventi stessi, sono stati così più ampiamente formulati :
  1. Governance del PO
  2. Attuazione del D.L.vo n. 118/2011;
  3. Certificabilità dei bilanci del SSR;
  4. Flussi informativi
  5. Accreditamento;
  6. Contabilità analitica;
  7. Rapporti con gli erogatori;
  8. Formazione e comunicazione ai cittadini;
  9. Razionalizzazione spesa;
  10. Gestione del personale del SSR;
  11. Sanità pubblica;
  12. Sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
  13. Reti assistenziali per intensità di cure;
  14. Riequilibrio Ospedale-Territorio;
  15. Rete Emergenza –Urgenza;
  16. Sanità penitenziaria;
  17. Assistenza farmaceutica;
  18. Sicurezza e rischio clinico;
  19. Attuazione del piano dei pagamenti;
- I principali atti di programmazione regionale ed i più rilevanti risultati conseguiti nel periodo di riferimento, ed in particolare negli ultimi tre anni, possono così elencarsi:
  - superamento del disavanzo sanitario, così come riconosciuto dal Tavolo interministeriale di verifica adempimenti del 22.07.2014, in relazione al risultato Consuntivo 2013, e del 5 novembre 2015, in relazione al risultato Consuntivo 2014, con tendenza all'equilibrio;
  - rideterminazione dei fondi integrativi del personale, attuazione del blocco del turn over conseguente alle specifiche disposizioni nazionali e decreti attuativi commissariali, primo avvio delle procedure per lo sblocco del turn over così come previsto dall'art. 4 bis del DL 158/2012, convertito con L.189/2012;

- con riguardo alla sanità veterinaria, la Regione ha intrapreso un positivo percorso di risoluzione strutturale delle criticità attraverso l'adozione di un nuovo Piano dei Controlli ufficiali e del Piano OGM, ed ha adottato misure straordinarie per il controllo della Malattia vescicolare del suino;
- parziale completamento del processo di accreditamento definitivo per le strutture private di ricovero e ambulatoriali;
- completamento del piano dei pagamenti del debito sanitario con stipula degli accordi con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e con i fornitori che ne hanno fatto richiesta e imponente lavoro di prosieguo delle relative procedure;
- superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2009, 2010 e 2011;

**RITENUTO** che :

- la Regione deve necessariamente svolgere azioni specifiche per risolvere alcune criticità relativamente, in particolare, al :
  - completamento della fase implementativa delle Reti assistenziali così come programmate e rimodulazione della Rete ospedaliera, così da poter migliorare ed equilibrare l'offerta sia in termini di posti letto che in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione. In tale ambito, si dovrà tener conto delle disposizioni della Legge 189/2012 e dell'Intesa della CSR del 5.08.2014 sull'applicazione dei nuovi standard per l'assistenza ospedaliera.

In particolare, come si rileva dagli specifici interventi, occorre assicurare un concreto avanzamento nel superare le seguenti specifiche carenze nei LEA:

- assistenza domiciliare;
- residenzialità extra ospedaliera per anziani e disabili non autosufficienti (RSA, SUAP);
- riabilitazione intensiva e lungodegenza post acuzie ospedaliera;
- gestione del contenzioso in capo alle AA.SS. (dovuto al ritardato pagamento ai fornitori, alla fissazione dei tetti di spesa, alla determinazione delle tariffe, COM, ecc.);
- ritardo nell'assicurare correttamente e tempestivamente gli adempimenti LEA frutto sia della necessità di miglioramento della loro garanzia, resa critica dalla insufficienza delle risorse e dalle restrizioni, sia anche dal carente flusso informativo;
- presenza di flussi informativi (economico-produttivi) non ancora rispondenti a requisiti di completezza, qualità e puntualità tali da non permettere valutazioni precise e tempestive a supporto delle decisioni di governo del SSR;
- completamento del processo di regolarizzazione delle carte contabili nelle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud.

**ATTESO** che :

- Il documento, allegato al presente, contiene i Programmi Operativi per il triennio 2016 - 2018, previsto nella legge 23 dicembre 2009, n.191, art. 2, comma 88, che ha integrato le disposizioni di cui all'art. 1, c. 180 della Legge 311/2004, al fine di :

1. realizzare il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale del SSR a quella ordinaria regionale dal momento in cui ne saranno realizzate le condizioni;

2. mantenere l'equilibrio economico, finanziario e dei flussi di cassa;
  3. garantire e migliorare la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza;
  4. superare i punti aperti e le criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei LEA e degli adempimenti così come elencati nei Verbali delle Riunioni tenutesi nel 2015 e 2016;
- L'allegato Documento contiene anche le manovre che la Regione dovrà attuare ai sensi:
- a) del Decreto Legge 78/2015 (Spending Review 2015), convertito con Legge n.125/2015 "Disposizioni urgenti in materia di Enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali", in merito alle misure di razionalizzazione della spesa per beni e servizi;
  - b) del DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera;
  - c) della Legge 161/2014 "*Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis*", in merito al rispetto dell'orario di lavoro.
- In ogni caso, fermo restando l'obiettivo di equilibrio economico da realizzare esclusivamente attraverso il concorso dello Stato al finanziamento del SSR, compreso quello relativo alla realizzazione degli obiettivi di PSN ex art. 1, c. 34/34 bis, Legge n.662/1996, il triennio 2016-2018 dovrà implementare e migliorare quanto attuato nel triennio precedente in modo da mettere in campo il graduale passaggio da una gestione prevalentemente caratterizzata dal contenimento dei costi ad una gestione tendente alla garanzia dei LEA che allo stato risultano molto carenti come da rilevazione dello specifico Tavolo di verifica e dal monitoraggio di sistema effettuato dai ministeri affiancati.
- Le scadenze temporali previste per gli adempimenti sono riferite ai tre anni laddove sussistano le condizioni per articularle in annualità.
- le azioni programmate dai Programmi Operativi, pur essendo perseguite dalla Struttura Commissariale, hanno assoluta necessità di un valido e continuo supporto della Direzione Regionale preposta;

#### **RITENUTO:**

- Di procedere alla formale adozione dei Programmi Operativi 2016 – 2018, integrati e modificati come da indicazioni dei Ministeri affiancati, come da allegato al presente provvedimento di cui è parte integrante e sostanziale;
- Di dover adempiere alle richieste presentate dai Ministeri competenti (verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 21 Dicembre 2016);

## DECRETA

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

di **APPROVARE** l'unito Documento, che forma parte integrante e sostanziale del presente Decreto, concernente i Programmi Operativi 2016 – 2018, precisando che i citati programmi costituiscono prosecuzione del Piano di Rientro;

di **STABILIRE** che i Programmi Operativi 2016 - 2018 saranno adeguati – in progress - alle eventuali prescrizioni dei Ministeri affiancanti;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Tavoli ed al Comitato di Verifica Ministeriali per la validazione;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale e al B.U.R.C. per la pubblicazione;

Il Sub Commissario ad Acta  
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta  
Dott. Joseph Polimeni



# Regione Campania

Programmi Operativi 2016 – 2018 in prosieguo del Piano di Rientro  
(ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88)

**[Versione del 01/03/2017]**

## Sommario

<b>1</b>	<b>PREMESSA E QUADRO NORMATIVO.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>TENDENZIALI E PROGRAMMATICI 2016-2018.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>GOVERNO DEL SISTEMA.....</b>	<b>14</b>

<i>Programma 1 – Governance dei Programmi Operativi.....</i>	<i>14</i>
• Intervento 1.1 - Governance del coordinamento complessivo dei programmi operativi.....	15
• Intervento 1.2 - Governance della Struttura Tecnica ed Amministrativa della Direzione Tutela della Salute e del Coordinamento del SSR.....	16
• Intervento 1.3 - Governance dei flussi informativi.....	19
• Intervento 1.4 - Governance delle Aziende Sanitarie.....	21
• Intervento 1.5 – Definizione del quadro delle Responsabilità all'interno della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR.....	22
<i>Programma 2 – Procedimenti contabili/gestionali e certificabilità dei bilanci SSR.....</i>	<i>27</i>
• Intervento 2.1 - Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).....	27
• Intervento 2.2 – Gestione fondi vincolati.....	44
• Intervento 2.3 – Regularizzazione Carte Contabili.....	45
• Intervento 2.4 – Sistemazione contabile del Patrimonio Netto.....	46
• Intervento 2.5 – Approvazione dei Bilanci pregressi 2012-2014 delle Aziende Sanitarie del SSR.....	47
<i>Programma 3 – Sistemi, Flussi informativi e Processi di Dematerializzazione.....</i>	<i>49</i>
• Intervento 3.1 – Sistemi informativi.....	49
• Azione 3.1.1 – Anagrafe Regionale Assistiti.....	49
• Azione 3.1.2 – Monitoraggio della Rete Assistenziale (MRA).....	51
• Intervento 3.2 – Flussi Informativi.....	52
• Azione 3.2.1 – Riorganizzazione dei flussi informativi.....	53
• Azione 3.2.2 – Miglioramento di specifici flussi informativi.....	53
• Intervento 3.3 – Processi di dematerializzazione.....	54
• Azione 3.3.1 – Dematerializzazione ricetta farmaceutica cartacea.....	55
• Azione 3.3.2 – Dematerializzazione ricetta di Specialistica ambulatoriale cartacea.....	57
<i>Programma 4 – Accredimento.....</i>	<i>60</i>
<i>Programma 5 – Programmazione investimenti tecnologici.....</i>	<i>68</i>
• Intervento 5.1 – Pianificazione degli investimenti tecnologici.....	70
• Intervento 5.2 – Health Technology Assessment.....	71
• Intervento 5.3 – Gestione del patrimonio immobiliare degli Enti del SSR.....	71
• Intervento 5.4 – Investimenti Strutturali.....	72
<i>Programma 6 – Rapporti con gli erogatori.....</i>	<i>74</i>
• Intervento 6.1 – Rapporti con gli erogatori privati.....	74
• Intervento 6.2 - Rapporti con le Università Pubbliche e Fondazione IRCCS Pascale.....	77
• Intervento 6.3 – Rete laboratoristica privata.....	78
• Intervento 6.4 – Riconversione Case di Cura Neuropsichiatriche.....	82
<i>Programma 7 – Gestione del contenzioso.....</i>	<i>84</i>
<i>Programma 8 – Contratti Interregionali in materia di mobilità sanitaria.....</i>	<i>86</i>
<i>Programma 9 – Piani di Rientro Aziendali.....</i>	<i>88</i>
<i>Programma 10 – Piano dei pagamenti e tempi di pagamento.....</i>	<i>90</i>

•	Intervento 10.1 – Piano dei pagamenti 2016-2018 .....	90
•	Intervento 10.2 – Riduzione dei tempi di pagamento.....	91
	<i>Programma 11 – Governance e monitoraggio degli Adempimenti.....</i>	<i>93</i>
•	Intervento 11.1 – Adempimenti LEA.....	93
•	Intervento 11.2 - Approvazione degli Atti Aziendali.....	94
<b>4</b>	<b>RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI .....</b>	<b>96</b>
	<i>Programma 12 - Razionalizzazione della spesa per beni e servizi.....</i>	<i>96</i>
•	Intervento 12.1 - Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (cd. Spending Review) 96	
•	Intervento 12.2 – Analisi, governo e proiezione dei fabbisogni dei beni e servizi delle Aziende sanitarie	96
•	Intervento 12.3 - Centralizzazione e pianificazione pluriennale degli acquisti regionali rispetto alla spesa sanitaria complessiva regionale.....	97
•	Intervento 12.4 - Reingegnerizzazione della Logistica del Farmaco e dei Dispositivi Medici .....	98
•	Intervento 12.5 - Sviluppo completo del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) .....	99
•	Intervento 12.6 - Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria.....	100
•	Intervento 12.7 - Estensione della Centrale Unica di Pagamento di So.Re.Sa. a tutte le Aziende Sanitarie 101	
•	Intervento 12.8 - Introduzione di un servizio unificato per la gestione dell'organico complessivo del Sistema Sanitario Regionale .....	102
	<i>Programma 13 – Gestione e valutazione del personale .....</i>	<i>103</i>
•	Intervento 13.1 - Politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2016-2018 .....	103
•	Intervento 13.2 - Individuazione del fabbisogno del personale (Legge di Stabilità 2016) .....	105
•	Intervento 13.3 - Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa .....	106
•	Intervento 13.4 - Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive ed alle forme di lavoro alternative.....	108
•	Intervento 13.5 - Valutazione del personale.....	110
<b>5</b>	<b>LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA .....</b>	<b>112</b>
	<i>Programma 14 – Sanità pubblica .....</i>	<i>112</i>
•	Intervento 14.1 – Prevenzione .....	112
•	Intervento 14.2 - Terra dei fuochi.....	114
•	Intervento 14.3 - Rete oncologica.....	122
•	Intervento 14.4 - Rischio clinico e sicurezza dei pazienti .....	125
•	Azione 14.4.1 – Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali.....	126
•	Azione 14.4.2 – Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici .....	127
•	Azione 14.4.3 - Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali .....	127
•	Azione 14.4.4 - Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria .....	128
•	Azione 14.4.5 - Prevenzione delle cadute .....	128
•	Azione 14.4.6 - Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES .....	129
	<i>Programma 15 - Sanità veterinaria e sicurezza alimentare.....</i>	<i>130</i>
•	Intervento 15.1 – Riorganizzazione della struttura regionale volta a superare le criticità di natura strutturale ed organizzativa in materia di Sicurezza alimentare .....	130
•	Intervento 15.2 – Allineamento delle prestazioni delle AA.SS.LL. agli standard regionali in materia di prevenzione del randagismo e igiene urbana veterinaria .....	131
•	Intervento 15.3 – Attuazione dei piani di profilassi per la Tubercolosi, Brucellosi e Leucosi bovina Enzootica (LEB) e acquisizione stato di territorio ufficialmente indenne .....	132
•	Intervento 15.4 – Verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare .....	133



<i>Programma 16 – Rete ospedaliera e reti tempo dipendenti.....</i>	<i>135</i>
• Intervento 16.1 – Riorganizzazione rete ospedaliera.....	135
• Intervento 16.2 – Attivazione Ospedale del Mare .....	144
• Intervento 16.3 – La centrale operativa del 118 .....	146
• Intervento 16.4: L'Azienda Regionale Unica di Emergenza Urgenza Campania (AREUC) .....	147
• Intervento 16.5 – Rete Emergenza- Urgenza .....	149
• Intervento 16.6 – Rete Cardiologica .....	152
• Intervento 16.7 – Rete Ictus.....	155
• Intervento 16.7 – Rete Trauma .....	158
<i>Programma 17 – Reti cliniche.....</i>	<i>161</i>
• Intervento 17.1 – Il Sistema dell'Emergenza Pediatrica .....	161
• Intervento 17.2 – I Punti Nascita e la Rete Neonatologica.....	163
• Intervento 17.3 – Percorso nascita e promozione del parto spontaneo.....	171
• Intervento 17.4 – La rete per le emergenze gastroenteriche.....	175
• Intervento 17.5 – La rete per la terapia del dolore .....	176
<i>Programma 18 – Assistenza primaria.....</i>	<i>179</i>
• Intervento 18.1 – Riorganizzazione delle cure primarie .....	179
<i>Programma 19 - Assistenza sociosanitaria territoriale: residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale.....</i>	<i>186</i>
• Intervento 19.1 – Assistenza socio sanitaria territoriale .....	186
• Intervento 19.2 – Percorso nascita: rete consultoriale.....	202
<i>Programma 20 – Assistenza farmaceutica .....</i>	<i>203</i>
• Intervento 20.1 - Farmaceutica territoriale: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva .....	203
• Intervento 20.2 - Farmaceutica territoriale: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC).....	203
• Intervento 20.3 - Farmaceutica territoriale: Potenziamento dell'uso dei farmaci biosimilari.....	204
• Intervento 20.4 - Farmaceutica territoriale: Incremento della quota di farmaci di fascia A del primo ciclo distribuita dagli ospedali.....	205
• Intervento 20.5 - Farmaceutica territoriale: Attività di formazione rivolta ai medici per l'appropriatezza prescrittiva.....	206
• Intervento 20.6 - Farmaceutica ospedaliera: Potenziamento dell'efficienza nell'allestimento di farmaci chemioterapici ad alto costo.....	207
• Intervento 20.7 - Farmaceutica ospedaliera: Implementazione di un sistema premiante correlato al conseguimento di obiettivi di efficienza nell'uso dei farmaci ad alto costo .....	209
• Intervento 20.8 - Farmaceutica ospedaliera: Informatizzazione dei piani terapeutici.....	210
<b>6 VALORIZZAZIONE ECONOMICA DEI TENDENZIALI E DELLE MANOVRE 2016-2018.....</b>	<b>211</b>
• Valorizzazione dei Conti Economici tendenziali .....	211
• Valorizzazione dei Programmi Operativi.....	215
• Intervento 2.2 – Gestione fondi vincolati.....	216
• Intervento 6.1 – Rapporti con gli erogatori privati.....	217
• Intervento 6.4 – Riconversione Case di Cura Neuropsichiatriche.....	220
• Programma 7 – Gestione del contenzioso .....	221
• Intervento 12.1 – Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (cd. Spending Review) .....	221
• Intervento 13.1 - Politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2016-2018 .....	222
• Intervento 13.2 - Individuazione del fabbisogno del personale (Legge di Stabilità 2016) .....	225
• Intervento 13.3 - Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa .....	226

• Intervento 13.4 - Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive ed alle forme di lavoro alternative.....	231
• Intervento 14.2 - Terra dei fuochi.....	237
• Intervento 16.2 – Attivazione Ospedale del Mare .....	237
• Intervento 19.1 Assistenza Socio-Sanitaria Territoriale.....	239
• Intervento 20.1 - Farmaceutica territoriale: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva .....	246
• Intervento 20.2 - Farmaceutica territoriale: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC).....	247

# 1 Premessa e quadro normativo

## Introduzione

Con la legge 311/2004 (Legge Finanziaria 2005) è stata prevista la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di elaborare un Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale da sottoscrivere, con apposito Accordo, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero della Salute. Con l'Accordo si individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA e gli adempimenti previsti dalla successiva intesa fra Governo e Regioni, stipulata il 23 marzo 2005.

L'articolo 1, commi 274 e ss., della legge 266/2005 (Legge Finanziaria 2006), nel confermare gli obblighi a carico delle Regioni di cui alla legge 30 dicembre 2004, n. 311 art. 1, comma 174 e all'intesa del 23 marzo 2005, ha previsto l'innalzamento nella misura massima delle aliquote regionali IRPEF e IRAP qualora i provvedimenti adottati non risultassero idonei al ripianamento del disavanzo.

La successiva Intesa Stato-Regioni e P.A. del 5 ottobre 2006, "Patto della Salute" per il triennio 2007-2009, è stata recepita dalla Legge n.296/2006 (Finanziaria 2007) che ha disciplinato i Piani di Rientro e l'attività di affiancamento da parte dei Ministeri. La Regione ha sottoscritto l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il triennio 2007-2009.

Alla scadenza del triennio la Regione, in data 24 luglio 2009, è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007 n.159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007 n.222, per non aver raggiunto parte degli obiettivi e in particolare l'equilibrio economico, ed ha dovuto proseguire il Piano mediante i Programmi Operativi.

In prosieguo, nell'ambito della descrizione del contesto e dei singoli interventi si farà cenno agli atti normativi e di programmazione regionale.

Il presente documento contiene i Programmi Operativi per il triennio 2016-2018, previsto nella legge 23 dicembre 2009, n.191, art. 2, comma 88, che ha integrato le disposizioni di cui all'art. 1, c. 180 della Legge 311/2004.

Nel prosieguo si esporranno le principali azioni e le manovre che la Regione intende perseguire nei prossimi tre anni, al fine di:

- realizzare il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale del SSR a quella ordinaria regionale dal momento in cui ne saranno realizzate le condizioni;
- mantenere l'equilibrio economico, finanziario e dei flussi di cassa;
- garantire e migliorare la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza;

- superare i punti aperti e le criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei LEA e degli adempimenti così come elencati nei Verbali delle Riunioni tenutesi in data 01.04.2015, 30.07.2015 e 05.11.2015.

Nel presente documento saranno anche esposte le manovre che la Regione dovrà attuare ai sensi:

- del Decreto Legge 78/2015 (Spending Review 2015), convertito con Legge n.125/2015 "Disposizioni urgenti in materia di Enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali", in merito alle misure di razionalizzazione della spesa per beni e servizi;
- del DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera;
- della Legge 161/2014 "*Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis*", in merito al rispetto dell'orario di lavoro.

In ogni caso, fermo restando l'obiettivo di equilibrio economico da realizzare esclusivamente attraverso il concorso dello Stato al finanziamento del SSR, compreso quello relativo alla realizzazione degli obiettivi di PSN ex art. 1, c. 34/34 bis, Legge n.662/1996, il triennio 2016-2018 dovrà implementare e migliorare quanto attuato nel triennio precedente in modo da mettere in campo il graduale passaggio da una gestione prevalentemente caratterizzata dal contenimento dei costi ad una gestione tendente alla garanzia dei LEA che allo stato risultano molto carenti come da rilevazione dello specifico Tavolo di verifica e dal monitoraggio di sistema effettuato dai ministeri affiancati.

Le scadenze temporali previste per gli adempimenti sono riferite ai tre anni laddove sussistano le condizioni per articularle in annualità. E' chiaro che le azioni programmate dai Programmi Operativi, pur essendo perseguite dalla Struttura Commissariale, hanno assoluta necessità di un valido e continuo supporto della Struttura Regionale.

### **I Programmi Operativi 2013-2015**

Con i Decreti Commissariali n. 153 del 2012, n. 24 e 82 del 2013, n. 18 e 108 del 2014 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015 e i relativi aggiornamenti a seguito delle prescrizioni ministeriali. Nei citati Programmi vengono descritte le manovre, in coerenza con le linee guida ministeriali, da realizzarsi relativamente a:

1. Governance dei Programmi Operativi
2. Attuazione del D. Lgs. n.118/2011
3. Certificabilità dei bilanci del SSR
4. Flussi informativi
5. Accreditamento degli erogatori privati
6. Contabilità analitica
7. Rapporti con gli erogatori privati
8. Formazione e comunicazione ai cittadini
9. Razionalizzazione spesa

10. Gestione del personale
11. Sanità pubblica
12. Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare
13. Reti assistenziali per intensità di cure
14. Riequilibrio Ospedale – Territorio
15. Rete Emergenza – Urgenza
16. Sanità penitenziaria
17. Assistenza farmaceutica
18. Sicurezza e rischio clinico
19. Attuazione del Piano dei Pagamenti

I principali atti di programmazione regionale ed i più rilevanti risultati conseguiti nel periodo di riferimento, ed in particolare negli ultimi tre anni, possono così elencarsi:

- superamento del disavanzo sanitario, così come riconosciuto dal Tavolo interministeriale di verifica adempimenti del 22.07.2014, in relazione al risultato Consuntivo 2013, e del 5 novembre 2015, in relazione al risultato Consuntivo 2014, con tendenza all'equilibrio;
- rideterminazione dei fondi integrativi del personale, attuazione del blocco del turn over conseguente alle specifiche disposizioni nazionali e decreti attuativi commissariali, primo avvio delle procedure per lo sblocco del turn over così come previsto dall'art. 4 bis del DL 158/2012, convertito con L.189/2012;
- con riguardo alla sanità veterinaria, la Regione ha intrapreso un positivo percorso di risoluzione strutturale delle criticità attraverso l'adozione di un nuovo Piano dei Controlli ufficiali e del Piano OGM, ed ha adottato misure straordinarie per il controllo della Malattia vescicolare del suino;
- parziale completamento del processo di accreditamento definitivo per le strutture private di ricovero e ambulatoriali;
- completamento del piano dei pagamenti del debito sanitario con stipula degli accordi con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e con i fornitori che ne hanno fatto richiesta e imponente lavoro di prosieguo delle relative procedure;
- superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2009, 2010 e 2011.

Nel prossimo futuro, la Regione dovrà necessariamente svolgere azioni specifiche per risolvere alcune criticità relativamente, in particolare, a:

- completamento della fase implementativa delle Reti assistenziali così come programmate e rimodulazione della Rete ospedaliera, così da poter migliorare ed equilibrare l'offerta sia in termini di posti letto che in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione. In tale ambito, dovrà tenersi conto delle disposizioni della Legge 189/2012 e dell'Intesa della CSR del 5.08.2014 sull'applicazione dei nuovi standard per l'assistenza ospedaliera. In particolare, come si rileverà dagli specifici interventi bisognerà assicurare un concreto avanzamento nel superare le seguenti specifiche carenze nei LEA:
- assistenza domiciliare;

- residenzialità extra ospedaliera per anziani e disabili non autosufficienti (RSA, SUAP);
- riabilitazione intensiva e lungodegenza post acuzie ospedaliera;
- gestione del contenzioso in capo alle AA.SS. (dovuto al ritardato pagamento ai fornitori, alla fissazione dei tetti di spesa, alla determinazione delle tariffe, COM, ecc.)
- ritardo nell'assicurare correttamente e tempestivamente gli adempimenti LEA frutto sia della necessità di miglioramento della loro garanzia, resa critica dalla insufficienza delle risorse e dalle restrizioni, sia anche dal carente flusso informativo;
- presenza di flussi informativi (economico-produttivi) non ancora rispondenti a requisiti di completezza, qualità e puntualità tali da non permettere valutazioni precise e tempestive a supporto delle decisioni di governo del SSR;
- completamento del processo di regolarizzazione delle carte contabili nelle ASL Napoli 1 e Napoli 3.

### **Valutazione dell'ultimo Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali**

Nella Riunione del 5 novembre 2015, Tavolo e Comitato permanente per la verifica degli adempimenti riportano quanto segue:

- si invita la struttura commissariale ad adoperarsi tempestivamente presso le proprie aziende al fine di evitare il ripetersi del grave ritardo nell'alimentazione della Piattaforma di Certificazione dei Crediti (PCC) e restano in attesa di conoscere le iniziative regionali. Si richiama a tal proposito quanto previsto dall'articolo 27 del decreto legge n. 66/2014;
- si prende atto dei ritardi nell'adozione dei provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza in conformità alle osservazioni ministeriali da assumersi entro il 31 ottobre 2015, anche a causa dell'assenza del Commissario ad acta;
- in merito all'accreditamento degli erogatori privati si chiedono rassicurazioni che il ritardo sia imputabile esclusivamente all'impossibilità di adottare provvedimenti a firma del Commissario ad acta e non a ritardi nella definizione delle procedure per l'attestazione del possesso dei requisiti e delle condizioni per il rilascio dell'accreditamento definitivo da parte delle ASL;
- si rileva il permanere di criticità in materia di assistenza territoriale e restano in attesa delle azioni programmate per la risoluzione delle stesse;
- si resta in attesa del nuovo provvedimento relativo alla riorganizzazione delle cure primarie;
- si sollecita l'adozione di azioni atte alla risoluzione delle forti criticità negli screening oncologici;

- si resta in attesa di ricevere, in preventiva valutazione, le bozze di protocollo sottoscritte dalla struttura commissariale e preventivamente condivise con le Università, che recepiscono le osservazioni rese;
- si resta in attesa di ricevere la bozza dei Programmi Operativi 2016-2018 di prosecuzione del Piano di rientro.

In merito alla verifica degli adempimenti risultano inoltre le seguenti inadempienze:

- anno 2012: lettera n), u), ah), aaf), aag);
- anno 2013: lettera e), h), n), u), ah), as), aab), aaf), aag);
- anno 2014: in corso di verifica.

### **Nomina del nuovo Commissario e Sub Commissario**

L'11 dicembre 2015 il Consiglio dei Ministri, ha provveduto a nominare il Dott. Joseph Polimeni Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro del disavanzo del Servizio Sanitario Campano, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge del 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.. Inoltre, al fine di garantire unitarietà all'azione sub-commissariale, ha nominato il Dott. Claudio D'Amario quale Sub Commissario unico con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale.

Al Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro è assegnato l'incarico prioritario di adottare 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, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- i. adozione 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;
- ii. completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
- iii. puntuale ridefinizione ed attuazione della rete dell'emergenza-urgenza, secondo le indicazioni dei Tavoli tecnici di monitoraggio;
- iv. potenziamento dell'offerta sanitaria extra-ospedaliera e territoriale;
- v. programmazione e attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
- vi. corretta conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori, in coerenza con le osservazioni ministeriali;
- vii. sottoscrizione dei contratti interregionali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'art.9, comma 3, del Patto della Salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014;
- viii. sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale e con quanto previsto dal punto i;
- ix. razionalizzazione e riqualificazione della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno e ai volumi appropriati di attività erogata;

- x. tempestivo avvio e conclusione delle procedure per i controlli amministrativo-contabili e per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle Strutture Accreditate, nonché delle azioni conseguenti, sia sul piano della programmazione sanitaria che di quello contabile;
- xi. razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi, in ottemperanza alla normativa vigente;
- xii. razionalizzazione e riqualificazione della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;
- xiii. ridefinizione e sottoscrizione dei Protocolli di Intesa con le Università;
- xiv. ricognizione, quantificazione e gestione del contenzioso attivo e passivo in essere, con conseguente corretta alimentazione del fondo rischi;
- xv. prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale, attraverso una puntuale attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità;
- xvi. monitoraggio dei tempi di pagamento dei fornitori del SSR, al fine di renderli coerenti con il rispetto della specifica direttiva europea;
- xvii. ricognizione e rimozione dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e aziendali che risultassero di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro dei successivi Programmi Operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espresse dai Tavoli Tecnici di verifica e dei Ministeri affiancanti, ai sensi di quanto previsto dall'art.2, comma 80, della legge n. 191 del 2009;
- xviii. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- xix. programmazione degli investimenti per interventi di edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare, in coerenza con quanto previsto dall'art. 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il DM 70/2015 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale;
- xx. riorganizzazione e potenziamento delle attività di prevenzione in tutta la Regione Campania, con particolare attenzione alla programmazione e attuazione degli interventi previsti dal D.L. 136/2013 convertito in legge n. 6/2014, art. 2 commi da 4-quater a 4-octies relativi alla "terra dei fuochi".



## 2 Tendenziali e programmatici 2016-2018

Nelle Tabelle seguenti si riportano i tendenziali e programmatici per il triennio 2016-2018:

**Tabella 1 – Tendenziali e programmatici 2016-2018**

RICAVI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	10.128.934	10.265.628	10.265.628	10.265.628	10.265.628	10.265.628	10.265.628
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-104.533	-83.570	-64.143	-64.143	-83.570	-64.143	-64.143
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	0	0	0	0	0	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	43.138	43.138	43.138	43.138	43.138	142.616	176.567
altri contributi in conto esercizio	44.327	31372	31372	31372	31372	31372	31372
mobilità attiva intra	0	0	0	0	0	0	0
mobilità attiva extra regionale	149.936	117.995	117.995	117.995	117.995	117.995	117.995
payback	58.241	43.296	43.296	43.296	43.296	43.296	43.296
compartecipazioni	56.730	56.730	56.730	56.730	56.730	56.730	56.730
altre entrate	80.996	80.996	80.996	80.996	80.996	80.996	80.996
costi capitalizzati	95.245	95.245	95.245	95.245	95.245	95.245	95.245
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>10.553.014</b>	<b>10.650.830</b>	<b>10.670.257</b>	<b>10.670.257</b>	<b>10.650.830</b>	<b>10.769.735</b>	<b>10.803.686</b>

COSTI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
personale	2.691.107	2.691.107	2.655.144	2.655.144	2.658.101	2.801.709	2.956.311
irap	203.235	242.968	240.115	240.504	243.219	249.667	263.267
<b>beni</b>	<b>1.586.115</b>	<b>1.663.986</b>	<b>1.732.012</b>	<b>1.807.898</b>	<b>1.670.655</b>	<b>1.786.079</b>	<b>1.889.639</b>
beni sanitari	156.1844	1639.666	1707.474	1782.943	1647.456	1762.805	1866.272
beni non sanitari	24.271	24.320	24.538	24.955	23.199	23.274	23.367
<b>servizi</b>	<b>1.154.766</b>	<b>1.163.756</b>	<b>1.173.689</b>	<b>1.192.626</b>	<b>1.103.775</b>	<b>1.110.544</b>	<b>1.049.791</b>
servizi sanitari	273.534	274.760	276.692	280.379	254.020	259.394	207.803
servizi non sanitari	881.232	888.996	896.997	912.247	849.755	851.150	841.988
<b>prestazioni da privato</b>	<b>3.785.511</b>	<b>3.793.130</b>	<b>3.799.224</b>	<b>3.810.836</b>	<b>3.784.538</b>	<b>3.793.046</b>	<b>3.810.801</b>
medicina di base	646.919	646.919	646.919	646.919	646.919	646.919	646.919
farmaceutica convenzionata	884.118	884.118	884.118	884.118	860.885	814.419	791.186
assistenza specialistica da privato	743.808	761.091	761.091	761.091	743.913	743.916	743.916
assistenza riabilitativa da privato	280.189	280.749	283.276	288.092	294.030	267.714	241.399
assistenza ospedaliera da privato	819.006	806.481	806.481	806.481	849.092	822.784	822.784
altre prestazioni da privato	411.471	413.772	417.339	424.135	389.699	497.294	564.595
prestazioni da pubblico	2.194	2.199	2.218	2.255	1615	1629	1656
mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	17	41	58
mobilità passiva extraregionale	408.925	401.266	401.267	401.268	401.266	401.267	401.268
accantonamenti	461.579	391.201	390.190	390.765	571.201	410.190	214.765
oneri finanziari	20.178	20.178	20.178	20.178	20.178	20.178	20.178
oneri fiscali (netto irap)	19.737	19.776	19.954	20.294	19.776	19.954	20.294
saldo poste straordinarie	-7.098	-31.165	-31.165	-31.165	-31.165	-31.165	-31.165
saldo intramoenia	1.179	1.179	1.179	1.179	1.179	1.179	1.179
ammortamenti	127.489	127.489	127.489	127.489	127.489	127.489	127.489
rivalutazioni e svalutazioni	16.039	16.071	16.215	16.490	16.071	16.215	16.490
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>10.482.794</b>	<b>10.563.113</b>	<b>10.607.681</b>	<b>10.715.733</b>	<b>10.647.887</b>	<b>10.767.994</b>	<b>10.801.993</b>

<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>70.221</b>	<b>87.717</b>	<b>62.576</b>	<b>-45.476</b>	<b>2.943</b>	<b>1.741</b>	<b>1.693</b>
<b>contributi da regione a titolo di copertura LEA</b>	<b>51.755</b>	<b>51.755</b>	<b>51.755</b>	<b>51.755</b>	<b>51.755</b>	<b>51.755</b>	<b>51.755</b>

La tabella sopra riportata evidenzia il risultato d'esercizio tendenziale, al netto dei contributi da Regione a titolo di copertura LEA, relativo al triennio 2016-2018. In particolare:

- anno 2016 pari a ca. 87,7 €/mln;
- anno 2017 pari a ca. 62,5 €/mln;
- anno 2018 pari a ca. -45,4 €/mln.

Con riferimento ai risultati programmatici:

- anno 2016 pari a ca. 2,9 €/mln;
- anno 2017 pari a ca. 1,7 €/mln;
- anno 2018 pari a ca. 1,6 €/mln.

## 3 Governo del Sistema

### Programma 1 – Governance dei Programmi Operativi

Una *Governance* chiara ed efficace è la preconditione per la realizzazione dei Programmi Operativi 2016 – 2018 e quindi per garantire in maniera uniforme sul territorio regionale l'erogazione dei LEA in condizioni di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

Il Sistema di *Governance* del S.S.R. campano si articola nei seguenti livelli di decisione e gestione:

- **Struttura Commissariale di Governo e Nucleo di supporto.** La Struttura Commissariale è stata nominata con Delibera del Consiglio dei Ministri 11 dicembre 2015 in base alle disposizioni della legge 23 dicembre 2014, n. 190, commi 556 a 558, in attuazione del Patto per la Salute. Essa ai sensi dell'art. 120 Costituzione e art. 8, comma 1, legge 5 giugno 2003, n. 131 coordina gli organi ordinari del Servizio Sanitario Regionale. La Struttura commissariale promuove le attività previste dai Programmi Operativi attraverso un'azione di impulso e verifica delle Strutture Organizzative regionali. La Struttura Commissariale è coadiuvata da un Nucleo tecnico di supporto, costituito con i DCA nn. 3 e 31 del 2016, che ha il compito di affiancare e supportare la Tecnostruttura regionale e la Struttura Commissariale nella programmazione degli interventi e nella predisposizione dei provvedimenti di approvazione.
- **Tecnostruttura Regionale.** La struttura tecnico-amministrativa regionale è costituita dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR. La Direzione Generale si articola in Unità operative Dirigenziali (UOD). La Direzione Generale, attraverso le UOD, garantisce le funzioni tecniche di programmazione operativa, di definizione degli obiettivi e dei programmi e di controllo sull'attuazione degli stessi.
- **So.Re.Sa. Spa.** La So.Re.Sa è la Centrale di committenza regionale, ai sensi del D.Lgs n. 163/2006 e Soggetto aggregatore ai sensi del DL n. 66/2014, convertito in Legge n. 89/2014. Essa cura, tra l'altro, il processo di centralizzazione dei pagamenti e di estensione a tutte le Aziende del SSR del Sistema informatico-amministrativo contabile. Inoltre, con la Delibera di GRC n. 163 del 19 aprile 2016, sono state assegnate alla Società So.Re.Sa. S.p.A. funzioni di supporto, alla Tecnostruttura Regionale per il funzionamento del Sistema Informativo Sanitario.
- **Aziende Sanitarie Regionali.** Le 17 Aziende Sanitarie campane hanno il compito di promuovere e tutelare la salute della popolazione, nell'ambito degli indirizzi strategici forniti dalla Struttura Commissariale di Governo e dalla Tecnostruttura Regionale, attraverso la gestione operativa dei fattori produttivi e la promozione dell'appropriatezza, della efficienza e della efficacia nell'erogazione dei servizi. I risultati di gestione sono di piena responsabilità delle Aziende sanitarie campane.

Il raggiungimento degli obiettivi previsti nei PO 2016 – 2018, richiede il potenziamento dei citati livelli, al fine di poter presidiare sufficientemente le aree di intervento individuate come strategiche e di introdurre funzioni di governo delle Aree scarsamente presidiate e sulle quali sono stati registrati i maggiori scostamenti rispetto agli obiettivi programmati dai programmi operativi 2013 – 2015.

- **Intervento 1.1 - Governance del coordinamento complessivo dei programmi operativi**

L'azione di coordinamento della Struttura Commissariale prevede il monitoraggio dell'attuazione delle azioni programmate e la cui attuazione è posta in capo alla Direzione Generale Tutela della Salute e coordinamento del SSR, tramite le Unità Operative Dirigenziali e le Aziende Sanitarie. Prevede il monitoraggio delle scadenze e la tempestiva identificazione delle criticità attuative e dei fattori ostativi che impediscono il proseguimento dell'attuazione e che richiedono la programmazione di interventi correttivi, la condivisione dei percorsi, l'elaborazione di strumenti di supporto o azioni di affiancamento tecnico e giuridico.

L'azione di coordinamento sarà espletata tramite l'effettuazione di incontri periodici con il Direttore Generale per la Tutela della Salute, con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie e con i Dirigenti Responsabili delle UOD. Nel corso degli incontri periodici si procederà a *focus* sugli indicatori dei PO 2016-2018 e sugli indicatori LEA relativi alla specifica area di competenza.

#### **Obiettivi**

- Monitoraggio dell'attuazione delle azioni gestionali previste in capo alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, mediante lo sviluppo di un cruscotto informativo generale e riunioni con le singole Aziende e il Direttore Generale della Tutela della Salute e del Coordinamento del SSR. Tale strumento sarà integrato da riunioni ad hoc e focus sulle azioni prioritarie da porre in essere per far fronte alle criticità gestionali rilevate e/o agli andamenti anomali. A tale fine, la Direzione Generale della Tutela della Salute, attraverso lo Staff tecnico-operativo ha tenuto una recente riunione operativa il 23/01/2017 sull'andamento del Programma Operativo.
- Verifica trimestrale, in sede di redazione del Conto Economico Trimestrale, del raggiungimento dei risultati previsti, al fine di approfondire le cause degli scostamenti, anche a supporto della trasmissione della documentazione ai Tavoli di Monitoraggio
- Coordinamento con la Direzione Generale per la Tutela della Salute e con i Dirigenti Responsabili delle UOD al fine di monitorare il raggiungimenti degli obiettivi dei Programmi operativi 2016 – 2018

#### **Indicatori**

- Incontri di monitoraggio con gli attori del sistema
- Conseguimento degli Obiettivi individuati nei Programmi Operativi 2016-2018

#### **Scadenze**

- Incontri di monitoraggio con gli attori del sistema: trimestralmente, a valle della chiusura del Conto Economico Trimestrale
- Completa realizzazione dei Programmi Operativi: 31 dicembre 2018

- **Intervento 1.2 - Governance della Struttura Tecnica ed Amministrativa della Direzione Tutela della Salute e del Coordinamento del SSR**

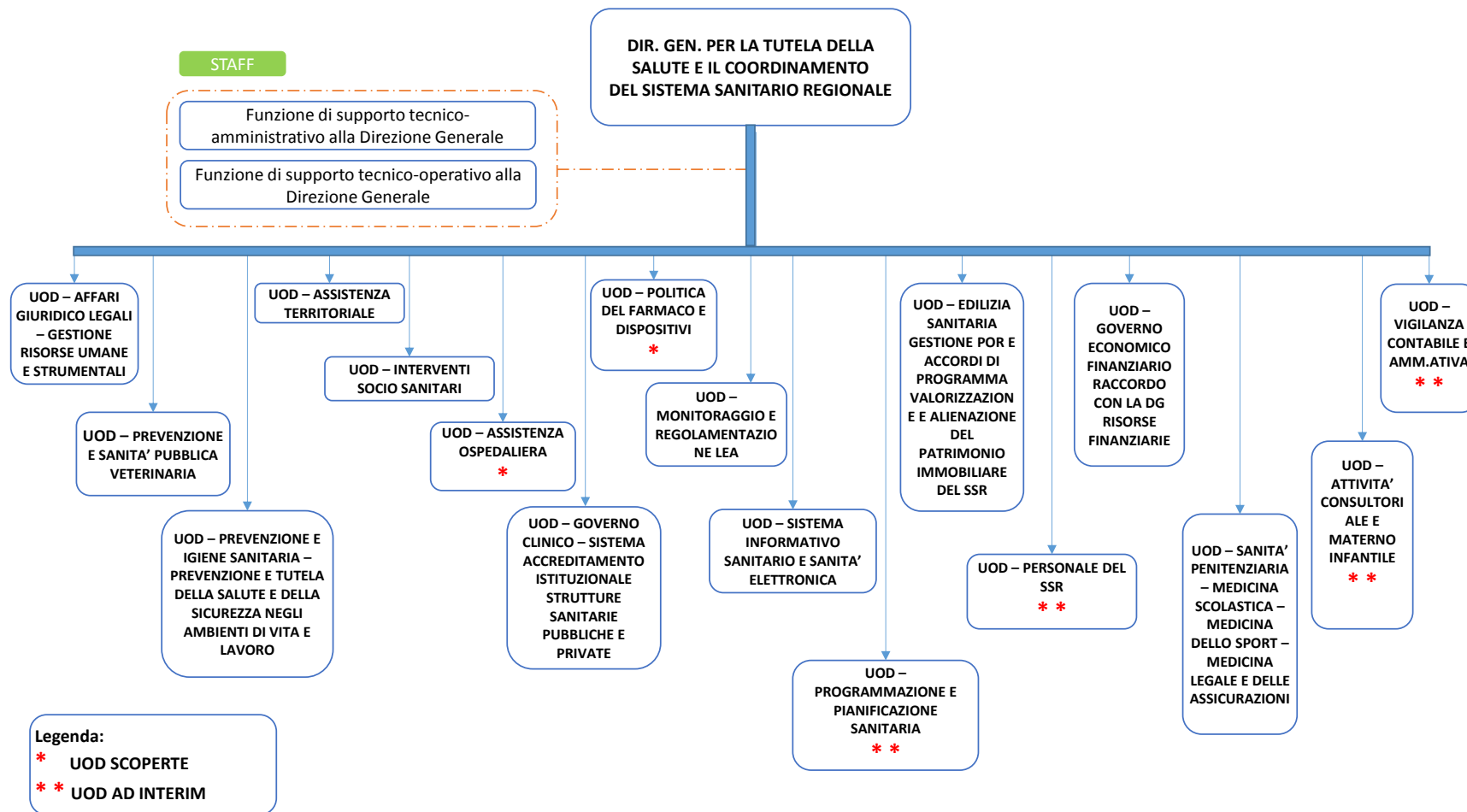
Per assicurare l'attuazione dei Programmi operativi 2016-2018 è necessario un incisivo potenziamento della struttura tecnica ed amministrativa della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR preposta alla gestione ed attuazione degli interventi sanitari. Tale Struttura, nel corso degli ultimi anni, ha subito, oltre ad un calo importante di managerialità diffusa tra i dirigenti e i funzionari, un significativo impoverimento numerico di risorse umane parallelo alla contrazione delle unità di personale delle Aziende del SSR e parimenti dovuto alla collocazione a riposo di dipendenti, a trasferimenti presso altri enti che non è stato risolto attraverso nuovi reclutamenti anche a causa di vincoli normativi che gravano sull'Ente regionale nel suo complesso.

Basti ricordare che l'ultima procedura selettiva per il reclutamento del personale è stata completata nell'anno 2005. Pertanto, la tecnostuttura regionale è significativamente sottodimensionata e mancano (o non vi sono in numero sufficiente) competenze tecniche altamente specialistiche, cruciali al governo dei complessi processi tipici di una sanità complessa e in continua evoluzione quale quella attuale. In particolare, vi sono:

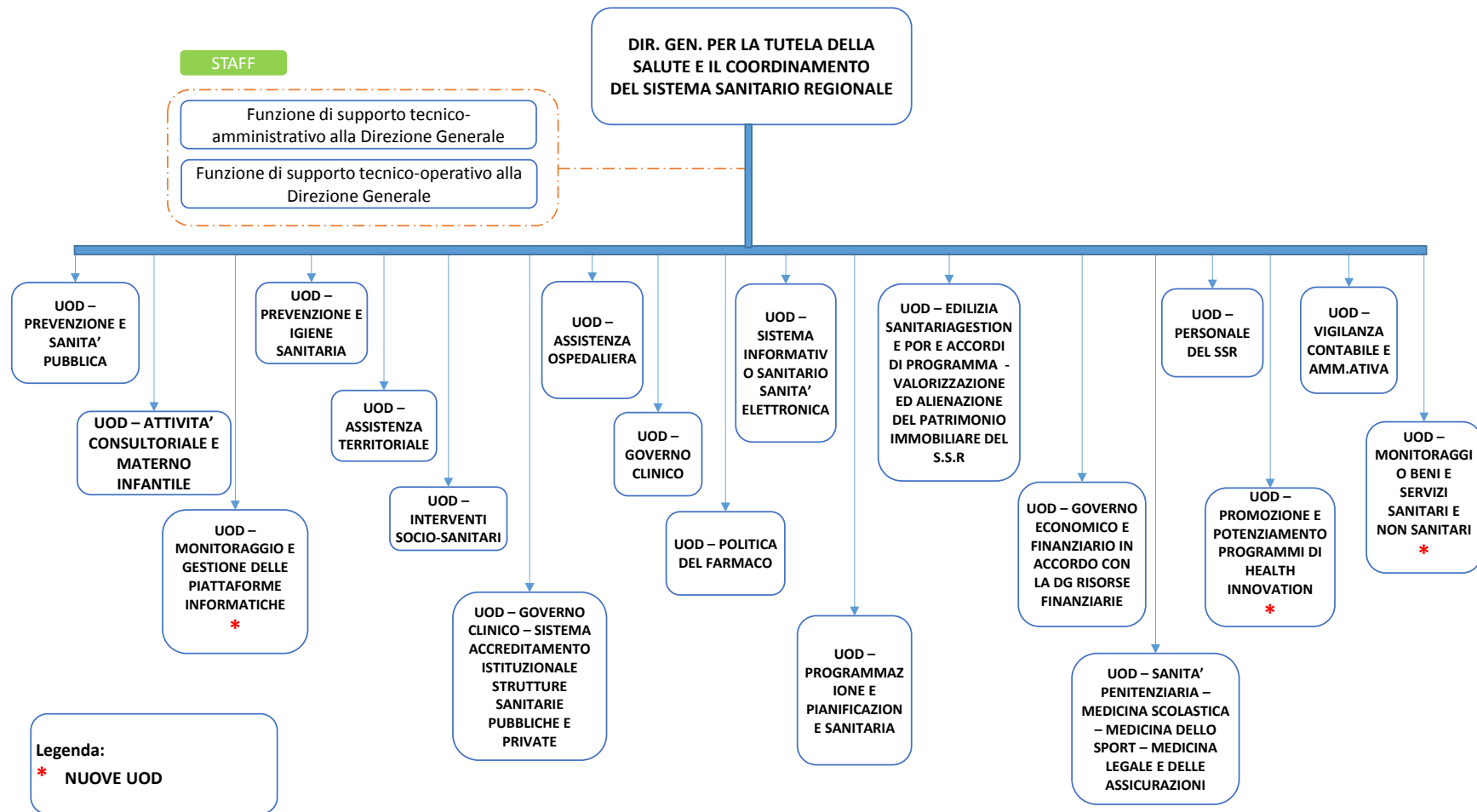
- un numero limitato e insufficiente di UOD;
- aree strategiche di intervento non chiaramente riconducibili alle diverse UOD (per es. programmazione dei volumi di prestazioni da acquisire dagli erogatori privati accreditati);
- UOD non guidate da dirigenti ad hoc esclusivamente dedicati;
- assenza di articolazione degli Uffici per livelli di complessità crescente con livelli e funzioni di coordinamento a rischio di sovrapposibilità.

Di seguito è illustrato l'attuale Organigramma della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR e il nuovo Organigramma che la Struttura Commissariale intende promuovere a regime, attualmente al vaglio della Giunta Regionale che ha la potestà di decidere il potenziamento qualitativo dell'assetto organizzativo richiesto e la formalizzazione del nuovo organigramma:

**Fig. 1 – Attuale Organigramma della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR**



**Fig. 2 – Nuovo Organigramma della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR**



### Obiettivi

- Analisi della governance della Direzione Generale Tutela della e sua proposta di miglioramento
- Documento di Individuazione del numero e dei profili professionali carenti nella Direzione Generale Tutela della Salute e proposta di potenziamento alla Giunta Regionale
- Definizione dei fabbisogni formativi all'interno della Direzione Generale Tutela della Salute: va precisato che è in corso l'analisi del fabbisogno attraverso la UOD Health's Innovation con delega al Formez per l'organizzazione di corsi di formazione specifici e dedicati.

### Indicatori

- Documento di analisi della governance della Direzione Generale Tutela della Salute e sviluppo di una proposta operativa di miglioramento
- Documento di Individuazione del numero e dei profili professionali carenti e proposta di potenziamento
- Documento di Individuazione dei fabbisogni formativi all'interno della Direzione Generale Tutela della Salute

### Scadenze

- Documento di analisi della governance della Direzione Generale Tutela della Salute e sviluppo di una proposta operativa di miglioramento: 31 Ottobre 2016
- Documento di Individuazione del numero e dei profili professionali carenti nella Direzione Generale Tutela della Salute e proposta di potenziamento alla Giunta Regionale: 31 dicembre 2016
- Definizione dei fabbisogni formativi all'interno della Direzione Generale Tutela della Salute: 31 dicembre 2016

- **Intervento 1.3 - Governance dei flussi informativi**

La rilevazione dei dati e la lettura sistemica e funzionale delle informazioni che ne derivano è presupposto fondamentale per l'attuazione non solo dei Programmi Operativi 2016-2018 ma di qualunque strumento di pianificazione strategica sanitaria. La disponibilità di flussi informativi affidabili è, infatti, una delle principali leve di Governance: essa fornisce la possibilità di leggere i fenomeni sanitari, comprenderne l'entità, correggerne la portata e gli impatti.

La puntualità e l'omogeneità dei dati, ha carattere prioritario anche al fine di garantire - nell'ambito degli adempimenti LEA - la regolare evasione degli obblighi informativi, in ordine ai flussi informativi sanitari (anche di più recente introduzione) ed in ordine ai flussi informativi economici.



La funzione di Governance dei Flussi informativi ha presentato, nei precedenti cicli di attuazione dei Programmi Operativi, forti criticità a seguito della mancanza di coordinamento fra gli attori del sistema, della frammentazione delle competenze, del difficile accesso all'informazione. Al fine di riformare il Sistema Informativo Sanitario della Regione Campania, dal punto di vista istituzionale ed organizzativo, con Legge regionale n. 20 del 23 dicembre 2015, è stata disposta la soppressione dell'Agenzia Sanitaria Regionale (ARSAN), ente istituzionalmente deputato alla gestione dei flussi e dei servizi informativi. Ne è conseguita una fase di significativa fragilità nella governance di tutti i servizi e flussi informativi sanitari, accentuata da una disciplina scarsamente dettagliata della fase transitoria. La Giunta della Regione Campania ha successivamente proceduto ad integrare le disposizioni con la DGRC n. 9 del 12 gennaio 2016 che ha stabilito che le funzioni precedentemente svolte dall'ARSAN, (agenzia appunto ormai soppressa), fossero svolte dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale per il tramite delle Unità Operative Dirigenziali dipendenti da essa, opportunamente ridefinite ed integrate nelle competenze.

A completamento di tale riorganizzazione, con successiva DGRC n. 163 del 19 aprile 2016, sono state assegnate alla Società So.Re.Sa. S.p.A. funzioni di supporto, agli uffici regionali sopra menzionati, per il funzionamento del Sistema Informativo Sanitario. Tali nuovi assetti istituzionali, organizzativi e strutturali, potenzialmente idonei a generare l'attesa positiva evoluzione dei sistemi informativi regionali, richiedono un elevato livello di attenzione e di coordinamento per la conseguente puntuale rideterminazione delle attività e delle responsabilità.

La reingegnerizzazione della Governance dei Flussi informativi è la sede programmatica per promuovere la costruzione di una "cultura aziendale del flusso" e sviluppare conseguentemente una managerialità diffusa attraverso un rigoroso commitment regionale ed una rete di interlocutori aziendali con cui strutturare una comunicazione continua.

La Regione con DGR n. 10 del 17.1.2017 ha individuato il sistema SANIARP quale piattaforma del sistema regionale di ingresso dei flussi informativi che, sotto il governo tecnico di SORESA, implementerà progressivamente l'alimentazione e la validazione dei flussi informativi dell'intera regione. I flussi saranno resi fruibili attraverso report alle aziende e visibili alle UOD della DG 04 per l'analisi ed il monitoraggio degli eventi sanitari collegati ai flussi stessi.

### **Obiettivi**

- Costituzione di una funzione regionale condivisa di Governo dei flussi informativi integrata, omogenea, puntuale, al fine di poter conseguire gli obiettivi specifici di cui al Programma operativo n.3
- Miglioramento della qualità e tempestività dei flussi di pertinenza a livello regionale
- Produzione di report periodici da parte delle Direzione Generale Tutela della Salute
- Implementazione del Sistema Informativo Amministrativo-Contabile da parte delle Aziende Sanitarie

### **Indicatori**

- Ricostruzione di una funzione regionale condivisa e integrata per il Governo dei flussi informativi

- Qualità e tempestività di alimentazione dei flussi di pertinenza regionale
- Realizzazione di report periodici di sintesi da parte della Direzione Generale Tutela della Salute
- Numero di Aziende che implementano il SIAC (Sistema Informativo Amministrativo Contabile)

#### **Scadenze**

- Costituzione di una funzione regionale condivisa e integrata per il Governo dei flussi informativi: 31 dicembre 2017
- 100% qualità e tempestività dei flussi di pertinenza a livello regionale: 31 dicembre 2018
- Realizzazione report periodici di sintesi da parte della Direzione Generale Tutela della Salute: 31 marzo 2017: con cadenza trimestrale
- 100% Aziende che implementano il SIAC: 31 dicembre 2018

- **Intervento 1.4 - Governance delle Aziende Sanitarie**

Le Aziende Sanitarie devono mettere in campo ogni giorno azioni di gestione operativa orientate alla appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi di governo del SSR, previsti dai Programmi Operativi 2016-2018. La più importante e affidabile assicurazione di tali azioni di gestione derivano senza dubbio dalla possibilità di avere a capo delle stesse aziende un Direttore Generale (con il proprio Direttore Sanitario ed Amministrativo); egli deve firmare un contratto individuale di lavoro con il Presidente della Giunta Regionale (che lo nomina su base fiduciaria) di natura privata in cui assicura il suo impegno in modo totale ed esclusivo e in cui sono individuati obiettivi generali e specifici di natura gestionale da raggiungere nel corso del proprio mandato e che vengono monitorati con cadenza almeno annuale.

Anche nelle Regioni in piano di rientro e commissariate, il Presidente della Giunta Regionale nomina, sotto la sua responsabilità, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

La normativa regionale campana di cui all' art.18 bis, comma 6, della Legge regionale n. 32/94 prevedeva che la nomina del Direttore Generale di azienda sanitaria dovesse avvenire attraverso l'individuazione di una rosa di cinque candidati comprendente il Direttore Generale uscente per il quale sia stata espressa idonea valutazione positiva in ordine agli obiettivi allo stesso assegnati all'atto della nomina come previsto nell'articolo 3-bis comma 5, del D.Lvo n. 502/1992. Le procedure erano dettate da apposito disciplinare. La Regione ha ritenuto che tale normativa fosse eccessivamente farraginosa e che avrebbe determinato un allungamento dei tempi di nomina, con conseguenti lunghi periodi di commissariamento delle aziende sanitarie e conseguente fragilità nel sistema di Governance delle Aziende Sanitarie e la impossibilità di poter garantire una gestione operativa delle aziende forte e orientata al cambiamento con prospettiva almeno di medio periodo.

Pertanto, allo scopo di superare tale empassa, la Regione è intervenuta sull'impianto della Legge regionale n. 32 del 1994. Infatti, con la Legge regionale n. 20, del 23 Dicembre 2015, recante "Misure per

introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini - Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32" sono state introdotte modifiche all'art. 18 bis della Legge regionale n. 32/94 e sono state dettate specifiche tecniche sul possesso dei requisiti professionali da parte dei richiedenti l'inserimento nell'elenco degli idonei aspiranti al ruolo di direttore generale delle aziende sanitarie del SSR.

Nel contempo, con Delibera di Giunta Regionale n. 2 del 12.01.2016 è stato approvato il nuovo "Disciplinare per l'aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina e per il conferimento dell'incarico di Direttore Generale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale". Successivamente, con la Legge Regionale n. 15 dell'8 Giugno 2016, allo scopo di semplificare le procedure di nomina dei Direttori Generali, in coerenza con la normativa nazionale ed in attesa dell'emanazione del D. L.vo di cui all'art. 11, comma 1, lettera p) della legge 7 agosto 2015, n.124, il comma 6 dell'art. 18 bis, della Legge regionale n.20/2015, è stato sostituito con il seguente: "...Il Presidente della Giunta Regionale, su conforme deliberazione della Giunta Regionale, nomina il Direttore Generale scelto tra i soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all'art. 3 bis, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale oppure negli analoghi elenchi di altre regioni".

La Giunta Regionale con Delibera n. 319 del 28/06/2016 ha provveduto all'aggiornamento dell'elenco unico regionale degli idonei all'incarico di Direttore Generale di Aziende ed Enti del SSR allo scopo di consentire il perseguimento del primario fine di interesse pubblico da parte dell'organo decisorio per porre termine all'attuale regime commissariale delle aziende sanitarie campane. La verifica degli obiettivi programmati costituisce per le Direzioni Aziendali elemento di valutazione ai fini della conferma dell'incarico e comunque elemento di valutazione per le Direzioni Regionali. Rimane, inoltre, in capo ai Direttori Generali delle Aziende l'implementazione delle misure dei Piani di Rientro aziendali ai sensi dal comma 524 della legge n. 208 del dicembre 2015 (legge di stabilità per il 2016) in quanto soggetti attuatori chiamati ad attuare le strategie di rientro previsti dai Programmi Operativi.

#### **Obiettivi**

- Attribuzione di specifici obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie;

#### **Indicatori**

- Redazione e sottoscrizione da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Contratti Individuali di lavoro contenenti obiettivi generali e specifici con particolare riferimento al miglioramento dei LEA, in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza, ed alla realizzazione dei Programmi Operativi 2016-2018;

#### **Scadenze**

- Sottoscrizione dei contratti da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie: 31 dicembre 2016.

- **Intervento 1.5 – Definizione del quadro delle Responsabilità all'interno della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR**

Al fine del raggiungimento degli obiettivi previsti nei presenti programmi operativi la struttura commissariale si dovrà avvalere del ruolo strategico ed operativo della Direzione Generale Tutela della

Salute. Essa dovrà fornire tutto il contributo necessario sia direttamente sia per il tramite di tutte le sue Unità Operative Dirigenziali (U.O.D.) che sono richiamate nella tabella seguente in funzione delle diverse responsabilità connesse al perseguimento degli specifici programmi, interventi e azioni.

**Tabella 2 – UOD di riferimento per singolo intervento**

Programma	Intervento	Azione	UOD
Programma 1 – Governance dei Programmi Operativi	Intervento 1.1 - Governance del coordinamento complessivo dei programmi operativi		Struttura Commissariale
	Intervento 1.2 - Governance della Struttura tecnica ed amministrativa della Direzione Tutela della Salute		Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR
	Intervento 1.3 - Governance dei flussi informativi		Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR
	Intervento 1.4 - Governance delle Aziende sanitarie		Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR
Programma 2 – Procedimenti contabili/gestionali e certificabilità dei bilanci SSR	Intervento 2.1 - Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)		UOD 14 - Governo economico finanziario in raccordo con la DG risorse finanziarie
	Intervento 2.2 – Gestione fondi vincolati		Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR
	Intervento 2.3 – Regularizzazione Carte Contabili		UOD 17 - Vigilanza contabile e amministrativa
	Intervento 2.4 – Sistemazione contabile del Patrimonio Netto		UOD 14 - Governo economico finanziario in raccordo con la DG risorse finanziarie
	Intervento 2.5 – Approvazione dei Bilanci pregressi 2012-2014 delle Aziende Sanitarie del SSR		UOD 17 - Vigilanza contabile e amministrativa
Programma 3 – Sistemi, Flussi informativi e Processi di Dematerializzazione	Intervento 3.1 – Sistemi informativi	Azione 3.1.1 – Anagrafe Regionale Assistiti	UOD 10 - Sistema informativo sanitario e sanità elettronica
		Azione 3.1.2 – Monitoraggio della Rete Assistenziale (MRA)	UOD 10 - Sistema informativo sanitario e sanità elettronica
	Intervento 3.2 – Flussi Informativi	Azione 3.2.1 – Riorganizzazione dei flussi informativi	UOD 10 - Sistema informativo sanitario e sanità elettronica
			UOD 05 - Interventi socio-sanitari
			UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
		Azione 3.2.2 – Miglioramento di specifici flussi informativi	UOD 10 - Sistema informativo sanitario e sanità elettronica
			So.Re.Sa. S.p.A.
	Intervento 3.3 – Processi di dematerializzazione	Azione 3.3.1 – Dematerializzazione ricetta farmaceutica cartacea	UOD 10 - Sistema informativo sanitario e sanità elettronica
			So.Re.Sa. S.p.A.
		Azione 3.3.2 – Dematerializzazione ricetta di Specialistica ambulatoriale cartacea	UOD 04 - Assistenza territoriale
			So.Re.Sa. S.p.A.
			UOD 10 - Sistema informativo sanitario e sanità elettronica
Programma 4 – Accreditalimento			UOD 07 - Governo clinico – sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
Programma 5 – Programmazione investimenti tecnologici	Intervento 5.1 – Pianificazione degli investimenti tecnologici		UOD 12 - Edilizia sanitaria gestione POR e accordi di programma valorizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare del SSR
	Intervento 5.2 – Health Technology Assessment		UOD 12 - Edilizia sanitaria gestione POR e accordi di programma valorizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare del SSR
	Intervento 5.3 – Gestione del patrimonio immobiliare degli Enti del SSR		UOD 12 - Edilizia sanitaria gestione POR e accordi di programma valorizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare del SSR

Programma	Intervento	Azione	UOD
Programma 6 – Rapporti con gli erogatori	Intervento 6.1 – Rapporti con gli erogatori privati		UOD 14 - Governo economico finanziario in raccordo con la DG risorse finanziarie
			UOD 05 - Interventi socio-sanitari
			UOD 04 - Assistenza territoriale
			UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
			UOD 11 - Programmazione e Pianificazione Sanitaria
	Intervento 6.2 - Rapporti con le Università Pubbliche e Fondazione IRCCS Pascale		UOD 01 - Affari Generali – Affari giuridico legali – Gestione risorse umane e strumentali
	Intervento 6.3 – Rete laboratoristica privata		UOD 07 - Governo clinico – sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
	Intervento 6.4 – Riconversione Case di Cura Neuropsichiatriche		UOD 07 - Governo clinico – sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private
			UOD 05 - Interventi socio-sanitari
Programma 7 – Gestione del contenzioso			Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR
Programma 8 – Contratti Interregionali in materia di mobilità sanitaria			UOD 09 - Monitoraggio e regolamentazione dei LEA
Programma 9 – Piani di Rientro Aziendali			UOD 14 - Governo economico finanziario in raccordo con la DG risorse finanziarie
Programma 10 – Piano dei pagamenti e tempi di pagamento	Intervento 10.1 – Piano dei pagamenti 2016-2018		UOD 14 - Governo economico finanziario in raccordo con la DG risorse finanziarie
	Intervento 10.2 – Riduzione dei tempi di pagamento		UOD 14 - Governo economico finanziario in raccordo con la DG risorse finanziarie
Programma 11 – Governance e monitoraggio degli Adempimenti	Intervento 11.1 – Adempimenti LEA		UOD 09 - Monitoraggio e regolamentazione dei LEA
	Intervento 11.2 - Approvazione degli Atti Aziendali		UOD 09 - Monitoraggio e regolamentazione dei LEA
Programma 12 - Razionalizzazione della spesa per beni e servizi	Intervento 12.1 - Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (cd. Spending Review)		UOD 14 - Governo economico finanziario in raccordo con la DG risorse finanziarie
	Intervento 12.2 – Analisi, governo e proiezione dei fabbisogni dei beni e servizi delle Aziende sanitarie		So.Re.Sa. S.p.A.
	Intervento 12.3 - Centralizzazione e pianificazione pluriennale degli acquisti regionali rispetto alla spesa sanitaria complessiva regionale		So.Re.Sa. S.p.A.
	Intervento 12.4 - Reingegnerizzazione della Logistica del Farmaco e dei Dispositivi Medici		So.Re.Sa. S.p.A.
	Intervento 12.5 - Sviluppo completo del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC)		So.Re.Sa. S.p.A.
	Intervento 12.6 - Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria		So.Re.Sa. S.p.A.
	Intervento 12.7 - Estensione della Centrale Unica di Pagamento di So.Re.Sa. a tutte le Aziende Sanitarie		So.Re.Sa. S.p.A.
	Intervento 12.8 - Introduzione di un servizio unificato per la gestione dell'organico complessivo del Sistema Sanitario Regionale		So.Re.Sa. S.p.A.

Programma	Intervento	Azione	UOD
Programma 13 – Gestione e valutazione del personale	Intervento 13.1 - Politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2016-2018		UOD 13 - Personale del SSR
	Intervento 13.2 - Individuazione del fabbisogno del personale (Legge di Stabilità 2016)		UOD 13 - Personale del SSR
	Intervento 13.3 - Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa		UOD 13 - Personale del SSR
	Intervento 13.4 - Contenimento costi per le prestazioni aggiuntive e per le forme di lavoro alternative		UOD 13 - Personale del SSR
	Intervento 13.5 - Valutazione del personale		UOD 13 - Personale del SSR
Programma 14 – Sanità pubblica	Intervento 14.1 – Prevenzione		UOD 03 - Prevenzione e igiene sanitaria – prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro – Osservatorio epidemiologico regionale
	Intervento 14.2 - Terra dei fuochi		UOD Prevenzione e igiene sanitaria
	Intervento 14.3 - Rete oncologica		UOD Assistenza ospedaliera UOD Assistenza territoriale
Programma 15 - Sanità veterinaria e sicurezza alimentare	Intervento 15.1 – Riorganizzazione della struttura regionale volta a superare le criticità di natura strutturale ed organizzativa in materia di Sicurezza alimentare		UOD 02 - Prevenzione e sanità pubblica veterinaria
	Intervento 15.2 – Allineamento delle prestazioni delle AA.SS.LL. agli standard regionali in materia di prevenzione del randagismo e igiene urbana veterinaria		UOD 02 - Prevenzione e sanità pubblica veterinaria
	Intervento 15.3 – Attuazione dei piani di profilassi per la Tubercolosi, Brucellosi e Leucosi bovina Enzootica (LEB) e acquisizione stato di territorio ufficialmente indenne		UOD 02 - Prevenzione e sanità pubblica veterinaria
	Intervento 15.4 – Verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare		UOD 02 - Prevenzione e sanità pubblica veterinaria
Programma 16 – Rete ospedaliera e reti tempo dipendenti	Intervento 16.1 – Riorganizzazione rete ospedaliera		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 16.2 – Attivazione Ospedale del Mare		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 16.3 – La centrale operativa del 118		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 16.4: L'Azienda Regionale Unica di Emergenza Urgenza Campania (AREUC)		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 16.5 – Rete Emergenza- Urgenza		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 16.6 – Rete Cardiologica		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 16.7 – Rete Ictus		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 16.8 – Rete Trauma		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
Programma 17 – Reti cliniche	Intervento 17.1 – Il Sistema dell'Emergenza Pediatrica		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 17.2 – I Punti Nascita e la Rete Neonatologica		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 17.3 – Percorso nascita e promozione del parto spontaneo		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 17.4 – La rete per le emergenze gastroenteriche		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera
	Intervento 17.5 – La rete per la terapia del dolore		UOD 06 - Assistenza Ospedaliera

Programma	Intervento	Azione	UOD
Programma 18 – Assistenza primaria	Intervento 18.1 – Riorganizzazione delle cure primarie		UOD 04 - Assistenza territoriale
Programma 19 - Assistenza sociosanitaria territoriale: residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale	Intervento 19.1 – Assistenza socio sanitaria territoriale		UOD 05 - Interventi socio-sanitari
	Intervento 19.2 – Percorso nascita: rete consultoriale		UOD 05 - Interventi socio-sanitari
Programma 20 – Assistenza farmaceutica	Intervento 20.1 - Farmaceutica territoriale: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
	Intervento 20.2 - Farmaceutica territoriale: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC)		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
	Intervento 20.3 - Farmaceutica territoriale: Potenziamento dell'uso dei farmaci biosimilari		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
	Intervento 20.4 - Farmaceutica territoriale: Incremento della quota di farmaci di fascia A del primo ciclo distribuita dagli ospedali		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
	Intervento 20.5 - Farmaceutica territoriale: Attività di formazione rivolta ai medici per l'appropriatezza prescrittiva		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
	Intervento 20.6 - Farmaceutica ospedaliera: Potenziamento dell'efficienza nell'allestimento di farmaci chemioterapici ad alto costo		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
	Intervento 20.7 - Farmaceutica ospedaliera: Implementazione di un sistema premiante correlato al conseguimento di obiettivi di efficienza nell'uso dei farmaci ad alto costo		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi
	Intervento 20.8 - Farmaceutica ospedaliera: Informatizzazione dei piani terapeutici		UOD 08 - Politica del farmaco e dispositivi

## Programma 2 – Procedimenti contabili/gestionali e certificabilità dei bilanci SSR

Rif. Adempimenti: at) - n)

- Intervento 2.1 - Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)**

Il **Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)** si fonda tecnicamente sugli standard proposti dal decreto ministeriale del 1° marzo 2013.

In particolare gli standard identificati nel decreto con i cinque obiettivi dell'area A determinano gli obiettivi di base relativi agli aspetti organizzativi, contabili e procedurali del **SCI – Sistema di Controllo Interno**.

**Tabella 3 – Percorso Attuativo della Certificabilità dell'Azienda**

Percorso Attuativo della Certificabilità dell'Azienda	
STANDARD ORGANIZZATIVI, CONTABILI E PROCEDURALI	
OBIETTIVI PAC	
A1) Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio	
A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati	
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	
A5) Monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore Esterno.	

Il decreto ministeriale propone cinque obiettivi/standard di cui uno, l'obiettivo A3), richiede una verifica dei sistemi ICT adottati dalle Aziende e dal SSR, mentre gli quattro obiettivi/standard sono oggettivamente riferibili a tre fondamentali cicli di controllo aziendali:

**Tabella 4 – Cicli di controllo aziendali**

Cicli di controllo aziendali	
1. Controllo sulla gestione	Il ciclo del controllo della efficacia ed efficienza delle attività di gestione
2. Controllo sul bilancio	Il ciclo di controllo della attendibilità del Sistema di Bilancio
3. Controllo della compliance law	Il ciclo di controllo relativo alla trasparenza e conformità alle leggi

La progettazione delle azioni del **Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)** non può non assumere contemporaneamente i tre aspetti del tema della “certificabilità”:



**Tabella 5 – Cicli di controllo aziendali e strumenti di monitoraggio**

Cicli di controllo aziendali e strumenti di monitoraggio		Documento di riferimento
1. Controllo sulla gestione	Contabilità analitica Co.An.	Modello CE/LA
		Sistema di contabilità analitica
2. Controllo sul bilancio	Modelli di bilancio	Modelli di Bilancio
		CE-SP- nota integrativa e relazione con informativa non finanziaria (LA)
3. Controllo della compliance law	Rating di legalità	Rating legalità e rendicontazione sociale

Lo sviluppo del programma di azioni per la Co.An. (Contabilità Analitica), nel P.O. 2016-2018 è del tutto interna al Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), considerando che il presupposto per una Co.An. utile al controllo della gestione si basa su due presupposti:

- a) che l'Azienda sia in grado di svolgere una corretta rilevazione quantitativa e sviluppi una corretta contabilità;
- b) che l'originalità della interpretazione della organizzazione aziendale abbia un solido riferimento nella progettazione della rete di assistenza (in futuro MRA) e, in coerenza, nell'atto aziendale.

Infine, si rileva che il decreto commissariale n°14/2009 propone una manualistica per la Co.An. che tende allo modello A.B.C. - Activity Based Costing.

E' evidente che nella prima fase il monitoraggio avrà ad oggetto le modalità con cui le Aziende popolano di dati il modello CE-LE, la cui compilazione deve tendenzialmente esser posta al riparo dal rischio di una compilazione manuale del modello.

### **I presupposti metodologici ed organizzativi**

La Regione ha avviato con la Nota prot. n. 2313/C del 20/04/2016, a firma congiunta della Struttura Commissariale e del Direttore Generale della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, una nuova straordinaria ricognizione dello stato di attuazione delle procedure amministrativo-contabili nelle Aziende Sanitarie della Campania, finalizzata al monitoraggio dello stato di attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC), aggiornato con DCA n. 5 del 2 febbraio 2015. Tale DCA fissa la data del 1 febbraio 2015 quale termine di decorrenza dei 36 mesi previsti dal Decreto del 1 marzo 2013 per la realizzazione degli obiettivi del PAC.

Una attenta osservazione delle condizioni dei Sistemi Contabili delle Aziende Sanitarie ha ulteriormente rafforzato la consapevolezza che non solo non è stata avviata una effettiva e sistematica implementazione delle procedure definite del PAC proposto dalla Regione, ma in alcune Aziende permangono rilevanti criticità anche nell'adeguamento periodico dei propri Sistemi Contabili alle novità normative più rilevanti con impatto sulla contabilità aziendali. E' il caso, ad esempio, del Decreto Legislativo 7 marzo 2005 n. 82 (Codice dell'Amministrazione digitale) che ha sviluppato il processo di dematerializzazione / informatizzazione delle procedure contabili di incasso e pagamento, introdotte e

che trovano nella fattura elettronica, nell'ordinativo informatico (EWS) e nella conservazione sostitutiva le novità più rilevanti.

E' questa consapevolezza che ha indotto la Regione ad inviare alle Aziende Sanitarie della Campania la nota indicata in premessa che identifica n. 11 priorità di seguito riportate e che le Aziende devono implementare:

- formalizzazione di procedure dei cicli attivi, passivi, di programmazione e controllo, di predisposizione del bilancio, delle immobilizzazioni e/o del regolamento di amministrazione e contabilità secondo le indicazioni dei vari Decreti Commissariali e delle casistiche ministeriali emesse in materia;
- utilizzo del piano dei conti regionale e di un piano dei centri di costo coerente con l'organizzazione aziendale;
- individuazione dei centri ordinanti ed obbligo di emissione di ordini di acquisto informatici, anche attraverso il preventivo caricamento dei contratti in essere, e gestione informatizzata del processo di liquidazione con semplificazione delle relative procedure e carico del magazzino (attivazione fascicolo elettronico di liquidazione);
- attivazione del processo di integrazione tra contabilità generale e contabilità di magazzino;
- attivazione del processo di integrazione tra contabilità generale e registro dei cespiti ammortizzabili;
- attivazione della procedura di rilevazione automatica di identificazione dei cespiti acquisiti con le varie modalità oggetto di sterilizzazione;
- attivazione degli armadietti di reparto;
- adozione di una procedura informatica per la rilevazione contabile del trattamento economico erogato al personale;
- adozione di una procedura informatica che consenta la rilevazione contabile degli utilizzi dei fondi spese vincolati;
- adozione della procedura informatica (LEGALAPP) per la gestione e contabilizzazione del contenzioso;
- adozione di un sistema di contabilità analitica.

Le undici priorità si concentrano sulle più importanti procedure amministrative e contabili dei principali cicli economico-finanziari dell'Azienda, ma ovviamente non sono state concepite come sostitutive del programma del PAC, ma come elementi necessari per indurre una maggiore attenzione e consapevolezza nella rideterminazione delle fasi operative e della cronologia delle attività dei PAC, finalizzata ad una accelerazione dei processi di definizione, implementazione e messa a regime delle

procedure propedeutiche alla certificabilità dei bilanci. Le undici priorità, infatti, sono state collegate agli obiettivi del PAC Regionale e alle azioni previste per l'attuazione.

La fase inaugurata dalla nota prot. n. 2313/C del 20/04/2016 si fonda metodologicamente sulla promozione di incontri formativi/informativi tra i referenti delle strutture coinvolte (Struttura Commissariale di Governo, Direzione Generale della Salute, Advisor e Azienda) finalizzati alla individuazione dello "stato di fatto" (AS IS) e del "ciò che andrebbe fatto subito" (TO BE).

I Tavoli tecnici sono stati avviati dal 19 maggio 2016, si concluderanno entro la prima decade del mese di dicembre 2016 e, attraverso un format di verbale strutturato come un questionario informativo, tendono a raggiungere i seguenti obiettivi:

- puntualizzare la condizione attuale di ciascuna Azienda attraverso la documentazione prodotta dalle stesse Aziende;
- ricostruire anche attraverso dettagli la condizione descritta dell'Azienda e le criticità in una logica di scambio e condivisione;
- condividere il piano di azioni e il timing delle attività per il superamento delle criticità rilevate;
- approfondire le criticità relative alla implementazione della Contabilità Analitica che resta uno dei punti di inadempienza segnalati da Tavolo e Comitato.

In una precedente fase delle attività attuative del Piano di Rientro questo metodo – attraverso la formazione di Cabine di Regia di coordinamento - ha portato alla predisposizione di linee-guida e manuali riguardanti principalmente la contabilità generale, la Co.An. e i principali cicli di gestione, formalmente adottati con i decreti commissariali n. 14/2009 e n. 60/2011.

La metodologia che si è ritenuto di porre in essere per il monitoraggio ed il supporto alle Aziende Sanitarie nell'attuazione del PAC è quella identificata con la denominazione Work Life Management, fondata appunto su incontri che possono di volta in volta assumere la funzione di incontri di tipo decisionale, analitico, di coordinamento, formativo/informativo, motivazionale.

La Struttura Commissariale di Governo, e quella della Direzione Generale del SSR, assistita dall'Advisor contabile, si propone di indurre una fase di resilienza delle Aziende facendo leva sulla identificazione delle più rilevanti criticità e delle più rilevanti novità di cui tenere conto in questa fase.

### **Le criticità**

Nel Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 5 novembre 2015 risultano segnalate evidenti criticità nel percorso attuativo degli obiettivi del Piano di Rientro della Regione Campania, tra le quali:

- regolarizzazione delle carte contabili nelle ASL NA1 e NA3;
- mancata realizzazione di un sistema unificato (o quanto meno armonico) a livello amministrativo contabile e mancato sviluppo della contabilità analitica;

- ritardi nel completamento del processo di strutturazione delle procedure amministrativo-contabili (e del loro collegamento con le procedure gestionali) e delle procedure legate alla predisposizione e presentazione dei bilanci annuali ed infra-annuali;
- forti criticità in materia di assistenza sanitaria e garanzia dei LEA.

I rilievi del Tavolo possono essere ulteriormente declinati nelle seguenti principali correlate problematiche:

- a) criticità nella implementazione dei decreti commissariali n. 14/2009 e n. 60/2011;
- b) insufficiente sviluppo delle funzioni manageriali nelle Aziende ed inadeguatezza dei sistemi informativi e contabili aziendali quali conseguenze anche di provvedimenti normativi nazionali e regionali tra cui: blocco del turn over, spending review, gestioni commissariali aziendali;
- c) inappropriato affidamento alla responsabilità dei Dirigenti responsabili dei Servizi economico-finanziari delle aziende anche di tematiche, che ancorché aventi risvolti contabili e sul bilancio, presuppongono il coinvolgimento di altre strutture aziendali in quanto afferenti a processi/procedure amministrative dei quali il servizio economico-finanziario rappresenta solo l'ultimo anello della catena;
- d) ciclo di Programmazione e Controllo di tipo burocratico che tende a celare la funzione decisiva del controllo di gestione (e del suo strumento più tipico la Co.An.), su cui molte aziende sperimentano anche pratiche innovative senza però alcun confronto e conforto con le altre aziende e la struttura regionale;
- e) mancato sviluppo di strutture amministrative dedicate al sistema di controllo interno;
- f) mancata diffusione nelle aziende ed anche nelle strutture operative delle Aziende incaricate dalle attività di cura e assistenza, di una piena cultura di budgeting e reporting;
- g) incertezza sulla implementazione, regolare aggiornamento e corretta gestione delle procedure amministrativo – contabili, per la salvaguardia dai rischi aziendali che, sia pure in un sistema dove permangono orientamenti diversi sulla applicabilità della legge n. 231 del 2001, resta una priorità. Numerosi strumenti normativi, l'A.N.AC. all'Autorità Nazionale Anticorruzione e la sua attività di regolamentazione della prassi amministrativa, richiedono una attenzione da parte delle Aziende più consapevole verso:
  - la Legge n. 190/2012 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione”*;
  - il D.lgs. n. 33/2013 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle PA”*;
  - il D.lgs. n. 39/2013 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le PA e presso gli enti di diritto privato in controllo pubblico”*;
  - D.P.R. n. 62/2013 *“Codice di comportamento per i dipendenti delle PA”*;
  - D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 *“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”*.
- h) parziale analisi del Decreto Legislativo n. 118/2011 che non considera compiutamente il passaggio strategico dal “bilancio” al “sistema di bilancio” che dovrebbe indurre lo sviluppo e implementazione di un “sistema di documenti di rendicontazione finanziari e non finanziari” come strumento

dell'orientamento del sistema ai principi della trasparenza e del buon andamento di cui all'art. 97 della Costituzione italiana.

Il sistema di bilancio, inteso anche come un sistema di documenti orientati all'informativa interna ed esterna all'Azienda è infatti esplicitamente l'oggetto dei principi generali o postulati di cui all'allegato 1 del Decreto Legislativo n. 118/2011, com'è rilevabile esplicitamente nei seguenti principi: Principio della veridicità, attendibilità, correttezza, e comprensibilità, Principio della prudenza, Principio della comparabilità e verificabilità, Principio della pubblicità, Principio dell'equilibrio di bilancio, Principio della competenza economica.

## Le novità

Per la Campania la strategia che ispira la Programmazione Operativa riguarda la capacità di gestire un Sistema di Informazione Contabile integrato che consenta di monitorare con continuità:

- l'obiettivo di un durevole equilibrio di bilancio;
- una assistenza sempre più diffusa e qualificata;
- una permanente capacità di rendicontazione, attraverso l'adozione di un efficace sistema di trasparenza e legalità fondato, questa è una delle novità, sull'*accountability*, principio di responsabilità, diffusamente descritto nell'allegato 1 del d.lgs. n. 118/2011, in particolare nel Principio della pubblicità:

*“Il sistema di bilancio assolve una funzione informativa nei confronti degli utilizzatori dei documenti contabili. E' compito dell'amministrazione pubblica rendere effettiva tale funzione assicurando ai cittadini ed ai diversi organismi sociali e di partecipazione la conoscenza dei contenuti significativi e caratteristici del bilancio di previsione, del rendiconto e del bilancio d'esercizio, comprensivi dei rispettivi allegati, anche integrando le pubblicazioni obbligatorie. Il rispetto del principio della pubblicità presuppone un ruolo attivo dell'amministrazione pubblica nel contesto della comunità amministrata, garantendo trasparenza e divulgazione alle scelte di programmazione contenute nei documenti previsionali ed ai risultati della gestione descritti in modo veritiero e corretto nei documenti di rendicontazione; ciò è fondamentale per la fruibilità delle informazioni finanziarie, economiche e patrimoniali del sistema di bilancio ...”.*

L'efficacia di questa strategia è legata anche ad alcuni concomitanti punti di forza di prossime attività che dovranno essere implementate:

- i Piani di Rientro Aziendali previsti dai commi 524, 526, 528, 529 e 530, dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015 n. 208;
- il Programma di cui all'art. 79 comma 1 sexies della L.133/2008 che potrà essere finalizzato a:
  - definizione di un sistema di afflusso e conferimento dei dati che renda del tutto autonomo il datawarehouse del SSR, limitando sempre più la costruzione manuale della compilazione delle schede di flusso anche verso l'NSIS nazionale. Senza questo intervento alcun ciclo di Sistema di Programmazione e Controllo di gestione potrà funzionare e nessun report potrà essere sottoposto ad un giudizio conclusivo, puntando ad un sistema di acquisizione dei flussi di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie regionali “certificati”,

con l'obiettivo di superare le operazioni manuali ancora in uso nelle aziende nella compilazione dei modelli per il conferimento dei dati sul sistema NSIS e costruire un più completo e dettagliato sistema di dati, a partire dalla strutturazione di un flusso sulle liste di attesa e sul sistema di accesso alla rete di assistenza;

- la completa implementazione del sistema SIAC (Sistema Informatico Amministrativo Contabile) in tutte le Aziende Sanitarie;
- monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA): il prossimo decreto ministeriale formalizzerà i criteri per la codifica delle strutture, questione che porterà all'obbligo di effettuare il censimento delle strutture utilizzando il flusso MRA predisposto dal Ministero e quindi codificare ciascun centro di costo;
- la fatturazione elettronica come esclusiva modalità di acquisizione del documento contabile fondamentale, con l'introduzione di un esplicito benestare alla fatturazione, che implica la riprogettazione dell'intero ciclo passivo secondo logiche di dematerializzazione e l'informatizzazione, spostando quindi le funzioni di controllo nella filiera di acquisto di beni e servizi del SSR sul contratto e sulla sua gestione, e non sulla fattura emessa che alimenta il contenzioso con i fornitori. Questo determinerà effetti immediati sui tempi di pagamento e sul contenzioso.

Ancora rilevanti novità derivano dai seguenti recenti provvedimenti regionali modificativi dell'assetto organizzativo del SSR della Campania:

- la Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20, che in particolare prevede:
  1. l'istituzione dell'Ufficio Speciale “*Servizio Ispettivo sanitario e socio – sanitario*” (art. 1 e 2);
  2. la specificazione delle funzioni del Collegi Sindacali (art. 3 comma 4) con la conferma delle funzioni di Internal Audit di I livello;
  3. l'istituzione del Collegio di Direzione (art. 3 comma 5) a cui sono attribuite rilevanti funzioni interne all'Azienda:
    - art. 3 comma 5 punto 1 “*...concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda...>, <...concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda...>, <...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...>;*
    - art. 3 comma 5 punto 2. “*...esprime parere obbligatorio sui seguenti atti: a) Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche; b) 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; c) Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale. ...>;*
  4. l'abolizione dell'A.R.SAN. – Agenzia Regionale Sanitaria (art. 4);
  5. il riordino della Società Regionale per la Sanità – So.Re.Sa S.p.A. (art.5) a cui sono attribuiti i compiti di progettare e realizzare il Sistema Informativo Gestionale e Contabile della Sanità, con i seguenti componenti: a) Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC), b) Sistema Unico Regionale Acquisizione Fatture Sanità (SURAFS), c) Sistema Informativo Appalti Pubblici Sanità (SIAPS);

- la Delibera della Giunta Regionale n. 163 del 19/04/2016 che attribuisce alla Società Regionale per la Sanità - So.Re.Sa S.p.A., le funzioni “... di supporto all’attività istruttoria per conto della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, nel funzionamento del Sistema Informativo Sanitario in ordine alle seguenti attività:
  - Tessera Sanitaria;
  - Dematerializzazione delle Ricette;
  - Farmaceutica (Distribuzione Diretta, Consumi Ospedalieri);
  - Assistenza Residenziale (FAR);
  - Assistenza Domiciliare Integrata (SIAD);
  - Salute Mentale (SISM);
  - Hospice;
  - SDO (file A);
  - Medicina generale (file B);
  - Specialistica ambulatoriale (file C);
  - Farmaceutica convenzionata (file D);
  - Cure termali (file E);
  - Somministrazione diretta di farmaci (file F);
  - Strutture residenziali (file H);
  - Mobilità Sanitaria;
  - Gestione Integrata Diabete (DCA 87/2013).

## **Il ruolo del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)**

La valutazione degli elementi di criticità e novità esposti in precedenza, ha indotto la necessità di identificare, strutturare e gestire nel SSR un Sistema di Controllo Interno (SCI) ispirato a metodologie internazionali (come l'Integrated Framework del Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (CoSO) e il Public Internal Financial Control (PIFC) – White Paper della Commissione Europea) ed orientato al perseguimento di tre obiettivi fondamentali identificabili nei gli obiettivi di area A proposti Decreto Ministeriale del 1° marzo 2013 come standard organizzativi, contabili e procedurali.

Di seguito si riporta la relazione tra le due componenti indicate:

- efficacia ed efficienza delle attività operative - il controllo della gestione (PAC: obiettivi A2/A3/A4);
- attendibilità del reporting finanziario - il bilancio (PAC: obiettivi A1/A3/A5);
- responsabilità verso i portatori d'interesse, proxy per la legalità e la trasparenza: l'accountability (PAC: obiettivi A1 / A3 / A5).

Nel prospetto che segue è facilmente rilevabile che l'insieme delle tematiche esposte incontra il “Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)” per le Aziende Sanitarie della Campania nei cinque obiettivi dell'area A previsti dal Decreto ministeriale del 1° marzo 2013 come standard per gli aspetti organizzativi, contabili e procedurali del Sistema di Controllo Interno (SCI).



L'introduzione del modello LA come report fondamentale delle attività di assistenza aziendali, da allegare ai sensi del Dlgs n. 118/2011, alla Relazione sulla gestione al bilancio di esercizio, induce la prassi a considerare il modello LA come strumento di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, componente documentale essenziale del Sistema di bilancio e quindi a pieno titolo considerabile un documento tecnico sottoponibile ad una procedura di revisione.

Il rating di legalità introdotto dal Decreto Legislativo n. 50/2016 orienta le attività della P.A. al contrasto alla corruzione già oggetto di corpi normativi richiamati nel paragrafo relativo alle "criticità".

Il prospetto che segue riporta i cicli del Sistema di controllo Interno identificabili per il SSR, l'oggetto del controllo e l'ipotesi di reportistica da produrre:

**Tabella 6 – Cicli del Sistema di Controllo interno**

Cicli del Sistema di Controllo Interno – SCI per il Sistema Sanitario della Campania		
Cicli di controllo	Oggetto del controllo	Report di controllo
Ciclo del controllo della efficacia ed efficienza delle attività di gestione	Controllo e <i>certificazione della gestione</i>	CE/LA Report CO.AN
Ciclo di controllo della attendibilità del Sistema di Bilancio	Controllo e <i>certificazione del bilancio e accountability</i>	PAC - Bilancio di esercizio
		CE e SP
		Procedure per macro - aggregati
		Rating di affidabilità
Ciclo di controllo della legalità come conformità alle leggi, regolamenti	Controllo della trasparenza/legalità	Rating rendicontazione
		Accountability



**Tabella 7 – Percorso Attuativo della Certificabilità**

Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) – Il Sistema di Governance e di Controllo del SSR						
Decreto del 1° marzo 2013 - Percorso Attuativo della Certificabilità dell'Azienda – STANDARD ORGANIZZATIVI, CONTABILI E PROCEDURALI						
Oiettivi pac	Livelli organizzativi coinvolti	Obiettivi	Procedure	Attività	Tempi della procedura	Output della procedura
A1) Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio	Direzione Generale aziendale	Prevenire identificare rischi di conformità legale delle attività svolte da unità operative e/o responsabili individuali	Formalizzare di una procedura di analisi del rischio potenziale	Consultazione, siti, riviste, G.U.R.I., G.U.U.E., BURC, OIC, ODCEC, ASSIREVI, ecc.Legge 190/2012, d.lgs. 33/2013 , d.lgs. 39/2013 , d.p.r. 62/2013	Giorno, settimana, mese, bi/trimestre, anno	Report interni /esterni, bilancio sociale, regolamenti, codici etici
	Collegio sindacale					
	UU.OO. della Direzione Generale					
	Internal Audit					
A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	Direzione Generale aziendale	Ciclo di Programmazione e Controllo	Ciclo Programmazione	Strumenti e Sistema di reportistica finalizzato al controllo direzionale format e procedure	Giorno, settimana, mese, bi/trimestre, anno	Report interni /esterni, bilancio, bilancio sociale, regolamenti
	Collegio di direzione		Cicli della gestione			
	UOD GEF		Cicli controllo			
	UOD Controllo di gestione		Ciclo Rendicontazione			
	Internal Audit					
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	Direzione Generale aziendale	Dematerializzazione –informatizzazione	Gestione dati contabili  Formazione voci bilancio	Adeguamento sistema di ICT e processo di dematerializzazione e informatizzazione dei flussi di bilancio e gestionali	Giorno, settimana, mese, bi/trimestre, anno	Report interni /esterni, trasparenza
	U.O. ICT	Cicli di bilancio				
	UOD GEF	Sistema di validazione e controllo flussi dati contabili				
	UOD Controllo di gestione	Sistema di validazione e controllo flussi dati gestionali				
	Internal Audit					
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	Direzione Generale aziendale	Sistema di contabilità analitica – Co. An. Coerenza con il sistema dei flussi gestionali / con l’atto aziendale / Rete di Assistenza Aziendale _ MRA	Aggiornamento manuale e procedure della Co.An. per natura dei beni (LA), per strutura e ABC/M	Strumenti e Sistema di reportistica finalizzato al controllo direzionale format e procedure	Giorno, settimana, mese, bi/trimestre, anno	Report interni /esterni
	U.O. ICT					
	UOD GEF					
	UOD Controllo di gestione					
	Internal Audit					
A5) Monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore Esterno.	Direzione Generale aziendale	Prevenire identificare rischi di conformità legale delle attività	Monitoraggio della corretta applicazione delle procedure amministrative e contabili	Attività sistematica di revisione interna	Giorno, settimana, mese, bi/trimestre, anno	Report interni /esterni
	Collegio di direzione					
	UU.OO. della Direzione Generale					
	Internal Audit					

La correlazione gli obiettivi dell'area A del PAC, i cinque livelli del modello di *governance* del SSR della Campania e i tre obiettivi generali del Sistema di Controllo Interno – SCI è riportata nella tabella che segue:

**Tabella 8 – Sistema di Controllo interno**

Sistema di Controllo Interno – SCI e governance del SSR della Campania					
Attuale modello di governance del SSR della Campania	Governance strategica			Governance direzionale	
	I livello	II livello	III livello	IV livello	V livello
	Consiglio Regionale	Giunta Regionale	Dip. Salute e Risorse Naturali	52 04 00	AA.SS. / GSA / So.Re.Sa.
				D.G. Tutela della salute	
	Comm.cons.	Assessorato	Dip. Risorse Finanziarie Umane e Strumentali	55 13 00	Direzione Generale
				D.G. Risorse finanziarie	Aziendale
	Servizio Ispettivo	Servizio Ispettivo	n.d.	terzo cert.if. GSA	Collegi Sindacali
				org. rev. Consolidato	
				Collegio di Dir.Gen.Sal.	Collegio Di Direzione
Sistema di Controllo Interno – SCI					
Ciclo del controllo della efficacia ed efficienza delle attività operative	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure
Ciclo di controllo della attendibilità del Sistema di Bilancio	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure
Ciclo di controllo della legalità come conformità alle leggi, regolamenti	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure

E' automatico attribuire gli obiettivi dell'area A del PAC ai cicli del Sistema di Controllo interno:

**Tabella 9 – Percorso Attuativo della Certificabilità dell'Azienda**

Percorso Attuativo della Certificabilità dell'Azienda			
Standard organizzativi, contabili e procedurali	Ciclo di controllo interno		
OBIETTIVI PAC	Ciclo del controllo della efficacia ed efficienza delle attività operative controllo	Ciclo di controllo della attendibilità del Sistema di Bilancio revisione - certificazione	Ciclo di controllo della legalità come conformità alle leggi, regolamenti -
Strumento di controllo	Modello CE/LA	Modelli di Bilancio	Rating legalità e Rendicontazione sociale
	Sistema di contabilità analitica	Informativa non finanziaria	
A1) Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio		Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure
A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	Formalizzazione ed adozione Procedure		
A3) Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio.	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure
A4) Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità.	Formalizzazione ed adozione Procedure		
A5) Monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e ove presente del Revisore Esterno.		Formalizzazione ed adozione Procedure	Formalizzazione ed adozione Procedure



## Analitica

La fase propedeutica di monitoraggio iniziata il 20/04/2016 si è sviluppata nei mesi di giugno e luglio 2016 con incontri che hanno avuto ad oggetto sia lo stato delle procedure amministrative e contabili, sia il livello di implementazione della Co.An..

Di seguito la sintesi delle attività:

**Tabella 10 – Fase propedeutica del monitoraggio**

Fase propedeutica di monitoraggio		
	AS IS	AS IS
	Procedure amministrative e contabili	Contabilità Analitica - Co.An.
20/04/2016	Nota prot.2313/C del 20/04/2016 alle Direzioni aziendali e ai Collegi Sindacali	
28/05/2016	Incontro tra i referenti regionali ed aziendali per l'attuazione del P.A.C	Esame puntuale dello stato della Co.An.
17/05/2016	Nota 0338162/2016 indirizzata alle Direzioni aziendali	Trasmissione nota alle Aziende per la Co.An. con richiesta di relazione e documentazione
14/05 2016	Inizio fase di monitoraggio	Inizio fase di monitoraggio
Aziende		
14/05/2016	AO Moscati	AO Moscati
14/05/2016	AO Rummo	AO Rummo
24/05/2016	AO Santobono	AO Santobono
26/05/2016	AOU Ruggi	AOU Ruggi
26/05/2016	IRCCS Pascale	IRCCS Pascale
26/05/2016	AO Sansebastiano	AO Sansebastiano
31/05/2016	AOU Federico II	AOU Federico II
31/05/2016	AO Cardarelli	AO Cardarelli
09/06/2016	ASL Avellino	ASL Avellino
09/06/2016	ASL Benevento	ASL Benevento
16/06/2016	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 2 Nord
21/06/2016	AO Dei Colli	AO Dei Colli
05/07/2016	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 2 Nord
05/07/2016	ASL Caserta	ASL Caserta
05/07/2016	ASL Salerno	ASL Salerno
07/07/2016	AOU SUN	AOU SUN
07/07/2016	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 1 Centro

- per ciascuna Azienda i relativi incontri si sono conclusi con la redazione di un verbale condiviso, contenente:
  - AS IS relativo allo stato di formalizzazione e implementazione delle Procedure amministrative e contabili e della Contabilità Analitica
  - TO BE relativo alle Procedure amministrative e contabili e della Contabilità Analitica;
- le Aziende hanno formalmente assunto l'impegno alla predisposizione di un formale provvedimento di attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), all'approvazione di un piano operativo aziendale e del relativo cronoprogramma.

In riferimento alle osservazioni formulate nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 23 novembre 2016, si ritiene di dover proporre i seguenti ulteriori elementi di valutazione.

I decreti del 18 gennaio 2011, del 17 settembre 2012 e del 1° marzo 2016 con cui il Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze hanno regolato i PAC - Percorsi Attuativi delle Certificabilità, confermano, con sistematicità e coerenza, il ruolo di coordinamento che le Regioni svolgono nei confronti delle entità aziendali del proprio SSR.

L'art. 2 del DM del 17 settembre 2012 esplicitamente impegna <... gli Enti del Servizio sanitario nazionale ... a garantire la certificabilità ... dei propri dati e dei bilanci ...> sotto <...la responsabilità ed il coordinamento delle regioni di appartenenza...>.

Con i Decreti commissariali n. 80 del 2013 e n. 5 del 2015, la Regione Campania ha interpretato la propria funzione di responsabilità e di coordinamento garantendo la necessaria autonomia alle Aziende. L'ipotesi di programmazione delle attività per la certificabilità allegate ai decreti commissariali sono concepite come una ipotesi utile alle Aziende per la formulazione dei propri PAC - Percorsi Attuativi delle Certificabilità, considerando anche la disomogeneità con cui le Aziende hanno definito e implementato le proprie procedure amministrativo-contabili.

La Regione, definiti i format, ha ritenuto necessario che le Aziende procedessero alla formale approvazione dei PAC - Percorsi Attuativi delle Certificabilità, in coerenza con la normativa regolamentare ministeriale e con la finalità strategica del sistema dei controlli interni ed esterni all'Azienda.

La formale adozione del PAC da parte della Direzione Aziendale corrisponde anche alla formalizzazione dell'impegno richiesto ai DD.GG. all'atto del conferimento degli incarichi.

La Regione ha definito le scadenze per l'adozione degli atti di adozione dei Percorsi Attuativi delle Certificabilità da parte delle aziende e svolge un regolare controllo sull'adequazione degli atti adottati.

Dopo la fase di verifica che il gruppo tecnico regionale ha avviato con la nota prot. 2313/C del 20/04/2016 e la condivisione dei verbali per ciascuna Azienda, la Regione ha sollecitato l'adozione degli atti in data 22/09/2016 e 16/10/2016.

Tra le Aziende che hanno adottato i propri PAC - Percorsi Attuativi delle Certificabilità, nove (9) sono quelle i cui atti sono stati considerati inappropriati e, in data 19/01/2017, ne è stata sollecitata la riadozione da parte della Struttura Commissariale.

Alla data del 31 gennaio 2017 le Aziende che hanno adottato il proprio PAC - Percorso Attuativo delle Certificabilità sono undici (11), sei (6) sono le Aziende per le quali si è in attesa dell'atto di riadozione.

che la Regione avvierà a partire dal mese di marzo 2017 secondo l'itinerario metodologico descritto nel presente Programma Operativo.

### Metodologie Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

#### Work Life Management - metodologia degli incontri

Il metodo del **Work Life Management** con la prefigurazione:

- incontri di tipo decisionale;
- incontri di tipo analitico;
- incontri di tipo di coordinamento;
- incontri di tipo formativo/informativo;
- incontri di tipo motivazionale.

#### Valutazione dei rischi aziendali - modello di percorso

**Tabella 11 – Mappa concettuale per le attività di valutazione del rischio**

Mappa concettuale per le attività di valutazione del rischio			
N.	Fasi	Input	Output
1	prevenire/ identificare	teoria (sapere)	cosa dovrei fare
2	analizzare / consapevolezza	stato di fatto	mappa del rischio
3	Pianificare programmare	come dovrebbe essere	formalizzazione del piano d'azione
4	agire	attività	programma attuativo
5	informatizzare	verifica sistema ICT	sviluppo Sistemi ICT
6	monitorare	verifica sistema dei flussi	reportistica
7	azioni di ripristino	reportistica fase 6	reingegnerizzazione processi

#### Obiettivi

- Verifica della conformità dei piani operativi aziendali relativi al PAC alle direttive ed ai verbali. Alla data del 31 gennaio 2017 le Aziende che hanno adottato l'atto di approvazione del nuovo PAC aziendale sono 11 su 17;
- Incontri con le Aziende per l'esame delle criticità degli atti aziendali di approvazione dei PAC;
- Strutturazione di tre format per la valutazione delle Aziende:
  - modello di valutazione dello stato del controllo di gestione e della Co. An.;

macroarea di voci di bilancio per l'attribuzione del grado di rischio;

- rating di legalità e modello di valutazione dei comportamenti aziendali – linee/guida per la rendicontazione come proxy per la legalità/trasparenza;
- Incontro plenario con i referenti di tutte le Aziende, la struttura del Commissario ad acta, la Direzione Generale della Salute, R.T.I. advisor per condividere la valutazione ed il sistema e i format utilizzati per di monitoraggio;
- Approvazione Decreto commissariale per le linee-guida per il SCI Sistema di Controllo Interno;
- Analisi del tema della revisione del Consolidato regionale SSR – soluzione;
- Individuazione di un gruppo di lavoro della Direzione Generale che proponga linee-guida per le attività dei Collegi di Direzione aziendale;
- Introduzione dei modelli/format di monitoraggio;
- Approvazione dei PAC - Piani per la Certificazione proposti dalle Aziende;
- Riapprovazione PAC della Regione Campania;
- Definizione delle linee-guida come output degli incontri:
  - 1° incontro di formazione con i Collegi Sindacali per la presa in carico del sistema di monitoraggio dell'attuazione del PAC aziendale;
  - 2° incontro di formazione con i Collegi di Direzione sul Controllo di gestione e Co.An.;
  - 3° incontro di formazione con il management aziendale per la implementazione dei responsabili dell'Internal Audit e del modello di rendicontazione;
- Monitoraggio trimestrale in sede di verifica del rispetto del cronoprogramma deliberato dalle aziende di attuazione del PAC;
- Revisione dei Piani Attuativi per la Certificazione;
- Progettazione delle attività di revisione esterna sul bilancio 2017.

#### Indicatori

- Conformità dei piani operativi aziendali relativi al PAC alle direttive ed ai verbali
- Incontri con le Aziende per l'esame delle criticità degli atti aziendali di approvazione dei PAC
- Strutturazione di tre format per la valutazione delle Aziende
- Approvazione Decreto commissariale per le linee-guida per il SCI Sistema di Controllo Interno
- Analisi del tema della revisione del Consolidato regionale SSR – soluzione

di un gruppo di lavoro della Direzione Generale per le  
attività dei Collegi di Direzione aziendale

- Introduzione dei modelli/format di monitoraggio
- Approvazione dei PAC - Piani per la Certificazione proposti dalle Aziende
- Riapprovazione PAC della Regione Campania
- Definizione delle linee-guida come output degli incontri
- Monitoraggio trimestrale in sede di verifica del rispetto del cronoprogramma deliberato dalle aziende di attuazione del PAC
- Revisione dei Pianti Attuativi per la Certificazione
- Progettazione delle attività di revisione esterna sul bilancio 2017

**Scadenze**

- Verifica della conformità dei piani operativi aziendali relativi al PAC alle direttive ed ai verbali: novembre 2016, prima decade
- Incontri con le Aziende per l'esame delle criticità degli atti aziendali di approvazione dei PAC: novembre 2016, seconda e terza decade
- Strutturazione di tre format per la valutazione delle Aziende: dicembre 2016, prima e seconda decade
- Incontro plenario con i referenti di tutte le Aziende, la struttura del Commissario ad acta, la Direzione Generale della Salute, R.T.I. advisor per condividere la valutazione ed il sistema e i format utilizzati per di monitoraggio: gennaio 2017, prima e seconda decade
- Approvazione Decreto commissariale per le linee-guida per il SCI Sistema di Controllo Interno: gennaio 2017, terza decade
- Analisi del tema della revisione del Consolidato regionale SSR – soluzione: gennaio 2017, terza decade
- Individuazione di un gruppo di lavoro della Direzione Generale che proponga linee-guida per le attività dei Collegi di Direzione aziendale: gennaio 2017, terza decade
- Introduzione dei modelli/format di monitoraggio: gennaio 2017, terza decade
- Approvazione dei PAC - Piani per la Certificazione proposti dalle Aziende: gennaio 2017, terza decade
- Riapprovazione PAC della Regione Campania: gennaio 2017, terza decade



- Monitoraggio trimestrale in sede di verifica del rispetto del cronoprogramma deliberato dalle aziende di attuazione del PAC: a partire da aprile 2016
- Revisione dei Pianti Attuativi per la Certificazione: gennaio/febbraio 2017
- Progettazione delle attività di revisione esterna sul bilancio 2017: gennaio/febbraio 2017

#### • **Intervento 2.2 – Gestione fondi vincolati**

La Direzione Generale Tutela della Salute ha avviato un processo di riorganizzazione della Gestione dei Fondi Vincolati e di governo delle risorse finanziarie assegnate da parte del Ministero dell'Economia e Finanza e ripartite alle Aziende Sanitarie.

Con particolare riferimento agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, la Struttura Commissariale ha adottato il DCA n. 134 del 27.10.2016 avente ad oggetto la relativa programmazione sanitaria per gli anni 2014-015-2016.

In base al suddetto Decreto, la Direzione Generale Tutela della Salute ha provveduto ad implementare un processo regionale di programmazione e controllo, volto:

- Attivare un monitoraggio economico gestionale;
- Verificare il raggiungimento degli obiettivi sanitari, attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato costruiti per singola linea progettuale ad opera dei singoli referenti regionali.

Con successivo DCA n. 188/2016 venivano fornite ulteriori indicazioni per la programmazione e assegnato un nuovo termine per la presentazione della documentazione, fissata al 31 gennaio 2017.

Nel frattempo, con Decreto Presidenziale Regionale n. 33 del 2.2.2017, come indicato nel DCA 134/2016, è stata individuata una Commissione di valutazione di tali progetti, che sta lavorando a tale compito. Con successivo Decreto, al 31 marzo 2017, saranno individuato i progetti ammessi e ne sarà data comunicazione ai Ministeri affiancati.

#### **Obiettivi**

- Definizione della metodologia di riparto annuale alle Aziende Sanitarie per singola quota vincolata e linea progettuale
- Verifica delle risorse finanziarie assegnate e/o ancora da assegnare ed analisi sulla corretta contabilizzazione delle risorse utilizzate da parte delle Aziende sanitarie, nonché sul progressivo raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari

#### **Indicatori**

- Monitoraggio della quota di assegnazione nei bilanci aziendali
- Monitoraggio cassa sanitaria regionale
- Monitoraggio del raggiungimento obiettivi economici e sanitari attraverso gli indicatori previsti dal DCA n. 134/2016

## Scadenze

- Definizione della metodologia di riparto annuale alle Aziende Sanitarie per singola quota vincolata: annuale in sede di riparto
- Verifica delle risorse finanziarie assegnate e/o ancora da assegnare ed analisi sulla corretta contabilizzazione delle risorse utilizzate da parte delle Aziende sanitarie: monitoraggio trimestrale
- Verifica degli obiettivi sanitari aziendali raggiunti: annuale

- **Intervento 2.3 – Regularizzazione Carte Contabili**

### Regularizzazione carte contabili ASL Napoli 1 Centro

In ordine all'attività di regularizzazione delle carte contabili, l'ASL Napoli 1 Centro nella relazione trasmessa ai fini del monitoraggio del Programma Operativo Aziendale predisposto in risposta alla Delibera della Corte dei Conti n. 224/2014, ha rappresentato le difficoltà emerse nel corso dell'attività di regularizzazione derivanti soprattutto dalla carenza di documentazione giustificativa del debito pagato che determinano la sussistenza ancora di carte contabili da regularizzare relative ad esercizi precedenti. Alla data del 12 novembre 2016 il valore di carte contabili da regularizzare, il cui valore iniziale era pari a ca. 832 €/mln, risulta essere di ca. 117 €/mln. Nel corso del mese di febbraio 2017 il Direttore Generale della ASL Na1 ha affermato che tale valore è ulteriormente sceso a 87€/mln.

In ogni caso l'Azienda ha avviato la predisposizione di una specifica procedura amministrativo-contabile da osservare per la gestione e la risoluzione della problematica legata alle carte contabili da regularizzare.

La Direzione Generale della Tutela della Salute ha richiesto all'Azienda ASL Napoli 1 di essere relazionata con cadenza settimanale in merito all'attività di regularizzazione delle carte contabili e che detta attività debba concludersi entro il 30 dicembre 2017.

### Regularizzazione carte contabili ASL Napoli 3 Sud

In ordine all'attività di regularizzazione delle carte contabili, l'ASL Napoli 3 nella relazione trasmessa ai fini del monitoraggio del Programma Operativo Aziendale predisposto in risposta alla Delibera della Corte dei Conti n. 17/2015, rappresenta che alla data del 31 dicembre 2016 risultano totalmente regularizzate le carte contabili relative agli esercizi 2013 e precedenti e che sono in corso di regularizzazione carte contabili relative:

- all'esercizio 2014 per un valore complessivo di ca. 1,8 €/mln;
- all'esercizio 2015 per un valore complessivo di ca. 0,7 €/mln;
- all'esercizio 2016 per un valore complessivo di ca. 5,6 €/mln.

La Direzione Generale della Tutela della Salute ha richiesto all'Azienda ASL Napoli 3 di essere relazionata con cadenza settimanale in merito all'attività di regularizzazione delle carte contabili e che detta attività debba concludersi entro il 30 giugno 2017.

## Obiettivi

- Conclusione dell'attività di regularizzazione delle carte contabili

- Azzeramento delle carte contabili da regolarizzare

### Scadenze

- ASL Napoli 1 Centro: 31 dicembre 2017
- ASL Napoli 3 Sud: 30 giugno 2017

### • **Intervento 2.4 – Sistemazione contabile del Patrimonio Netto**

Premesso che:

- 1) le risorse incassate dalle Aziende a valere sull'anticipazione di liquidità di cui al DL 35/2013 sono state contabilizzate dalle stesse, su specifica indicazione della Regione, quali debiti vs la Regione per anticipazioni finanziarie (e specularmente dalla GSA quali crediti vs le Aziende sanitarie) in attesa di successivo provvedimento di assegnazione di tali risorse in conto FSR o in conto ripiano perdite;
- 2) le assegnazioni/erogazioni dei fondi relativi alle annualità di FSN ante 2011, sulla base di quanto disposto dal DCA n. 91/2014, sono state contabilizzate dalle Aziende in un'apposita voce di Patrimonio Netto denominata riserve DCA n. 91/2014, riclassificata tra le "Altre Riserve" di Patrimonio Netto, in attesa di successivo provvedimento di assegnazione delle medesime risorse in c/FSR e c/ripianto perdite;
- 3) sul piano meramente contabile e per quanto attiene nello specifico i bilanci individuali delle singole aziende risultano ancora appostazioni contabili ascritte alle voci "perdite portate a nuovo" che pur considerate al netto di contributi per ripiano perdite (appostate in separata voce del Patrimonio Netto) evidenzieranno un ammontare di perdite ancora da coprire.

Tanto premesso la sistemazione contabile delle voci di cui sopra, necessarie per garantire una migliore e reale rappresentazione della situazione patrimoniale delle singole Aziende e del consolidato, richiede l'emanazione di un apposito provvedimento da parte della Regione, supportato da un'analitica analisi e ricognizione a livello sia di posizioni creditorie e debitorie tra aziende e Regione sia di residui passivi iscritti sul bilancio regionale.

Allo stato attuale tale attività è in corso e la Regione si impegna a completarla entro il termine per l'approvazione dei bilanci di esercizio 2016.

### Obiettivi

- Sistemazione contabile delle voci relative al Patrimonio Netto e crediti e debiti tra Aziende Sanitarie e Regione

### Indicatori

- Emanazione del provvedimento per la sistemazione contabile delle voci relative al Patrimonio Netto e crediti e debiti tra Aziende Sanitarie e Regione
- Verifica della corretta contabilizzazione delle voci di Stato Patrimoniale da parte delle AA.SS.

- Emanazione del provvedimento per la sistemazione contabile delle voci relative al Patrimonio Netto e crediti e debiti tra Aziende Sanitarie e Regione entro il termine per l'approvazione dei bilanci di esercizio 2016
- Verifica della corretta contabilizzazione delle voci di Stato Patrimoniale da parte delle AA.SS. entro il termine per l'approvazione dei bilanci di esercizio 2016 e con cadenza annuale.
- **Intervento 2.5 – Approvazione dei Bilanci pregressi 2012-2014 delle Aziende Sanitarie del SSR**

Nell'ultimo verbale del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli di assistenza del 28 luglio 2016, i Ministeri Competenti hanno rilevato come la mancata approvazione da parte della Regione dei Bilanci di tutti i singoli Enti del SSR potrebbe mettere in discussione i risultati già esaminati e certificati a livello di consolidato regionale. Inoltre, la mancata chiusura di tutti i bilanci degli anni pregressi, fa sì che non possa ritenersi solida la situazione economica dei conti della Regione Campania, dal momento che la chiusura dei bilanci ancora aperti a distanza di quattro anni potrebbe determinare un impatto sui conti.

Al fine di superare le criticità rilevate la Regione con Decreto Dirigenziale n. 195 del 22 settembre 2016, successivamente integrato con Decreto Dirigenziale n. 208/2016, ha costituito un apposito Gruppo di lavoro per lo svolgimento delle attività istruttorie propedeutiche alla verifica ed eventuale approvazione dei Bilanci delle Aziende Sanitarie per gli anni 2012, 2013, 2014 e 2015.

Allo stato sono stati approvati da parte della Giunta Regionale, a seguito di apposita istruttoria da parte del suddetto Gruppo di Lavoro e di decreti dirigenziali da parte del dirigente ad interim della UOD competente, i bilanci relativi agli anni 2012, 2013 e 2014 delle seguenti Aziende:

- ASL Avellino DGRC n. 600 del 31.10.2016
- ASL Benevento DGRC 825 del 29.12.2016
- ASL Napoli 2 DGRC n. 602 del 31.10.2016
- ASL Napoli 3 DGRC n. 39 del 30.01.2017
- ASL Salerno DGRC n. 30 del 23.01.2017
- AO Cardarelli DGRC n. 29 del 23.01.2017
- AO Santobono DGRC n. 599 del 31.10.2016
- AO Dei Colli DGRC n. 598 del 31.10.2016
- AOU Ruggi DGRC n. 37 del 23.01.2017
- AO Moscati DGRC n. 601 del 31.10.2016
- AO Rummo DGRC n. 661 del 29.11.2016

- AOU Vanvitelli DGRC n. 40 del 30.01.2017
- AOU Federico II DGRC n. 741 del 20.12.2016
- IRCCS Pascale DGRC n. 660 del 29.11.2016

Risultano in fase di chiusura le istruttorie relative all'ASL Caserta e all'ASL Napoli 1.

#### **Obiettivi**

- Approvazione dei Bilanci 2012, 2013 e 2014 dei singoli Enti del SSR

#### **Indicatori**

- Emanazione da parte della Giunta Regionale delle delibere di approvazione dei Bilanci, relativi agli anni 2012, 2013 e 2014 dei singoli Enti del SSR.

#### **Scadenze**

- Emanazione da parte della Giunta Regionale delle delibere di approvazione dei Bilanci, relativi agli anni 2012, 2013 e 2014 dei singoli Enti del SSR: 31 maggio 2017.

## **Programma 3 – Sistemi, Flussi informativi e Processi di Dematerializzazione**

**Rif. Adempimenti: c) - h) - p) - s) - j) - ao) - aab) - aac) - aag) - aaj) - aal) – aap)**

Nell'ambito dell'adeguamento del sistema di governance, già introdotto nell'Intervento 1.3 di questo Programma Operativo, la Giunta della Regione Campania ha attuato consistenti interventi al fine di riformare il Sistema Informativo Sanitario, dal punto di vista istituzionale ed organizzativo.

In particolare, con DGRC n. 9 del 12 gennaio 2016 ha stabilito che le funzioni precedentemente svolte dall'A.R.San., soppressa con legge regionale n. 20 del 23 dicembre 2015, fossero svolte dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale per il tramite delle Unità Operative Dirigenziali dipendenti da essa, opportunamente ridefinite ed integrate nelle competenze.

A completamento di tale riorganizzazione, con successiva delibera n. 163 del 19 aprile 2016, sono state assegnate alla Società So.Re.Sa. S.p.A. funzioni di supporto, agli uffici regionali sopra menzionati, per il funzionamento del Sistema Informativo Sanitario. Tali nuovi assetti istituzionali, organizzativi e strutturali, implicheranno significative attività di revisione ed evoluzione dei sistemi informativi regionali con la rideterminazione delle responsabilità per ciascun dei macro sottosistemi.

### **• Intervento 3.1 – Sistemi informativi**

Nell'ambito degli interventi relativi ai sistemi informativi la Regione, quale azione strategica, intende procedere ad una profonda revisione dei sistemi, a partire dalla realizzazione delle anagrafiche sanitarie di livello regionale. Tra queste risultano particolarmente rilevanti, per il maggior impatto sugli altri sistemi e/o flussi informativi, l'anagrafe regionale degli assistiti ed il sistema MRA (Monitoraggio della Rete Assistenziale), che costituisce il nuovo sistema di anagrafica delle strutture sanitarie.

Inoltre a SANIARP è stata richiesta la costituzione di:

- Anagrafe vaccinale regionale;
- Anagrafe degli screening regionale;
- Implementazione della nuova SDO.

### **• Azione 3.1.1 – Anagrafe Regionale Assistiti**

L'Anagrafe sanitaria di un'azienda è lo snodo centrale di tutte le informazioni di carattere anagrafico-sanitario degli assistiti della stessa azienda. Sull'anagrafe si appoggiano i servizi gestionali di riconoscimento dell'assistito, di rilascio della tessera sanitaria, di scelta e revoca del medico, di esenzione, etc. Questo scenario si ripete anche a livello superiore fuoriuscendo dalla singola azienda e pervenendo alla Regione.

Si ritiene che l'attuale organizzazione regionale dell'anagrafe assistiti, ad oggi un insieme non integrato delle anagrafi aziendali gestite in autonomia dalle stesse, possa essere migliorata attraverso meccanismi di centralizzazione e/o avvalendosi delle tecniche ed architetture associate all'interoperabilità e alla cooperazione, nonché dall'utilizzo dei servizi resi disponibili dalla costituenda Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR) ed Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA), progetti dell'Agenda Digitale Italiana. Il progetto potrà sfruttare la possibilità di utilizzare, per i dati anagrafici degli assistiti, la crescente disponibilità dei servizi di SOGEI e della connettività delle aziende sanitarie.

- l'univocità del dato;
- la codifica unica condivisa.

Al completamento dell'intervento l'Anagrafe Regionale degli assistiti rappresenterà la base dati unitaria regionale che raccoglierà tutte le informazioni anagrafiche relativamente agli assistiti della Regione Campania.

Tra le principali finalità di utilizzo si evidenzia l'adempimento a tutti gli obblighi previsti dall'art. 50 del D.L. n.269 del 30.09.2003, s.m.i. oltre che essere la base di riferimento per molti applicativi regionali ed aziendali che prevedono la rilevazione / validazione del dato anagrafico come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

### **Obiettivi**

- Rispetto degli obblighi previsti dall'art. 50 del D.L. n.269 del 30.09.2003 e s.m.i.;
- Istituzione della Anagrafe Assistiti Unica Regionale contenente tutte le informazioni anagrafiche relativamente ai soggetti assistiti della Regione Campania;
- Attuazione dell'anonimizzazione dei dati, secondo le norme dettate dal garante della privacy, con l'implementazione del codice CUNI - Codice univoco nazionale individuale;
- Consentire l'istituzione del FSE, di cui l'Anagrafe Assistiti costituisce un componente abilitante;
- Consentire l'implementazione di servizi centralizzati collegati all'anagrafe assistiti (gestione delle esenzioni e la relativa associazione con l'assistito; scelta e revoca del medico del MMG/PLS, etc.).

### **Indicatori**

- Elaborazione Progetto definitivo;
- Implementazione del sistema regionale dell'anagrafe assistiti;
- Implementazione del codice CUNI - Codice univoco nazionale individuale;
- Istituzione del FSE;
- Messa in esercizio del sistema.

### **Scadenze**

- Elaborazione Progetto definitivo: 30 aprile 2016;
- Implementazione del sistema regionale dell'anagrafe assistiti: 31 dicembre 2017;
- Messa in esercizio del sistema: 31 dicembre 2018.

**1.2 – Monitoraggio della Rete Assistenzi**

Il Ministero della Salute ha predisposto la bozza del decreto di istituzione del sistema informativo per il monitoraggio della rete di assistenza (MRA) con il quale si stabilisce che MRA è l'unica anagrafe di riferimento delle strutture sanitarie per tutti i livelli regionali, nazionali e comunitari, sostituendo tutte le anagrafiche delle strutture sanitarie presenti in NSIS.

Allo stato, la bozza del decreto è in attesa del parere della Conferenza Stato Regioni.

Tale sistema prevede una rappresentazione delle strutture sanitarie attraverso il seguente insieme di informazioni:

- titolari;
- centri di Responsabilità;
- punti Fisici di Erogazione;
- tripletta, costituita dall'associazione delle precedenti tre entità;
- vettore dei descrittori che racconta le attività svolte dalla struttura identificata dalla tripletta;
- fattori produttivi associati alla tripletta, intesi come risorse abilitanti l'erogazione del servizio (es. posti letto).

Le attività occorrenti per la corretta implementazione di tale sistema sono quelle relative al censimento delle informazioni elencate in precedenza e l'acquisizione di un sistema informativo per la gestione di MRA.

Per le attività di acquisizione dati la Regione ha completato un primo censimento dei titolari delle strutture sanitarie pubbliche e private. In particolare sono stati censiti 1.344 titolari, pari al 100% delle strutture interessate da MRA, ed inviati al Ministero della Salute per una convalida. Sulla base delle indicazioni ministeriale si è provveduto a correggere le anomalie riscontrate, ma, allo stato occorre effettuare un aggiornamento dei dati raccolti.

A tal riguardo si rappresenta che in Campania è in fase di avanzata attuazione il processo di accreditamento istituzionale delle strutture private e pertanto, al fine di migliorare la qualità delle informazioni, è in corso una verifica incrociata tra i dati presenti nei DCA di accreditamento con quelli riportati nei flussi anagrafici di NSIS. Questo lavoro, per il quale è in avanzato corso di realizzazione una banca dati dei DCA di accreditamento, consentirà di avere, per le strutture accreditate, dati qualitativamente migliori da cui partire per impiantare MRA.

Per i dati delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere si procederà ad acquisire le informazioni richieste da MRA attraverso una ricognizione effettuata con questionari che saranno somministrati direttamente alle aziende sanitarie

In relazione all'acquisizione del sistema informativo MRA la Regione valuterà la possibilità di riuso di applicativi sviluppati da altre regioni, anche in un contesto più generale riguardante i flussi informativi sanitari, nazionali e regionali.

**Obiettivi**

- Completamento della banca dati dei DCA di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private;



..... della verifica incrociata dei dati delle strutture ..... IS  
con quelli presenti nei DCA di accreditamento istituzionale;

- Definizione del questionario e ricognizione dei “punti fisici” delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali;
- Definizione del questionario e ricognizione dei “centri di responsabilità” delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali;
- Raggiungimento dell’implementazione del sistema MRA.

#### **Indicatori**

- Completamento della banca dei DCA di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private;
- Adeguamento delle anagrafiche delle strutture accreditate di NSIS ai DCA di accreditamento;
- Acquisizione dati relativi ai “punti fisici” delle aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali;
- Acquisizione dati relativi ai “centri di responsabilità” delle aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali;
- Implementazione del sistema MRA.

#### **Scadenze**

- Adeguamento delle anagrafiche delle strutture accreditate di NSIS ai DCA di accreditamento: 30 marzo 2017;
- Acquisizione dati relativi ai “punti fisici” delle aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali: 30 aprile 2017;
- Acquisizione dati relativi ai “centri di responsabilità” delle aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali: 30 settembre 2017;
- Studio e analisi delle “best practice” regionali al fine di individuare un possibile sistema da acquisire in riuso e relativa convenzione: 31 maggio 2017;
- Implementazione del sistema MRA: entro la data fissata dal decreto ministeriale MRA, attualmente ancora in forma di bozza.

#### **Intervento 3.2 – Flussi Informativi**

Nell’ambito degli interventi relativi ai flussi informativi la Regione intende procedere, a livello strategico, con la riorganizzazione generale dei flussi e, a livello operativo, con la progettazione e realizzazione di un nuovo sistema informativo di raccolta, monitoraggio e controllo, e con specifici interventi volti al superamento di alcune criticità ad oggi presenti sui flussi di particolare rilievo.

In tal senso si rileva come l’art.7 dello schema di contratto con le Case di Cura private accreditate, allegato al DCA n. 89/2016, preveda al fine di consentire il monitoraggio in tempo reale delle attività di



24 ore la notizia dell'avvenuto ricovero con i dati anagrafici dell'assistito e la motivazione clinica del ricovero (con l'ICD9) e le modalità di ingresso (ricetta, altra struttura pubblica o privata di provenienza, servizio 118, accesso al P.S.), nonché della dimissione in caso di trasferimento ad altra struttura sanitaria, via web e online sul portale Regionale Sani.Ar.p. di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016.

### • **Azione 3.2.1 – Riorganizzazione dei flussi informativi**

La Regione, quale azione strategica, intende promuovere un insieme di azioni coordinate volte alla piena valorizzazione e qualificazione dei flussi informativi, al fine di un più puntuale assolvimento degli obblighi informativi ministeriali e regionali e di una maggiore disponibilità di strumenti utili alla programmazione regionale sanitaria.

#### **Obiettivi**

- Costituire un sistema di organizzazione generale dei flussi informativi che miri alla completa omogeneizzazione delle piattaforme aziendali
- Costituire un sistema di monitoraggio della qualità dei flussi

#### **Indicatori**

- Provvedimento ad hoc sul sistema di organizzazione generale dei flussi informativi
- Provvedimento ad hoc sul un sistema di monitoraggio della qualità dei flussi informativi

#### **Scadenze**

- Adozione del provvedimento ad hoc: 30 aprile 2016
- Adozione provvedimento ad hoc: 30 giugno 2017

### • **Azione 3.2.2 – Miglioramento di specifici flussi informativi**

La Regione intende porre in essere azioni specifiche di risoluzione di incongruenze, carenze o criticità rilevate rispetto a specifici flussi informativi, anche in osservanza agli esiti della verifica degli adempimenti regionali con il Tavolo degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, anche valutando la possibilità di estendere l'attività alla progettazione e realizzazione di un nuovo sistema informativo di raccolta, monitoraggio e controllo di tutti i flussi.

#### **Obiettivi**

- Predisposizione di azioni per il governo centrale delle informazioni, mediante la definizione di regole per la rilevazione delle informazioni registrate sulla piattaforma regionale unica LEASOCIOSAN, nonché per la realizzazione di un unico cruscotto direzionale per i dati dei flussi SIAD, FAR, SISM e HOSPICE, gestiti dalla piattaforma LEASOCIOSAN amministrata da So.Re.Sa. S.p.A., attraverso la quale il flusso SIAD viene monitorato costantemente per il rispetto dell'alimentazione dei flussi.
- Predisposizioni di azioni volte al superamento di alcune incongruenze rilevate in ordine ai modelli STS24 quadro F e quadro G e HSP24 quadro H

- Adozione di provvedimento ad hoc che definisca regole per la rilevazione delle informazioni registrate sulla piattaforma regionale unica LEASOCIOSAN, nonché per la realizzazione di un unico cruscotto direzionale per i dati dei flussi SIAD, FAR, SISM e HOSPICE, gestiti dalla piattaforma LEASOCIOSAN amministrata da So.Re.Sa. S.p.A.
- Adozione provvedimento ad hoc che provveda a identificare le carenze rilevate relative ai flussi HOSPICE, FAR e SIAD rispetto alla copertura della rilevazione in termini di strutture eroganti/inviati e rispetto della tempistica di invio e definizione delle soluzioni
- Adozione provvedimento ad hoc che provveda al miglioramento in termini di qualità e copertura del dato del flusso EMUR– Pronto Soccorso, attraverso azioni di confronto tra i diversi modelli di rilevazione (Flusso NSIS-EMUR PS e modello HSP24 quadro H) per la risoluzione del mancato adempimento LEA Lettera aag) Emergenza Urgenza – Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza
- Adozione provvedimento ad hoc che provveda al miglioramento della congruenza tra i modelli STS24 quadro F e quadro G e HSP24 quadro H ed i flussi HOSPICE, FAR, SIAD ed EMUR

### Scadenze

- Predisposizione di azioni per il governo centrale dei suddetti flussi informativi: 30 Aprile 2017
- Adozione provvedimento ad hoc che provveda a identificare le carenze rilevate relative ai flussi HOSPICE, FAR e SIAD rispetto alla copertura della rilevazione in termini di strutture eroganti/inviati e rispetto della tempistica di invio e definizione delle soluzioni: 31 gennaio 2017
- Adozione provvedimento ad hoc che provveda al miglioramento in termini di qualità e copertura del dato del flusso EMUR– Pronto Soccorso, attraverso azioni di confronto tra i diversi modelli di rilevazione (Flusso NSIS-EMUR PS e modello HSP24 quadro H) per la risoluzione del mancato adempimento LEA Lettera aag) Emergenza Urgenza – Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza: 30 Aprile 2017
- Adozione provvedimento ad hoc che provveda al miglioramento della congruenza tra i modelli STS24 quadro F e quadro G e HSP24 quadro H ed i flussi HOSPICE, FAR, SIAD ed EMUR: 30 Giugno 2017

### • **Intervento 3.3 – Processi di dematerializzazione**

Nell'ambito delle attività previste dall' art. 50 della legge n.326 del 24.11.2003 e s.m.i., oggetto di valutazione da parte dei Ministeri competenti per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro, sono comprese anche le disposizioni riportate nei commi 5-bis e 5-ter riguardanti il collegamento in rete dei medici prescrittori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la trasmissione telematica delle relative prescrizioni mediche al Sistema TS.

La Regione Campania è una regione che utilizza il Sistema di Accoglienza Centrale (SAC); il referente TS della Campania cura il procedimento attuativo per la de-materializzazione cartacea della ricetta di cui al DM Economia e Finanze del 02/11/2011.

D'intesa con i Ministeri competenti sono stati definiti i piani di diffusione per tutte le Regioni sprovviste di SAR (Sistema di Accoglienza Regionale). Per la Regione Campania si è concordato con il Ministero

sperimentazione con la Farmaceutica (MMG e Farmacie), in quanto i medici dipendenti e gli specialisti, sia ambulatoriali che ospedalieri, non sono abilitati in Campania alla prescrizione su ricetta rossa. Tale accordo è stato formalizzato con la redazione di uno specifico Piano di Diffusione e del relativo Cronoprogramma delle attività.

### • **Azione 3.3.1 – Dematerializzazione ricetta farmaceutica cartacea**

Per la prima fase di sperimentazione, finalizzata a testare le procedure dal punto di vista tecnico, sono stati reclutati circa 8 Medici e 5 Farmacie (Provincia di Avellino e Benevento). A marzo 2013 è stato effettuato, in collaborazione con Sogei, il primo corso di formazione ai Medici e alle farmacie precedentemente reclutate presso l'Asl di Avellino.

A settembre 2013 si è tenuto un incontro con i rappresentanti di Sogei con i Referenti aziendali art. 50 (Ref. TS) e le Rappresentanze di Federfarma Regionale. Ad ottobre 2013 presso la sede di Federfarma di Napoli, in presenza anche dei Ref. Sogei, sono state convocate tutte le software house, al fine di evidenziare eventuali criticità per l'adeguamento dei gestionali delle farmacie. A gennaio 2014 si è tenuta una riunione con i Rappresentati delle associazioni di categoria dei MMG al fine di concordare, a livello territoriale, la data di diffusione su tutto il territorio Campano della ricetta Dematerializzata per la farmaceutica.

A maggio 2014 si sono conclusi i corsi di formazione a tutte le farmacie della Regione Campania. Tale attività, supportata anche dai rappresentanti Provinciali della Federfarma è stata eseguita in sinergica collaborazione con la Sogei. In data 24.10.14 si è tenuto un incontro tra i referenti Sogei, i dirigenti regionali competenti ed i Responsabili dei Servizi farmaceutici delle AA.SS.LL. per discutere delle problematiche inerenti la fatturazione e la rendicontazione da parte delle farmacie convenzionate, alla luce dell'introduzione della ricetta de-materializzata.

Con Decreto n. 139 del 31.10.2014 ad oggetto: "DM 02 NOV 2011 – Avvio delle prescrizioni de-materializzate per la farmaceutica su tutto territorio della Regione Campania" si è definita la partenza, a regime e si sono definite le regole di prescrizione, le categorie di farmaci esclusi dalla ricetta de-materializzata ecc. Di concerto con Sogei e su sollecitazione di alcune Software house, si è ribadito l'utilizzo in Campania del fac-simile di promemoria nazionale, pubblicato sul sito istituzionale del portale TS, con nota n. 4920/C del 24.11.14 del Sub Commissario ad acta.

Con Circolare n. 5634 del 19.12.14 del Sub Commissario si è definita l'"obbligatorietà" per i MMG di prescrivere farmaci a carico SSN su ricette de-materializzate con le sole esclusioni previste dal Decreto citato, allegando i Manuali del Progetto TS con cui si fornivano le specifiche tecniche per la stampa del promemoria e sulla prescrizione per Principio attivo.

In data 28.01.15 si è tenuto un incontro, in presenza del Sub Commissario ad acta e del D.G. di So.Re.Sa. tra i referenti Sogei, i dirigenti regionali competenti per materia ed i Responsabili dei Servizi farmaceutici delle AA.SS.LL., sulle problematiche connesse ai controlli del servizio di rilevazione delle ricette a seguito dell'entrata in vigore della ricetta de-materializzata farmaceutica. Con determine n. 70 del 08/05/15 e n. 91 del 29/05/15 la So.Re.Sa. ha indetto procedura aperta per l'affidamento del servizio di rilevazione e gestione dei dati della spesa farmaceutica, alla luce dell'introduzione della ricetta de-materializzata.

In data 7 maggio 2015 si è tenuto un incontro con i rappresentanti della Sogei, con i Responsabili dei Servizi farmaceutici delle AA.SS.LL. e le Rappresentanze di Federfarma Regionale per la verifica dello stato di avanzamento delle ricette de-materializzate farmaceutiche e l'analisi dei dati telematici messi a disposizione del Sistema Tessera Sanitaria. In tale occasione i referenti Sogei hanno sottolineato che la Campania in breve tempo ha raggiunto importanti obiettivi nell'ambito della diffusione della ricetta de-

singola farmacia, tra il numero di ricette inviate nel flusso de-materializzata e quelle trasmesse col file mensile "comma 5". Si è quindi definito un percorso di approfondimento/miglioramento per il monitoraggio dei flussi, prevedendo che i referenti delle AA.SS.LL., di concerto con Federfarma, verifichino attraverso le funzionalità del Sistema TS, i dati di dettaglio delle proprie farmacie e comunichino le anomalie più significative, così da consentire l'immediato adeguamento dei gestionali delle farmacie.

Il percorso intrapreso ha portato a risultati significativi che si possono evincere dall'indicatore n. di farmacie che non trasmettono correttamente i due flussi, rilevate attraverso gli specifici report del Sistema TS per il monitoraggio di qualità, che passa da 376 farmacie a febbraio 2015 a 34 a luglio 2015 e che è praticamente azzerato ad oggi.

Ai fini dell'attuazione del DPCM 14 novembre 2015 che prevede la circolarità della ricetta de-materializzata farmaceutica su tutto il territorio nazionale, come convenuto nel corso della riunione tenutasi presso la RGS con le Regioni il 20 gennaio 2016 si è provveduto alla verifica/aggiornamento delle regole di compartecipazione/esenzione comunicate in precedenza dalla Regione Campania al Sistema TS.

A partire dal 1/3/2016 il Sistema TS garantisce l'elaborazione del ticket (come previsto dall'art. 1, comma 3, lettera b) del DPCM 14/11/2015) sulla base delle regole di compartecipazione/esenzione comunicate dalle regioni/Province Autonome. Inoltre, in base a quanto stabilito dall'articolo 4 del DPCM 14 novembre 2015 si è provveduto alla verifica/aggiornamento dell'elenco dei farmaci da escludere dalla ricetta de-materializzata. A partire dal 1/3/2016 i successivi aggiornamenti delle regole di compartecipazione/esenzione e dell'elenco dei farmaci da escludere dalla ricetta de-materializzata devono essere comunicati tramite specifiche funzioni del Sistema TS, secondo le specifiche tecniche e le modalità pubblicate sul sito del Sistema TS.

Ad oggi la trasmissione della ricetta de-materializzata farmaceutica si può considerare a regime, come si evince anche dai dati estratti dal Sistema TS, da cui emerge il costante incremento dei medici invianti che passano dal 68,44% di gennaio 2015 al 94,76% di settembre 2015 ed al 95,65% a Febbraio 2016 e del numero di ricette che passano da 3.022.064 di gennaio 2015 a 4.582.106 di settembre 2015 e 4.838.064 a febbraio 2016.

### Obiettivi

- Analisi delle funzionalità del Cruscotto integrato del Sistema Tessera Sanitaria e della reportistica messa a disposizione delle ASL e richieste di evoluzione in funzione degli obiettivi regionali
- Definizione del percorso operativo per l'utilizzo della funzione di esclusione dei farmaci dalla ricetta de-materializzata e delle funzioni di monitoraggio della Farmaceutica del Sistema TS, individuazione dei referenti e relative abilitazioni al Sistema TS
- Utilizzo regionale dei flussi di ritorno della Farmaceutica Sogei

### Indicatori

- Documento operativo per l'utilizzo delle funzioni di inclusioni/esclusioni dei farmaci e di monitoraggio, Numero di referenti regionali individuati ed abilitati al Sistema TS
- Report di monitoraggio del numero di medici prescrittori/ farmacie invianti
- Creazione banca dati regionale dei flussi di ritorno della Farmaceutica Sogei e del relativo cruscotto direzionale

- Elaborazione documento operativo per l'utilizzo delle funzioni di inclusioni/esclusioni dei farmaci e di monitoraggio, Numero di referenti regionali individuati ed abilitati al Sistema TS: 31 dicembre 2016
- Monitoraggio del numero di medici prescrittori/ farmacie invianti: trimestrale a partire da Marzo 2017
- Creazione banca dati regionale dei flussi di ritorno della Farmaceutica Sogei e del relativo cruscotto direzionale: 31 dicembre 2017

• **Azione 3.3.2 – Dematerializzazione ricetta di Specialistica ambulatoriale cartacea**

A seguito della riunione che si è tenuta presso il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (MEF) il giorno 23.10.2014, in relazione all'avvio della ricetta de-materializzata di specialistica in Sicilia a partire da 1 novembre 2014 ed in Basilicata dal 1 dicembre 2014, ed in considerazione dell'impatto che la gestione delle ricette de-materializzate di specialistica in "circolarità" avrebbe determinato nelle strutture di erogazione pubbliche e private regionali, la regione Campania, di concerto con Sogei, ha identificato la soluzione definendo un'ipotesi "transitoria" ed una regime: tali indicazioni sono state fornite alle Aziende Sanitarie della Campania con nota n. 32311 del 19.01.15 del D.G. della Tutela della Salute.

Dal 01/04/15 le ricette de-materializzate specialistiche prescritte in altre Regioni sono regolarmente "prese in carico" da parte delle Strutture pubbliche e private della Campania.

Nella riunione con le Regioni del 27 febbraio 2015 svoltasi presso il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (MEF), è stato definito, tra l'altro, che ogni regione entro 30 giorni dall'avvio della de-materializzazione delle ricette di specialistica in ambito regionale:

- debba trasmettere al Sistema TS, il proprio Catalogo delle prestazioni, comprensivo dell'indicazione, per ogni prestazione oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, della relativa "disciplina" e del collegamento con il relativo codice nomenclatore regionale;
- al fine di consentire il controllo delle ricette de-materializzate di specialistica spese anche in regioni diverse da quelle di prescrizione, debba trasmettere al Sistema TS, la transcodifica dei codici del proprio Nomenclatore regionale con quelli del Nomenclatore nazionale.

Dopo una prima fase di valutazione, di concerto con Sogei, delle varie fasi per implementare in Campania la ricetta de-materializzata specialistica, è stato proposto dall'ARSAN alla Regione con nota n. 2203 del 29/06/15 il Cronoprogramma regionale delle attività ai fini dell'avvio della de-materializzazione delle ricette specialistiche che è stato trasmesso al Tavolo di Verifica Interministeriale con nota n. 2671 del 06/07/15 dei Sub Commissari ad Acta. Nei mesi di maggio e giugno, come previsto dal Cronoprogramma, in ARSAN è stato costituito un gruppo di lavoro per la definizione del Catalogo delle prestazioni coerente tra prescrittore ed erogatore che è stato condiviso con i Rappresentati delle associazioni di categoria dei MMG (Comitato ex art. 24) in data 17 luglio 2015.

Con D.G.R.C. n. 431 del 24/09/2015 è stato approvato il Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, quale attività preliminare necessaria per consentire l'adeguamento dei gestionali dei prescrittori e degli erogatori, in previsione dell'avvio della de-materializzazione delle ricette specialistiche. Il Catalogo è stato trasmesso a Sogei per la validazione e relativa autorizzazione all'utilizzazione, unitamente alle Tabelle di transcodifica dei codici Catalogo con il proprio Nomenclatore regionale e con quelli del Nomenclatore nazionale, come definito nelle riunioni con le Regioni svoltesi presso il Dipartimento RGS.

materializzate, sia dai medici prescrittori per la formulazione della richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali incluse nei L.E.A., che dai soggetti erogatori per le fasi di prenotazione, erogazione e refertazione ed impegna le Aziende Sanitarie, i Medici di medicina generale e i Pediatri di famiglia e gli Erogatori tutti di prestazioni di Specialistica ambulatoriale all'aggiornamento dei propri sistemi informatici, con l'adozione del Catalogo Regionale entro il 31 dicembre 2015. Con Circolare n. 64771 del 29/01/16 del D.G. Tutela della Salute sono state fornite le indicazioni per il periodo transitorio ai prescrittori ed agli erogatori pubblici e privati.

### Obiettivi

- Definizione del nuovo percorso operativo per l'avvio delle attività, di concerto con i referenti Sogei
- Condivisione del nuovo Cronoprogramma con il Comitato ex art.24 ed i referenti aziendali per la Medicina Generale
- Costituzione del Gruppo di lavoro multidisciplinare per la manutenzione e revisione costante del Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Organizzazione della formazione per le Aziende pubbliche e dei titolari delle Strutture accreditate, nonché delle software house sulla "presa in carico" e l'erogazione della ricetta de materializzata specialistica, di concerto con i referenti Sogei
- Adeguamento dei software gestionali dei software di prenotazione in uso ai C.U.P Aziendali e degli erogatori privati con i web service del Sistema TS
- Avvio della ricetta de materializzata specialistica su tutto il territorio regionale
- Messa a regime per tutte le Strutture pubbliche e private della ricetta dematerializzata specialistica
- Monitoraggio degli invii
- Utilizzo dei flussi di ritorno della Specialistica ambulatoriale Sogei

### Indicatori

- Cronoprogramma definitivo per l'avvio delle attività
- Provvedimento regionale di costituzione del Gruppo di lavoro multidisciplinare per la manutenzione e revisione costante del Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Incontro per la condivisione del nuovo Cronoprogramma con il Comitato ex art.24 ed i Referenti Aziendali per la Medicina Generale
- Numero di incontri e di partecipanti di Strutture pubbliche ed accreditate coinvolti nella formazione
- Adeguamento dei software gestionali dei software di prenotazione in uso ai C.U.P Aziendali e degli erogatori privati con i web service del Sistema TS
- Ricetta de materializzata specialistica su tutto il territorio regionale



- Numero di medici e Strutture invianti a regime
- Banca dati regionale dei flussi di ritorno dei flussi di ritorno della Specialistica ambulatoriale Sogei e del relativo cruscotto direzionale

### **Scadenze**

- Definizione del Cronoprogramma definitivo per l'avvio delle attività: 30 Novembre 2016
- Emanazione provvedimento regionale di costituzione del Gruppo di lavoro multidisciplinare per la manutenzione e revisione costante del Catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali: 30 novembre 2016
- Incontro per la condivisione del nuovo Cronoprogramma con il Comitato ex art.24 ed i referenti Aziendali per la Medicina Generale: 30 novembre 2016
- Numero di incontri e di partecipanti di Strutture pubbliche ed accreditate coinvolti nella formazione: 30 novembre 2016
- Avvio della ricetta dematerializzata specialistica su tutto il territorio regionale: 30 novembre 2016
- Messa a regime per tutte le Strutture Accreditate di tutte le branche dell'implementazione della ricetta dematerializzata specialistica: 31 dicembre 2016
- Monitoraggio del numero di medici prescrittori/ farmacie invianti: trimestrale 31 dicembre 2016
- Creazione banca dati regionale dei flussi di ritorno della Farmaceutica Sogei: 31 dicembre 2016
- Creazione relativo cruscotto direzionale: 31 dicembre 2017



**Rif. Adempimenti: ah)**

Con il Regolamento Consiliare n. 1/2007 “Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriore e le procedure per l’accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero e residenziale” sono stati dettati i requisiti ulteriori di accreditamento per le strutture sanitarie eroganti prestazioni di assistenza specialistica, in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale. Con Regolamento Consiliare n. 3 del 31 luglio 2006, analogamente, si è proceduto a definire i requisiti ulteriori per le strutture di Dialisi e di FKT.

Con i Decreti C.A. n. 21/2009, n. 5/2010 e n. 31/2011 - in recepimento dell’acta commissariale n. 5 della delibera del Consiglio dei Ministri 24 luglio 2009 che tanto prevedeva - è stata disposta la sospensione formale di ogni iniziativa in corso in materia di autorizzazione ed accreditamento, al fine di poter procedere all’accreditamento definitivo sulla base di una programmazione regionale coerente con il fabbisogno.

Con la Legge Regionale n. 4 del 15 marzo 2011, e s.m.i. è stata dettata la disciplina organica in materia di accreditamento istituzionale definitivo. Più specificamente la legge:

- individua il fabbisogno come presupposto primo dell’accreditamento: *“Ferma restando la sussistenza del fabbisogno [...] il fabbisogno va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l’accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1 luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante l’accreditamento delle strutture o attività di nuova realizzazione. Il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione, nonché l’accreditamento di nuove strutture è subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237 quinquies a 237 unvicies.”;*
- detta le procedure per la presentazione dell’istanza dai parte dei soggetti interessati, prevedendo l’invio solo ed esclusivamente attraverso l’utilizzo di una specifica piattaforma informatica messa a disposizione da So.Re.Sa. Spa e stabilisce che la competenza in materia di accreditamento “ritorna” dalle Aziende sanitarie all’Ente regionale;
- stabilisce che possono presentare domanda per accedere all’accreditamento definitivo, solo le strutture che sono *“transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1 luglio 2007”*, e che hanno: a) certificazione ASL di valido titolo convenzionale; b) autorizzazione all’esercizio ai sensi della DGRC 7301/2001;
- esclude dal processo di accreditamento definitivo: a) le strutture termali già accreditate; b) alcune strutture già accreditate ai sensi del Regolamento 3/2006 c) le strutture di dialisi, anche esse già accreditate;
- prevede che se il numero di strutture che hanno presentato la domanda eccede il fabbisogno programmato a livello regionale, la Regione fissa criteri di adeguamento agli standard o stipula accordi di riconversione con le strutture. Nelle more delle riconversioni o dell’adeguamento agli standard, la legge prevede *“l’accreditamento in eccesso rispetto al fabbisogno”* (come consentito dall’art. 8 – quater, comma 3, d.lgs. n. 502/92);
- per le strutture laboratoristiche, stabilisce che il fabbisogno è da considerarsi equivalente all’esistente e con successivi decreti commissariali viene precisato che *“l’accreditamento è concesso nelle more della realizzazione della rete laboratoristica privata, fermo restando gli obblighi imposti alle strutture sanitarie di procedere alle aggregazioni previste dal DCA n. 109/2013 e s.m.i. e*

*nell'accordo stato – regioni 23.03.2011 per struttura erogatrice e, comunque, per non oltre 4 anni”.*

Per far fronte alla carenza di offerta, in alcuni specifici ambiti assistenziali (Hospice, RSA), in deroga alla normativa, è stato previsto che “*le strutture destinate a erogare prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio ed in possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento di cui al regolamento 1/2007, possono, in deroga a quanto previsto dalla legge regionale 4/2011, articolo 1, commi da 237 quater a 237 unvicies, operare in regime di accreditamento. Tali strutture presentano domanda per la conferma dell'accreditamento istituzionale secondo le modalità e nei termini di cui alla legge regionale 4/2011, articolo 1, comma 237 quinquies. Con dette strutture le ASL stipulano contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuano la copertura finanziaria*”.

Con DCA n. 32 del 12 maggio 2016 “*Analisi del fabbisogno annuo prestazioni PET/TC*”, il fabbisogno regionale programmato per PET/TC è stato determinato in n. 32 apparecchiature ed inoltre si è stabilito che:

- il fabbisogno e la conseguenziale localizzazione sono soddisfatti per intero dalla dotazione di apparecchiature pubbliche e private già autorizzate
- allo stato non è possibile procedere a nuove installazioni di apparecchiature PET/TC
- è in fase di completamento il processo di accreditamento regionale, in esito al quale viene effettuata una valutazione conclusiva dello status di accreditato presupposto per l'installazione delle apparecchiature.

In base al sopra citato Decreto al momento risultano 25 macchine PET/TC pubbliche e private provvisoriamente accreditate e 7 macchine PET/TC private solo autorizzate.

Con DCA n. 105 del 3 ottobre 2016 “*Decreti n. 128/2013 e n.50 del 27.05.2015. Integrazioni*”, è stato determinato il fabbisogno degli acceleratori lineari (42 LINAC) per la Regione Campania, distribuiti secondo la tabella seguente:

**Tabella 12 – Fabbisogno acceleratori Lineari**

ASL	Popolazione	Fabbisogno massimo LINAC (A)	Privato (installato)		Pubblico (Installato + programmato) (C)	Fabbisogno disponibile (D=A-B-C)
			LINAC autorizzate	di cui accreditate (B)		
ASL AVELLINO/BENEVENTO	713.415	4	0	0	3	1
ASL CASERTA	905.188	6	4	2	2	2
ASL NAPOLI 1 CENTRO	974.464	12	2	1	10	1
ASL NAPOLI 2 NORD	1.029.574	8	5	4	1	3
ASL NAPOLI 3 SUD*	1.058.974	5	2	2	1	2
ASL SALERNO	1.092.574	7	5	2	2	3
<b>TOTALE</b>	<b>5.774.189</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>12</b>

\* Le apparecchiature presenti nelle strutture privata sono macchine non LINAC (cobalto terapia e Roentegenterapia)

degli acceleratori lineari.

## REGISTRO TUMORI E DATI DI INCIDENZA E PREVALENZA

Il decreto 104 del 24.09.2012 “Istituzione del Registro tumori di popolazione della Regione Campania e indirizzi operativi per le AA.SS.LL” – del Presidente della Giunta regionale (commissario per la sanità) istituisce il Registro tumori regionale come Rete di registri aziendali composta da:

- 7 Registri tumori aziendali (uno per ogni ASL);
- un Registro tumori infantili unico su base regionale (assegnato all'ospedale pediatrico regionale, l'Azienda ospedaliera di rilievo nazionale Santobono - Pausillipon);
- una banca dati centrale regionale.

Il coordinamento della Rete è costituito dai direttori dei registri presso l'Osservatorio epidemiologico regionale (OER).

Allo stato sono accreditati solo i registri tumori delle AA.SS.LL. Caserta, Salerno e Napoli 3.

In assenza di una copertura complessiva regionale dei Registri, alla base della metodologia di cui al DCA n. 105 è stata posta la banca dati del sito [www.tumori.net](http://www.tumori.net) che fornisce dati regionali e nazionali relativi a 7 sedi tumorali sino al 2015. Il sito è gestito dalla struttura complessa di Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

I dati oncologici osservati dai singoli registri tumori italiani sono stati prelevati sul sito dell'AIRTUM.

L'analisi condotta ha evidenziato che circa 3.000.000 di italiani hanno già avuto una diagnosi tumorale ed hanno intrapreso un percorso di diagnosi e cura, facendo emergere nuovi e differenti bisogni socio-sanitari. I dati di incidenza, invece, mostrano che in un anno oltre 363.000 persone riceveranno una diagnosi tumorale.

In media si registrano 6-7 nuovi casi ogni 1.000 uomini e 5 casi ogni 1.000 donne ogni anno. Mediamente in Italia quasi 1.000 persone al giorno si ammalano di tumore.

Nel 2015, si sono registrati poco più di mezzo milione di persone con una diagnosi di tumore da meno di 2 anni; oltre 600.000, tra 2 e 5 anni; e circa 1,9 milioni (quasi 2/3 del totale) da più di 5 anni.

In termini di proporzioni, il 4,9% dell'intera popolazione Italiana riceverà assistenza e cure per patologie neoplastiche.

Dai dati ricavati dal sito [www.tumori.net](http://www.tumori.net) si stima che nell'anno 2015 erano attesi in Campania meno di 40.000 nuovi casi di tumore in Campania, (663/100.000 abitanti circa 38.300 pz).

Nell'anno 2015 invece sono stati registrati in Campania un numero di casi superiore, pari a circa 41.596 ricoveri ordinari con prima diagnosi relativa a malattia tumorale. In totale in Campania si registrano circa 93.000 ricoveri inerenti patologie e cure per ammalati di tumore (29.562 dh per DRG 410).

## UTILIZZO DELLA RADIOTERAPIA

Il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte secondo le “linee guida AIRO sulla Garanzia di qualità in Radioterapia versione 1 del 2015”, ha determinato l'incidenza dei pazienti affetti da patologie tumorali che si sottopongono a radioterapia nella misura del 60% del totale.

pazienti che potranno essere sottoposti a trattamenti di radioterapia saranno circa 22.000.

Il documento tecnico di indirizzo a cura del Ministero della salute anno 2011-2013 per ridurre il carico di malattia oncologica, nella sezione dedicata alla Radioterapia riporta che *“il numero ottimale di apparecchi radioterapici per coprire il reale fabbisogno della popolazione è intorno a un LINAC ogni 100.000-150.000 abitanti: tale rapporto è rispettato al Nord e al Centro Italia, mentre risulta ancora al di sotto delle esigenze al Sud.”*

Pertanto la Regione Campania, nell'ambito dell'intervallo di oscillazione suggerito, si è collocata su un parametro di poco inferiore a 1 LINAC per 140.000 abitanti e quindi su un parametro molto prossimo al valore più restrittivo del range determinato dal Ministero ma ritenuto comunque sufficiente al fine di poter garantire una sufficiente distribuzione sul territorio campano.

Nella tabella inserita nel DCA n. 105 è descritta la distribuzione geografica delle apparecchiature considerando l'area Avellino-Benevento come Area Vasta e tenendo conto dell'estensione geografica dell'ASL di Salerno che copre un'area che va da Napoli al confine con la Regione Calabria.

## **RADIOTERAPIA E COERENZA CON LA RETE ONCOLOGICA CAMPANA**

All'atto di adozione del DCA n. 105 del 3 ottobre 2016 il DCA n. 98 di istituzione della Rete oncologica regionale era stato appena adottato (20 settembre 2016) ed era stato avviato un percorso lungo e complesso che ha imposto a tutte le aziende sanitarie della regione sforzi organizzativi molto significativi; basti pensare alla costituzione dei GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) e dei CORPS (Centri Oncologici Regionali Polispecialistici) ed all'introduzione dei PDTA per alcune patologie oncologiche.

L'implementazione e la conseguente attivazione concreta della rete oncologica richiede tempi che possono essere stimati in 24 - 36 mesi e che non possono non tener conto della riorganizzazione della rete ospedaliera in ottemperanza al DM 70/2015 che è tuttora in corso di integrazione e modifica.

Tuttavia i tempi medio lunghi della programmazione devono essere resi compatibili con l'assistenza ai cittadini che, in attesa del completamento dei documenti di programmazione, devono poter disporre già nel breve periodo del numero di LINAC ritenuto congruo e stimato dal Ministero, si ribadisce, in 1 LINAC ogni 100.000 – 150.000 ab.

Si consideri, inoltre, lo stato del contenzioso in corso con il privato accreditato. Vi erano infatti istanze giudiziarie di strutture private volte ad ottenere l'accreditamento istituzionale. In ordine a queste richieste il diniego espresso dalla Regione era stato valutato illegittimo dal TAR poiché soltanto in esito alla determinazione del fabbisogno è possibile riscontrare negativamente una richiesta di installazione. Dopo aver ripetutamente illustrato le ragioni che impedivano la determinazione del fabbisogno, la Regione ed la Struttura Commissariale di fronte alla nomina di un commissario giudiziario per l'inottemperanza, si è determinata a procedere. Pertanto, con DCA n. 105 è stato stimato il fabbisogno sulla base dell'offerta e della domanda esistente, con una proiezione alla programmazione ospedaliera ed oncologica futura e nel rispetto dei parametri minimi e massimi fissati dal Ministero della salute.

In tale senso va letta l'indicazione del DCA secondo cui entro 24 mesi dall'entrata in vigore della rete oncologica (e quindi in ragione delle diverse realtà territoriali) tale fabbisogno potrà essere rivisto in coerenza con le necessità assistenziali che si vanno strutturando in maniera progressivamente più definita (per es. nella ASL Napoli 1 Centro sono previsti 12 LINAC per la contestuale presenza di ben 5 Centri CORP di II livello della rete Oncologica sul totale di 9).

All'interno del DCA n. 98 è poi disciplinata una specifica sezione sulla radioterapia che qui si riporta e che sarà oggetto di maggiore dettaglio e collegamento nei successivi provvedimenti attuativi della rete.

Qualora vi sia l'indicazione al ricorso a trattamenti radioterapici, il GOM indirizzerà la Persona Assistita presso i centri di I livello e presso i CORP/CORPUS della Rete dotati di adeguata strumentazione e personale qualificato o, in assenza di disponibilità nei tempi previsti dal PDTA, presso le strutture private accreditate. Ciò anche al fine di rendere evidente in sede di controllo di appropriatezza, quali prestazioni di Radioterapia sono state effettuate secondo l'aderenza ai PDTA nell'ambito della Presa in Carico nel GOM attuatore di PDTA, e quelle che si discostano dai PDTA per decisione multidisciplinare sincrona operata durante la Presa in Carico ed effettuata dal GOM ed il cui costo è pertanto parimenti riconoscibile. Nel GOM, durante l'atto di presa in carica, deve essere presente lo Specialista in Radioterapia, anche in convenzione da altre aziende. Gli stessi effettueranno i trattamenti di provenienza presso l'Azienda di provenienza.

I centri radioterapici devono rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'attività di radioterapia, così come definiti dal DPR 14/01/1997, n. 37 e dal regolamento regionale n. 1/2007. La normativa inoltre prevede espressamente programmi di Garanzia di Qualità (GU n.42, 20/02/1997). Il D.Lgs 26/05/2000, n.187 (GU n.157, 07/07/2000) affida allo specialista in radioterapia la responsabilità delle 44 procedure di Garanzia di Qualità. I centri radioterapici della Rete dovranno inoltre attenersi, relativamente agli standard minimi di qualità, anche alle raccomandazioni presenti nei documenti "Garanzia di qualità in radioterapia. Linee guida in relazione agli aspetti clinici e tecnologici" del Gruppo di studio Istituto Superiore di Sanità "Assicurazione di Qualità in Radioterapia" 2002, v, 37 p. Rapporti ISTISAN 02/20 e "Garanzia di Qualità in Radioterapia, Indicazioni per l'assicurazione di qualità nella radioterapia conformazionale in Italia" a cura del Gruppo di Studio Istituto Superiore di Sanità "Assicurazione di Qualità in Radioterapia" 2004, vi, 54 p. Rapporti ISTISAN 04/34.

Non si pone un limite specifico per centro riguardo le categorie di tecniche radioterapiche che esso può essere in grado di fornire; tuttavia ogni centro deve essere preferibilmente dotato di almeno due unità di terapia oppure di convenzione con altro Centro per ovviare ai problemi in caso di guasti e manutenzioni.

Infine, giacché le categorie di prestazioni individuate dal rapporto ISTISAN 02/20 andrebbero riconsiderate dal punto di vista delle nuove possibilità tecniche radioterapiche e della loro distribuzione nei centri italiani ed, allo stesso modo, non è più facilmente quantificabile il mero numero globale di malati che possono essere trattati da una singola unità di terapia poiché il carico di lavoro della macchina è dipendente dalla finalità terapeutica, dal numero di frazioni e dal tipo di tecnica di pianificazione e di erogazione della dose impiegata, è necessario che i Direttori delle UOC di riferimento garantiscano la massima aderenza alle più recenti linee guida dell'Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) sulla Garanzia di qualità in Radioterapia del gennaio 2015, che tengono conto delle più recenti evoluzioni nel campo della Radioterapia Oncologica. La Regione Campania e la Struttura Commissariale si riserva di aggiornare alle più recenti Linee Guida AIRO gli standard di qualità dei centri che dovranno, allo stato, attenersi alla normativa nazionale e regionale vigente.

Dall'entrata in vigore della Rete Oncologica, la Direzione Generale Tutela della Salute porrà sotto attento monitoraggio il carico di lavoro dei singoli centri, la durata delle liste d'attesa e la possibilità di garantire trattamenti radioterapici di qualità nei tempi tecnici previsti dalle linee guida di settore, così da valutare l'opportunità di aggiornare il DCA n. 45 128/2014 ed il DCA n. 50/2015 del 27 maggio 2015 che fissa il fabbisogno per le attività di radioterapia.

Con successivo provvedimento verranno disciplinate le modalità di riconoscimento del costo delle prestazioni radioterapiche erogate per i tumori per cui esistono GOM attuatori di PDTA che garantiscano l'aderenza alle linee guida e dunque ai PDTA e che consentano, in ogni caso, diversa decisione multidisciplinare del GOM.

Il DCA n. 128/201 detta istruzioni per la compilazione e la presentazione delle domande di accreditamento istituzionale definitivo ai sensi dell'art. 1, comma 237-vicies-quater della legge regionale 15 marzo 2011 n. 4 e s.m.i. per attività di radioterapia.

L'allegato al decreto stabilisce che *“Le strutture sanitarie eroganti prestazioni di radioterapia in regime ambulatoriale regolarmente autorizzate ai sensi della DGRC n.7301/2001 nonché quelle sprovviste di tale autorizzazione per cause non imputabili alla struttura medesima, fermo restando l'avvenuto adeguamento ai requisiti minimi previsti dalla citata deliberazione e non provvisoriamente accreditate dal 01.07.2007 presentano istanza di accreditamento istituzionale definitivo secondo le modalità definite ai punti seguenti.*

- *le istanze di accreditamento istituzionale, in forma cartacea, dovranno essere indirizzate al commissario ad Acta per la sanità, Centro Direzionale, Isola C3, tredicesimo piano, 80143 Napoli e dovranno pervenire entro e non oltre le ore 12.00 del trentesimo giorno dalla data di pubblicazione sul BURC del presente decreto in plico chiuso e debitamente sigillato recante le seguenti indicazioni:*
  - a. *il nominativo della struttura richiedente;*
  - b. *l'indirizzo completo di recapito;*
  - c. *la precisa indicazione “richiesta di accreditamento istituzionale delle attività di radioterapia”.*

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

- *alle istanze, sottoscritte dal legale rappresentante della Struttura, dovrà essere allegata copia del documento di riconoscimento del legale rappresentante, nonché dichiarazioni di notorietà ex art. 15, legge 12 novembre 2011, n. 183 attestanti:*
  - a. *il possesso di autorizzazione all'esercizio rilasciata ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 3958 del 7 agosto 2001 e s.m.i., ovvero il mancato possesso per cause non imputabili alla struttura richiedente, fermo restando l'avvenuto adeguamento ai requisiti minimi previsti dalla citata deliberazione;*
  - b. *la permanenza dei requisiti stabiliti dalla DGRC 3958/2011 e s.m.i.;*
  - c. *il possesso dei requisiti ulteriori per le specifiche attività prescritti per l'accredimento istituzionale dal Regolamento del Consiglio Regionale n. 1/2007;*
- *nei quindici giorni successivi alla data di scadenza dei termini di presentazione delle istanze, i competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute, verificati i contenuti delle singole istanze di accreditamento sotto l'aspetto della completezza, le inviano alle Commissioni locali delle competenti ASL, istituite ai sensi dell'art. 8 della legge regionale 28.11.2008 n. 16, affinché queste provvedano a verificare, con le procedure previste dall'art. 1, comma 237 duodecies, della legge regionale n. 4/2011, così come modificato dall'art. 1, comma 36 della legge regionale n. 5/2013, oltre la veridicità della dichiarazione di notorietà, il possesso dei requisiti per l'accredimento istituzionale con accertamenti in loco. Le verifiche devono essere concluse entro 60 gg. dalla data di pubblicazione sul BURC del presente decreto.”*

Il DCA n. 105/2016 dopo aver individuato il fabbisogno richiama e tiene ferme le procedure di cui al sopracitato decreto stabilendo che ove le AASSLL abbiano rilasciato attestato di accreditabilità ai sensi di detto decreto, le istanze possono avere corso ed esitare, sussistendo il fabbisogno, in concessione del decreto di accreditamento.

Con riferimento alla materia in oggetto, si rappresenta che la Struttura Commissariale ha inviato da settimane una bozza di DCA al Ministero della Salute in previa valutazione volto a disciplinare il profilo tariffario e dell'erogazione della prestazione in ordine al quale pendono numerosi ricorsi.



- Conclusione delle procedure di accreditamento definitivo delle strutture private in corso di istruttoria da parte della UOD regionale Autorizzazione e Accreditamento
- Aggiornamento, da parte della UOD regionale Autorizzazione e Accreditamento, dei requisiti di Accreditamento a seguito, da ultimo, del *“Recepimento dell’Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 in materia di accreditamento (Rep n. 32/CSR) ed istituzione dell’Organismo tecnicamente accreditante di cui all’allegato B dell’Intesa”* e conseguenziale aggiornamento degli Accreditamenti Istituzionali in scadenza
- Aggiornamento della Delibera di Giunta Regionale n. 3958/2001 e s.m.i in materia di requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi
- Individuazione da parte della Direzione Generale della Tutela della Salute della commissione per la definizione del fabbisogno di prestazioni esclusivamente per quelle tipologie assistenziali per le quali non risulta ancora dettagliatamente definito ( Dialisi, Centri antidiabete, Demenze non anziani, Doppia diagnosi, Madre Bambino, Minori TD e Minori DD in regime Residenziale e semiresidenziale). Su questo punto la Struttura Commissariale ha già formalmente sollecitato la Direzione Generale della Tutela della Salute.
- Riconversione strutture eccedenti il fabbisogno

#### Indicatori

- Numero degli erogatori privati con accreditamento definitivo/numero degli erogatori privati con istruttoria avviata
- Provvedimento di revisione della Delibera di Giunta Regionale n. 3958/2001 e della disciplina dell’autorizzazione sanitaria
- Decreto commissariale di Individuazione del fabbisogno per quelle tipologie assistenziali per le quali non risulta ancora definito (Dialisi, Centri antidiabete, Demenze non anziani, Doppia diagnosi, Madre Bambino, Minori TD e Minori DD in regime Residenziale e semiresidenziale)
- Decreto commissariale di programmazione della riconversione delle strutture eccedenti il fabbisogno
- Provvedimento legislativo di revisione e aggiornamento della normativa regionale su accreditamento e sull’Organismo Tecnicamente Accreditante

#### Scadenze

- Completamento delle procedure di accreditamento definitivo in istruttoria: 30 aprile 2017
- Adozione del provvedimento di istituzione dell’Organismo Tecnicamente Accreditante: 30 giugno 2017
- Provvedimento di revisione della disciplina in materia di autorizzazione ed accreditamento ed armonizzazione ai contenuti del *“Disciplinare tecnico per l’accreditamento”*: 31 ottobre 2017
- Completamento fabbisogno per le tipologie non definite: 31 luglio 2017



.....nissariale di programmazione della riconve..... il  
fabbisogno:31 Dicembre 2018

- Provvedimento Legislativo di aggiornamento della normativa regionale su accreditamento e sull'organismo tecnicamente accreditante: 31 dicembre 2017



**Programma 5 – Programmazione investimenti tecnologici****Premessa**

Preliminarmente, si intende relazionare sugli investimenti nelle tecnologie di elevata complessità realizzate in Regione Campania nell'ultimo biennio attraverso l'utilizzo dei fondi del POR Campania 2007/2013.

Con Delibera di Giunta n. 591/2014 la Regione aveva programmato l'acquisto di grandi attrezzature tra cui 5 risonanze magnetiche, 19 TAC e 11 mammografi, da realizzare con fondi POR FESR 2007-2013, attraverso l'adesione alle convenzioni CONSIP in via di definizione nel corso del 2015. Per quanto riguarda risonanza e TAC, tale programma ha subito delle modifiche in quanto le procedure CONSIP sono state bloccate da ricorsi, mentre le procedure di acquisto dei mammografi risultano parzialmente eseguiti.

Al fine di ottimizzare l'accesso ai fondi POR FESR 2007-2013, evitando il disimpegno dei fondi, tenuto conto della tempistica stabilita dal POR FESR 2007 - 2013, secondo cui i costi sostenuti per gli interventi programmati devono essere fatturati e quietanzati perentoriamente entro il 31.12.2015, la Regione ha proceduto ad una rimodulazione degli investimenti da realizzare, come segue:

**Tabella 13 – Investimenti da realizzare**

Acceleratori Lineari	
Azienda	Quantità
AOU Ruggi	1
AO Moscati	1
AO Rummo	1
AOU Federico II	1
<b>Totale</b>	<b>4</b>

Mammografi	
Azienda	Quantità
ASL Napoli 1 Centro	1
IRCCS Pascale	1
<b>Totale</b>	<b>2</b>

TC di centraggio	
Azienda	Quantità
AOU Ruggi	1
AO Rummo	1
<b>Totale</b>	<b>2</b>

Sistema robotizzato per chirurgia endoscopica	
Azienda	Quantità
AO Cardarelli	1
AOU Federico II	1
<b>Totale</b>	<b>2</b>

Pausilipon della	
risonanza magnetica 1,5 T	
Azienda	Quantità
AO Rummo	1
<b>Totale</b>	<b>1</b>

Si riportano poi di seguito le Attrezzature sanitarie ad alta complessità per la Struttura complessa di riabilitazione multi specialistica e per i Dipartimenti di oncologia e di neuroscienza dell'A.O. Santobono – Pausilipon:

**Tabella 14 – Attrezzature sanitarie ad alta complessità da destinare all'AO Santobono**

Descrizione attrezzatura	Quantità
C. MILL2.4 N	1
RT 600SL	1
M320 ANTI GRAVITY TREADMILL	1
ERIGO PROFES	1
HAND TUTOR	1
ESOSCHELETRO MISURA GRANDE PER	1
SISTEMA LOKOMAT	1
GRAIL FORCE LINK	1
ESOSCHELETRO INDEGO	1
ROBOT HAN OF HOPE	1
HIROB ROBOT	1
SISTEMA DI FOTOFERESI THERAKOS -	1
UVER XTS	1
SISTEMA THERAKOS CELLEX	1
CLIMINAX PRODICI CELLULE	1
STAMINALI PER U.O. TRAPIANTO	1
NEURONAVIGATORE CON ECOGRAFO	1
INTEGRATO	1
UP GRADING APPARECCHIATURA RM	1
SISTEMA DI NEUROVIDEOENDOSCOPIA	1
INTEGRATO	1
ENDOSCOPIO VISONSENSE 3D-HD	1
STERILIZZATRICI GAS PLASMA	3
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>

Salvo che per gli investimenti realizzati nell'A.O. Santobono-Pausilipon, che hanno consentito di dotare l'Azienda di moderne attrezzature per la riabilitazione pediatrica, negli altri casi si tratta di investimenti di sostituzione di precedenti attrezzature obsolete, spesso acquistate oltre dieci anni orsono.

Tenuto conto dei tempi per l'entrata a regime delle nuove attrezzature, un primo obiettivo è di monitorare e verificare l'impatto in termini di assistenza erogata, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, delle nuove attrezzature, con riguardo alla capacità di soddisfare il bisogno della popolazione residente. Si verificheranno le variazioni intervenute nelle prestazioni dello stesso tipo erogate da produttori privati o in mobilità sanitaria passiva.

Contemporaneamente e sulla base degli standard nazionali e rilevati nelle Regioni più avanzate dal punto di vista della qualità dell'assistenza erogata ed attraverso l'utilizzo di metodologie di HTA (Health Technology Assessment), della popolazione assistita, dell'epidemiologia, si intende rilevare il fabbisogno di attrezzature sanitarie di elevata complessità. Parallelamente la Regione aggiornerà la rilevazione del patrimonio tecnologico attualmente disponibile finalizzato alla elaborazione del programma degli investimenti tecnologici.

pubbliche, al fine di predisporre una pianificazione degli investimenti a valere sul POR FESR 2014-2020, volta a fornire la strumentazione necessaria alla riqualificazione dell'assistenza pubblica permettendo al contempo la riduzione della mobilità passiva verso le strutture private della Regione e verso le strutture delle Regioni confinanti, e l'abbattimento delle liste d'attesa.

## • **Intervento 5.1 – Pianificazione degli investimenti tecnologici**

Con Delibera n. 591/2014 la Regione aveva programmato l'acquisto di grandi attrezzature tra cui 5 Risonanze magnetiche, 19 TAC e 11 Mammografi, da realizzare con fondi POR FESR 2007-2013, attraverso l'adesione alle convenzioni CONSIP in via di definizione nel corso del 2015. Per quanto riguarda risonanza e TAC, tale programma ha subito delle modifiche in quanto le procedure CONSIP sono state bloccate da ricorsi, mentre le procedure di acquisto dei Mammografi risultano parzialmente eseguiti.

La Regione procederà all'analisi della dotazione tecnologica attualmente disponibile presso le strutture pubbliche, al fine di predisporre una pianificazione degli investimenti a valere sul POR FESR 2014-2020, volta a fornire la strumentazione necessaria alla riqualificazione dell'assistenza pubblica permettendo al contempo la riduzione della mobilità passiva verso le strutture private della Regione e verso le strutture delle Regioni confinanti, e l'abbattimento delle liste d'attesa.

### **Obiettivi**

- Verifica impatto produttivo delle nuove attrezzature
- Ricognizione patrimonio tecnologico
- Miglioramento allocazione su scelte decisionali di investimento di tecnologia
- Elaborazione fabbisogno in attrezzature

### **Indicatori**

- Monitoraggio numero prestazioni erogate dalle nuove attrezzature
- Monitoraggio numero e tipologia tecnologia per azienda sanitaria
- Costituzione Commissione Regionale HTA
- Fabbisogno attrezzature per Azienda Sanitaria e Macro Area

### **Scadenze**

- Monitoraggio numero di prestazione erogate dalle nuove attrezzature: trimestralmente a partire dal 31 dicembre 2016
- Ricognizione patrimonio tecnologico: al 31 dicembre 2016 almeno 5 aziende; al 31 dicembre 2017 completo
- Costituzione Commissione regionale HTA: 31 dicembre 2016
- Fabbisogno attrezzature per Azienda Sanitaria e Macro Area: 30 aprile 2017

- **Intervento 5.2 – Health Technology Assessment**

La Regione si prefigge l'obiettivo di diffondere, all'interno delle Aziende Sanitarie e dei competenti Settori regionali, la cultura dell'Health Technology Assessment e dell'Horizon Scanning, attraverso la promozione di eventi scientifici mirati, dedicati a manager, clinici, infermieri, tecnici, ingegneri biomedici, ingegneri gestionali, farmacisti, personale amministrativo ecc.

Per l'identificazione e l'implementazione di modelli organizzativi e strumenti tecnologici di supporto ai processi decisionali, la Regione intende costituire una commissione costituita da esperti in possesso di particolari competenze in materia integrata con i referenti dei team delle singole Aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie della Regione.

**Obiettivi**

- Miglioramento scelte allocative con criteri di HTA a livello aziendale regionale

**Indicatori**

- Elaborazione modelli organizzativi e strumenti tecnologici di supporto alle Aziende e alla tecnostruttura regionale

**Scadenze**

- Produzione modelli organizzativi e strumenti tecnologici di HTA: 30 giugno 2017

- **Intervento 5.3 – Gestione del patrimonio immobiliare degli Enti del SSR**

Sulla base della ricognizione degli immobili non strumentali della AA.SS. della Regione, effettuata con DGRC n. 1916/2009, al fine di accelerare il processo di dismissione, la Regione ha accordato l'autorizzazione all'alienazione ai sensi dell'art. 5 comma 2 del D.Lgs n.502/92 e s.m.i. valutati "*facilmente alienabili*", in quanto risultati accatastati e privi di contenzioso o di altre circostanze che ne avrebbero potuto ostacolare l'alienazione.

La Struttura Commissariale con nota n. 719/2016 ha chiesto conto alle Aziende sanitarie delle problematiche che hanno rallentato il processo di ricognizione del patrimonio immobiliare e l'attuazione della DGRC n. 712/2014, chiedendo di specificare inoltre ulteriori informazioni in ordine agli immobili in locazione passiva ed agli immobili in proprietà e ha dato mandato alla Direzione Generale della Tutela della Salute di monitorare e compulsare le Aziende Sanitarie a proseguire l'iter di alienazione quanto più celermente possibile.

L'obiettivo che la Regione si pone è completare il quadro ricognitivo relativo al patrimonio immobiliare degli Enti del SSR al fine di definire un programma di gestione e valorizzazione che sia in grado, da un lato, di potenziare la capacità di offerta dei servizi sanitari da parte delle singole strutture recuperando spazi ed adottando soluzioni logistiche maggiormente efficaci, e dall'altro, di recuperare efficienza e risorse in conseguenza di una più opportuna utilizzazione di tale componente (anche, eventualmente, attraverso percorsi di dismissione).

**Obiettivi**

- Incentivare il processo di dismissione degli immobili non strumentali di proprietà delle Aziende sanitarie

...nessa a reddito a livelli di mercato degli immobili... la  
Aziende sanitarie al fine di migliorarne la redditività

- Ridurre il costo degli affitti passivi delle Aziende sanitarie compulsando da parte delle aziende sanitarie l'utilizzo di immobili di proprietà

#### **Indicatori**

- Monitoraggio delle procedure di dismissione degli immobili da parte delle aziende sanitarie, utilizzando, quali indicatori i vari step intermedi (acquisizione stime da parte dell'Agenzia del territorio; approvazioni bandi di gara, alienazioni effettivamente realizzate)
- Indicatore sintetico della redditività del patrimonio non strumentale delle AASS da utilizzare sia per verificare, nel tempo, le variazioni, sia per comparare i livelli di efficienza delle aziende
- Costruzione di un indicatore sintetico del costo degli affitti passivi da utilizzare sia per verificare, nel tempo, le variazioni, sia per comparare i livelli di efficienza delle aziende sanitarie

#### **Scadenze**

- Monitoraggio delle procedure di dismissione degli immobili da parte delle aziende sanitarie, utilizzando, quali indicatori i vari step intermedi (acquisizione stime da parte dell'Agenzia del territorio; approvazioni bandi di gara, alienazioni effettivamente realizzate): 30 aprile 2017
- Indicatore sintetico della redditività del patrimonio non strumentale delle AASS da utilizzare sia per verificare, nel tempo, le variazioni, sia per comparare i livelli di efficienza delle aziende: 30 aprile 2017
- Costruzione di un indicatore sintetico del costo degli affitti passivi da utilizzare sia per verificare, nel tempo, le variazioni, sia per comparare i livelli di efficienza delle aziende sanitarie: 30 giugno 2017

#### **Intervento 5.4 – Investimenti Strutturali**

La Regione ha approvato il DCA n. 7 del 08.02.2017 “Programma degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della L.67/88 – III Fase. Interventi prioritari. Approvazione documento programmatico”, con il quale è stato approvato il programma regionale di investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20 della L.67/88, per l'importo di ca. 363, 69 €/mln a carico dello Stato, già programmato con il DCA n. 138/2012, sulla base dei seguenti documenti allegati al DCA /2017:

- Allegato 1: Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale per 2016-2018;
- Allegato 2: Schede degli interventi I Stralcio;
- Allegato 3: Articolato contrattuale.

e si propone ai Ministeri Affiancanti l'accordo di programma dalla cui sottoscrizione sarà possibile avviare la fase successiva del programma.

La Regione ha programmato quale primo stralcio del programma generale, l'importo di ca. 179 €/mln, per il finanziamento degli interventi inclusi nell'elenco degli interventi del Documento Programmatico, cui



la quota di cofinanziamento delle Aziende Sanitarie per ca. 8,3 €/mln, sulla base della disponibilità finanziaria statale comunicata dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero Economia e Finanze.

Successivamente si procederà alla definizione del secondo stralcio nell'ambito della cifra complessiva di ca. 391,1 €/mln, provvedendo a programmare la quota residuale ammontante complessivamente a ca. 212 €/mln, di cui 201 €/mln a carico dello Stato e ca. 10,6 €/mln a carico della Regione.

## Programma 6 – Rapporti con gli erogatori

Rif. Adempimenti: f) - g) - t) - Aj) - Am) - Aai)

### • Intervento 6.1 – Rapporti con gli erogatori privati

La Regione ha emanato il DCA n. 85 del 08/08/2016 avente ad oggetto *“Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie della prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macro-area della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, ed alla macro-area della salute mentale e socio-sanitario”* e il DCA n. 89 del 08/08/2016 avente ad oggetto *“Definizione per gli esercizi 2016-2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati – Determinazioni”*.

Con riferimento al DCA n. 85/2016, occorre precisare che lo stesso consente, nella determinazione delle prestazioni acquistabili dalle strutture private accreditate, di incrementare del 10% anziché del 5%, come già stabilito dal DCA n. 53/15, il tasso di occupazione dei posti letto assunto a base del calcolo dei limiti di spesa per RSA e CD, anche in considerazione del fatto che si tratta di prestazioni ancora carenti nel territorio regionale rispetto alle prestazioni residenziali e semiresidenziali riabilitative.

Con il DCA n. 103 del 30 settembre 2016 *“Definizione per gli esercizi 2016-2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n.89 del 8 agosto 2016”*, è stato inoltre modificato il testo del secondo comma della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi dei contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dai DCA n. 85 e n. 89 del 8 agosto 2016, sostituito dal seguente periodo: *“In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla/alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo/contratto”*.

Con riferimento ai criteri da adottare per l'attribuzione della remunerazione a funzioni si rimanda al DCA n. 3/2015 per quanto riguarda le case di cura ed al DCA n. 8/2016 per quanto riguarda gli istituti classificati.

Ai fini del rispetto di quanto previsto dal DL n. 95/2012 (spending review), si rinvia alle spiegazioni già fornite al punto 2 della nota del sub commissario ad acta pro tempore, prot. 2666 del 6 luglio 2015 trasmessa sul flusso documentale piano di rientro prot. n. 126 del 6 luglio 2015.

A seguito della modifica dello schema di contratto, la Regione sta completando la stipula dei contratti per gli anni 2015, 2016 e 2017.

Nel periodo 2017 – 2018 la Regione si propone di migliorare ulteriormente la programmazione non solo del valore economico del tetto di spesa, ma anche dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogate. A tale fine le Aziende Sanitarie Territoriali dovranno:

- acquistare “ciò che serve” sulla base della domanda proveniente dal territorio (particolare condizione socio demografica, saturazione della capacità produttiva dell'offerta pubblica, specifico contesto epidemiologico, ecc);
- diminuire l'inappropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni erogate dai privati accreditati attraverso anche controlli ad hoc tramite i NOC;

...pi delle liste di attesa utilizzando integrando ... e rendendola sinergica con quella pubblica anche nell'ottica di una progressiva diminuzione della mobilità passiva interregionale;

- favorire le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità (L. 208/2015, art. 1, comma 574).

Con riferimento ai controlli di appropriatezza, il DCA n. 85/2016 prevede:

- che in linea con le disposizioni di cui alle Linee Guida per la riabilitazione emanate con la delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004), che al punto 5.2 che prevede "... la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente", di stabilire che per l'intera regione e per ogni ASL, il numero delle prestazioni domiciliari e il corrispondente limite di spesa è determinato, corrispondente al 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari, e che le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente previo nulla osta della ASL che sottoscrive il contratto con la struttura erogatrice;
- che ciascuna ASL provveda a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato per ciascuna ASL, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili; sarà cura del Direttore Generale dell'ASL provvedere a garantire il rispetto di tale disposizione adottando idonee misure organizzative.

Con DCA n. 89/2016 è previsto altresì che al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure:

- di approvare il Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica e necessità di dialisi supplementare, facendo obbligo ai Centri di Dialisi pubblici e privati di attenersi a tali disposizioni;
- di considerare inappropriate e non ammissibili al pagamento, le dialisi supplementari erogate a più del 15 % del totale dei pazienti che afferiscono a ciascuna struttura di dialisi;
- di disporre che dal 1° ottobre 2016 i centri di dialisi sia pubblici che privati accreditati inseriscano in tempo reale i trattamenti dialitici (sia l'anagrafica dei pazienti, che i dati delle ricette del SSR e dei singoli trattamenti) sul portale Regionale Sani.Ar.p. (di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016). Il portale Sani.Ar.p. fornirà alle ASL e alla Regione un report bimestrale sul consuntivo di spesa, sui volumi erogati in relazione ai tetti di spesa ed alla mobilità sanitaria;
- di demandare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute l'istituzione di un tavolo tecnico composto da rappresentanti delle strutture pubbliche, dei centri privati accreditati e delle Società Scientifiche, per definire entro il 30 Aprile 2017 un protocollo condiviso per la gestione della pre-dialisi e per la promozione della dialisi peritoneale;
- di disporre che le ASL devono convocare con cadenza mensile i Tavoli Tecnici previsti dall'art. 6 del Protocollo d'Intesa allegato al DCA, effettuando il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da intervenire tempestivamente su eventuali andamenti anomali e/o evidenze di consumi inappropriati del budget.

Un altro importante obiettivo che la Regione intende raggiungere è evitare il fenomeno dell'esaurimento dei tetti di spesa durante l'anno, attraverso l'assegnazione del budget al singolo erogatore anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale e la sua "mensilizzazione", così da garantire l'attività fino alla fine dell'anno. Al fine di soddisfare l'esigenza espressa dagli operatori privati di una programmazione di più lungo periodo, la Regione si impegna a garantire una programmazione biennale ferma restando la contrattazione annuale.



contratti con gli erogatori privati, successivamente aggiornata in data 01/03/2017 come di seguito riportato:

**Tabella 15 – Stato dell'arte contratti con gli erogatori privati**

Macroaree e branche	Contratti	Anno	ASL AV	ASL BN	ASL CE	ASL NA 1	ASL NA 2	ASL NA 3	ASL SA	TOTALE	% sul totale
CASE di CURA PRIVATE	N° strutture con contratto	2015	6	1	12	-	2	5	9	35	56%
		2016	7	2	6	-	2	5	2	24	38%
		2017	4	2	-	-	1	5	-	12	19%
RIABILITAZIONE art. 26	N° strutture con contratto	2015	10	10	18	23	21	24	34	140	99%
		2016	11	10	17	10	13	23	34	118	83%
		2017	11	-	-	9	13	23	-	56	39%
RSA e SALUTE MENTALE	N° strutture con contratto	2015	8	6	8	2	17	9	20	70	100%
		2016	15	4	8	2	9	7	21	66	87%
		2017	15	-	-	-	9	7	-	31	42%
FKT	N° strutture con contratto	2015	8	8	22	21	21	24	25	129	97%
		2016	9	8	21	3	11	23	25	100	73%
		2017	9	-	-	2	8	21	-	40	30%
DIALISI	N° strutture con contratto	2015	9	5	20	17	20	21	20	112	100%
		2016	9	5	20	15	20	18	20	107	96%
		2017	9	5	20	8	18	18	-	78	70%
CENTRI ANTI DIABETE	N° strutture con contratto	2015	3	1	3	7	-	4	5	23	100%
		2016	3	1	3	3	-	4	5	19	83%
		2017	3	-	-	-	-	4	-	7	30%
BRANCHE A VISITA	N° strutture con contratto	2015	1	-	20	25	21	33	9	109	100%
		2016	1	-	20	14	11	14	9	69	64%
		2017	1	-	18	3	5	12	-	39	35%
CARDIOLOGIA	N° strutture con contratto	2015	2	-	12	45	24	19	16	118	100%
		2016	2	-	12	23	15	14	16	82	69%
		2017	2	-	7	3	4	8	-	24	20%
LABORATORIO DI ANALISI	N° strutture con contratto	2015	37	24	101	122	98	132	117	631	94%
		2016	36	21	97	46	63	81	117	461	73%
		2017	13	-	33	5	14	57	-	122	21%
MEDICINA NUCLEARE	N° strutture con contratto	2015	1	1	5	9	2	3	3	24	100%
		2016	1	1	5	5	1	2	3	18	75%
		2017	1	-	3	-	1	1	-	6	25%
RADIOLOGICA	N° strutture con contratto	2015	6	12	28	47	35	37	39	204	100%
		2016	6	12	28	20	25	21	39	151	77%
		2017	6	-	15	-	15	15	-	51	28%
RADIOTERAPIA	N° strutture con contratto	2015	-	-	1	1	2	2	1	7	100%
		2016	-	-	2	-	-	-	1	3	38%
		2017	-	-	1	-	-	-	-	1	13%
ASSISTENZA TERMALE	N° strutture con contratto	2015	1	2	-	1	56	2	6	68	100%
		2016	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
		2017	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

Si fa presente che sono in corso con i Rappresentati di categoria AIOP e Confindustria ulteriori interlocuzioni per sollecitare la firma dei contratti tra le Aziende Sanitarie e gli erogatori privati, che per le Case di Cura presentano ancora alcune criticità.

#### Obiettivi

- Completamento stipula da parte delle ASL dei contratti 2015
- Completamento stipula da parte delle ASL dei contratti 2016 - 2017
- Definizione tetti di spesa annuali per periodo 2018-2019

- 100% stipula contratti 2015
- 100% stipula contratti 2016-2017
- Adozione di DCA con Definizione tetti di spesa per periodo 2018-2019

### Scadenze

- Stipula contratti 2015: 30 novembre 2016
- Stipula contratti 2016-2017: 15 marzo 2017
- DCA Tetti 2018-2019: 30 ottobre 2017

- **Intervento 6.2 - Rapporti con le Università Pubbliche e Fondazione IRCCS Pascale**

La Struttura Commissariale ha già definito e sottoscritto i Protocolli di Intesa tra Regione e Università (Federico II, SUN e Università di Salerno) per il periodo 2016-2018 come da mandato derivante da specifico actum.

Il Protocollo dell'Università SUN è stato sottoscritto tra tutti gli attori del processo in data 18 maggio 2016, mentre quello relativo all'Università degli studi Federico II è stato sottoscritto in data 1 giugno 2016, inoltrati al Presidente della Regione Campania per la sottoscrizione definitiva e la successiva adozione e recepiti con Decreti Commissariali n. 47 e n. 48 del 10.06.2016.

A seguito dei rilievi espressi nella riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 29 luglio 2016, la Regione ha provveduto a recepire i suddetti rilievi e rettificare il testo dei Protocolli d'Intesa.

In particolare con DCA n. 107 del 05/10/2016 si è preso atto dei rilievi espressi in merito al Protocollo d'Intesa con la Seconda Università degli Studi di Napoli "Luigi Vanvitelli" mentre con DCA n. 108 del 05.10.2016 si è preso atto dei rilievi espressi in merito al Protocollo d'Intesa con la Seconda Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Il Protocollo dell'Università degli studi di Salerno è stato adottato e recepito con DCA n. 114 del 11.10.2016.

Con DCA n. 9 del 14/02/2017 si è preso atto dei rilievi espressi dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali in seduta congiunta con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nella riunione del 23/11/2016 e del 21/12/2016 in merito al Protocollo d'Intesa con la Università degli Studi di Salerno.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 832 del 29.12.2016 è stato approvato il Protocollo di intesa tra la Regione Campania e l'IRCCS Pascale.

Tutti i Protocolli di Intesa devono essere in linea con il DCA n. 33/2016 che rappresenta allo stato il riferimento per la programmazione della nuova rete ospedaliera.

**o 6.3 – Rete laboratoristica privata**

La legge finanziaria per l'anno 2007 (art.1, comma 796, lettera O, Legge n. 296/2006) ha sancito l'obbligo per le Regioni di adottare Piani di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di medicina di laboratorio.

Negli ultimi anni, infatti, la medicina di laboratorio è stata attraversata da un profondo processo di innovazione tecnico scientifica e di automazione che si è tradotto nel mutamento dei costi e nella composizione dei diversi fattori della produzione; le indicazioni legislative sono state accompagnate dalla diffusione di indirizzi e Linee Guida nazionali, volti a consentire una rivisitazione delle relative reti di offerta.

Sulla base di tali norme e linee guida, la Regione Campania è intervenuta inizialmente sulla rete pubblica di offerta con il D.C.A. n. 55 del 30/09/2010.

Con il D.C.A. n. 109 del 19.11.2013, pubblicato sul BURC n. 3 del 13 Gennaio 2014 è iniziato il percorso per la rete privata. Lo stesso decreto n.109 riportava un cronoprogramma attuativo.

Il D.C.A. n. 45 del 04/07/2014 ha aggiornato il citato cronoprogramma. Ha fissato in euro 4,81 il costo medio delle prestazioni ai fini della determinazione della soglia minima di efficienza ed ha costituito un gruppo di lavoro con specifici compiti di verifica, controllo ed indirizzo per l'esatta esecuzione del D.C.A. n. 109/2013.

Il D.C.A. n. 59 del 29.05.2015, con l'approvazione del documento recante "Linee guida per il completamento del riassetto della rete laboratoristica privata ai sensi del DCA n. 109/2013", detta ulteriori disposizioni in recepimento delle indicazioni del Tavolo Ministeriale, con particolare riferimento alla soglia minima di attività ed al "service di laboratorio". Il citato decreto rivede le fasi temporali relative al processo di pianificazione e di aggregazione delle strutture laboratoristiche.

Malgrado la proroga di cui al D.C.A. n. 59, non sono pervenute tutte le programmate pianificazioni attuative aziendali né l'indicazione delle aggregazioni e degli atti costitutivi delle stesse. In sede di confronto con le AA.SS.LL. e con le organizzazioni sindacali più rappresentative ed alla luce delle osservazioni pervenute è emerso che tale ritardo è stato generato da dubbi applicativi - soprattutto in punto di disciplina autorizzativa - che hanno impedito la compiuta definizione dell'iter procedurale previsto dai decreti.

È stato, pertanto, necessario dettare indicazioni che sciogliessero tali dubbi. In particolare:

- Definizione delle modalità per il rilascio del decreto autorizzativo all'esercizio mediante procedura veloce per le strutture aderenti alle varie aggregazioni;
- Assegnazione dei nuovi codici regionali alle nuove aggregazioni, stabilendo il rapporto le strutture che compongono l'aggregazione e che conservano la propria autorizzazione e quindi un sottocodice identificativo;
- Predisposizione di strumenti informatici di monitoraggio anche al fine di evitare fenomeni di doppia aggregazione, soprattutto con riferimento a consorzi interaziendali;
- Diffida ai soggetti sotto le 70.000 PEQ ad aggregarsi ed avvio delle procedure ex l.n. 241/90;
- Studio del "contratto di rete", valutazione ammissibilità fra le tipologie consortili ammissibili;
- Analisi deroghe per le zone disagiate. Sulla base delle indicazioni di dettaglio si procederà al completamento del percorso, fino a giungere allo standard delle 200.000 PEQ.

adempimenti:

- al Punto 3: Trasmissione Atto Costitutivo, Statuto e Modello “A” (Modello organizzativo dell’Aggregazione);
- al Punto 4: Istanza di nuova autorizzazione all’esercizio su Modello “B” (per l’Hub) e Modello “C” (per gli Spoke);
- al Punto 5: Istanza di accreditamento dell’Aggregazione;
- al Punto 6: Comunicazione dell’avvenuta Aggregazione dal parte delle strutture al di sotto delle 70.000 prestazioni equivalenti.

Il DCA N. 17/2016 prevedeva che l’attività in forma aggregata sarebbe potuta iniziare solo dopo il rilascio del codice di accreditamento, a cui avrebbe provveduto la Regione entro i 30 giorni successivi alla trasmissione della delibera di accreditabilità adottata dalla Asl (Punto 10) e che entro il 1° ottobre 2016 tutte le Aggregazioni avrebbero dovuto essere in possesso dei decreti autorizzativi all’esercizio, della delibera di accreditabilità e del codice regionale (Punto 11).

Infine, il DCA n. 17/2016 fissava il 31 ottobre 2017 il termine ultimo per raggiungere lo standard minimo di 200.000 prestazioni.

Il DCA n. 28/2016 ha prorogato al 15 ottobre 2016 tutti gli adempimenti previsti ai punti nn. 3, 4, 5, e 6 del DCA n. 17/2016 e al 31 dicembre 2017 quello di cui al punto 12. In recepimento di un’ordinanza di sospensione del TAR che definiva incongruo il termine fissata dal DCA n. 17.

Il DCA n. 83/2016 ha modificato profondamente la disciplina, stabilendo, anzitutto, in quali casi è necessario ottenere l’autorizzazione alla realizzazione: le ipotesi sono quelle dell’HUB realizzato ex novo e degli SPOKE per cui si chiede un trasferimento in altra sede (consentito solo nell’ambito dello stesso distretto).

Per gli HUB, poi, non è necessaria l’autorizzazione alla realizzazione nel caso in cui il laboratorio centralizzato sia localizzato in uno dei laboratori già esistenti, non necessiti di modifiche sostanziali nella zona dedicata alla fase analitica e risulti già autorizzato per tutti i settori specializzati che confluiranno nell’Aggregazione da parte dei singoli SPOKE.

Il DCA n. 83/2016, poi, stabilisce che, tanto per l’HUB quanto per gli SPOKE, non è più necessario chiedere e ottenere l’autorizzazione all’esercizio, essendo sufficiente presentare una SCIA (segnalazione certificata di inizio attività), accompagnata da una asseverazione da parte di un tecnico circa il possesso dei requisiti prescritti dalla d.g.R.C. 7301/2001 come modificato dal DCA 109/2013.

La SCIA, più in particolare, potrà essere presentata solo una volta che ciascuna struttura avrà terminato gli eventuali lavori e le variazioni organizzative e/o del parco tecnologico necessari, se del caso autorizzate con l’autorizzazione alla realizzazione (cioè nelle ipotesi in cui è necessario chiedere e ottenere l’autorizzazione alla realizzazione).

L’introduzione della SCIA è volta a velocizzare il procedimento che, per la numerosità dei soggetti interessati, rischia di ingolfare le aziende e di disattendere ogni cronoprogramma prevedibile.

Il DCA n. 83/2016 approva, pertanto, degli specifici modelli per la presentazione delle richieste di autorizzazione alla realizzazione (non più all’esercizio) che sostituiscono quelli di cui al DCA 17/2016: si

distretto).

L'Allegato "A" riguarda il modello organizzativo dell'Aggregazione e, sostanzialmente, replica l'analogo modello approvato con il DCA n. 17/2016.

Gli allegati "D" ed "E", infine, recano dei modelli per la presentazione della SCIA, rispettivamente, per gli SPOKE e per l'HUB.

Il DCA n. 83/2016 stabilisce, a chiare lettere, che i vecchi modelli di richiesta di autorizzazione all'esercizio approvati con il DCA n. 17/2013, laddove già presentati, devono intendersi quali istanze di autorizzazione alla realizzazione.

Il DCA n. 83/2016, infine, richiede agli SPOKE realizzati nel rispetto della normativa vigente di trasmettere al Comune di competenza e alla Asl in cui sono ubicati specifica planimetria, opportunamente modificata, in cui vengono distinte le aree destinate alle attività pre e post analitiche da quelle non più adibite ad attività analitiche, per le quali occorre indicare la nuova destinazione; nel silenzio del decreto circa il termine e le modalità con cui trasmettere la planimetria, poiché si parla di SPOKE realizzati, deve desumersi che la planimetria dovrà essere allegata alla SCIA.

Con il DCA n. 111/2016 sono state approvate le *"Linee guida relative alla disciplina delle aggregazioni laboratoristiche e disciplina contrattuale"* che hanno ulteriormente modificato la disciplina, stabilendo che, per evitare soluzioni di continuità nell'erogazione delle prestazioni, *"a seguito del completamento delle presentazioni delle SCIA al/ai Comuni ed alla/e ASL, il Legale Rappresentante del Soggetto Aggregatore, ed i Legali Rappresentanti dei laboratori aggregati, con atto notorio comunicano ... la data a partire dalla quale hanno avuto le attività in forma aggregata e, conseguentemente, sono cessate le attività in forma individuale"* alla ASL in cui opera l'HUB, alla/e Asl in cui operano gli SPOKE, alla Regione Campania – Direzione Generale per la Tutela della Salute e alla SO.RE.SA..

Il documento allegato al DCA n. 111/2016 continua stabilendo che la *"Asl territorialmente competente, entro tre giorni, acquisita la dichiarazione e vista la documentazione comprovante il deposito della SCIA completi dei requisiti previsti dalla normativa, rilascia il nuovo codice NSIS alfanumerico su delega della Regione... alimentando nello stesso termine di tre giorni nel tracciato record STS11 la data di inizio attività indicata dal Soggetto Aggregatore (a cura della ASL in cui esso opera) e la data di cessazione dei singoli laboratori aggregati (a cura della/e ASL in cui essi operavano)"*.

Entro la fine del mese in cui avrà iniziato l'attività in forma aggregata, sarà l'Aggregazione a emettere fattura per tutte le prestazioni erogate in forma centralizzata. Entro il decimo giorno del mese successivo, poi, avrà l'obbligo dei flussi informativi alla ASL in cui opera (FILE C e SANIARP) e alla SOGEI - Tessera Sanitaria.

La Asl dovrà trasmettere in Regione la delibera di accreditabilità entro il secondo mese successivo a quello in cui sarà iniziata l'attività centralizzata; la Regione avrà, poi, 60 giorni per il rilascio del decreto di accreditamento.

Il DCA n. 111/2016, poi, ha previsto un nuovo schema di contratto che deve essere sottoscritto dai singoli laboratori e dal legale rappresentante dell'Aggregazione. Nei contratti si prevede, per evitare soluzioni di continuità, che fino a quando non sarà presentata la SCIA, le prestazioni potranno essere ancora erogate e fatturate dai singoli laboratori in forma individuale; una volta avviata l'attività in forma centralizzata, l'Aggregazione subentrerà automaticamente in ciascun contratto sottoscritto dai singoli laboratori.

Con successiva circolare (n. 6458/c del 28 ottobre 2016) in esito a riunione con i referenti nazionali di TS e NSIS si è stabilito che le *"ASL cureranno l'aggiornamento del sistema NSIS con la creazione del nuovo*



dalle "Linee guida relative alla disciplina delle aggregazioni laboratoristiche e disciplina contrattuale" del DCA n. 111 del 06.10.2016.

E' importante chiarire che il modello scelto dalla Regione Campania non è un adempimento formale che aggrega l'esistente da un punto di vista meramente documentale, ma costituisce una trasformazione reale e concreta dell'intera rete di offerta anche attraverso la creazione di nuove strutture. Infatti, le attività analitiche potranno essere svolte esclusivamente dagli HUB e gli SPOKE potranno svolgere solo attività pre-analitica e post-analitica. Anche il modello di rete - contratto, malgrado l'elevato contenzioso a riguardo, è stato accolto solo nella misura in cui è compatibile con il descritto modello e non è stato consentito alle Strutture nodi della rete di mantenere una propria "autonomia giuridica".

Con riferimento all'utilizzo dello strumento della SCIA previsto dagli art. 19 e 20 della l.n. 241/90 e s.m.i., il DCA n. 83 richiama le conseguenze penali per chi rende dichiarazioni mendaci ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e attribuisce alle AASSLL un termine di 60 giorni per effettuare le verifiche di conformità rispetto a quanto autodichiarato. Nel caso dovessero emergere difformità (che non costituiscono mere irregolarità sanabili mediante integrazione successiva del procedimento), l'Azienda dovrà procedere ai sensi della richiamata normativa con immediata verifica in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'interruzione del rapporto di accreditamento.

E' evidente che la fattispecie di interruzione del rapporto concessorio per il venir meno degli elementi fiduciari è un procedimento di natura ablativa che presenta una preponderante componente discrezionale. Pertanto, essa deve presupporre un provvedimento che accerti in maniera definitiva l'esistenza di una falsa attestazione e un'analisi specifica, caso per caso, della situazione concreta. Il rischio, nell'ipotesi di interruzione del rapporto in carenza sia di sufficienti motivazioni che di articolata procedura è di esporre l'amministrazione a rischi di pretese risarcitorie.

E' attualmente in corso da parte della Direzione Generale della Tutela della Salute una ricognizione delle Aggregazioni allo stato costituite. Terminata la ricognizione, le risultanze verranno comunicate ai Ministeri vigilanti.

## Obiettivi

- Concentrazione dell'offerta che in Regione Campania si presenta altamente frammentata (circa 800 laboratori), aggregando la massa critica su un numero notevolmente inferiore di Poli (HUB) che presentino sufficienti standard di qualità ed efficienza
- Concentrazione della fase analitica su una unica sede HUB con Spoke che svolgono esclusivamente la fase preanalitica e post analitica;
- Riduzione del numero di interlocutori, anche al fine di agevolare le attività di contrattualizzazione con gli operatori ex art. 8 quinquies, Dlgs. 502/92

## Indicatori

- Percentuale di laboratori aggregati sul totale;
- Adozione dei nuovi decreti di accreditamento delle aggregazioni

## Scadenze

per almeno il 50% del totale dei laboratori: 30 giugno 2017

- Aggregazioni per il totale dei laboratori: 31 dicembre 2017
- Adozione dei nuovi decreti di accreditamento delle aggregazioni: 30 gennaio 2018

- **Intervento 6.4 – Riconversione Case di Cura Neuropsichiatriche**

La Regione ha emanato il DCA n.94/2014 “*Riconversione Case di Cura Neuro-psichiatriche. Verbale di accordo 2.7.2014. Determinazioni*”, con il quale è stato definito il processo di riorganizzazione per tali tipologie di strutture e il numero di posti letto da riconvertire in altri setting assistenziali (assistenza psichiatrica e degenza post-acuzie) rinviando la conclusione del processo all’adeguamento delle tariffe già previste con DCA 5/2011.

Con DCA n. 193 del 29/12/2016 avente ad oggetto “Riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e definizione delle nuove Tariffe per le strutture Residenziali Psichiatriche” la Struttura Commissariale ha provveduto ad aggiornare quanto disposto con il suddetto DCA n. 94/2014.

In particolare si è proceduto ad approvare la classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche territoriali a diverso livello di intensità di cura e l’aggiornamento delle relative tariffe giornaliere residenziali ad alta intensità riabilitativa, confermando per il resto quanto previsto dal DCA n. 5/2011.

Il suddetto decreto disciplina inoltre i requisiti di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche.

La nuova disciplina trova applicazione in tutte le strutture residenziali psichiatriche già in esercizio, a quelle di nuova istituzione, nonché a quelle derivanti dalla riconversione delle cosiddette case di cura neuropsichiatriche.

Le strutture residenziali psichiatriche campane sono state classificate con il decreto commissariale n. 5/2011, sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo. Tale decreto riportava la seguente classificazione:

- SIR 1 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative a carattere intensivo, da massimo 20 posti letto residenziali;
- SIR 2 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative a carattere estensivo, da massimo 20 posti letto residenziali;
- CDP - Centri Diurni Psichiatrici - strutture che operano in regime semiresidenziale da massimo 20 posti letto.



riconversione sarà possibile realizzare strutture con un numero maggiore di posti letto, ma comunque senza superare per ogni modulo funzionalmente e strutturalmente autonomo il numero massimo di 20 posti letto, avendo anche riguardo a mantenere nettamente separati i percorsi di cura nel caso delle strutture che accolgono più discipline.

Le strutture afferenti alla prima tipologia sopra riportata (SIR 1), come stabilito dal nuovo Documento della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome del 13 giugno 2013, assicurano l'esecuzione di PTRP con diversi livelli di intensità assistenziale e riabilitativa. Di conseguenza per le SIR 1 si prevedono:

- Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa
- Programmi con attività intensiva riabilitativa

Le tariffe definite con DCA n. 193/2016 per le diverse tipologie di assistenza sono qui di seguito riportate:

**Tabella 16 – Tariffe per le diverse tipologie di assistenza**

Descrizione Prestazione	Riferimento	Tariffa Giornaliera
Residenziale elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa	DCA 193/2016	€ 160,00
Residenziale intensiva	DCA 5/11	€ 142,20
Residenziale estensiva	DCA 5/11	€ 126,86
Semiresidenziale (Centro diurno)	DCA 5/11	€ 63,74

Alla luce delle necessità espresse nell'Ordinanza del Tar Campania, la Struttura Commissariale ha concesso la proroga del termine fissato dal DCA n. 193/2016 fino al 15.04.2017, rinnovando comunque, il mandato ai Direttori dei Dipartimento di salute Mentale delle AA.SS.LL. di concludere celermente i processi avviati di riclassificazione dei setting assistenziali.

#### Obiettivi

- Completamento del processo di riconversione delle Case di Cura Neuro-psichiatriche

#### Indicatori

- Emanazione del provvedimento per l'aggiornamento del DCA 94/2014

#### Scadenze

- Emanazione del provvedimento per l'aggiornamento del DCA 94/2014: adottato DCA n. 193/2016
- Completa attuazione del processo di riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche: 31 dicembre 2017



## Programma 7 – Gestione del contenzioso

La Regione Campania ha costituito, inizialmente con il DCA n. 148 del 24.12.2014 e, successivamente, con DCA n. 15 del 01.03.2016, un apposito Organismo Tecnico che ha il compito di governare e monitorare lo stato dei rischi del SSR.

Tale organismo ha l'obiettivo di:

- eseguire un'analisi del fondo rischi esaminando le diverse tipologie di rischi esistenti e della loro evoluzione;
- verificare la congruità del fondo rischi accantonato;
- valutare il contenzioso legale in essere predisponendo una reportistica periodica necessaria al monitoraggio da parte della Direzione Generale Tutela della Salute.

La commissione si occupa di svolgere una attività di “*due diligence*” sullo stato del rischio a livello regionale al fine di condividere procedure omogenee tra le aziende sanitarie nel rispetto di una congrua e completa rappresentazione degli accadimenti contabili aziendali.

Tale attività è svolta mediante l'implementazione di una piattaforma informatica che permetterà la gestione del contenzioso regionale in essere, supportando il Servizio Legale aziendale, il Servizio Economico-Finanziario aziendale, l'Avvocatura Regionale e la Direzione Generale per la Tutela della Salute nella determinazione di un approccio strutturato e condiviso per la verifica e il monitoraggio dello stato dei rischi aziendale.

L'utilizzo della piattaforma consentirà alle aziende di determinare gli accantonamenti a fondo rischi applicando una metodologia omogenea nel rispetto sia delle direttive del Decreto Legislativo 118/2011, sia dei principi contabili vigenti in materia.

La piattaforma informatica consentirà alle singole aziende di rilevare le aree critiche per categoria/sottocategorie in base all'applicazione della suddetta metodologia, la quale prevede la correlazione tra i livelli di rischi del singolo contenzioso e la stima della tempistica di definizione dello stesso; l'implementazione completa a livello regionale del sistema informatico permetterà alle Aziende sanitarie di:

- gestire il contenzioso aziendale attraverso l'inserimento di Diffide, Atti giudiziari, Udienze e Sentenze e nello stesso tempo seguirne il percorso giuridico;
- attribuire agli atti giudiziari inseriti la valutazione della soccombenza, stimata dagli Affari Legali;
- associare a ciascun procedimento la valutazione contabile gestita dall'Economico – Finanziario con definizione di quota contabilizzata, accantonamenti, ecc.

Questo consentirà alla Regione di attivare un processo di monitoraggio centralizzato ed integrato in tempo reale, e quindi poter porre in essere la valutazione sulla congruità del fondo rischi del SSR.

### Obiettivi

- Completamento da parte delle Aziende Sanitarie della ricognizione delle singole posizioni in essere al 31 dicembre 2015 tramite la specifica piattaforma informatica

gestione a livello centrale dei dati relativi al c..... e  
della GSA al fine di valutare la congruità del Fondo Rischi sanitario regionale

- Definizione a livello centrale delle azioni comuni/programmi/procedure da adottare per la gestione di categorie omogenee di contenziosi

#### **Indicatori**

- Implementazione di una piattaforma informatica per il monitoraggio dello stato dei rischi aziendali
- Verifiche trimestrali sull'adeguatezza del Fondo rischi iscritto nello Stato Patrimoniale del bilancio consolidato del SSR, e dei relativi Accantonamenti imputati a Conto Economico
- Definizione azioni a livello centrale delle azioni comuni/programmi/procedure da adottare per la gestione di categorie omogenee di contenziosi

#### **Scadenze**

- Completare la ricognizione delle singole posizioni in essere al 31 dicembre 2015: in sede di approvazione dei bilanci 2015
- Acquisire e gestire a livello centrale i dati relativi al contenzioso delle Aziende Sanitarie e della GSA al fine di valutare la congruità del Fondo Rischi sanitario regionale: annuale
- Definizione azioni a livello centrale delle azioni comuni/programmi/procedure da adottare per la gestione di categorie omogenee di contenziosi: annuale

## **Programma 8 – Contratti Interregionali in materia di mobilità sanitaria**

Il Patto della salute 2010-2012 ha annoverato gli accordi sulla mobilità interregionale tra i “*settori strategici in cui operare per un maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini*” anche in termini di appropriatezza, attraverso il governo della domanda.

Il Patto della salute 2014-2016, al comma 3 dell'articolo 9, ha individuato come obbligatori gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale; da ultimo la Legge di Stabilità 2016 ha previsto che gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale debbano essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.

Con DCA n. 112/2016 del 11/10/2016 è stato istituito un Gruppo di lavoro che, a seguito di riunioni settimanali, ha elaborato una bozza di accordo tra le regioni confinanti, in primis tra Regione Campania e Regione Basilicata. Tale bozza è stata trasmessa alla Regione Basilicata con nota del Commissario ad Acta prot. n. 7002/c del 20/11/2016 “Accordo bilaterale di mobilità sanitaria”. In base agli elementi condivisi tra tali due regioni, sono stati predisposti due allegati alla bozza di accordo, attinenti la definizione dei tetti di spesa per macrocategorie di assistenza e di criteri per il monitoraggio dell'appropriatezza di assistenza e i criteri per il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. È già in programma l'incontro tra le due Regioni per la definitiva condivisione e sottoscrizione dell'accordo bilaterale.

Nel mese di dicembre sono stati altresì prodotte dal Gruppo di Lavoro i documenti inerenti gli accordi per le Regioni Molise, Lazio e Puglia.

### **Obiettivi**

Sono posti come obiettivi primari il governo della mobilità sanitaria interregionale, in particolare in ottica di contenimento della mobilità passiva, e la definizione dei contratti interregionali in materia di mobilità sanitaria, per la regolamentazione dei flussi migratori, con peculiare attenzione al controllo dell'appropriatezza organizzativa e assistenziale delle prestazioni addebitate.

Al riguardo dovranno essere poste in essere attività specifiche.

- Azioni propedeutiche alla definizione degli accordi interregionali:
  - analisi degli interscambi di mobilità interregionale e delle anomalie evidenziate negli anni pregressi: chiusura del contenzioso pregresso con le altre Regioni. Risulta opportuna la definizione del contenzioso in corso con le Regioni con gli accordi di chiusura dal 2010 per importi di centinaia di milioni di euro per contestazioni non definite;
  - analisi del fenomeno della mobilità sanitaria interregionale con particolare riferimento alla classificazione delle componenti di mobilità, alla provenienza dei pazienti, alla tipologia delle prestazioni erogate;
  - valutazione dell'offerta sanitaria pubblica e dei privati accreditati, in relazione anche agli interventi programmati nel piano sanitario, e programma di investimenti in attrezzature sanitarie di elevata complessità;
- Sottoscrizione degli accordi di mobilità sanitaria con le Regioni confinanti (Lazio, Molise, Basilicata e Puglia), anche in ottica di superamento del Decreto Commissariale 156/2012 e in ottemperanza delle previsioni della Legge di Stabilità 2016 (parità di accesso)
- Sottoscrizione degli accordi di mobilità sanitaria con le Regioni con le quali esiste uno scambio di volumi elevato (Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna)

..... dell'attuazione degli accordi sottoscritti e di ..... e,  
monitoraggio e controllo delle prestazioni, analisi dell'appropriatezza

### Indicatori

- Costituzione di un gruppo di lavoro deputato all'istruttoria degli accordi di confine e degli accordi con le Regioni ad elevato scambio di volumi di attività, nonché al governo della mobilità sanitaria interregionale ed al monitoraggio degli elementi individuati nell'ambito degli accordi interregionali stipulati
- Definizione degli elementi di analisi per la definizione del contenzioso pregresso
- Predisposizione di un modello di analisi del fenomeno di mobilità sanitaria interregionale
- Stipula dei contratti interregionali in materia di mobilità sanitaria
- Riduzione del saldo di mobilità nel triennio 2016-2018, specie in riferimento alle prestazioni non in linea con le regole di appropriatezza organizzativa ed assistenziale

### Scadenze

- Costituzione di un gruppo di lavoro deputato all'istruttoria degli accordi di confine e degli accordi con le Regioni ad elevato scambio di volumi di attività, nonché al governo della mobilità sanitaria interregionale ed al monitoraggio degli elementi individuati nell'ambito degli accordi interregionali stipulati: costituito con DCA n. 112/2016 del 11/10/2016
- Definizione degli elementi di analisi per la definizione del contenzioso pregresso: definite nel corso delle riunioni del gruppo di lavoro
- Predisposizione di un modello di analisi del fenomeno di mobilità sanitaria interregionale: predisposto nel corso delle riunioni del gruppo di lavoro
- Stipula dei contratti interregionali in materia di mobilità sanitaria con la Regione Basilicata: 31 marzo 2017
- Stipula dei contratti interregionali in materia di mobilità sanitaria con le Regioni confinanti (Lazio, Molise, Basilicata e Puglia) e con volume di scambio elevato (Lombardia, Emilia Romagna e Toscana): 31 dicembre 2017
- Valutazione trimestrale dell'andamento delle prestazioni rese in mobilità interregionale: a conclusione degli accordi con le Regioni confinanti e con volume di scambio elevato

## Programma 9 – Piani di Rientro Aziendali

Con il DCA n. 102 del 29 settembre 2016 “*Individuazione degli Enti pubblici sanitari che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere a) e b) della legge 28 dicembre 2015, n.208. Piani di rientro aziendali*”, la Regione ha adottato lo specifico provvedimento per l'individuazione delle Aziende da sottoporre a Piano di Rientro nei termini previsti dal comma 524 e 547 della Legge 208 del 28 dicembre 2015, ovvero 30 giugno dell'anno successivo eccetto per il primo anno di applicazione della norma nei confronti delle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie ed IRCCS.

Le Aziende individuate dal DCA n.102/2016, qui di seguito riportate, dovranno presentare i propri Piani di Rientro e nei 30 giorni successivi la Regione dovrà verificare il contenuto dei Piani e procedere all'approvazione degli stessi nei 30 giorni successivi.

**Tabella 17 – Aziende in Piano di Rientro**

Valutazione di cui all'art.1 comma 524 della legge 28 dicembre 2015, n. 208				
Aziende in PdE	per lettera A)	per lettera B)	per lettera A) e B)	Totale Aziende in PdE
901 CARDARELLI			SI	SI
902 SANTOBONO	SI			SI
903 COLLI	SI			SI
904 RUGGI SA			SI	SI
905 MOSCATI AV		SI		SI
906 RUMMO BN		SI		SI
907 SAN SEBASTIANO CE			SI	SI
908 AOU SUN			SI	SI
909 AOU FEDERICO II	SI			SI
910 PASCALE	SI			SI
<b>TOTALE</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>10</b>

Ad oggi risultano pervenuti i Piani relativi alla lettera a) mentre risultano in corso di predisposizione i Piani relativi alla lettera b).

È stato avviato un percorso di affiancamento tecnico-scientifico con AGENAS per le AORN rispetto alle condizioni di cui al comma 524 lettera b) della legge 28 dicembre 2015 n. 208.

Soddisfatto infatti l'adempimento di cui alla lettera a) del comma 524 legge n. 208, diventa rilevante, sotto il profilo assistenziale, modulare le procedure di rientro attraverso la necessità di garantire percorsi assistenziali appropriati, dotando le Aziende di un cruscotto clinico in grado di orientare le scelte, non solo sotto il profilo economico-finanziario, ma anche sotto quello della erogazione dei LEA.

Inoltre, con cadenza trimestrale, si procederà alla verifica dell'adozione e della realizzazione delle misure previste nei Piani di Rientro aziendali nel rispetto delle tempistiche in essi indicate ai fini dell'eventuale erogazione, a titolo di anticipazione, delle somme trattenute in Gestione Sanitaria Accentrata ai sensi del comma 531 ovvero dell'adozione delle necessarie misure per la riconduzione in equilibrio della gestione.

La Regione si impegna a pubblicare nel proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli Enti interessati raffrontati agli obiettivi programmati nel piano di rientro.

- Verifica dell'adozione e della realizzazione delle misure previste nei Piani di Rientro Aziendali nel rispetto delle tempistiche in essi indicate

#### **Indicatori**

- Adozione del provvedimento per l'individuazione delle AO, AOU e IRCCS da assoggettare a Piano di rientro
- Adozione provvedimento di individuazione delle AASSLL con presidi ospedalieri da sottoporre a piani di rientro
- Adozione provvedimenti di approvazione dei Piani di Rientro aziendali
- Pubblicazione dei risultati dell'attività di monitoraggio trimestrale nel proprio sito internet

#### **Scadenze**

- Adozione provvedimento di individuazione delle AO, AOU, IRCCS in Piani di Rientro: adottato il 29 settembre 2016
- Adozione provvedimento di individuazione delle AASSLL: 30 giugno 2017
- Approvazione dei Piano di Rientro Aziendali: entro 30 giorni dalla presentazione del Piano di Rientro da parte delle Aziende
- Monitoraggio dei risultati dei Piani di Rientro Aziendali: trimestrale in sede di monitoraggio dei Conti Economici (Febbraio, Giugno, Luglio, Novembre)

## Programma 10 – Piano dei pagamenti e tempi di pagamento

### • Intervento 10.1 – Piano dei pagamenti 2016-2018

La ricognizione dei debiti commerciali come risultanti dai modelli SP al 31 dicembre 2014 dei singoli Enti del SSR e del valore dell'indicatore annuale dei tempi di pagamento 2015 pubblicati dai singoli Enti sui rispettivi siti aziendali, di seguito evidenziata, dimostra un livello di indebitamento ed un ritardo medio di pagamento ancora da ricondurre a normalità specialmente per alcune aziende.

**Tabella 18 – Indicatore annuale tempi pagamento 2015**

AZIENDA	Deb. Vs fornitori al 31.12.2014	Indicatore annuale tempi pagamento 2015
Accentrata	73.774	- 1
ASL di Avellino	162.538	24
ASL di Benevento	39.190	2
ASL di Caserta	276.814	94
ASL Napoli 1 Centro	818.303	358
ASL Napoli 2 Nord	198.659	106
ASL Napoli 3 Sud	596.514	163
ASL di Salerno	395.255	29
AO CARDARELLI	91.106	48
AO SANTOBONO	18.701	34
AO DEI COLLI	86.895	63
AOU S.GIOV. SA	71.772	212
AO MOSCATI AV	46.982	60
AO RUMMO BN	35.275	187
AO OSP.CIVI. CE	30.890	90
AOU SUN	34.837	87
AOU F II	75.753	118
IRCCS PASCALE	59.648	145
<b>TOTALE</b>	<b>3.112.906</b>	

Pertanto, la Regione ha esteso le azioni previste dal Piano dei Pagamenti di cui al DCA 12/2011 e s.m.i ai debiti maturati al 31 dicembre 2015 ed agli eventuali ritardi dei pagamenti correnti, prorogandolo per l'intero triennio 2016-2018 al fine di ridurre ulteriormente l'ammontare dell'indebitamento commerciale del SSR e di ricondurre nei limiti previsti dalla normativa di riferimento i tempi medi di pagamenti dei singoli Enti, oltre che trarre benefici in termini di contenimento del contenzioso, interessi di mora e spese legali.

### Obiettivi

- Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale del SSR ad un livello da considerare fisiologico, pari a circa 1,5 – 2 miliardi
- Riduzione dei tempi medi di pagamento dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa

### Indicatori

- Riduzione dell'indebitamento commerciale a livello di singolo Ente del SSR e consolidato al massimo al 25% degli acquisti annui

## dei tempi di pagamento nel limite di 60 giorni p. ...., con azzeramento dei ritardi di pagamento

### Scadenze

- Riduzione a livelli normali dell'indebitamento commerciale e dei tempi di pagamento a livello di singolo Ente e consolidato per i debiti liquidabili e per le partite in contenzioso e/o per le aziende con maggiori difficoltà finanziarie: entro il periodo di attuazione dei Programmi Operativi, ovvero, nei più brevi tempi che potranno essere consentiti dallo smobilizzo degli attuali elevati crediti vs. lo Stato per quote del finanziamento ordinario della spesa sanitaria corrente
- Monitoraggio indicatore tempi di pagamento: cadenza trimestrale ed annuale: azzeramento dei giorni di ritardo di tutte le aziende sanitarie entro il periodo di attuazione dei Programmi Operativi, ovvero, nei più brevi tempi che potranno essere consentiti dallo smobilizzo degli attuali elevati crediti vs. lo Stato per quote del finanziamento ordinario della spesa sanitaria corrente

### • **Intervento 10.2 – Riduzione dei tempi di pagamento**

Nel corso del prossimo triennio la Regione punta a ridurre ulteriormente i tempi di pagamento dei fornitori da parte delle Aziende del SSR. Anche in tale ottica deve quindi essere vista l'approvazione del DCA n. 56 del 21 giugno 2016 "*Disposizioni in materia di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi*", con il quale è stato prorogato fino alla estensione a tutte le Aziende sanitarie del Sistema Informativo Contabile (SIAC) e della Centrale Unica di pagamento, il ruolo di Centrale Acquisti di So.Re.Sa per acquisti di farmaci e specialità medicinali, al fine di mantenere e se possibile accrescere i positivi risultati in termini di risparmio economico, di certezza e riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori e concentrazione dell'attività di acquisto nell'ambito sanitario.

I tempi di pagamento da parte delle Aziende scontano fundamentalmente due fattori:

- disponibilità finanziarie;
- processi amministrativo contabili non sempre efficienti.

Rispetto al primo fattore, si evidenzia che nel corso degli ultimi anni, la Regione ha accumulato consistenti crediti verso lo Stato, relativi non solo alla residua quota del 3% di premialità, ma anche alla quota di finanziamento nei limiti del 97% che normalmente è incassata nel corso dell'anno. Questa ultima criticità è stata risolta dal DL 113 del 24 giugno 2016 che ha sbloccato circa 690 €/mln, in conto finanziamento ordinario per FSN 2014 e 2015. Tale importo al netto degli acconti già anticipati dalla Regione è stato trasferito alle AA.SS. sulla mensilità di ottobre 2016

Rispetto al secondo fattore invece, nell'ambito dell'attuazione del PAC, la Regione ha individuato tra le azioni prioritarie da espletare entro il 31.12.2017 la definizione/aggiornamento delle procedure relative al ciclo passivo.

### Obiettivi

- Riduzione dell'ammontare dell'indebitamento commerciale del SSR
- Riduzione dei tempi medi di pagamento dei singoli Enti entro i limiti previsti dalla normativa



- Riduzione dell'indebitamento commerciale a livello di singolo Ente del SSR e consolidato al massimo al 25% degli acquisti annui (considerando le quote a saldo e le fatture non liquidabili)
- Riconduzione dei tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsto dalla legislazione vigente, con azzeramento dei ritardi di pagamento

#### **Scadenze**

- Riduzione dell'indebitamento commerciale a livello di singolo Ente del SSR e consolidato al massimo al 25% degli acquisti annui (considerando le quote a saldo e le fatture non liquidabili): 31 dicembre 2017
- Riconduzione dei tempi di pagamento nel limite di 60 giorni previsto dalla legislazione vigente, con azzeramento dell'indice di tempestività: 31 dicembre 2017

## **Programma 11 – Governance e monitoraggio degli Adempimenti**

### **Rif. Adempimenti: e)**

#### **• Intervento 11.1 – Adempimenti LEA**

La Regione intende risolvere le inadempienze pregresse a partire dall'anno 2012. Nello specifico si intende:

- attivare un sistema di monitoraggio dei flussi informativi sanitari SIS, NSIS e di produzione sanitaria al fine di ottenere tempestivamente informazioni sulla qualità dei servizi erogati;
- attuare il Piano di Programmazione Regionale al fine di risolvere le inadempienze pregresse;
- attivare un Sistema di monitoraggio dei livelli di assistenza garantiti al livello aziendale. Nello specifico, il raggiungimento degli obiettivi LEA costituirà elemento di valutazione per i Direttori Generali.

Nello specifico, in termini di programmazione regionale si intende:

- attuare il piano di intervento finalizzato al superamento delle inadempienze pregresse (Allegato: "Adempimenti LEA\_Piano di intervento 2016-2017 v1.0");
- istituire presso l'UOD Monitoraggio e regolamentazione dei LEA, un'attività di monitoraggio trimestrale per la valutazione del grado di raggiungimento dei singoli interventi;
- istituire gruppi di lavoro ad *hoc* per l'approfondimento di tematiche particolarmente critiche.

Altro importante obiettivo che la Regione intende raggiungere è quello di implementare scelte strategiche orientate all'allocazione ottimale delle risorse a disposizione. Lo strumento a disposizione per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale è la «Griglia LEA». La Regione intende raggiungere nel corso del 2016 una situazione di adempienza. In particolare, essa propone di:

- individuare gli indicatori particolarmente critici per i quali la Regione ha assunto un punteggio insufficiente nel corso dell'ultimo triennio;
- effettuare un'analisi per singola Azienda, individuando le realtà aziendali più critiche;
- fissare degli obiettivi/target a livello aziendale ai fini del miglioramento dell'erogazione dell'assistenza;
- istituire presso l'UOD Monitoraggio e regolamentazione dei LEA, un'attività di monitoraggio trimestrale per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Inoltre, la Direzione Generale Tutela della Salute, attraverso lo Staff Tecnico-operativo, effettua riunioni periodiche per l'approfondimento dello stato di avanzamento globale degli adempimenti e per affrontare tematiche particolarmente critiche. Il primo incontro si è tenuto in data 10.2.2017.

- Risoluzione delle inadempienze a partire dall'anno 2012
- Miglioramento punteggio Griglia LEA

#### **Indicatori**

- Positiva verifica degli adempimenti da parte dei Tavoli ministeriali
- Punteggio di adempienza Griglia LEA

#### **Scadenze**

- Superamento inadempienze pregresse: 31 dicembre 2017
- Raggiungimento Adempienza Griglia LEA: 31 dicembre 2017

- **Intervento 11.2 - Approvazione degli Atti Aziendali**

La Regione procederà al completamento dell'iter di approvazione degli Atti Aziendali delle aziende sanitarie.

Le Aziende sanitarie inviano in Regione alla Direzione Generale Tutela della Salute gli Atti aziendali deliberati e la Commissione Regionale all'uopo istituita valuterà tali atti per quanto attiene, in particolare, il rispetto:

- del DCA n.18/2013;
- della riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera e territoriale già programmati con specifici decreti commissariali;
- della programmazione delle risorse umane nel rispetto della definizione del piano di fabbisogno del personale già programmati con specifico decreto commissariale.

Gli atti che potranno essere validati saranno recepiti con specifico decreto commissariale.

Le Aziende sanitarie dovranno, quindi, procedere ad iniziative di riorganizzazione in linea con gli Atti Aziendali approvati, al fine di garantire lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità esistenti.

Le Aziende sanitarie procederanno annualmente alla verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti garantendo la compatibilità con le risorse disponibili nei fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale.

#### **Obiettivi**

- Completamento del processo di approvazione degli Atti Aziendali e delle dotazioni organiche di ciascuna Azienda sanitaria
- Rimodulazione delle strutture complesse ospedaliere, strutture complesse non ospedaliere e delle strutture semplici da parte delle Aziende sanitarie

- Approvazione Atti Aziendali da parte della Regione.
- Rapporto tra posti letto pubblici della Regione e numero strutture complesse ospedaliere
- Rapporto tra il numero dei residenti della Regione e numero strutture complesse non ospedaliere
- Rapporto tra il numero delle strutture semplici totali e numero strutture complesse totali

#### **Scadenze**

- Approvazione Atti Aziendali da parte della Regione: entro 60 giorni dalla data di presentazione degli Atti Aziendali alla Direzione Generale Tutela della Salute, previa valutazione istruttoria della Commissione all'uopo istituita

## 4 Razionalizzazione dei fattori produttivi

### Programma 12 - Razionalizzazione della spesa per beni e servizi

Rif. Adempimenti: b) – aa)

- **Intervento 12.1 - Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (cd. Spending Review)**

Al fine di adempiere alla nuova normativa in materia di revisione della spesa pubblica prevista con Decreto Legge n. 78/2015, la Regione ha emanato la circolare n. 3547 del 1/07/2015 con la quale ha fornito chiarimenti ed indicazioni sull'attuazione delle misure di contenimento della spesa sanitaria per l'acquisto di beni, servizi e dispositivi medici alle quali le Aziende dovevano attenersi anche nell'ottica di garantire un approccio omogeneo a livello di SSR.

In base all'art. 9-ter, comma 1, lett. a) del suddetto D.L. n. 78/2015, le Aziende dovevano proporre ai fornitori di tutte le tipologie di contratti in essere di beni e servizi, una rinegoziazione dei contratti che avesse l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto. La misura della riduzione era fissata su base annua pari al 5% del valore complessivo dei contratti in essere.

La Regione ha incaricato la So.Re.Sa. SpA della predisposizione di una piattaforma informatica mediante la quale le Aziende possano fornire le seguenti informazioni volte al monitoraggio dell'effettiva applicazione delle suddette disposizioni:

- numero di contratti rinegoziati e relativi importi suddivisi per tipologie di contratti relativamente alle singole voci di costo oggetto di Spending Review così come indicate nel D.L. n. 78/2015;
- importi rinegoziati per i singoli anni di riferimento, sempre suddivisi per le tipologie di contratto relativamente alle singole voci di costo.

#### Obiettivi

- Conseguitamento degli obiettivi di risparmio

#### Indicatori

- Monitoraggio piattaforma Spending Review

#### Scadenze

- Monitoraggio piattaforma Spending Review: trimestrale

- **Intervento 12.2 – Analisi, governo e proiezione dei fabbisogni dei beni e servizi delle Aziende sanitarie**

La raccolta dei fabbisogni relativa all'acquisto di beni e servizi sanitari in Campania è disciplinata dalle seguenti norme:

- il DC n. 58/2011;
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 all'art.1 comma 505.



correlazione fra previsione e consumo effettivo del fabbisogno, considerato che tale scostamento è dovuto da una serie di motivi, quali principalmente:

- previsioni di fabbisogni determinate sulla base del consumo storico senza tenere in considerazione le dinamiche di sviluppo dell'offerta sanitaria aziendale;
- mancanza del necessario know how per individuare con esattezza tutti i dispositivi di diversa marca che corrispondono esattamente alla descrizione del relativo lotto merceologico;
- ingresso sul mercato di farmaci con nuovi principi attivi che ne sostituiscono altri precedentemente in uso;
- emanazione di nuove norme in merito sia alla distribuzione diretta sia alla dimissione ospedaliera che spostano i consumi dalla farmaceutica convenzionata all'acquisto da parte dell'Azienda.

Al fine di garantire l'affidabilità del valore dei fabbisogni di beni e servizi, la Direzione Generale Tutela della Salute provvederà a richiedere che, in ogni Azienda Sanitaria, la funzione preposta a redigere i fabbisogni di ciascun bene/servizio coincida con la funzione formalmente responsabile dell'esecuzione del contratto come previsto dal codice degli appalti.

#### Obiettivi

- Emanazione decreto di armonizzazione dei provvedimenti esistenti in materia
- Riorganizzazione delle funzioni aziendali preposte all'attività

#### Indicatori

- Emanazione decreto di armonizzazione dei provvedimenti esistenti in materia
- Riorganizzazione delle funzioni aziendali preposte all'attività

#### Scadenze

- Emanazione decreto di armonizzazione dei provvedimenti esistenti in materia: 30 giugno 2017
- Riorganizzazione delle funzioni aziendali preposte all'attività: 30 giugno 2017

### • **Intervento 12.3 - Centralizzazione e pianificazione pluriennale degli acquisti regionali rispetto alla spesa sanitaria complessiva regionale**

Per quanto riguarda gli acquisti centralizzati regionali, il ruolo di So.Re.Sa. si è recentemente evoluto per tenere conto delle profonde trasformazioni introdotte con la Legge regionale n. 16 del 7 agosto 2014.

Di seguito, in sintesi, le più rilevanti disposizioni contenute nel citato provvedimento:

- conferma del ruolo di centrale di committenza regionale per il comparto Sanità ai sensi dell'art. 3, comma 34 e dell'art. 33 del D.lgs. n. 163/06;
- attribuzione del ruolo di Soggetto Aggregatore ai sensi dell'art. 9 del DL n. 66/2014 convertito con L. n. 89/2014;
- estensione dell'operatività anche al di fuori della sanità.

Aggregatori, previsto dal DPCM del 14/11/2014, gestisce una “Spesa Affrontata” annualizzata che ad oggi è ancora esclusivamente in ambito sanitario, ed ammonta a:

- beni e servizi afferenti ad iniziative di gara già aggiudicate, pari a ca. 1.000 €/mln;
- beni e servizi afferenti ad iniziative di gara già bandite o in procinto di pubblicazione che saranno aggiudicate presumibilmente nel corrente anno, pari a ca. 300 €/mln.

La gestione dell’incremento di “Spesa Affrontata” suddetta consentirebbe di ottenere potenziali risparmi, stimabili sul valore medio dei ribassi economici storicizzati su base d’asta, pari a ca. il 15%, rispetto al valore della “Spesa Affrontata” incrementale (ca. 300 €/mln).

Nel prossimo triennio 2016-2018, la Regione ha come obiettivo di raggiungere una copertura pari all’80% della spesa sanitaria regionale, tramite i processi di acquisto regionali svolti da So.Re.Sa., che ad oggi si attesta a ca. 2.000 €/mln, cercando di minimizzare l’impatto sul SSR dell’uso improprio e distorto dell’istituto delle proroghe contrattuali degli affidamenti autonomi delle Aziende.

#### Obiettivi

- Copertura pari all’80% della spesa sanitaria regionale
- Risparmio rispetto al valore della “Spesa Affrontata” incrementale

#### Indicatori

- Percentuale di incremento della Spesa Affrontata rispetto alla Spesa Sanitaria complessiva
- Risparmio rispetto al valore della “Spesa Affrontata” incrementale

#### Scadenze

- Copertura pari all’80% della spesa sanitaria regionale: 31 dicembre 2018
- Risparmio rispetto al valore della “Spesa Affrontata” incrementale: annuale

### • **Intervento 12.4 - Reingegnerizzazione della Logistica del Farmaco e dei Dispositivi Medici**

Molte Regioni italiane hanno intrapreso un’opera di revisione dei modelli logistici al fine di razionalizzare la gestione di Farmaci e Dispositivi Medici, anche attraverso opportuni processi di centralizzazione.

La Regione Campania, focalizzando l’attenzione sui fattori produttivi più rilevanti, cioè farmaci e dispositivi medici, ha fra i suoi obiettivi la rimodulazione complessiva del modello logistico.

In particolare, si potrà procedere ad una revisione della logistica sanitaria regionale, anche considerando i seguenti fattori:

- revisione in atto della rete di assistenza attraverso la chiusura/riconversione di alcune strutture;
- presenza di un elevato numero di magazzini e punti di stoccaggio nelle strutture aziendali molto spesso non adatti ad un funzionale ed efficiente servizio;
- blocco del turn over che implica una riorganizzazione delle figure oggi operanti nella logistica e nella distribuzione.

o, deve pertanto affrontare sia gli aspetti sanitari, sia quelli logistici, o, trasporto, sia "micro", quali struttura assistenziale, reparto e paziente, per conseguire una maggior efficienza ed una riduzione delle scorte di magazzino, con considerevole diminuzione dei consumi di prodotti, attraverso:

- la riorganizzazione dei processi di ordine;
- il ridisegno di un nuovo e più razionale modello logistico di gestione dei farmaci e dei DM;
- la razionale gestione delle scorte di magazzino;
- un nuovo governo del trasporto dei farmaci/DM;
- una corretta gestione delle scorte di reparto.

Si è quindi proceduto allo sviluppo di uno studio di fattibilità per la razionalizzazione della logistica del farmaco e del dispositivo medico così articolato:

- mappatura dello stato dell'arte attuale tramite la rilevazione dei dati più rilevanti;
- consolidamento dei dati;
- disegno di modelli logistici più avanzati, coerenti con le politiche aziendali.

#### **Obiettivi**

- Ottenere risparmi economici e finanziari attraverso l'ottimizzazione delle scorte
- Ridisegno di un nuovo e più razionale modello logistico di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici
- Rendere i processi più funzionali alle esigenze del reparto, conseguendo un impatto positivo in termini di sicurezza

#### **Indicatori**

- Riduzione costi rispetto all'anno precedente

#### **Scadenze**

- Risparmi economici e finanziari attraverso l'ottimizzazione delle scorte: annuale
- Ridisegno di un nuovo e più razionale modello logistico di gestione dei farmaci e dei DM: 31 dicembre 2016
- Implementazione del nuovo modello logistico di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici: 31 dicembre 2018

### **• Intervento 12.5 - Sviluppo completo del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC)**

Come previsto nel DC n. 125/2012, ed in particolare nel documento programmatico, la Regione Campania ha attivato diverse iniziative volte ad avviare una profonda innovazione dei Sistemi Informativi regionali applicati alla Sanità con l'obiettivo di supportare il processo di crescita del Sistema Sanitario Regionale verso più elevati standard qualitativi e promuovere l'adozione di più efficienti modelli organizzativi, nonché favorire l'innovazione di processo e di prodotto.

Nell'ambito dell'obiettivo operativo 5.3 - "Sanità" (POR FESR 2007-2013), sono state avviate attività volte allo "sviluppo dei processi di ottimizzazione dei servizi sanitari". In particolare la Giunta Regionale della



volti allo sviluppo e adeguamento del Sistema Informativo Gestionale e Contabile della Sanità.

In tale contesto, come prima fase, è stata perfezionata l'acquisizione di una piattaforma ERP centralizzata per gestire l'intero Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) di So.Re.Sa. e di alcuni Enti del SSR.

L'estensione del SIAC e tutti gli Enti del SSR e la realizzazione della GSA (Gestione Sanitaria Accentrata) permetterà di avere a disposizione fondamentali strumenti di supporto al cambiamento organizzativo delle strutture sanitarie, ovvero dovrà essere in grado di rispondere alle esigenze conoscitive di coloro che sono chiamati ad assumere le decisioni e a verificare l'erogazione dei servizi nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

### Obiettivi

- Omogeneizzazione delle procedure di raccolta e analisi gestionale dei dati inerenti i flussi informativi e garanzia della loro produzione continuativa, attraverso la realizzazione di un sistema di monitoraggio regionale
- Disponibilità di strumenti a supporto dei processi di programmazione, gestione, rendicontazione e controllo, a livello regionale ed aziendale
- Realizzazione del modello di monitoraggio del SSR, attraverso lo sviluppo e la messa a regime del sistema di raccolta, validazione, conservazione e presentazione dei dati e del reporting a livello aziendale e regionale
- Definizione del modello di governance delle funzioni gestionali e contabili a livello regionale ed aziendale, finalizzata ad intraprendere il percorso di certificabilità sulla base di quanto previsto dal Decreto n. 14/09, Decreto n. 60/2011 e D.lgs 118/2011
- Sviluppo della funzione di controllo interno contabile, sia a livello regionale che aziendale

### Indicatori

- Completa estensione del SIAC a tutti gli enti del SSR
- Implementazione di un sistema di monitoraggio a livello aziendale e regionale
- Implementazione del SIAC alla GSA

### Scadenze

- Sviluppo completo del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC): 31 dicembre 2017
- Report di monitoraggio a livello aziendale e regionale: periodico

### • **Intervento 12.6 - Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria**

Attraverso la gestione centrale dei contratti da parte di So.Re.Sa. è stato possibile, fino ad oggi, monitorare i consumi, in quanto tutti gli ordinativi confluivano nel sistema informatico della Società. Nel graduale passaggio da "centrale acquisto" a "centrale di committenza", si rischia di perdere il controllo dei consumi in quanto gli ordini vengono inviati direttamente dall'Azienda al Fornitore sulla base del contratto, derivato dalla convenzione, e stipulato fra questi due soggetti.

So.Re.Sa. ha come obiettivo l'implementazione del sistema SIAC per poter istaurare estensivamente un'azione di controllo del ciclo "Fabbisogni/Ordini/Fatture" per tutti gli acquisti centralizzati.

la i prezzi delle gare centralizzate, essi sono grazie al fatto che So.Re.Sa. ha sempre utilizzato un prezzo a base d'asta, determinato da specifiche indagini di mercato, sono, al momento dell'aggiudicazione, sicuramente in linea con il mercato nazionale.

Invece, per quanto riguarda i beni non acquisiti centralmente, So.Re.Sa. ha approntato un osservatorio regionale che consente, non solo l'osservazione di un panel, ma di tutti i beni sanitari (prevalentemente dispositivi medici) acquistati dalle ASL/AO.

Ogni semestre un'estrazione di questo data base viene pubblicata sul sito e resa accessibile a tutti gli operatori autorizzati. Tuttavia la rinegoziazione sul prezzo di acquisto, se superiore a quello di riferimento regionale, viene lasciata alla libera iniziativa degli Enti.

La valutazione dei risparmi è relativamente semplice nel caso di riedizioni di gare centralizzate, anche se resa un po' più complessa dal meccanismo dell'accordo quadro. Per le nuove gare centralizzate occorre invece la valutazione del prezzo medio ponderato dei prodotti in uso. Occorre pertanto, all'atto di raccolta dei fabbisogni, che gli Enti comunichino anche i prezzi correnti insieme ai quantitativi previsti.

Infine per la valutazione dei livelli di servizio che attiene sia alla qualità contrattualmente prevista che alla qualità percepita, è fondamentale istituire una funzione in So.Re.Sa. che sarà responsabile di:

- somministrare periodicamente questionari agli utilizzatori finali;
- attivare sopralluoghi ispettivi;
- analizzare i flussi informativi che obbligatoriamente i fornitori dovranno produrre.

#### **Obiettivi**

- Istituzione di una funzione di So.Re.Sa. per la valutazione dei livelli di servizio che attenga sia alla qualità contrattualmente prevista che alla qualità percepita

#### **Indicatori**

- N. di questionari somministrati agli utilizzatori finali
- N. sopralluoghi ispettivi
- Completezza dei dati caricati nei flussi informativi da parte dei fornitori

#### **Scadenze**

- Istituzione di una funzione di So.Re.Sa.: 31 dicembre 2017

### **• Intervento 12.7 - Estensione della Centrale Unica di Pagamento di So.Re.Sa. a tutte le Aziende Sanitarie**

La So.Re.Sa. SpA intende pervenire all'estensione della Centrale Unica di Pagamento a tutte le Aziende sanitarie della Regione provvedendo alla gestione dei tempi di pagamento per tutti gli approvvigionamenti acquisiti centralmente attraverso sia l'istituto delle convenzioni e degli accordi quadro tipiche della Centrale di Committenza sia l'istituto degli acquisizioni tipiche della Centrale Acquisti.

Preliminarmente occorre far completare alle ASL l'adesione alla Centrale dei Pagamenti avviata con il DCA n. 90/2013 che fissava il termine ultimo al 31.12.2013, termine poi prorogato al 31.12.2014 con DCA 131/2013.

identificando precisamente i pagamenti da eseguire per le forniture acquistate nell'ambito delle convenzioni e accordi quadro relativi alle gare espletate dalla Centrale di Committenza al fine di:

- allineare i tempi di pagamento di tali forniture a quelli della Centrale Acquisti;
- garantire i tempi di pagamento.

A tal fine, le disposizioni normative regionali vigenti già offrono alcune possibili soluzioni infatti nella L.R. 4/2011 art.1 comma 227 esiste la possibilità di scegliere, nell'ambito della debitoria in capo alle ASL/AO, determinate categorie di spese candidabili al pagamento da parte della Centrale di Pagamento So.Re.Sa. (ossia tutte quelle acquisite tramite l'adesione alle convenzioni), al fine di mantenere le performance di pagamento finora assicurate dalla Centrale Acquisti di So.Re.Sa.

#### **Obiettivi**

- Completamento dell'adesione alla Centrale dei Pagamenti da parte delle AA.SS.LL
- Attivazione di una specifica previsione che identifichi precisamente i pagamenti da eseguire per le forniture acquistate dal SSR

#### **Indicatori**

- Emanazione atti di adesione
- Emanazione Decreto

#### **Scadenze**

- Estensione della Centrale Unica di Pagamento di So.Re.Sa. a tutte le Aziende Sanitarie: 31 dicembre 2017

### **• Intervento 12.8 - Introduzione di un servizio unificato per la gestione dell'organico complessivo del Sistema Sanitario Regionale**

Tale sistema garantisce un servizio unificato per la gestione dell'organico complessivo del Sistema Sanitario Regionale per il comparto sanità ovvero la gestione dei circa 50.000 dipendenti dell'intero SSR.

L'implementazione del sistema "cedolino elettronico" permetterebbe di:

- Omogeneizzazione le informazioni inerenti il trattamento economico e giuridico;
- Standardizzare i processi di gestione e amministrazione del personale;
- Armonizzare le procedure di gestione e amministrazione del personale.

#### **Obiettivi**

- Implementazione del sistema NoiPa del Ministero Economia e Finanza per tutte le Aziende

#### **Indicatori**

- Definizione di una base informativa unica per tutte le attività di programmazione, vigilanza e controllo

#### **Scadenze**

- Implementazione del sistema NoiPa: 31 dicembre 2017

Rif. Adempimenti: ad) - ag) - aam) - v) - ao)

- **Intervento 13.1 - Politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2016-2018**

La Legge finanziaria statale per l'anno 2010, nella parte dedicata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dei bilanci delle Regioni e ai Piani di rientro (Legge n. 191/2009, art. 2 comma 76), ha statuito che per le Regioni che risultano in squilibrio economico è previsto una integrazione delle misure già previste dalla Legge 311/2004, (vale a dire l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente), in quanto si aggiunge al quadro sanzionatorio il blocco automatico del turn over del personale del SSN sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare spese non obbligatorie, con conseguente nullità degli atti emanati e dei contratti stipulati in violazione del suddetto divieto.

Il risultato di gestione del Servizio Sanitario Regionale della Campania relativo all'anno 2011 ha evidenziato, dopo le coperture, una situazione di disavanzo con la conseguente applicazione delle manovre di cui sopra.

In ragione di tanto, con specifici decreti commissariali è stato disposto il divieto automatico ed assoluto (100%) alle Aziende Sanitarie della Regione Campania di procedere ad assunzioni di personale sia a tempo indeterminato che a tempo determinato per il previsto biennio fino al 31.12.2014, fatte salve le deroghe disposte ai sensi della normativa nazionale di riferimento (art. 4 bis D.L. 158/2012).

In applicazione della deroga al blocco del turn over, ai sensi dell'art. 4 bis D.L. n. 158/2012, la Regione ha emanato il Decreto Commissariale n. 29 del 13.03.2015, con il quale ha autorizzato le Aziende Sanitarie a completare le procedure di reclutamento di unità di personale commisurate:

- al 15% del personale cessato nel 2011 (pari a 301 unità);
- al 15% del personale cessato nel 2012 (pari a 306 unità).

Con Decreto Commissariale n. 30 del 13.03.2015 la Regione ha previsto che, date le pressanti esigenze che attanagliano le aziende sanitarie campane, ormai depauperate nelle loro dotazioni organiche da un numero abnorme di personale cessato e non sostituito, si impongono misure urgenti volte ad avviare le procedure di reclutamento di unità di personale commisurate:

- al 15% del personale cessato nel 2013 (pari a 162 unità);
- al 30% del personale cessato nel 2014 (pari a 349 unità), sulla base delle prioritarie ed indifferibili esigenze manifestate dalle aziende sanitarie campane.

I bilanci del servizio sanitario regionale della Campania per gli esercizi 2013-2015, hanno registrato i seguenti risultati:

- per l'esercizio finanziario 2012 una situazione, dopo le coperture, di sostanziale equilibrio economico (+ 121.902 €/000), attestato anche nel verbale di Tavolo e Comitato del 25.07.2013;
- per l'esercizio finanziario 2013 una situazione, dopo le coperture, di sostanziale equilibrio economico (+ 62.770 €/000), attestato anche nel verbale di Tavolo e Comitato del 25.11.2014;

finanziario 2014 una situazione, dopo le coperture, .....20  
(+ 127.780 €/000), attestato anche nel verbale di Tavolo e Comitato del 28.07.2016;

- per l'esercizio finanziario 2015 una situazione, dopo le coperture, di sostanziale equilibrio economico (+ 78.549 €/000), attestato anche nel verbale di Tavolo e Comitato del 28.07.2016.

Ciò rende non più applicabile il disposto normativo di cui all'art. 2, comma 76 della L. 191/2009, il quale dispone "il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso".

La Struttura Commissariale ha quindi proceduto ad emanare il DCA n. 6 del 11.02.2016, con il quale ha autorizzato le Aziende Sanitarie ad avviare le procedure di reclutamento nella misura del 100% del personale cessato nel 2015, pari a 1.729 unità di personale.

Si ritiene, infine, opportuno prospettare anche per il prossimo triennio, nuove politiche di gestione del personale di ruolo del SSR in Campania dove le Aziende sanitarie provvederanno a reclutare personale nella misura del 100% del personale cessato nell'anno precedente.

Tali politiche di reclutamento del personale dovranno essere in linea con la riorganizzazione sia della rete assistenziale ospedaliera che della rete territoriale in via di attuazione nell'intera Regione, che consentiranno di avviare politiche di potenziamento delle risorse umane al fine di garantire il funzionamento di un sistema di offerta sanitaria moderna e razionale.

Le Aziende sanitarie dovranno svolgere analisi volte a verificare l'applicazione di interventi di razionalizzazione ed efficientamento nell'utilizzo delle risorse interne al fine di procedere ad operare reclutamenti nei limiti delle percentuali sopra stabilite.

La Direzione Generale della Tutela della Salute procede a monitorare la completa gestione del processo di reclutamento sopra riferito e si riserva, dopo analitica istruttoria effettuata dagli Uffici regionali, di analizzare ogni singola richiesta di reclutamento da parte delle Aziende, e di procedere a preventiva autorizzazione.

Le politiche di reclutamento del personale saranno gestite dalla Regione Campania tenendo conto sia dell'effettiva dotazione organica di personale necessaria a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza, sia del rispetto del processo di rimodulazione della rete ospedaliera approvato con DCA n. 33/2016 e della rete territoriale approvata con DCA n. 99/2016.

In particolare, le singole Aziende dovranno porre massima attenzione alla necessità di ricorrere al trasferimento del personale laddove si abbia la disponibilità di attivare un processo di concentrazione di determinate attività sanitarie presso un'unica sede, al fine di ottimizzare le politiche di reclutamento del personale del SSR, fermo restando la garanzia dell'assistenza all'utenza.

#### **Obiettivi**

- Reclutamento personale anni 2016, 2017 e 2018

#### **Indicatori**

- Adozione Piano Assunzioni da parte delle ASL nel rispetto delle dotazioni organiche determinate
- Completamento delle procedure di reclutamento annuale da parte delle ASL

## Scadenze

- Reclutamento personale programmato anni 2016, 2017 e 2018: 31 dicembre 2018

- **Intervento 13.2 - Individuazione del fabbisogno del personale (Legge di Stabilità 2016)**

In applicazione del comma 541 della Legge di Stabilità 2016, che alla lettera b) recita:

*“... le regioni e le province autonome predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161”,* la Regione Campania ha definito con DCA n. 67/2016 una metodologia di determinazione della dotazione organica standard per le Aziende sanitarie del SSR.

Tale metodologia è stata sviluppata al fine di individuare principi e criteri univoci omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, garantiscano una base comune di riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

La Regione, nel rispetto della cornice finanziaria programmata e delle disposizioni vigenti in materia del costo del personale (-1,4% rispetto ai costi del 2004), ha elaborato il piano di fabbisogno del personale, in base ai seguenti principi:

- Decreto Ministeriale 29 agosto 1988 (c.d. “Donat Cattin”), di fissazione degli standard ospedalieri, in attuazione della Legge 8 aprile 1988, n. 109;
- L. 30 ottobre 2014, n. 161, in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero;
- Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 avente ad oggetto “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*”.

La metodologia vuole seguire le seguenti assunzioni:

- l'effettiva dotazione organica di personale necessario a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nell'ambito del sistema regionale ridisegnato a seguito del processo di rimodulazione della rete ospedaliera approvato con DCA n. 33/2016;
- compatibilità economica e finanziaria nel rispetto del tetto di spesa e dell'equilibrio economico-finanziario.

La dotazione organica è stata quindi determinata in base agli indicatori previsti dalla disciplina di riferimento (DM 13.09.1988, c.d. “Donat Cattin”) ed integrati, per alcune aree (Pronto soccorso, Dipartimenti di prevenzione, Servizi territoriali, ecc), da parametri individuati in seguito ad un processo di benchmarking nazionale sul Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di:

- adeguare le disposizioni contenute nel suddetto DM alla specifica realtà della Regione Campania;

per la rete ospedaliera al "Presidio Ospedaliero" aziendale minima nonché alla vocazione dello stesso nell'ambito del primario ruolo istituzionale e della mission aziendale.

Per quanto riguarda il restante personale dirigenziale e di comparto sanitario è apparso congruo determinare il relativo fabbisogno, rapportandolo in misura percentuale rispettivamente al numero di medici e al numero di infermieri previsti in dotazione organica.

Con riferimento ai fabbisogni di personale del ruolo tecnico e professionale, è apparso opportuno stabilire degli standard di fabbisogno in misura percentuale rispetto al personale sanitario, trattandosi di personale che assolve a funzioni e compiti che sono strumentali e funzionali rispetto all'erogazione del servizio sanitario assicurata fondamentalmente dal personale del ruolo sanitario.

Infine, con riferimento ai fabbisogni di personale del ruolo amministrativo, è apparso opportuno stabilire degli standard di fabbisogno in misura percentuale rispetto al complessivo personale sanitario, tecnico e professionale trattandosi di personale che assolve a funzioni e compiti che sono strumentali e funzionali rispetto all'erogazione dei servizi aziendali.

La dotazione scaturente dall'applicazione della suddetta metodologia alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie e all'IRCCS Pascale, rappresenta la dotazione di personale a tendere necessaria a garantire la corretta gestione aziendale nel rispetto sia del nuova Rete ospedaliera (DCA n. 33/2016) sia della nuova Rete territoriale (DCA n. 99/2016).

La metodologia di determinazione delle dotazioni organiche di personale, emanata con DCA n. 67/2016, ha permesso di pervenire all'individuazione programmatica complessiva della dotazione ottimale de SSR, fissata in 49.102 unità di personale dipendente.

La Regione intende investire in risorse umane al fine di garantire il reclutamento, entro il 2018, delle unità di personale che costituiscono il fabbisogno necessario alla corretta riorganizzazione della rete ospedaliera (DCA n. 33/2016) e della rete territoriale (DCA n. 99/2016).

#### **Obiettivi**

- Determinazione fabbisogni del personale da parte delle singole Aziende sanitarie

#### **Indicatori**

- Fabbisogni del personale da parte delle singole Azienda sanitarie

#### **Scadenze**

- Implementazione dei fabbisogni del personale da parte delle singole Aziende Sanitarie: 31 dicembre 2018

#### **Intervento 13.3 - Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa**

Con la costituzione di un apposito Organismo Regionale, di seguito denominato Commissione Fondi (costituito con il Decreto Commissariale n. 72 del 2 dicembre 2010), la Regione ha svolto a partire dall'anno 2010 attività relative al monitoraggio, controllo ed indirizzo nei confronti delle Aziende sanitarie per la costituzione e/o rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale.

La Commissione Fondi si è occupata nello specifico del monitoraggio della corretta applicazione del DCA n. 63/2010 relativo alle Linee regionali di indirizzo per la determinazione dei fondi contrattuali.



la determinazione dei fondi contrattuali 2015 e seguenti, e la corretta applicazione di alcuni istituti contrattuali aventi rilevanza sui costi del personale.

Tale decreto recepisce le più recenti disposizioni di legge in materia di contrattazione integrativa aziendale (art. 9 quinquies del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 e comma 236 art. 1 della legge di stabilità n. 206 del 28/12/2015).

Pur rilevando quanto disposto dall'art. 40, comma 3 quinquies, del decreto legislativo n. 165/2001 ultimo periodo, in cui si dispone che: *“In caso di accertato superamento di vincoli finanziari da parte (...) del Ministero dell'economia e delle finanze è fatto altresì obbligo di recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva”*, si evidenzia come la Regione non abbia ad oggi potuto provvedere al suddetto recupero a causa delle situazioni di criticità nell'erogazione delle attività dirette ad assicurare i livelli minimi di assistenza, scaturenti dalla progressiva riduzione del personale in servizio e che hanno comportato il ricorso a forme di lavoro surrettizie, quali l'erogazione di ore di straordinario, sempre rapportato alla necessità di assicurare i LEA.

Tuttavia qualora si siano rilevati sforamenti tra il valore deliberato dei fondi contrattuali ed il costo sostenuto, la Commissione Fondi ha predisposto ed inviato alle Aziende Sanitarie interessate, per il tramite della struttura regionale, una richiesta in merito alle misure idonee adottate oppure da adottare affinché l'Azienda proceda a ricondurre la spesa all'interno dei fondi deliberati.

Da ultimo, con Nota prot. n. 5396/C del 20/09/2016 inviata dalla Struttura Commissariale alle Aziende Sanitarie della Regione, si è ribadito che, in base a quanto disposto dal decreto legislativo n. 165/2001, l'erogazione di risorse in misura superiore all'importo deliberato sui fondi della contrattazione integrativa costituisce danno erariale e che l'abbattimento dello sfioramento tra deliberato ed erogato registrato nell'anno 2015 deve avvenire già con riferimento all'esercizio 2016.

Le Aziende Sanitarie sono quindi state compulgate a disporre tutte le misure ritenute necessarie, con particolare riferimento a quelle previste con il Decreto Commissariale n. 7/2016, affinché per l'anno 2016 non vengano erogate risorse superiori agli importi deliberati dei fondi della contrattazione integrativa.

Si rileva, altresì, che le Aziende della Regione hanno registrato una graduale riduzione dello sfioramento tra deliberato ed erogato che ha visto il passaggio da uno sfioramento pari a 62.664 €/000 del 2012 ad uno sfioramento pari a 32.551 €/000 del 2015.

La Direzione Generale Tutela della Salute dovrà procedere ad avviare una puntuale attività di monitoraggio diretta a verificare il ridimensionamento del fenomeno dello sfioramento tra fondi deliberati rispetto ai costi sostenuti, richiedendo il recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva anche per il triennio 2016/2017/2018, invitando le Aziende Sanitarie a portare a recupero, fatta salva la garanzia dei LEA, l'avanzo relativo al fondo fasce e al fondo specificità medica già in sede di costituzione del bilancio provvisorio. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno procedere, inoltre, con riferimento ai fondi della premialità alla eventuale relativa decurtazione finalizzata al recupero contemperando la necessità di continuare a riconoscere, sebbene in misura inferiore, la qualità delle prestazioni rese e la produttività.

Laddove si verificassero scostamenti rilevanti o situazioni anomale la Direzione Generale Tutela della salute dovrà attivare l'Ufficio Ispettivo Regionale con la previsione di visite in loco da parte di personale regionale supportato dall'Advisor, al fine di effettuare verifiche approfondite e prevedere azioni correttive.

#### Obiettivi

- Monitoraggio del valore dei fondi della contrattazione integrativa da parte della Commissione Fondi



Corretta determinazione dei fondi contrattuali aziendali da parte della Commissione Fondi 18

- Monitoraggio trimestrale da parte della Commissione Fondi per tutte le Aziende Sanitarie che presentano scostamenti significativi e verifica del rispetto degli obiettivi indicati nelle relazioni predisposte al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta
- Monitoraggio istituti contrattuali da parte della Commissione Fondi aventi riflessi sui fondi contrattuali

#### Indicatori

- Report andamento del valore dei fondi della contrattazione integrativa
- Delibere di adeguamento dei fondi contrattuali alle risultanze della verifica regionale
- Scostamento economico tra erogato di competenza e deliberato
- Monitoraggio istituti contrattuali aventi riflessi sui fondi contrattuali

#### Scadenze

- Monitoraggio del valore dei fondi della contrattazione integrativa: annuale
- Verifica della corretta determinazione dei fondi contrattuali aziendali per gli anni 2016, 2017 e 2018: annuale
- Monitoraggio trimestrale per tutte le Aziende sanitarie che presentano scostamenti significativi e verifica del rispetto degli obiettivi indicati nelle relazioni predisposte al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta: trimestrale
- Monitoraggio istituti contrattuali aventi riflessi sui fondi contrattuali: annuale

- **Intervento 13.4 - Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive ed alle forme di lavoro alternative**

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento sia delle prestazioni aggiuntive che delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze).

Al fine di ottenere la copertura totale del costo sostenuto per le ore erogate con le politiche di reclutamento da attivarsi nel prossimo triennio, la Regione vuole garantire una dotazione organica del personale adeguata al sistema di offerta sanitaria moderna e razionale, anche alla luce della normativa europea sugli orari di lavoro ed alle procedure di reclutamento poste in essere.

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie devono svolgere un'attività di monitoraggio volta a:

- verificare che l'attività lavorativa erogata in regime di prestazioni aggiuntive sia espletata al di fuori dell'orario di servizio;
- implementare nel sistema informativo un processo di rilevazione automatico delle presenze mediante codici di identificazione del ruolo, profilo e unità operative/dipartimentali del personale;

una progressiva riduzione di tale voce di costo di reclutamento di nuovo personale.

In particolare è disposto il seguente abbattimento per le prestazioni aggiuntive:

- 30% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi entro il 2016;
- 60% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi entro il 2017;
- 100% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi entro il 2018.

Attraverso il processo di reclutamento descritto nell'Intervento 13.2 - Individuazione del fabbisogno del personale (Legge di Stabilità 2016), la Regione ha come obiettivo una progressiva riduzione delle altre voci di costo che concorrono ad aggravare la spesa di personale e ad incrementare il costo sul bilancio in termini di fattore lavoro, dovute dal quadro sanzionatorio del blocco automatico del turn over, come lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative e consulenze.

In particolare è disposto il seguente abbattimento del costo delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze):

- 10% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi entro il 2017;
- 100% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi entro il 2018.

#### **Obiettivi**

- Riduzione della spesa da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per prestazioni aggiuntive
- Riduzione da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dei costi del forme di lavoro alternative

#### **Indicatori**

- Percentuale di riduzione della spesa per prestazioni aggiuntive rispetto a quella dell'anno precedente
- Percentuale di riduzione della spesa delle forme di lavoro alternative rispetto a quella dell'anno precedente

#### **Scadenze**

- Riduzione da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del 30% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2015: 31 dicembre 2016
- Riduzione da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del 60% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2015: 31 dicembre 2017
- Riduzione da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del 100% del costo delle prestazioni aggiuntive sostenuto nel 2015: 31 dicembre 2018

parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e ospedaliere di lavoro alternative sostenuto nel 2015: 31 dicembre 2017

- Riduzione da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del 100% del costo delle forme di lavoro alternative sostenuto nel 2015: 31 dicembre 2018

- **Intervento 13.5 - Valutazione del personale**

La valutazione è un processo continuo per le risorse sia per le organizzazioni aziendali diventando leva importante per la gestione delle risorse umane.

Il processo di valutazione del personale deve essere condotto in modo sistematico e ben strutturato volto alla creazione e al consolidamento del capitale sociale aziendale, diventando un pilastro della struttura culturale e organizzativa-gestionale dei dipartimenti aziendali.

La Regione Campania provvederà ad emanare Linee guida regionali per uniformare le modalità di valutazione della performance individuale e collettiva nelle Aziende Sanitarie regionali.

Sulla base delle linee guida emesse, la Regione dovrà procedere al monitoraggio delle procedure di valutazione del personale, verificando il rispetto della normativa vigente, al fine di garantire la correttezza del processo di valutazione e valorizzazione delle performance in rapporto agli obiettivi annuali assegnati al personale.

Ciò permetterà di offrire un miglioramento della qualità dell'assistenza promuovendo e valorizzando le risorse umane impiegate all'interno del sistema sanitario regionale.

La Regione valuterà e analizzerà i risultati ottenuti dai processi di valutazione e valorizzazione delle performance del personale al fine di ottenere feedback costruttivi per ottenere input costruttivi volti alla programmazione e miglioramento quali-quantitativo dei servizi e delle prestazioni erogate.

Il processo di monitoraggio si baserà sulla verifica di quattro macro-processi del sistema di valutazione del personale:

- graduazione delle funzioni;
- processo di verifica e valutazione;
- processo del sistema premiante;
- processo di budgeting.

Il processo di valutazione delle performance dovrà garantire che la misurazione della performance individuale dovrà essere distinto in funzione sia delle qualifiche professionali sia degli obiettivi assegnati.

La metodologia utilizzata dalla Regione Campania dovrà tenere conto dei seguenti aspetti:

- collegamento tra performance organizzativa e performance individuale;
- interrelazione tra le competenze professionali e manageriali manifestate, nell'ambito di obiettivi chiari, prioritari e coerenti;

...i ulteriori sviluppi per il biennio successivo.

### **Obiettivi**

- Implementazione sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione
- Emanazione di linee guida regionali per uniformare le modalità di valutazione della performance individuale e collettiva nelle Aziende Sanitarie regionali
- Monitoraggio dei sistemi e delle modalità di valutazione delle singole aziende per verificare la corretta applicazione delle linee guida regionali

### **Indicatori**

- Sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione
- Verifica dei processi di valutazione delle performance da parte di tutte le aziende del SSR alle linee guida regionali di valutazione performance personale
- Numero di Aziende che adottano il sistema di budgeting

### **Scadenze**

- Implementazione sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione: 31 dicembre 2017
- Emanazione di linee guida regionali per uniformare le modalità di valutazione della performance individuale e collettiva nelle Aziende Sanitarie regionali: 31 Dicembre 2016
- Monitoraggio dei sistemi e delle modalità di valutazione delle singole aziende per verificare la corretta applicazione delle linee guida regionali: periodico

Gli Interventi di cui al presente Programma, potranno necessitare di appositi aggiornamenti, al fine di renderli coerenti con le valutazioni da operarsi da parte dei Tavoli tecnici sul piano del fabbisogno di personale, ai sensi dell'articolo 1, comma 541, lettera c), della legge n. 208/2015, sulla base dell'istruttoria condotta dal Ministero della Salute.

## **Livingi Essenziali di Assistenza**

### **Programma 14 – Sanità pubblica**

**Rif. Adempimenti: e) - u)**

#### **• Intervento 14.1 – Prevenzione**

Con Delibera della Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015, è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014 - 2018 della Regione Campania che attua a livello regionale i principi e gli indirizzi del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018, nato dall'Intesa 13 novembre 2014 fra Stato, Regioni e Province Autonome. Quest'ultimo, nel definire un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, propone interventi che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile, ponendo le popolazioni e gli individui al centro delle azioni. Il Piano Nazionale della Prevenzione pone l'attenzione sulle attività ricomprese nei LEA, attività pertanto ordinarie che vanno ottimizzate e portate a pieno regime. Il processo richiede una reale responsabilizzazione da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali nella fase di attuazione dei programmi regionali.

In merito agli screening oncologici, la Regione ha assegnato alle Aziende un target obiettivo, per l'anno 2016 e successivi, di incremento della popolazione oggetto di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma alla mammella, per tumore alla cervice uterina e per tumore al colon retto. In particolare si è chiesto alle Aziende di porre in essere azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi LEA mediante:

- promozione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione (es. convegni, conferenze, produzione di materiale informativo, etc.);
- definizione del programma di screening a livello aziendale;
- formazione degli operatori dedicati all'attività;
- recupero degli inadempienti;
- motivazione e sensibilizzazione degli operatori dedicati all'attività;
- miglioramento delle anagrafe gestionali;
- maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale.

In merito al miglioramento della copertura vaccinale, la Regione ha assegnato alle Aziende un target obiettivo, per l'anno 2016 e successivi, in merito alla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi), copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) e copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ( $\geq 65$  anni). In particolare si è chiesto alle Aziende di porre in essere azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi LEA mediante:

- adozione, aggiornamento e verifica dell'applicazione di procedure e strategie vaccinali elaborate dai Direttori dell'U.O.C. Materno-Infantile e del Dipartimento di Prevenzione al fine di rendere omogenea l'offerta vaccinale su tutti i Distretti;

zione delle risorse umane dedicate all'attività v .....ali  
sui vari Distretti;

- indirizzi e confronti con gli operatori dei Centri Vaccinali con riunioni periodiche per la corretta applicazione del Piano Nazionale e Regionale sulle Vaccinazioni;
- formazione continua degli operatori attraverso l'organizzazione di Convegni e Corsi con il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta;
- definizione ed applicazione di un piano di comunicazione e sensibilizzazione rivolta ai genitori con libretto informativo distribuito nelle sale di attesa e negli istituti scolastici (vaccinazione HPV per le dodicenni);
- definizione ed applicazione di procedure per il rifiuto/dissenso alle vaccinazioni con produzione di materiale informativo tratto dai siti del Ministero, Istituto Superiore di Sanità, NIV (Network Italiano Vaccinazioni);
- recupero degli inadempienti;
- motivazione e sensibilizzazione degli operatori dedicati all'attività.

Altrettanto forte sarà l'impegno regionale, soprattutto in fase di monitoraggio e controllo dei risultati conseguiti a livello aziendale e del corretto utilizzo delle risorse, anche attraverso azioni di audit per l'individuazione di eventuali ostacoli che impediscono il raggiungimento degli obiettivi, favorendone così la rimozione. Per tale motivo il Piano Regionale della Prevenzione 2014 - 2018 ha puntato sulla costituzione di un Gruppo di Coordinamento regionale, di supporto alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, che ha come compito principale il monitoraggio e la valutazione del Piano.

In merito alla prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, la Regione annualmente assegna alle Aziende un target obiettivo in termini di interventi ispettivi da effettuare sulle unità produttive con almeno n. 1 dipendente o equiparato rispetto al numero totale di unità da controllare.

In materia di prevenzione la Regione ha provveduto alla predisposizione dei seguenti interventi:

- approvazione Deliberazione n. 4 del 10/01/2017 "Misure di Prevenzione primaria per Meningite da meningococco" che introduce l'offerta attiva gratuita della vaccinazione Antimeningococco con la formulazione tetravalente (Men ACWY coniugato) al 13°- 15° mese e estendere alla coorte 12/18enni la gratuità della vaccinazione con Meningococco C;
- DCA n. 2 del 23/01/2017 avente ad oggetto: Aggiornamento del calendario vaccinale della Regione Campania, che approva l'aggiornamento del calendario vaccinale della Regione Campania da introdurre progressivamente, in funzione delle priorità territoriali e delle condizioni epidemiologiche di riferimento;
- accordo - in seno al Comitato ex art. 24 - con i MMG per il coinvolgimento nelle attività degli screening oncologici (approvato con nota Prot. n. 774049 del 28/11/2016 e nota circolare trasmessa dal Direttore Generale in data 02/12/2016 prot. n. 787646);
- avvio della informatizzazione regionale del flusso dati vaccinale e degli screening, attraverso il coinvolgimento di SORESA, anche nel rispetto di quanto previsto nel PRP 2014/2018 (nota prot. n. 77538 del 03/02/2017);

le coperture vaccinale relative all'anno 2016, e, in relazione alle more dell'informatizzazione regionale del database delle vaccinazioni, si utilizza il database "riattiva" prodotto dall'OER. Tale attività è in corso di completamento e si prevede a breve la definizione.

### Obiettivi

- Raggiungimento degli standard LEA

### Indicatori

- Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma alla mammella pari al 35%
- Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di primo livello in un programma organizzato per tumore alla cervice uterina pari al 25%
- Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di primo livello in un programma organizzato per tumore al colon retto pari al 60%
- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) pari al 95%
- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) pari al 92%
- Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ( $\geq 65$  anni) pari a 60%
- Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare pari al 5%

### Scadenze

- Raggiungimento target LEA: 31 dicembre 2017

### Intervento 14.2 - Terra dei fuochi

La legge 6 febbraio 2014, n. 6, di conversione del decreto legge 10 dicembre 2013, n. 136, all'art.2, comma 1, ha istituito il Comitato Interministeriale, con il compito principale di *"determinare gli indirizzi per l'individuazione o il potenziamento di azioni e interventi di prevenzione del danno ambientale e dell'illecito ambientale, monitoraggio, anche di radiazioni nucleari, tutela e bonifica dei terreni, nelle acque di falda e nei pozzi della Regione Campania"*, inoltre il Comitato Interministeriale, tra i suoi compiti, ha stabilito le Linee di Indirizzo per l'attività della Commissione Interministeriale, prevista dal comma 2, che adotta e coordina un programma straordinario e urgente di interventi finalizzati anche alla tutela della salute.

Tra le linee di indirizzo alla lettera K sono previsti i Controlli Sanitari sulla popolazione residente nei comuni, ubicati nelle Province di Napoli e Caserta, individuati dalla direttiva dei Ministri delle politiche agricole, dell'ambiente e della salute, che risultino interessati da inquinamento causato da sversamenti illegali e smaltimento abusivi di rifiuti:

- 57 comuni indicati nella Direttiva del 23/12/2013;
- 31 comuni indicati nella Direttiva del 16/04/2014;
- 2 comuni indicati nella Direttiva del 10/12/2015.

Sanità, (di seguito ISS) definisce, anche ai fini dei conseguenti eventuali accertamenti, la tipologia di esami per la prevenzione ed il controllo dello stato di salute della popolazione residente nei comuni, con esclusione dei comuni capoluogo, individuati dalla direttiva dei Ministri delle politiche agricole, dell'ambiente e della salute, che risultino interessati da inquinamento causato da sversamenti illegali e smaltimenti abusivi di rifiuti.

La Regione Campania, nell'ambito del Piano di Rientro e nel rispetto della garanzia dei LEA, ha intrapreso un percorso di razionalizzazione delle risorse e di conseguente riorganizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, concentrando l'attenzione sull'attuazione di alcune misure già programmate, e di altre che sono state immediatamente avviate.

Sul tema specifico della Terra dei Fuochi la Struttura Commissariale ha adottato il DCA n. 38 del 1/06/2016 in cui vengono demandate in modo specifiche le attività da implementarsi da parte dei Direttori Generali delle ASL sotto la supervisione, la vigilanza ed il controllo di un Dirigente Responsabile.

Alcune delle azioni previste nel suddetto DCA rientrano nelle azioni del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 (DGR n.860 del 29/12/2015), nel cui ambito si andranno a collocare una buona parte delle attività programmate, consentendo una piena armonizzazione della programmazione regionale in materia di prevenzione.

Gli obiettivi e le azioni programmate nel suddetto documento vanno intese come da attuare prioritariamente nei territori dei 90 comuni identificati nell'ambito territoriale delle AA.SS.LL Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Caserta, rendendosi necessario intervenire anche nelle aree dei Comuni di Caserta e di Napoli, interessate da fenomeni di inquinamento ambientale.

Per quanto attiene la ASL Napoli 1 Centro si ritiene, in riferimento alle caratteristiche socio-ambientali, indirizzare le azioni di tale programma alle aree maggiormente a rischio individuate nei distretti sanitari:

- Distretto n. 25 Bagnoli - Fuorigrotta;
- Distretto n. 26 Pianura - Soccavo;
- Distretto n. 28 Chiaiano - Piscinola;
- Distretto n. 30 Miano - Secondigliano;
- Distretto n. 32 Barra - S. Giovanni – Ponticelli.

Le azioni di prevenzione saranno mirate all'individuo e coinvolgono anche fattori di rischio legati agli stili di vita, nel tentativo di incidere sugli aspetti di suscettibilità individuale, laddove è evidente che la priorità è comunque rappresentata dalla prevenzione primaria legata al contenimento dei fattori di rischio di origine ambientale.

Per le attività di diagnostica ed assistenza, l'ISS ha formulato indicazioni circa i principali esami strumentali del processo diagnostico-terapeutico per le patologie ritenute prioritarie: nel presente piano tali indicazioni vengono incorporate in un contesto di sorveglianza sanitaria e in percorsi gestionali che puntano all'ottimizzazione della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi.

L'attività di protezione della salute infantile, gli interventi dovranno essere soprattutto mirati alla tutela della salute nel periodo prenatale, rafforzando l'attività di prevenzione rispetto ai possibili rischi ambientali e migliorando l'accessibilità ai servizi diagnostico-terapeutici con riguardo anche agli aspetti neurocognitivi.



di natura preventiva, diagnostica e terapeutica alla popolazione interessata, per il monitoraggio ed il controllo dello stato di salute, attraverso l'attuazione di specifici programmi, basati su azioni di medicina di iniziativa e presa in carico complessiva delle problematiche emergenti, correlate alle peculiari condizioni socio-ambientali dei territori interessati dalle azioni previste dalla legge 6/2014.

L'intero programma dovrà realizzarsi entro il 31 dicembre 2017, in riferimento alle risorse ad esso destinate, salvo proroghe e successive disposizioni. L'attuazione dei singoli obiettivi prevede la piena responsabilità dei Direttori Generali delle AASSLL territorialmente coinvolte.

Tutte le azioni del programma regionale richiedono, per la loro definizione ed attuazione, una forte integrazione multidisciplinare delle componenti cliniche e di sanità pubblica coinvolte e la necessaria condivisione con la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta. Per la realizzazione degli obiettivi sono state individuate attività in diversi ambiti:

- Medicina Generale
- Pediatria di libera scelta
- Dotazioni Tecnologiche
- Formazione
- Piano della Comunicazione

Le Macro-azioni individuate attraverso il programma regionale per l'attuazione delle misure disposte dalla legge n. 6 del 6 febbraio 2014 sono di seguito illustrate:

#### **1) *Rafforzamento dei programmi di screening oncologico da parte delle ASL***

##### **Obiettivi**

- Aumentare la percentuale di adesione ai programmi di screening per i tumori della mammella
- Rimodulare il programma di screening per i tumori della mammella con l'anticipo dell'avvio delle mammografie, attraverso la tomosintesi, dall'età di 40-50 anni
- Proporre azioni di prevenzione senologica attiva del Ca Mammario per le donne in età pre-screening diversificata per fascia d'età e fattori di rischio esistenti
- Aumentare la percentuale di adesione ai programmi di screening dei tumori della cervice uterina
- Aumentare la percentuale di adesione ai programmi di screening dei tumori del colon retto ed attivare gli stessi, ove ancora non operativi
- Promuovere azioni di prevenzione per ulteriori patologie oncologiche significative (Ca Polmone, Ca Prostata, Ca Tiroide)

##### **Indicatori**

- Per lo screening della mammella: tenuto conto che il test va effettuato ogni 2 anni e che quindi mediamente è necessario raggiungere tramite invito ogni anno la metà della popolazione target



di adesione della popolazione target totale alla fine di ciascun round (2 anni)

- Rimodulazione del programma di screening per i tumori della mammella
- Azioni di prevenzione senologica attiva del Ca Mammario per le donne in età pre-screening
- Per lo screening del colon-retto: tenuto conto che il test va effettuato ogni 2 anni e che quindi mediamente è necessario raggiungere tramite invito ogni anno la metà della popolazione target totale, l'obiettivo da raggiungere è del 40 % di adesione del target totale per il primo anno e del 60% di adesione della popolazione target totale alla fine di ciascun round (2 anni)
- Per lo screening del cancro del collo dell'utero: tenuto conto che il test (Pap-test) va effettuato ogni 3 anni alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni è necessario raggiungere tramite invito ogni anno la metà della popolazione target totale, l'obiettivo da raggiungere è del 40 % di adesione del target totale per il primo anno e del 60% di adesione della popolazione target totale alla fine di ciascun round (3 anni)
- Azioni di prevenzione per ulteriori patologie oncologiche significative
- Indicatori di monitoraggio così come previsti rispettivamente dal Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma (GISCI), dal Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMA) e dal Gruppo Italiano Screening Colon Retto (GISCOR)

### Scadenze

- Rafforzamento dei programmi di screening oncologico: 31 dicembre 2017

### 2) Implementazione PDTA per le patologie oncologiche da parte delle ASL

Tale azione rappresenta la prosecuzione delle attività di screening nei casi che i pazienti risultano positivi. L'azione integrata della diagnosi precoce delle neoplasie e il successivo e rapido accesso a strutture qualificate, avranno una notevole ricaduta in termini di aspettativa e qualità di vita nei pazienti (esiti), nonché di riduzione della mobilità passiva.

### Obiettivi

- Implementazione PDTA per le patologie oncologiche: adottare ed implementare percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi per le patologie oncologiche individuate, coerentemente con le reti assistenziali programmate, tenuto conto della recente emanazione del regolamento sugli standard ospedalieri
- Individuazione dei Punti di offerta assistenziali (II livello) e dei centri di alta specialità (III livello)

### Indicatori

- Implementazione dei piani attuativi aziendali screening mammella, cervice uterina, colon- retto, con l'indicazione dei centri di II e III livello per ciascuna ASL
- Diffusione protocolli clinici condivisi
- Verifica delle performance dei PDTA adottati, con particolare riferimento ai tempi di conclusione dello stesso, che non devono superare i 45 giorni

- Implementazione piani: 30 novembre 2016
- Riorganizzazione centri: 30 novembre 2016
- Diffusione protocolli condivisi: 30 novembre 2016
- Verifica delle performance dei PDTA adottati: prima fase 31 dicembre 2016 e 30 giugno 2017 – seconda fase 31 dicembre 2017

### **3) Sorveglianza della Salute respiratoria e cardiovascolare da parte delle ASL**

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi, utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

I Piani della Prevenzione Nazionale e Regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale. Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di stili di vita non corretti.

E' importante adottare una precisa metodologia per la misurazione dei fattori di rischio, utilizzando misure standardizzate dei fattori di rischio: a tal fine è programmata l'adozione di programmi formativi per i Medici di Medicina Generale, al fine di definire approcci diagnostici e terapeutici mirati, in base alle classi di rischio.

L'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare è già stato inserito nel Piano Regionale di Prevenzione la cui efficacia si è conclusa nel 2013 ed è oggetto di una specifica linea progettuale del PRP 2014/2018. Oggi solo il 10% della popolazione adulta al di sotto dei 69 anni ha avuto il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare (dati Passi). La maggiore criticità che ha impedito in passato una sufficiente diffusione di tale strumento è legata alla mancanza di uno strumento normativo di contrattazione con i Medici di Medicina Generale, criticità questa recentemente risolta grazie al Decreto Commissariale n. 87/2014 con cui è stato approvato l'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale.

Attraverso, quindi, la attiva partecipazione dei MMG e degli operatori dei distretti Sanitari ed una Campagna informativa dedicata, si realizzerà una maggiore diffusione dell'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare.

#### **Obiettivi**

- Diffusione della carta del rischio cardiovascolare

#### **Indicatori**

- Numero di cittadini per i quali è stata utilizzata la carta del rischio cardiovascolare
- Numero di cittadini in trattamento con farmaci previsti nella Nota n.13 dell'AIFA
- Numero di cittadini avviati al PDTA patologia respiratoria/anno

#### **Scadenze**

- Completamento del programma: 31 dicembre 2017

### Obiettivi

- Adottare ed implementare Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per l'Infarto Miocardico Acuto, coerentemente con le reti assistenziali già programmate, tenuto conto della recente emanazione del regolamento sugli standard ospedalieri
- Verifica e monitoraggio dello stato di attuazione del DCA n. 29/2013
- Definizione di uno specifico percorso diagnostico terapeutico assistenziale finalizzato alla tutela dei pazienti con rischio significativo

### Indicatori

- Diffusione protocolli clinici condivisi
- Verifica delle performance dei PDTA adottati

### Scadenze

- Verifica PDTA adottati: prima fase 30 giugno 2017 – seconda fase 31 dicembre 2017

#### **5) Miglioramento del Percorso Nascita e tutela della salute riproduttiva da parte delle ASL**

Le azioni di prevenzione, in questo specifico contesto, non possono che essere mirate all'individuo e coinvolgono anche fattori di rischio legati agli stili di vita, nel tentativo di incidere sugli aspetti di suscettibilità individuale, laddove è evidente che la priorità è comunque rappresentata dalla prevenzione primaria legata al contenimento dei fattori di rischio di origine ambientale.

### Obiettivi

- Attuare un efficace programma di Prevenzione e Promozione della salute pre e periconcezionale per tutte le giovani coppie dei comuni delle Province di Napoli e Caserta
- Supportare con interventi mirati il Bambino, soprattutto ammalato o disabile e le famiglie nei primi 10 anni di vita con un insieme integrato di servizi e particolarmente con un servizio di Offerta Attiva Assistenziale
- Assicurare continuità e integrazione tra le cure alla maternità e quelle all'infanzia tra ospedale e territorio
- Implementazione ed attuazione delle linee guida del percorso nascita
- Attuare una gestione integrata tra i pediatri e gli operatori socio-sanitari che si occupano di minori
- Migliorare la qualità dei servizi tramite sistemi non burocratici di qualità e valutazione
- Integrare i sistemi informativi dal territorio al centro e viceversa, adottando indicatori informativi integrati per monitoraggio di informazioni individuali e monitoraggio a livello "comunitario" a scopo di programmazione (es. "Profili di comunità") e di verifica
- Analizzare la problematica delle disuguaglianze, soprattutto nell'accesso ai servizi, monitorandone qualità e quantità e definire politiche specifiche per il loro superamento

- Attuazione programma di Prevenzione e Promozione della salute pre e periconcezionale per tutte le giovani coppie dei comuni delle Province di Napoli e Caserta
- Predisposizione campagna per l'offerta di acido folico alle donne in epoca pre-gravidanza
- Numero di donne alle quali è stata proposta la somministrazione di acido folico
- Implementazione e attuazione delle linee guida del percorso nascita
- Definizione PDTA per il rapido accesso ai servizi sanitari ed alle procedure diagnostiche e terapeutiche per l'infanzia
- Implementazione sistemi non burocratici di qualità e valutazione
- Indicatori informativi integrati per monitoraggio di informazioni individuali e monitoraggio a livello "comunitario" a scopo di programmazione e di verifica
- Definizione di politiche specifiche volte al superamento della disuguaglianza nell'accesso ai servizi

#### **Scadenze**

- Attuare un efficace programma di Prevenzione e Promozione della salute pre e periconcezionale per tutte le giovani coppie dei comuni delle Province di Napoli e Caserta: 31 dicembre 2017
- Implementazione ed attuazione delle linee guida del percorso nascita: 31 dicembre 2017
- Migliorare la qualità dei servizi tramite sistemi non burocratici di qualità e valutazione: 31 dicembre 2017
- Integrare i sistemi informativi dal territorio al centro e viceversa, adottando indicatori informativi integrati per monitoraggio di informazioni individuali e monitoraggio a livello "comunitario" a scopo di programmazione (es. "Profili di comunità") e di verifica: 31 dicembre 2017
- Analizzare la problematica delle disuguaglianze, soprattutto nell'accesso ai servizi, monitorandone qualità e quantità e definire politiche specifiche per il loro superamento: 31 dicembre 2017

#### **6) Studio di monitoraggio dello stato di salute della popolazione residente**

Per quanto riguarda i controlli sanitari, il Sistema di Monitoraggio implementato a livello regionale, ad oggi copre circa l'80% della popolazione residente nella c.d. "Terra dei Fuochi", rispondendo alle particolarità del «Caso Campania», caratterizzata, da un lato, da una diffusione puntiforme e di estrema eterogeneità delle sostanze inquinanti, e, dall'altro, da una notevolissima estensione geografica e di popolazione dell'area dichiarata a rischio ambientale (oltre 3 milioni di abitanti in 90 comuni delle province di Napoli e Caserta). In virtù di tali caratteristiche, la metodologia epidemiologica utilizzata dallo studio Sentieri, valida per un approccio iniziale alla problematica, non rappresenterebbe più, rispetto alla necessità di produrre un livello di informazione più dettagliata, lo strumento che la Regione Campania intende adottare per il Programma di Azioni.



Regione Campania:

- conddividerà con l'ISS un disegno iniziale dello studio di monitoraggio dello stato di salute della popolazione residente in aree definite a rischio ambientale, disegno in cui vengono definiti anche indicatori da produrre e relativi standard di qualità;
- condurrà in modo autonomo l'intero studio di monitoraggio, avendone disponibilità di dati e competenze avanzate;
- promuoverà il potenziamento dei sistemi di sorveglianza degli stili di vita della popolazione residente (PASSI, OKKIO, PASSI D'Argento, HBSC), già previsti tra i sistemi di monitoraggio del Piano Regionale di Prevenzione 2014-18, al fine di monitorare con maggior dettaglio territoriale i fattori di rischio delle patologie croniche degenerative ed il loro effetto confondente rispetto alle patologie ambiente correlate;
- promuoverà studi di analisi e valutazione dell'impatto dei determinanti sociali sulla salute della popolazione dei territori interessati.

L'analisi finale dei dati prodotti e le possibili indicazioni, puntuali e mirate per micro-aree geografiche identificate a rischio ambientale specifico, sarà condivisa dalla Regione Campania e dall'ISS.

### Obiettivi

Tale nuovo approccio rappresenta un'evoluzione metodologica, rispetto alla precedente seguita nello Studio Sentieri, in grado di valorizzare alcuni aspetti tra cui:

- l'autonomia della Regione che, essendone in grado, si fa carico del monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione, con particolare attenzione a quella esposta a rischio
- la definizione di un protocollo di monitoraggio ambientale continuo, non legato a misurazioni sporadiche
- la trasparenza delle azioni, garantita dalla presenza, in fase di disegno iniziale, analisi e proposte finali, di una istituzione terza, di riconosciuta competenza
- il riconoscimento della collaborazione scientifica intesa come incontri di sapere al servizio della comunità

### Indicatori

- Monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione, con particolare attenzione a quella esposta a rischio
- Definizione di un protocollo di monitoraggio ambientale continuo, non legato a misurazioni sporadiche
- Trasparenza delle azioni, garantita dalla presenza, in fase di disegno iniziale, analisi e proposte finali, di una istituzione terza, di riconosciuta competenza
- Predisposizione di incontri di sapere al servizio della comunità

- Monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione, con particolare attenzione a quella esposta a rischio: 31 dicembre 2017
- Definizione di un protocollo di monitoraggio ambientale continuo, non legato a misurazioni sporadiche: 31 dicembre 2017
- Trasparenza delle azioni, garantita dalla presenza, in fase di disegno iniziale, analisi e proposte finali, di una istituzione terza, di riconosciuta competenza: 31 dicembre 2017
- Predisposizione di incontri di sapere al servizio della comunità: 31 dicembre 2017

In data 17/01/2017 la Struttura Commissariale ha tenuto una riunione con le AASSLL e AAOO interessate volta alla verifica dello stato di avanzamento delle attività previste dal DCA n. 38/2016. A seguito di tale riunione è stata richiesta la trasmissione delle Deliberazioni Aziendali che individuino:

- il Referente aziendale per l'attuazione delle linee di attività previste dal DCA n. 38/2016;
- il cronoprogramma aziendale in riferimento agli obiettivi n. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 del DCA n. 38/2016.

#### • **Intervento 14.3 - Rete oncologica**

Con DCA n. 98 del 20.09.2016, è stata decretata la Rete Oncologica Campana (ROC) secondo il modello operativo del Comprehensive Cancer Center Network (CCCN). Tale modello tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio ed a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. In tal modo, lo sviluppo di un sistema di Rete per la gestione delle patologie neoplastiche garantirà, a tutti i Centri che vi faranno parte per i loro ambiti di competenza, di contribuire alla piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, non dispersivo per il cittadino, ed in grado di rispondere al bisogno di Salute, assicurando una gestione multidisciplinare integrata, aderente alle linee guida e best practice, secondo i principi di appropriatezza ed equità di accesso alle cure.

Gli organi costitutivi della Rete sono i seguenti:

- Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico;
- Centri Oncologici di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS);
- Centri per le cure di I livello;
- Hospice e reparti/ambulatori di Terapia del Dolore;
- Centri provinciali di Oncofertilità per la crioconservazione dei gameti dei pazienti con patologia neoplastica per la preservazione della fertilità.

I cinque CORP hanno sede nelle seguenti Aziende Sanitarie:

- AO Moscati (AV);

- AO Sant'Anna e San Sebastiano (CE);
- AO Cardarelli (NA);
- AO Dei Colli (NA).

I quattro CORPUS hanno sede nelle seguenti Aziende Sanitarie:

- IRCCS Pascale (NA);
- AOU Federico II (NA);
- AOU Seconda Università degli Studi di Napoli SUN (NA);
- AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona (SA).

Il CORP/CORPUS è un aggregato funzionale di Unità Operative Complesse, Unità Semplici, Unità Dipartimentali finalizzate verso obiettivi comuni di assistenza.

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del Decreto, le Direzioni Generali delle AA.OO sede dei CORP/CORPUS, con specifico atto deliberativo, istituiranno i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (di seguito definiti GOM), specifici per singola patologia neoplastica, che saranno responsabili della definizione del corretto Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) nonché della "Presa in Carico della Persona Assistita".

La valutazione multidisciplinare prevede la presenza obbligatoria contemporanea di tutti gli specialisti indispensabili alla definizione del corretto percorso assistenziale. Le figure professionali che compongono il GOM sono di base:

- l'oncologo medico;
- il chirurgo;
- il radioterapista;
- l'infermiere Case Manager, fondamentale per l'attuazione delle procedure di integrazione con gli altri punti della rete e con il territorio.

Potranno far parte dei GOM anche specialisti provenienti da altre strutture del territorio regionale campano, con specifiche e qualificate competenze in ambito oncologico ed individuati dalle proprie Direzioni Generali. Tali specialisti che, parteciperanno alla presa in carico presso la sede del GOM, per lo svolgimento del PDTA, potranno erogare la specifica prestazione (ad es. Atti Chirurgici, Radioterapia, Chemioterapia) presso la loro Azienda di provenienza, nei casi in cui la complessità della prestazione sia adeguata alle caratteristiche della struttura di appartenenza stessa, così da decentrare le cure a minore intensità assistenziale e favorire la "territorialità".





o protocolli di intesa, così da integrare l'offerta di servizi ed evitare:

- l'eccessiva concentrazione delle prestazioni nei CORP (potenzialmente responsabile di un eccessivo allungamento dei tempi di attesa);
- l'erogazione di percorsi difformi dalle Linee Guida;
- la dispersione e la migrazione sanitaria (che potrebbero inficiare il raggiungimento degli esiti previsti ed aumentare i costi inappropriati).

Spetta ai GOM indirizzare i cittadini/pazienti presso i centri della Rete abilitati all'erogazione delle cure del caso. Le procedure operative delle attività del GOM dovranno essere comprensive di tracciabilità e di criteri valutativi che, possano giungere fino all'attivazione delle procedure di Controllo di Qualità e di Certificazione del Lavoro, attraverso la produzione di report annuali.

Per garantire l'adeguata realizzazione dei PDTA, il Coordinatore del CORP individua tra gli specialisti di ogni GOM, un coordinatore responsabile della governance del percorso assistenziale, identificato nella figura di un Oncologo Medico.

Sarà data priorità alla composizione dei GOM specifici per le quattro patologie tumorali per cui esistono percorsi di screening validati (carcinoma della mammella, carcinoma della cervice uterina, carcinoma del colon e carcinoma del retto) che attueranno i PDTA formulati ed approvati a livello Regionale e presenti nel DCA n. 98/2016.

Per le altre patologie tumorali ad alta incidenza, bassa incidenza o rare e, ad elevata complessità, saranno approvati specifici PDTA, dal Gruppo Tecnico Regionale, costituitosi per l'organizzazione della ROC, su proposta dei CORP.

Un aspetto determinante del PDTA è la definizione della tempistica con cui saranno effettuate le procedure previste dal protocollo diagnostico assistenziale.

I singoli centri partecipanti alla rete rendono disponibile un contatto telefonico e/o telematico diretto cui il cittadino può fare riferimento. L'accesso ad un CORP, per la Presa in Carico da parte del GOM specialistico di patologia, potrà avvenire su iniziativa del proprio MMG o di altro medico specialista, attraverso un apposito CUP.

La prima visita verrà erogata presso la struttura entro 7 giorni lavorativi. Entro ulteriori 15 giorni dalla prima visita, deve essere completata la stadiazione strumentale del tumore. Qualora una diagnosi di certezza cito/istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, la procedura diagnostica (FNAB, FNAC, Mammotome, biopsia eco-guidata ecc.) dovrà essere attuata entro 21 giorni successivi all'atto della Presa in Carico. Il referto cito/istologico dovrà essere reso disponibile entro 14 giorni dall'intervento.

Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORP, sarà cura dell'infermiere Case Manager, designato dal GOM specialistico di patologia, prenotare, entro 7 giorni dalla disponibilità dell'esame citologico/istologico, una nuova visita per la definizione del successivo percorso di cura o follow-up.

Nel caso in cui la procedura sia condotta in un centro esterno, sarà cura del paziente o del MMG o di altro specialista di riferimento, prenotare una nuova visita, che sarà erogata entro 7 giorni lavorativi.

percorso clinico, se ritenuto opportuno la struttura farà riferimento alle altre Strutture della Rete per una second opinion.

L'eventuale intervento chirurgico sarà effettuato, presso la struttura o presso altro centro abilitato per la specifica patologia tumorale, entro i 20-30 giorni successivi al completamento della fase diagnostica-stadiativa, e la diagnosi citologica/istologica definitiva del tumore dovrà essere resa disponibile entro 14 giorni dall'intervento.

Se l'intervento è stato eseguito internamente al CORP, sarà cura dell'infermiere Case Manager, designato dal GOM specialistico di patologia prenotare al momento della disponibilità dell'esame citologico/istologico una nuova visita, che sarà erogata entro 7 giorni, per consentire al GOM la definizione del successivo percorso di cura o follow-up.

Se l'intervento dovesse essere stato praticato in altro centro, sarà cura del Chirurgo che ha effettuato l'intervento, prenotare una nuova visita presso il CORP di provenienza, al fine di consentire al GOM la definizione del successivo percorso di cura o follow-up.

L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire entro 30-60 giorni dall'intervento chirurgico. Il ricorso a procedure radioterapiche post chemioterapia o chirurgia, quando necessarie, dovrà avvenire in tempi compatibili con quanto previsto dalle più aggiornate linee guida di settore, a seconda del setting di patologia.

La rete prenderà in carico anche pazienti già sottoposti ad intervento chirurgico presso altre strutture sanitarie non ad essa aderenti; in tal caso il paziente viene, comunque, preso in carico ed entro 7 giorni dal contatto e viene programmata la prima visita presso un GOM della Rete.

#### ● **Intervento 14.4 - Rischio clinico e sicurezza dei pazienti**

##### **Rif. Adempimenti LEA: lett. as) Questionario LEA**

La Regione Campania intende raggiungere lo standard previsto per il giudizio di adempienza rispetto ai LEA. A tal fine per alcuni degli obiettivi di seguito indicati sono state previste specifiche progettualità nell'ambito del DCA n. 134/2016 finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza e relative alla qualità dell'assistenza erogata. Le progettualità sono finanziabili mediante utilizzo dei Fondi Vincolati annualità 2014, 2015 e 2016.

Ad oggi si attesta che:

- le Aziende sanitarie ed ospedaliere campane si sono dotate di una struttura interna per la gestione del Rischio clinico con individuazione di referenti e/o Coordinatori aziendali per la Gestione del Rischio Clinico (GRC), che costituiscono una rete regionale;
- tra gli obiettivi fissati per la valutazione dei Direttori Generali sono stati previsti, nelle rispettive delibere di nomina, specifici obiettivi per il rischio clinico;
- sono stati resi operativi strumenti e metodologie manageriali per una strategia di governo del rischio clinico. In particolare, sono state avviate diverse iniziative per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, anche tramite il Progetto di gemellaggio con l'ASR Emilia Romagna "Trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie";

il flusso informativo SIMES (sistema informatizzato per la gestione degli eventi in sanità – Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);

- sono stati realizzati diversi percorsi regionali ed aziendali di formazione, qualificazione, accompagnamento e tutoraggio, rivolti agli operatori sanitari, opportunamente differenziati in base a specifiche esigenze, profili professionali e posizioni organizzative;
- è stato definito un programma informativo/formativo regionale rivolto alle Aziende sanitarie ed ospedaliere campane con l'obiettivo di implementare localmente le raccomandazioni ministeriali, in particolare, quelle relative alla prevenzione dei rischi in chirurgia;
- nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni legate all'assistenza sanitaria è stato pubblicato un piano regionale che ha visto la realizzazione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, l'adesione ad uno studio di prevalenza europeo, l'istituzione di un Sistema Regionale di sorveglianza delle Antibiotico Resistenze;
- è stato diffuso il “Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist” con l'obbligo di adozione formale aziendale/presidiale della relativa checklist, con realizzazione della relativa formazione al personale e monitoraggio della operatività;
- è stato attuato il monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- è stata effettuata la pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze;
- la Regione, nell'ambito del DCA n. 4/2017 riguardante l'istituzione del Comitato Permanente del Percorso Nascita Regionale, ha individuato un referente regionale per la gestione del rischio clinico e la qualità dei percorsi assistenziali.

La Regione si impegna, entro il 30 Aprile 2017, a definire una specifica Task Force per il raggiungimento degli obiettivi previsti dai LEA mediante lo svolgimento delle azioni di seguito riportate.

La Regione ha adottato la Delibera di Giunta n. 767 del 28.12.2016 "Linee di Indirizzo e Coordinamento per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania sull'uso appropriato degli Antibiotici e sul controllo delle infezioni da organismi multi-resistenti, per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18"; essa ha inoltre predisposto l'integrazione, ai sensi della DGRC n. 767/2016, della “Commissione tecnica di sorveglianza sul rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria e sull'antibiotico resistenza”, istituita con DD n. 49 del 30/08/2012.

• **Azione 14.4.1 – Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali**

**Obiettivi**

- Implementazione del numero di raccomandazioni ministeriali presso ogni Azienda Sanitaria
- Attuazione delle azioni di intervento per le Aziende che non raggiungono il target LEA
- Verifica dell'efficacia delle azioni di intervento

- Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie di almeno 12 Raccomandazioni rispetto alle 17 emanate dal Ministero della Salute, da parte di almeno l'80% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione

#### Scadenze

- Numero di raccomandazioni implementate da parte di almeno l'80% del totale delle Aziende Sanitarie: 31 dicembre 2017

#### • **Azione 14.4.2 – Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici**

##### Obiettivi

- Implementazione, nelle Aziende Sanitarie che erogano prestazioni oncologiche, delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne, in service aziendale o interaziendale
- Attuazione delle azioni di intervento per le Aziende che non raggiungono il target LEA
- Verifica dell'efficacia delle azioni di intervento

##### Indicatori

- Rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne al presidio, per l'allestimento delle preparazioni antitumorali, rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche

#### Scadenze

- Indicatore da raggiungere al 100%: 31 dicembre 2018

#### • **Azione 14.4.3 - Gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali**

La Regione Campania ha definito con proprio Decreto n. 98/2016 la Rete Oncologica Campana fornendo indicazioni per la presa in carico del paziente, l'erogazione delle cure, la definizione dei percorsi anche nell'ottica della continuità ospedale territorio. Inoltre, la Regione, con Decreto n. 136/2016 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali.

##### Obiettivi

- Recepimento e attuazione, da parte delle Aziende Sanitarie, del documento relativo alla Rete Oncologica Campana
- Recepimento e attuazione, da parte delle Aziende Sanitarie, delle linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali

##### Indicatori

- Numero di Aziende Sanitarie che hanno recepito e attuato il documento relativo alla definizione della Rete Oncologica sul totale delle Aziende Sanitarie
- Numero di Aziende Sanitarie che hanno recepito e attuato le linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali

- Recepimento e attuazione, da parte di tutte le Aziende Sanitarie, della Rete Oncologica Campana: 31 dicembre 2017
- Recepimento e attuazione, da parte di tutte le Aziende Sanitarie, delle linee di indirizzo per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antitumorali: 30 aprile 2017

- **Azione 14.4.4 - Monitoraggio dell'adozione della Check list in Sala operatoria**

**Obiettivi**

- Applicazione, a livello aziendale, delle check list in sala operatoria da parte delle UU.OO. chirurgiche
- Attuazione delle azioni di intervento per le Aziende che non raggiungono il target LEA
- Verifica dell'efficacia delle azioni di intervento

**Indicatori**

- Rapporto tra il numero delle Unità Operative chirurgiche che applicano la check list e il numero totale di UO chirurgiche a livello Aziendale

**Scadenze**

- Indicatore da raggiungere al 100%: 31 dicembre 2018

- **Azione 14.4.5 - Prevenzione delle cadute**

**Obiettivi**

- Predisposizione di un piano regionale per la prevenzione delle cadute
- Individuazione di idoneo gruppo di lavoro
- Analisi delle diverse realtà aziendali e delle attività sviluppate all'interno delle aziende per evidenziare in maniera oggettiva lo stato dell'arte e le maggiori criticità
- Definizione di un glossario comune regionale e della terminologia univoca da adottare su cadute ed eventi sentinella ed individuazione di alcuni indicatori di risultato per consentire confronti tra realtà aziendali diverse
- Definizione strumenti di rilevazione rischio caduta (scheda paziente, scheda ambientale)
- Predisposizione di opuscoli tipo per gli utenti e informazione ai pazienti e ai famigliari che prestano loro assistenza sui rischi derivanti da comportamenti non idonei in relazione allo stato di salute

**Indicatori**

- Elaborazione strumenti di valutazione
- Predisposizione materiale informativo

### Scadenze

- Elaborazione strumenti di valutazione: 30 aprile 2017
- Predisposizione materiale informativo: 30 aprile 2017
- Predisposizione di un piano regionale per la prevenzione delle cadute: 31 dicembre 2017

### • **Azione 14.4.6 - Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES**

#### Obiettivi

- Istituzione di un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella
- Definizione ed attivazione di un sistema di monitoraggio con indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento attivati successivamente agli eventi stessi anche attraverso la compilazione del flusso SIMES

#### Indicatori

- Emanazione decreto commissariale di istituzione del gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella
- Schede di segnalazione, presenti sul flusso SIMES, correttamente compilate pari al 75%

### Scadenze

- Emanazione decreto: 30 giugno 2017
- Indicatore da raggiungere sulle schede di segnalazione: 31 dicembre 2017

## Programma 15 - Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Rif. Adempimenti: c) - e) - aa))

### • **Intervento 15.1 – Riorganizzazione della struttura regionale volta a superare le criticità di natura strutturale ed organizzativa in materia di Sicurezza alimentare**

Il Ministero della Salute nel mese di novembre 2009, in occasione dell'audit di sistema sulla Regione Campania in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare, ne rilevava l'inadeguatezza, in particolare di quelle strutture competenti sulle matrici alimentari di origine vegetale, evidenziando il rischio per gli adempimenti di livello regionale previsti dal Piano Nazionale Integrato (PNI) in attuazione dell'art. 41 del Reg. (CE) 882/2004, compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Con il nuovo ordinamento della Giunta regionale introdotto dal Regolamento n. 12/2011, si è ulteriormente aggravata tale criticità; infatti le delibere attuative del regolamento, nel definire le strutture di livello regionale, hanno ridotto drasticamente quelle dedicate alla sicurezza alimentare e sanità veterinaria, prevedendo un'unica Unità Operativa Dirigenziale, denominata "Prevenzione e sanità pubblica veterinaria", in alternativa alla struttura operante in occasione del citato audit ministeriale (Settore), prevista dal precedente ordinamento amministrativo (Legge Regionale n. 11 del 4 luglio 1991), ed articolata in cinque Servizi, con altrettanti dirigenti ciascuno responsabile degli obiettivi di risultato, coincidenti con i Livelli Essenziali di Assistenza in materia.

E', altresì, rilevante che in tale contesto organizzativo critico interviene l'Accordo n. 46/CSR del 7 febbraio 2013 sancito dalla Conferenza Stato/Regioni, con il quale sono dettate Linee guida per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiali da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

L'Accordo prevede l'impegno da parte delle Regioni a recepire con propri provvedimenti l'Accordo che rappresenta adempimento ai fini della verifica da parte del Comitato LEA. Il documento, recepito con la DGRC n. 380/2013, prevede standard di funzionamento per tutti i tre livelli dell'autorità competente (D.lvo n. 193/2007) compreso, quindi, il livello regionale che in Campania presenta le citate carenze organizzative, maggiormente acute dalle disposizioni attuative del nuovo ordinamento n. 12/2011. La delibera di recepimento, inoltre, rinviava a successivo atto della Giunta la modifica dell'ordinamento ed il potenziamento delle competenti strutture regionali, ad oggi tuttavia non ancora attuati.

Per superare le criticità e garantire, quindi, l'adeguamento agli standard nazionali ed il raggiungimento degli obiettivi strategici in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare, è improcrastinabile la modifica dei provvedimenti attuativi del regolamento regionale n. 12/2011 prevedendo nella Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale l'istituzione di un Ufficio di Staff con funzioni di supporto tecnico-operativo per il coordinamento delle attività delle seguenti tre Unità Operative Dirigenziali (U.O.D.):

- Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria;
- Sanità animale;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Inoltre, l'organico dell'U.O.D. "Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria", nelle cui competenze rientra la sicurezza alimentare, va integrato con personale avente la qualifica professionale specifica per l'igiene degli alimenti di origine vegetale e per la nutrizione.

- Modifica dell'ordinamento della giunta regionale

#### Indicatori

- Emanazione DCA di sollecitazione dell'ordinamento della giunta regionale

#### Scadenze

- DCA di sollecitazione modifica ordinamento: 31 dicembre 2016

- **Intervento 15.2 – Allineamento delle prestazioni delle AA.SS.LL. agli standard regionali in materia di prevenzione del randagismo e igiene urbana veterinaria**

Con l'emanazione del Piano Regionale Integrato 2015-2018, approvato con la DGRC n. 317/2015, sono stati definiti gli standard prestazionali di I livello delle AA.SS.LL. in materia di prevenzione del randagismo ed igiene urbana veterinaria, in conformità ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al D.P.C.M. del 29.11.2001.

Il monitoraggio effettuato dal Centro di Riferimento per l'Igiene Urbana Veterinaria (CRIUV) ha evidenziato in alcune strutture territoriali notevoli criticità che comportano un evidente scostamento dagli standard regionali, che hanno indotto le strutture regionali a richiedere ai vertici delle AA.SS.LL. l'elaborazione di specifici piani operativi che prevedano l'adozione degli idonei correttivi atti a garantire le attività di I livello in conformità agli standard prestazionali regionali.

I citati piani operativi saranno oggetto di validazione e presa d'atto formale con decreto del Commissario ad Acta che ne disporrà contestualmente l'attuazione attraverso un cronoprogramma delle azioni correttive, con indicazione degli obiettivi intermedi e la verifica sulla corretta e puntuale attuazione degli stessi. La verifica riguarderà anche l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni, quale indicatore della idoneità dei correttivi adottati.

L'efficacia delle attività di prevenzione del randagismo, oltre che sulla standardizzazione delle prestazioni rese dalle AA.SS.LL. cui mirano gli interventi previsti dai citati piani operativi aziendali, si basa sul maggiore coinvolgimento dei medici veterinari liberi professionisti, già attivo da anni in Campania. Tale partecipazione potenzia notevolmente la capacità prestazionale del servizio pubblico, in particolare dell'iscrizione degli animali nell'anagrafe canina regionale, per la maggiore incisività e capillarità degli interventi caratterizzati dal rapporto fiduciario con il proprietario/cliente dell'animale.

#### Obiettivi

- Raggiungimento standard prestazionali di I livello delle AA.SS.LL.

#### Indicatori

- Emanazione DCA di approvazione dei piani operativi delle AA.SS.LL. per l'adeguamento delle strutture agli standard prestazionali
- Avvio dei piani operativi aziendali
- Monitoraggio degli obiettivi intermedi
- Completamento dei piani operativi aziendali



## Scadenze

- DCA di approvazione dei piani operativi: 31 dicembre 2016
- Monitoraggio degli obiettivi intermedi dei piani operativi: 31 gennaio 2017 - 31 luglio 2017 - 31 gennaio 2018
- Completa attuazione dei Piani Aziendali: 30 giugno 2018
- Verifica di efficacia ed efficienza: 31 dicembre 2018
- **Intervento 15.3 – Attuazione dei piani di profilassi per la Tubercolosi, Brucellosi e Leucosi bovina Enzoistica (LEB) e acquisizione stato di territorio ufficialmente indenne**

I Decreti del Ministero della Salute nn. 592/95, 651/94, 358/96 e 453/92 costituiscono la fonte normativa per l'attuazione della bonifica sanitaria e l'eradicazione degli allevamenti dalla Tubercolosi bovina e bufalina, dalla Brucellosi bovina, bufalina ed ovicaprina, nonché dalla Leucosi bovina enzoistica.

Con Ordinanza del 28/5/2015 il Ministero ha definito le misure straordinarie di lotta ed eradicazione e controllo delle predette malattie con particolare riferimento alle Regioni, come la Campania, che non hanno ancora acquisito la qualifica di territorio ufficialmente indenne.

La medesima ordinanza all'articolo 2, comma 1, prevede che Regioni non ancora indenni assegnino quale obiettivo prioritario ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. il raggiungimento della qualifica sanitaria. Al successivo comma 2 indica, quale strumento per la realizzazione del citato obiettivo, l'esecuzione del 100% dei controlli programmati su aziende e animali e una riduzione di almeno il 10% annuo su base regionale della prevalenza di ciascuna malattia.

Il raggiungimento della qualifica di Regione indenne, oltre agli evidenti risvolti positivi nell'ambito della prevenzione e tutela della salute, comporta altresì una diminuzione dei controlli ed agevolazioni nella movimentazione degli animali, con evidente beneficio e risparmio di risorse sia umane che finanziarie.

Nel corso del triennio 2016-2018 sarà obiettivo prioritario il controllo del 100% delle aziende bovine/bufaline e ovicaprine per le malattie soggette a risanamento, nonché la puntuale attuazione delle azioni conseguenti alla identificazione dei focolai. Il controllo dell'intero patrimonio zootecnico sarà accompagnato da ulteriori azioni correttive a sostegno dell'efficacia delle attività di risanamento come: l'adeguamento dei tempi di risposta delle diagnosi di laboratorio agli standard previsti, il rispetto della tempistica degli abbattimenti e dei ricontrolli nelle aziende focolaio, lo stamping out delle aziende con recidive sulla base di valutazione epidemiologica con il supporto dell'IZSM e dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale, nonché la formazione/standardizzazione delle tecniche diagnostiche, in particolare per quelle allergiche di stalla ed anatomopatologiche al macello per la tubercolosi. Tale azione comporterà la progressiva riduzione della prevalenza fino alle condizioni previste per l'accesso alla qualifica di territorio ufficialmente indenne per alcune malattie (LEB – Brucellosi ovicaprina). Le AA.SS.LL. provvedono, pertanto, adeguare le competenti strutture territoriali dotandole delle risorse adeguate all'espletamento delle attività di controllo, nel rispetto dei tempi e delle procedure definite dalla normativa di settore.

- Ottenimento della qualifica di Regione indenne dalla Leucosi bovina enzootica e dalla Brucellosi ovicaprina

#### Indicatori

- Controllo dell'intero patrimonio zootecnico sensibile per il risanamento dalla Tubercolosi, Brucellosi e LEB.
- Diminuzione della prevalenza su base annua del 10%

#### Scadenze

- Controllo sanitario al 100%: 31 dicembre di ciascun anno
- Diminuzione della prevalenza del 10%: 31 dicembre di ciascun anno
- Qualifica sanitaria per LEB e Brucellosi ovicaprina: 31 dicembre 2018

- **Intervento 15.4 – Verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare**

Il Piano Regionale Integrato (PRI) della Campania, in attuazione degli articoli 41 e 42 del Regolamento (CE) n. 882/2004, prevede la programmazione dei controlli ufficiali in base alla categoria di rischio assegnata agli operatori del settore alimentare e, come stabilito dall'articolo 8 terzo comma lett. a del medesimo regolamento, procedure documentate per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali.

Con il Decreto Commissariale n. 97/2013 sono state definite le procedure per lo svolgimento a cura delle AA.SS.LL. delle attività di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali, c.d. "supervisione", che prevedono tre tipologie di verifica: "sul campo", "documentale" e "mediante simulazione".

La programmazione annuale delle attività previste dal PRI deve includere, pertanto, anche quelle di "supervisione" allo scopo di rilevare eventuali criticità del controllo ufficiale che ne inficino l'efficacia e consentire ai responsabili delle strutture territoriali di adottare i necessari correttivi.

L'efficacia dell'azione di controllo può trovare, inoltre, un ulteriore indicatore nell'andamento della categoria di rischio assegnata alle imprese alimentari. In concreto è ragionevolmente ipotizzabile che l'azione esercitata dall'autorità competente territoriale (AA.SS.LL.) possa risultare evidente anche attraverso la progressiva variazione della classe di rischio assegnata alle imprese alimentari verso le classi più basse. Le competenti strutture regionali, pertanto, nel corso di vigenza del PRI 2015/2018 opereranno, con il supporto dell'Osservatorio Regionale per la Sicurezza (ORSA), su base sperimentale, una stima annuale dell'andamento della categoria di rischio media, su classi produttive omogenee già classificate nel corso del precedente PRI. Le classi omogenee prescelte saranno quelle categorizzate esclusivamente in occasione di controlli ufficiali con la tecnica della "sorveglianza", mediante specifiche check list regionali.

Alla fine del periodo di vigenza del PRI sarà attuata un'analisi puntuale dei dati, effettuando anche il confronto con quelli del precedente PRI.

#### Obiettivi

- Diminuzione della classe di rischio media delle imprese alimentari

- Programmazione annuale e attuazione esaustiva delle attività di “supervisione”
- Definizione delle classi omogenee per la stima dell’andamento della categoria di rischio media
- Stima annuale della classe di rischio media
- Analisi puntuale dei dati relativi alla categorizzazione del rischio riferiti ai diversi PRI

#### **Scadenze**

- Attuazione esaustiva della programmazione annuale delle attività di “supervisione”: 31 dicembre di ciascun anno
- Stima annuale della classe di rischio media: 31 marzo di ciascun anno
- Analisi puntuale di dati relativi alla classe di rischio media delle imprese alimentari categorizzate “sul campo”: 31 dicembre 2018

Rif. Adempimenti: f)

- **Intervento 16.1 – Riorganizzazione rete ospedaliera**

***Con riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera si precisa che è in corso di aggiornamento il DCA n. 33/2016, anche a seguito dell'affiancamento che Agenas sta offrendo alla Regione Campania.***

***In particolare, occorre migliorare alcuni aspetti relativi ai nodi della rete dell'emergenza-urgenza e al dimensionamento massimo di alcune discipline rispetto agli standard del DM 70/2015, avvalendosi anche di una puntuale analisi sui volumi ed esiti.***

***L'approvazione del nuovo DCA di riorganizzazione della rete ospedaliera è prevista entro il 31.03.2017.***

***Di seguito si riportano i punti principali del revisionando DCA n. 33/2016.***

Le precedenti programmazioni sanitarie in materia di rete ospedaliera hanno attuato un processo di riconversione di alcune strutture ospedaliere non più idonee a rientrare nella rete delle emergenze, riconversioni che di fatto non sono ancora completate, sacrificando di fatto posti letto per acuti senza prevedere un parallelo incremento dei posti letto per lungodegenza e riabilitazione. Allo stato i posti letto per acuti disponibili sono 2,75 x 1000 abitanti e per i post acuti 0,29 x 1000 abitanti.

Questo assetto determina da un lato una inappropriatazza di setting assistenziali per l'impossibilità di drenare il paziente acuto verso una degenza post-acuta, dall'altro crea fenomeni importanti di mobilità passiva per la gestione dell'acuto stesso.

L'approvazione del DM 70/2015 con la riorganizzazione delle tipologie di presidi ospedalieri ha reso viepiù necessaria una profonda revisione della rete ospedaliera, anche con ripensamenti motivati sulla dismissione completa di alcuni presidi che rientrano nella rete dell'assistenza con modalità complementari. L'obiettivo è ricondurre l'assetto ospedaliero alle modalità organizzative previste dal DM 70/2015 con il contestuale soddisfacimento del bisogno assistenziale, a garanzia dei LEA, mediante il recupero di posti letto, così come da norma.

L'armonizzazione con il privato accreditato avviene attraverso l'ingresso in piccola parte di questo settore nella rete dell'emergenza, dall'altro attraverso intensi fenomeni di riconversione (area neuropsichiatrica) verso il post-acuto. Questi ultimi processi, sebbene già decretati nella pregressa programmazione, di fatto non sono stati attuati.

Ai fini di rispettare e adeguarsi alla nuova normativa nazionale la Struttura Commissariale ha emanato il DCA n. 33 del 17.05.2016 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", con il quale ha programmato la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, nel rispetto di quanto previsto dal DM 70/2015, per il periodo 2016-2018.

Nell'ottica di razionalizzazione e redistribuzione previste dal Piano, al fine di superare le criticità regionali si è operato per:

- ridurre i posti letto di DH;

maniera significativa i posti letto per post acuti (codice 56);

- incrementare i posti letto per acuti in specifiche discipline, e contestuale ridimensionamento per altre discipline, con il potenziamento dell'offerta pubblica complessiva;
- rivisitare l'offerta privata con l'obiettivo di pervenire allo standard per bacino di utenza per singole aree e discipline, con conseguente riequilibrio tra i posti letto acuti e post acuti.

In base alla nuova programmazione sono previsti a regime 19.628 posti letto (pari a 3,52 pl x 1.000 ab. su popolazione "pesata"), rispetto ai 18.204 posti letto (pari a 3,26 pl x 1.000 ab. su popolazione "pesata") attualmente presenti così come risultante dai flussi HSP per l'anno 2015. Nel triennio vengono quindi programmati 1.424 posti letto aggiuntivi rispetto alla dotazione attuale.

Con il nuovo Piano Ospedaliero si cerca inoltre di potenziare in particolare le discipline di riabilitazione e lungodegenza, in cui si registravano le maggiori carenze più volte sottolineate anche dai Ministeri Competenti. In particolare per la riabilitazione si programmano 2.236 pl (pari a 0,40 pl x 1.000 ab. su popolazione "pesata") rispetto agli attuali 1.439 (pari a 0,26 pl x 1.000 ab. su popolazione "pesata"), mentre per la lungodegenza si programmano 894 pl (pari a 0,16 pl x 1.000 ab. su popolazione "pesata") rispetto agli attuali 538 (pari a 0,10 pl x 1.000 ab. su popolazione "pesata").

La tabella seguente mostra un quadro sintetico di quanto programmato, in termini di posti letto, a livello regionale:

**Tabella 19 – Programmazione Posti letto 2016-2018 Regione Campania**

Area	POSTI LETTO						
	PL HSP 2015		PL ex DM 70		PL Programmati		Δ PL Programmati - PL ex DM 70
Regione Campania	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	
Acuti	16.227	2,91	16.230	2,9	16.498	2,96	268
Riabilitazione	1.439	0,26	2.452	0,4	2.236	0,40	-216
Lungodegenza	538	0,10	946	0,2	894	0,16	-52
<b>Totale</b>	<b>18.204</b>	<b>3,26</b>	<b>19.628</b>	<b>3,52</b>	<b>19.628</b>	<b>3,52</b>	<b>0</b>

Inoltre ai fini della programmazione delle Unità Operative Complesse (UOC), si è fatto riferimento sia a quanto previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 sia alle indicazioni del DM 70/2015 in termini di bacini di utenza massimi e minimi per singola disciplina, attraverso la seguente metodologia:

- in primo luogo, in relazione al Patto della Salute 2010-2012, si è programmato il numero massimo delle UOC disponibili per le strutture ospedaliere pubbliche considerando i posti letto previsti nel presente piano (1 UOC ogni 17,5 posti letto a livello regionale), declinato secondo il DCA 18/2013, differenziando cioè il parametro standard a seconda della tipologia di Azienda (ASL, AO e Ospedale del mare, AOU/IRCCS), pervenendo alla definizione del numero massimo di UOC attivabili (a totale Azienda, totale Macro-area e totale Regione) e al numero massimo di UOC attivabili per disciplina con posti letto (a totale Azienda, totale Macro-area e totale Regione). Per le ASL, le UOC per discipline senza posti letto possono essere attinte anche da quelle previste per le strutture territoriali (1 ogni 13.515 residenti);
- in secondo luogo, si è proceduto al calcolo del numero massimo delle Unità Operative attivabili (UOC per il pubblico e singolo Punto di erogazione per il privato accreditato) per singola disciplina con posti letto, per singola Azienda e per Macro-area, in relazione ai bacini di utenza previsti dal DM 70/15.

propri Atti Aziendali, possono individuare e definire la tipologia ed il numero delle unità operative per ciascuna disciplina con e senza posti letto, fermo restando il pieno rispetto del numero totale delle UOC a livello aziendale.

Di seguito si riporta una tabella di sintesi in cui, per singola macro-area, accanto al numero di posti letto è riportato il numero di UOC distinto tra strutture pubbliche, private e istituti classificati.

**Tabella 20 – Programmazione Posti letto e UOC 2016-2018 - Regione Campania**

Macro - Area	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Istituti Classificati		TOTALE	
	PL	UOC	PL	UOC	PL	UOC	PL	UOC
AV-BN	1.413	82	1.174	50	203	19	2.790	151
CE	1.752	90	1.014	69			2.766	159
NA1	5.310	331	1.043	41	343	27	6.696	399
NA2	820	37	399	29	115	10	1.334	76
NA3	1.130	51	1.112	66	-	-	2.242	117
SA	2.848	133	952	35	-	-	3.800	168
<b>Totale</b>	<b>13.273</b>	<b>725</b>	<b>5.694</b>	<b>290</b>	<b>661</b>	<b>56</b>	<b>19.628</b>	<b>1.071</b>

Al fine di soddisfare quanto previsto dal DM 70/2015 in termini di numero massimo di UOC, di seguito si riportano le principali direttrici che la Regione intende perseguire:

- razionalizzazione delle strutture private accreditate con meno di 60 posti letti e conclusione del processo di riconversione delle strutture private accreditate neuropsichiatriche;
- accorpamento e riconversione delle strutture private accreditate non mono-specialistiche con meno di 40 posti letto, a seguito delle emanande indicazioni ministeriali;
- efficientamento e razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata a seguito della verifica dei parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti;
- potenziamento e miglioramento delle attività di integrazione ospedale-territorio attraverso la messa in atto da parte di ogni ASL, congiuntamente alle Aziende ospedaliere di riferimento, di modelli di reti assistenziali e di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) con sviluppo del day service e dei percorsi alternativi all'assistenza prestata in costanza di ricovero.

La Regione ha programmato di attuare le azioni sopradescritte, finalizzate al riassorbimento delle eccedenze di unità operative per bacino di utenza, secondo il seguente **cronoprogramma** così schematizzabile:

- entro 30 giorni dalla nomina dei Direttori Generali, le Aziende devono provvedere alla revisione dell'Atto Aziendale per la pianificazione delle discipline e dei relativi posti letto per ciascun presidio ospedaliero, nonché per la individuazione delle UOC, UOS e UOSD come previsto dal DCA18/2013 in linea anche ai criteri di progressiva implementazione del DM 70/2015;
- entro 30 giorni dalla nomina dei Direttori Generali, le Aziende dovranno presentare in Regione un programma operativo di implementazione rispetto a quanto indicato dalla nuova programmazione;

dalla emanazione delle indicazioni ministeriali, le strutture mono-specialistiche, si darà avvio ai processi di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera privata accreditata;

- entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Piano si darà avvio ad un sistema di monitoraggio di alcuni parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti che possano essere utili al complesso di riorganizzazione programmato;
- entro 120 giorni dalla pubblicazione del Piano si darà avvio ad una prima valutazione di quanto disposto dalla presente programmazione;
- entro il 31/12/2018, il sistema sanitario regionale dovrà raggiungere il rispetto degli standard fissati dal DM 70/2015 attraverso la riconfigurazione e la riprogrammazione delle eccedenze e delle carenze delle discipline della offerta complessiva degli ospedali pubblici e privati.

Analizzando le singole macro-aree, ad eccezione di Avellino-Benevento la cui dotazione attuale di posti letto x 1.000 abitanti risulta già superiore rispetto agli standard nazionali, si rileva un potenziamento in tutte le province della Regione al fine di garantire l'assistenza anche nei territori più disagiati (ad es. le zone insulari quali Ischia, Procida e Capri), di migliorare la qualità dei servizi e di potenziare l'offerta laddove in passato si erano registrate maggiori carenze.

Di seguito si riporta la sintesi della distribuzione dei posti letto per singola macro-area (pubblici e privati) e il dettaglio dei posti letto programmati per le sole strutture pubbliche.

**Tabella 21 – Programmazione Posti letto 2016-2018 macro-area AV-BN**

Area	POSTI LETTO				
	PL HSP 2015		PL Programmati		Δ PL Programmati - PL HSP 2015
Area AV-BN	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	N. PL	N.PL x 1.000 ab. pesati	
Acuti	2.470	3,49	2.187	3,09	-283
Riabilitazione	461	0,65	483	0,68	22
Lungodegenza	30	0,04	120	0,17	90
<b>Totale</b>	<b>2.961</b>	<b>4,18</b>	<b>2.790</b>	<b>3,94</b>	<b>-171</b>

**Tabella 22 – Programmazione Posti letto 2016-2018 – strutture pubbliche AV-BN**

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
PO LANDOLFI SOLOFRA	PRESIDIO OSPEDALIERO	SOLOFRA	131	104	-27
PO ARIANO IRPINO	PRESIDIO OSPEDALIERO	ARIANO IRPINO	129	137	8
PO S.ANGELO DEI LOMBARDI	PRESIDIO OSPEDALIERO	SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	46	66	20
P.O. S.ALFONSO MARIA DE LIGUORI	PRESIDIO OSPEDALIERO	SANT'AGATA DE' GOTI	94	76	-18
<b>TOTALE ASL AV</b>	<b>PRESIDI DI ASL</b>		<b>306</b>	<b>307</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE ASL BN</b>	<b>PRESIDI DI ASL</b>		<b>94</b>	<b>76</b>	<b>-18</b>
AO S.G. MOSCATI	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	AVELLINO	572	562	-10
AO G.RUMMO	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	BENEVENTO	475	468	-7

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
<b>Totale</b>	<b>2.263</b>	<b>2,61</b>	<b>2.766</b>	<b>3,19</b>	<b>503</b>

**Tabella 24 – Programmazione Posti letto 2016-2018 – strutture pubbliche CE**

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
PO SAN GIUSEPPE E MELORIO	PRESIDIO OSPEDALIERO	SANTA MARIA CAPUA VETERE	56	110	54
PO SAN ROCCO	PRESIDIO OSPEDALIERO	SESSA AURUNCA	100	160	60
PO S.G.MOSCATI A VERSA	PRESIDIO OSPEDALIERO	AVERSA	212	288	76
PO MADDALONI	PRESIDIO OSPEDALIERO	MADDALONI	81	138	57
PO MARCIANISE	PRESIDIO OSPEDALIERO	MARCIANISE	96	158	62
PO S.FELICE A CANCELLO	PRESIDIO OSPEDALIERO	SAN FELICE A CANCELLO	38	86	48
PO PIEDIMONTE MATESE	PRESIDIO OSPEDALIERO	PIEDIMONTE MATESE	141	188	47
<b>ASL CE</b>	<b>PRESIDI DI ASL</b>		<b>724</b>	<b>1128</b>	<b>404</b>
AO SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO CASERTA	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	CASERTA	465	624	159

**Tabella 25 – Programmazione Posti letto 2016-2018 macro-area NA**

Area	POSTI LETTO				
Area NA	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	8.562	2,93	8.896	3,04	334
Riabilitazione	485	0,17	971	0,33	486
Lungodegenza	380	0,13	405	0,14	25
<b>Totale</b>	<b>9.427</b>	<b>3,22</b>	<b>10.272</b>	<b>3,51</b>	<b>845</b>



Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
OSPEDALE DEL MARE	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	0	448	448
PO NAPOLI EST - S.GIOVANNI BOSCO	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	183	180	-3
PO NAPOLI EST - LORETO MARE	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	220	141	-79
PO NAPOLI EST - ASCALESI	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	121	154	33
PO NAPOLI EST - PO BARRA	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI			0
PO NAPOLI OVEST - S.PAULO	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	176	192	16
PO NAPOLI OVEST - DEI PELLEGRINI	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	131	118	-13
PO NAPOLI OVEST - SAN GENNARO	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	118	0	-118
PO BARRA			10	0	-10
PO NAPOLI OVEST - INCURABILI	PRESIDIO OSPEDALIERO	NAPOLI	102	74	-28
PO NAPOLI OVEST - PO CAPRI	PRESIDIO OSPEDALIERO	CAPRI	19	20	1
<b>ASL NA1</b>	<b>PRESIDI DI ASL</b>		<b>1.080</b>	<b>879</b>	<b>- 201</b>
AZIENDA OSPEDALIERA A. CARDARELLI	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	NAPOLI	850	986	136
A.O.SANTOBONO-PAUSILIPON	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	NAPOLI	435	437	2
AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI	AO - AZIENDA OSPEDALIERA	NAPOLI	922	987	65
AOU SUN	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	NAPOLI	377	454	77
AOU FEDERICO II	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	NAPOLI	796	829	33
IRCCS PASCALE	IRCCS	NAPOLI	230	290	60

Tabella 27 – Programmazione Posti letto 2016-2018 – strutture pubbliche NA2

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
PO CIVILE S. GIOVANNI DI DIO	PRESIDIO OSPEDALIERO	FRATTAMAGGIORE	125	192	67
PO SAN GIULIANO	PRESIDIO OSPEDALIERO	GIUGLIANO IN CAMPANIA	147	150	3
PO RIZZOLI	PRESIDIO OSPEDALIERO	LACCO AMENO	75	114	39
OSP.CIV. GAETANINA SCOTTO	PRESIDIO OSPEDALIERO	PROCIDA	9	0	-9
PO S.M.DELLE GRAZIE	PRESIDIO OSPEDALIERO	POZZUOLI	244	364	120
<b>ASL NA2</b>	<b>PRESIDI DI ASL</b>		<b>600</b>	<b>820</b>	<b>220</b>

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
PO MARESCA	PRESIDIO OSPEDALIERO	TORRE DEL GRECO	58	140	82
PO BOSCONTRECASE	PRESIDIO OSPEDALIERO	BOSCONTRECASE	97	174	77
PO S. LEONARDO	PRESIDIO OSPEDALIERO	CASTELLAMMARE DI STABIA	163	226	63
PO NUOVO GRAGNANO	PRESIDIO OSPEDALIERO	GRAGNANO	42	84	42
PO S. MARIA DELLA MISERICORDIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	SORRENTO	100	114	14
PO DE LUCA E ROSSANO	PRESIDIO OSPEDALIERO	VICO EQUENSE	97	106	9
PO NOLA	PRESIDIO OSPEDALIERO	NOLA	111	236	125
PO POLLENA	PRESIDIO OSPEDALIERO	POLLENA TROCCHIA	37	50	13
<b>ASL NA3</b>	<b>PRESIDI DI ASL</b>		<b>705</b>	<b>1.130</b>	<b>425</b>

**Tabella 29 – Programmazione Posti letto 2016-2018 macro-area SA**

Area	POSTI LETTO				
Area SA	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	3.202	2,96	3.151	2,91	-51
Riabilitazione	296	0,27	449	0,41	153
Lungodegenza	55	0,05	200	0,18	145
<b>Totale</b>	<b>3.553</b>	<b>3,28</b>	<b>3.800</b>	<b>3,51</b>	<b>247</b>

**Tabella 30 – Programmazione Posti letto 2016-2018 – strutture pubbliche SA**

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Sede	PL HSP 2015	PL Programmati	PL Progr-HSP
PO UMBERTO I	PRESIDIO OSPEDALIERO	NOCERA INFERIORE	337	366	29
PO TORTORA PAGANI	PRESIDIO OSPEDALIERO	PAGANI	59	82	23
P.O. S. FRANCESCO D'ASSISI	PRESIDIO OSPEDALIERO	OLIVETO CITRA	74	92	18
PO DI POLLA-S. ARSENIO	PRESIDIO OSPEDALIERO	POLLA	193	212	19
PO IMMACOLATA	PRESIDIO OSPEDALIERO	SAPRI	112	114	2
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA	PRESIDIO OSPEDALIERO	EBOLI	140	166	26
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA	PRESIDIO OSPEDALIERO	SARNO	123	161	38
P.O. MAURO SCARLATO	PRESIDIO OSPEDALIERO	SCAFATI	49	118	69
PO S.LUCA VALLO LUCANIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	VALLO DELLA LUCANIA	258	322	64
P.O. S.M.SPERANZA BATTIPAGLIA	PRESIDIO OSPEDALIERO	BATTIPAGLIA	131	138	7
PO DI ROCCADASPIDE	PRESIDIO OSPEDALIERO	ROCCADASPIDE	66	20	-46
PO AGROPOLI	PRESIDIO OSPEDALIERO	AGROPOLI		20	20
<b>ASL SA</b>	<b>PRESIDI DI ASL</b>		<b>1.542</b>	<b>1.811</b>	<b>269</b>
AOU RUGGI - FUCITO	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	MERCATO SAN SEVERINO	88	110	22
AOU RUGGI - DA PROCIDA	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	SALERNO	51	110	59
AOU RUGGI - DELL'OLMO	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	CAVA DE TIRRENI	88	89	1
AOU RUGGI - ITALIA GIORDANO	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	RAVELLO	0	20	20
AOU SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA - PO RUGGI	AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA	SALERNO	652	708	56
<b>AOU RUGGI</b>	<b>AOU - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA</b>		<b>879</b>	<b>1.037</b>	<b>158</b>

## Obiettivi

- Revisione degli Atti Aziendali da parte delle Aziende, per la pianificazione delle discipline e dei relativi posti letto per ciascun presidio ospedaliero, nonché per la individuazione delle UOC, UOS e UOSD come previsto dal DCA18/2013 in linea anche ai criteri di progressiva implementazione del DM 70/2015
- Presentazione da parte delle Aziende di un programma operativo di implementazione rispetto a quanto indicato nel nuovo Piano Ospedaliero
- Avvio del processo di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera privata accreditata, a seguito della emanazione delle indicazioni ministeriali in ordine ai criteri di classificazione delle strutture mono-specialistiche
- Avvio di un sistema di monitoraggio di parametri quali-quantitativi forniti dal Programma Nazionale Esiti;
- Avvio di una prima valutazione di quanto disposto dal DCA n. 33/2016
- Raggiungimento degli standard previsti dal DM 70/2015

## Indicatori

- Numero di Atti Aziendali approvati a seguito della revisione da parte delle Aziende Sanitarie
- Numero di programmi operativi per l'implementazione di quanto previsto dal DCA n. 33/2016, presentati dalle Aziende Sanitarie
- Rimodulazione della rete ospedaliera privata accreditata per le strutture mono-specialistiche
- Definizione di un sistema di monitoraggio per gli indicatori del Piano Nazionale Esiti
- Definizione di un sistema di monitoraggio per la valutazione di quanto previsto nel DCA n. 33/2016
- Numero di posti letto x 1.000 ab
- Numero di Unità Operative Complesse attive

## Scadenze

- Revisione degli Atti Aziendali da parte delle Aziende: 30 giorni dalla nomina dei Direttori Generali delle AA.SS.
- Presentazione di un programma operativo da parte delle Aziende: 30 giorni dalla nomina dei Direttori Generali delle AA.SS.
- Riorganizzazione della rete ospedaliera privata accreditata per le strutture mono-specialistiche: entro 60 giorni dalla emanazione delle indicazioni ministeriali in ordine ai criteri di classificazione delle strutture mono-specialistiche

ma di monitoraggio per gli indicatori del Progi.....re  
2016

- Avvio del sistema di valutazione di quanto disposto dal DCA n. 33/2016: 30 settembre 2016
- Raggiungimento degli standard previsti dal DM 70/2015: 31 dicembre 2018

A parziale modificazione di quanto sopra evidenziato, come richiesto al Tavolo congiunto del 21 dicembre 2016 la Regione ha iniziato un percorso di affiancamento con Agenas per il perfezionamento del DCA 33/2016 in ordine alle eccedenze delle discipline. In tal senso la Regione produrrà un cronoprogramma per la riduzione delle eccedenze tenendo conto delle dimensioni dei volumi prodotti dalle singole UU.OO.CC. in coerenza con le risultanze del Piano Nazionale Esiti per le strutture pubbliche, anticipando quanto già previsto nel cronoprogramma dello stesso DCA 33/2016.

Per il Privato accreditato, che, a norma del DM 70/2015 viene considerato come singolo punto di erogazione, pari ad una UOC dell'offerta pubblica, la Regione sta elaborando un modello di calcolo di un coefficiente di riduzione che verrà condiviso con Agenas nel corso del processo di affiancamento.

Entrambe le manovre correttive condurranno nel corso del triennio di vigenza del Piano, al rientro delle UOC eccedenti.

#### • **Intervento 16.2 – Attivazione Ospedale del Mare**

La prossima apertura dell'Ospedale del Mare contribuirà a diminuire il problema strutturale dell'emergenza in città, per la posizione geografica in cui è collocato mira ad attrarre l'utenza degli ospedali sia di Napoli città (con l'obiettivo di mitigare l'eccessiva affluenza che si registra nell'AO Cardarelli e nelle strutture del centro cittadino) che dei centri abitati facenti capo all'ASL Napoli 3 Sud.

Occorre ricordare come, una volta a regime, la struttura è proiettata verso una autonomia aziendale, nascendo in prima battuta come presidio ospedaliero della ASL Napoli 1 per diventare successivamente una Azienda Ospedaliera di riferimento nazionale e un punto di riferimento anche per la gestione dell'emergenza-urgenza in particolare per il quadrante sud est della città.

Sarà compito della Direzione Aziendale della ASL Na1 mettere in campo ogni procedura e azione al fine di attivare l'Ospedale del Mare quanto prima agendo direttamente sulla acquisizione del personale necessario e sul completamento dei beni e servizi propedeutici all'attivazione.

Sulla base di quanto previsto dal DCA n. 33/2016, l'Ospedale del Mare è configurato a regime quale DEA di II° livello con il seguente ruolo nelle reti di specialità:

- Hub II nella rete IMA;
- HUB rete Ictus;
- CTS nella rete Trauma;
- HUB nella rete delle emergenze gastroenteriche.



come riportata nel DCA n. 33/2016:

**Tabella 31 – Programmazione Ospedale del Mare**

Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	PL
<b>Discipline con Posti Letto</b>		
07	Cardiochirurgia	25
08	Cardiologia	20
09	Chirurgia generale	36
10	Chirurgia maxillo- facciale	6
12	Chirurgia plastica	6
13	Chirurgia toracica	10
14	Chirurgia vascolare	16
58	Gastroenterologia	10
19	Malat.endocrine, ric. della nutr.	5
51	Medicina e Chirurgia d'ac. e d'urg.	37
26	Medicina Generale	27
29	Nefrologia	12
30	Neurochirurgia	20
32	Neurologia	20
34	Oculistica	15
64	Oncologia con PL	20
36	Ortopedia e traumatologia	30
38	Otorinolaringoiatria	16
40	Psichiatria	8
49	Terapia intensiva	28
50	Unità coronarica (solo come UOS)	10
43	Urologia	20
<b>TOTALE OFFERTA PER ACUTI</b>		<b>397</b>
28	Unità spinale	10
56	Recupero e riabilitazione funzionale	25
75	Neuro- riabilitazione	16
<b>TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE</b>		<b>51</b>
<b>TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA</b>		<b>448</b>

### Obiettivi

- Messa a regime dell'Ospedale del Mare

### Indicatori

- Posti letto attivi da flussi NSIS

### Scadenze

- Attivazione completa dell'Ospedale: 31 dicembre 2017

La programmata rimodulazione del DCA 33, con l'affiancamento di Agenas, andrà, comunque, a riconfigurare anche l'assetto definitivo dell'ospedale del Mare in termini di presenza di discipline in eccedenza o carenti su scala regionale.

Il DCA n. 33/2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015” ha provveduto a ridefinire sia la rete dell'emergenza – urgenza sia il funzionamento e l'organizzazione del 118.

In particolare per la Centrale Operativa del 118 si prevede che abbia funzioni prevalentemente tecnico-organizzative, svolga compiti di processazione delle chiamate, di identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, di invio del mezzo più idoneo e di guida fino al luogo dell'evento.

Essa inoltre ha il compito di:

- coordinare tutti gli interventi di urgenza/emergenza nell'ambito territoriale di competenza. Gestire 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
- assicurare 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.
- verificare la programmazione aziendale della localizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio in base alle esigenze sanitarie, ai tempi di percorrenza ed alla rete stradale.
- verificare l'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.

In accordo a quanto previsto dal DM 70/15, che individua uno standard pari ad almeno una centrale operativa ogni 600.000 abitanti, le Centrali Operative territoriali gestite dalle ASL competenti sono così programmate:

- COT Avellino – Benevento;
- COT Caserta;
- COT Napoli 1 centro;
- COT Napoli 2 ovest;
- COT Napoli 3 est;
- COT Salerno.

#### **Obiettivi**

- Riorganizzazione del servizio regionale del 118
- Accorpamento delle COT Avellino e Benevento
- Accorpamento delle COT Salerno 1 e Salerno 2

- Numero di COT attive

### Scadenze

- Riorganizzazione del Servizio Regionale del 118: 31 maggio 2017
- Accorpamento delle COT Avellino e Benevento: 31 maggio 2017
- Accorpamento delle COT Salerno 1 e Salerno 2: 31 maggio 2017

- **Intervento 16.4: L'Azienda Regionale Unica di Emergenza Urgenza Campania (AREUC)**

L'attuale sistema regionale dell'emergenza urgenza si basa su un modello organizzativo non più completamente adeguato alle attuali esigenze assistenziali, tanto che si sono evidenziate nel corso del tempo una serie di criticità che necessitano di un preciso intervento strutturale teso a:

- garantire un incisivo governo regionale sulle attività coordinate tra le Centrali Operative ed il Sistema di trasporto infermi (ambulanze, elisoccorso, idro ambulanze);
- assicurare il normale funzionamento dei sistemi informativi (NSIS);
- fornire il costante aggiornamento del personale e delle tecnologie impiegate;
- intervenire nella ottimale gestione delle maxi-emergenze.

Il piano di riordino della rete ospedaliera, emanato con DCA n. 33/2016, al fine di superare le criticità sopra esposte prevede la costituzione della Azienda Regionale Urgenza Emergenza Campania (ARUEC), così come avvenuto in altre Regioni italiane. L'AREUC è configurata come una azienda sanitaria regionale che gestisce, controlla, coordina, finanzia il sistema dell'emergenza urgenza regionale con autonomia di risorse umane, tecniche e strumentali, interfacciandosi con le aziende sanitarie.

Compito dell'AREUC sarà anche quello di relazionarsi e integrarsi con la società civile (Enti pubblici, Organismi Associativi, Cooperative Sociali e Onlus), secondo il principio della sussidiarietà orizzontale, che garantisce la capillare copertura del territorio con i Mezzi di Soccorso di Base, attraverso il coinvolgimento e l'impegno diretto dei volontari.

I compiti della nuova Azienda Regionale saranno inoltre quelli di:

- garantire la necessaria mobilità del personale (per adeguamento delle necessità di intervento) e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazione del servizio (al fine di ridurre il rischio di burn out e riproporzionare i carichi di lavoro);
- garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie tempo dipendenti (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche);
- garantire gli standard strutturali, operativi e clinici;
- garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali;



- effettuare le valutazioni quali-quantitative dell'attività svolta;
- programmare e realizzare i programmi di formazione e miglioramento della qualità;
- verificare il possesso del mantenimento dei requisiti e degli standard organizzativi clinici degli Enti e Associazione che collaborano nell'attività di emergenza;
- approntare piani di gestione dell'emergenza intra ed extra ospedaliera, anche mediante realizzazione di esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere.

In particolare si richiede alle AASSLL, per il tramite dei Responsabili delle CO 118, di assicurare:

- l'intervento dei mezzi di soccorso più appropriati (ambulanza medicalizzata, ambulanza infermieristica, auto medica, ecc) in funzione delle singole realtà orogeografiche e dei presidi ospedalieri più idonei al bisogno, e quindi non solo di quelli più vicini al luogo del soccorso, garantendo interventi di soccorso urbano in 6 minuti e di soccorso extraurbano in 18 minuti;
- l'aggiornamento dei protocolli di CO 118 e della documentazione alle ultime evidenze scientifiche;
- la definizione di specifici PDTA (con specifici criteri di centralizzazione e allertamento del Pronto Soccorso) per la corretta integrazione tra il territorio e la rete ospedaliera aziendale;
- la corretta formazione del personale che opera nelle CO 118 e sui mezzi di soccorso;
- l'idoneo reclutamento del personale medico e l'inquadramento di tale figura come medico unico dell'emergenza con possibilità di integrazione con il pronto soccorso e il servizio medico della continuità assistenziale.

Si ritiene inoltre necessario costituire un Gruppo di Lavoro Permanente che sovrintenda al governo funzionale delle CO 118. Tale Gruppo (di cui dovranno far parte i Responsabili delle CO 118, cinque responsabili di pronto Soccorso e due infermieri con competenze nel settore dell'emergenza-urgenza) avrà il mandato di avviare da subito l'opera di informatizzazione, collegamento e omogeneizzazione su scala regionale richiamata nei suddetti punti.

#### **Obiettivi**

- Attivazione dell'Azienda Regionale Unica di Emergenza Urgenza Campania (AREUC)

#### **Indicatori**

- Istituzione da parte della Giunta Regionale dell'AREUC

#### **Scadenze**

- Adozione della Delibera di Giunta per l'attivazione dell'AREUC: 30 giugno 2017

**o 16.5 – Rete Emergenza- Urgenza**

La Struttura Commissariale ha emanato il DCA n. 33/2016 del 17.05.2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, con il quale, tra l’altro, ha programmato la riorganizzazione della rete della emergenza-urgenza definendo i ruoli delle singole strutture. Le componenti costitutive minime per i presidi appartenenti alla rete sono quelle riportate nel DM 70/2015, articolati secondo i seguenti livelli di operatività:

- **Ospedali in zone particolarmente disagiate.** Sono presidi ospedalieri di base prevedibili in zone particolarmente disagiate (zone montane, isole, ecc), distanti almeno 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso) per bacini di utenza inferiori agli 80.000 abitanti. In questi presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto attività di medicina interna, di chirurgia ridotta con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, integrati nella rete ospedaliera di area disagiata e dotati indicativamente di:
  - un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
  - una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina;
- **Ospedali di base sede di Pronto Soccorso,** previsto per un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, un tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e numero di accessi superiore a 20.000. E’ deputato ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure stabilizzazione clinica e trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo i protocolli concordati per patologia. Le discipline previste sono quelle già riportate per gli ospedali di base. Il pronto soccorso deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.
- **Ospedali sede di DEA di I° livello.** Esegue tutti gli interventi previsti per l’ospedale sede di PS e svolge funzioni di pronto soccorso e accettazione in emergenza-urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al DEA di II° livello (hub) per livello superiore di cura. La struttura sede di DEA di I° livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture già riportate in precedenza.
- **Ospedali DEA di II° livello.** Esegue tutti gli interventi previsti nell’ospedale sede di DEA di I° livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua le funzioni di pronto soccorso e accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia). La struttura sede di DEA di II° livello serve un bacino d’utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle strutture già riportate in precedenza.

Relativamente agli Ospedali in zona particolarmente disagiate essi rispondono a particolari esigenze territoriali, oro-geografiche, di comunicazione, di ciclicità assistenziale legata a fenomeni turistici, esigenze che esigono comunque una risposta assistenziale in emergenza/urgenza finalizzata ad una presa in carico del paziente. In queste strutture viene garantita un’attività di pronto soccorso, con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto: l’accesso in urgenza/emergenza, l’osservazione, la stabilizzazione, la cura ove compatibile, o il trasferimento secondario ove necessario. Andranno qui predisposte, a cura delle ASL di appartenenza, modalità di presa in carico, procedure di assistenza e percorsi atti a garantire i trasferimenti in emergenza-urgenza.

- Isola di Capri: il piano prevede un ospedale (Ospedale di Capilupi) con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina;
- Roccadaspide: è previsto un ospedale con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina;
- Agropoli: è previsto un ospedale con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina;
- Castiglione di Ravello (presidio della AOU Ruggi): è previsto un ospedale con pronto soccorso e con 20 posti letto di medicina;
- Isola di Procida il piano prevede un Punto di Primo Intervento più un Ospedale di Comunità.

La tabella seguente riporta tutte le strutture rientranti nella rete e il loro rispettivo ruolo.

AREA	DEA II (HUB)	DEA I (SPOKE)	PS	Struttura in zona particolarmente disagiata
ASL AV	AO Moscati di Avellino		PO Landolfi di Solofra PO di Ariano Irpino	
ASL BN	AO Rummo di Benevento		Ospedale Classificato FbF di Benevento PO Criscuoli di S. Angelo dei Lombardi PO S.Alfonso Maria de Liguori di S.Agata dei Goti	
ASL CE	AO San Sebastiano	P.O. di Aversa	P.O. di Marcianise P.O. di Maddaloni P.O. di Sessa Aurunca PO S. Giuseppe e Melorio di S.Maria Capuavetere CdC Pineta Grande P.O. di Piedimonte Matese	
ASL NA1	AO Cardarelli PO Ospedale del Mare	P.O. NA Est- S. Giovanni Bosco P.O. NA Ovest-S.Paolo	PO Loreto Mare Ospedale classificato FbF di Napoli Ospedale classificato Villa Betania PO Dei Pellegrini	PO Capilupi di Capri
ASL NA2	AO Cardarelli*	PO S.Maria delle Grazie di Pozzuoli	PO S.Giuliano di Giugliano PO S.Giovanni di Dio di Frattamaggiore CdC Villa Dei Fiori di Acerra PO Rizzoli di Ischia	PO Scotto di Procida
ASL NA3	Ospedale del Mare*	P.O. Castellamare di Stabia P.O. di Nola	P.O. di Sorrento P.O. di Vico Equense P.O. di Torre de Greco P.O. Boscotrecase	
ASL SA	AOU Ruggi di Salerno	PO di Vallo della Lucania P.O. Umberto I di Nocera Inferiore	P.O. Villa Malta di Sarno P.O. Fucito di Mercato S.Severino P.O. di Polla P.O. di Eboli P.O. di Battipaglia P.O. di Cava dei Tirreni P.O. di Oliveto Citra P.O. Immacolata di Sapri P.O. di Scafati	P.O. di Roccadaspide PO Italia Giordano di Castiglione di Ravello P.O. di Agropoli

\* Appartenenti all'area NA1

**Obiettivi**

- Graduale operatività dei punti di accesso programmati
- Messa a regime della Rete dell'Emergenza Urgenza

**Indicatori**

- Numero accessi al PS

**Scadenze**

- Avvio del monitoraggio trimestrale della operatività dei punti di accesso programmati entro il 31 Marzo 2017

## • **Intervento 16.6 – Rete Cardiologica**

Il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza tra il territorio e ospedali a diversa complessità assistenziale, con interconnessione assicurata da un adeguato sistema di trasporto. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- e inter-ospedalieri) concordati, utilizzando Servizi ed Ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse, valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento.

Con il DCA n. 33/2016 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", la Regione ha definito la nuova Rete Cardiologica, in linea a quanto previsto dal DM 70/2015, individuando le strutture facenti parte della rete stessa. Lo scopo è di garantire a tutti i pazienti con infarto "STEMI" pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità della nuova rete sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- utilizzare il sistema di riperfusione più efficace per il paziente su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza in primis da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato dal nuovo Piano è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 (e poi la Azienda Unica Regionale per l'Emergenza e Urgenza Campania – AUREUC) a cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata di tipo hub e spoke; tale modello garantisce l'equità dell'accesso a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo in cui si manifesti il bisogno di assistenza. Esso si fonda sull'interazione e sulla complementarietà funzionale dei presidi e delle strutture indipendentemente dalla loro collocazione fisica ed amministrativa.

L'applicazione pratica di questa organizzazione, secondo il modello "Hub & Spoke" presuppone anzitutto l'individuazione delle relazioni e delle gerarchie fra i punti di produzione dei servizi classificati, in funzione della complessità:

- spoke (UTIC semplice);

- hub di 2° livello (solo in struttura pubblica presenza di UTIC, Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgia, collocato in un DEA di II livello, con annesso servizio di accettazione h24 per le emergenze cardiovascolari nell'ambito della rete).

Parimenti indispensabile è l'attivazione di schemi organizzativi e di una centrale cardiologica, coordinata con la centrale operativa del 118, che siano in grado di facilitare la costruzione del percorso assistenziale sulle esigenze del paziente e la ricerca di strumenti di comunicazione che, in modo rapido, mettano in connessione i vari punti del sistema.

L'iter procedurale ad oggi condotto per l'attivazione operativa della rete cardiologica in Regione Campania è ormai in fase di completamento. Infatti il Coordinamento Regionale del sistema Integrato dell'Emergenza, con il supporto del tavolo tecnico istituito con DCA n. 23 del 9/3/2012 ha realizzato il documento "Rete dell'Infarto Miocardico Acuto – Protocollo clinico-organizzativo ai sensi del DCA n. 49 del 27/9/2010", approvato con DCA n. 29 del 15/3/2013, che contiene i protocolli operativi per il funzionamento della rete (i cui centri hub & spoke sono stati individuati da programmazione precedente), nonché le caratteristiche tecnologiche necessarie per la trasmissione dei referti, comprese le relative modalità di acquisto. Nel contempo lo stesso tavolo tecnico ha elaborato e predisposto tutto il materiale necessario per l'attuazione della formazione regionale prevista. Il Coordinamento Regionale del sistema integrato dell'Emergenza ha attivato i tavoli tecnici provinciali previsti dal DCA n. 63 del 19/6/2012 per l'avvio della sperimentazione attuativa che comprende una fase di formazione del personale. Nel frattempo è già stata aggiudicata la gara presso So.Re.Sa. per l'acquisto delle tecnologie necessarie per la trasmissione dei referti (elettrocardiografi-defibrillatori per i mezzi di trasporto, attrezzature per la trasmissione delle immagini, attrezzature informatiche per il collegamento tra le Centrali operative, tablet per l'acquisizione delle informazioni NSIS a bordo dei mezzi di trasporto). Pertanto entro il 31/12/2016 la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR ha previsto l'avvio della fase di sperimentazione e la progressiva contestuale attivazione delle procedure operative in tutte le province.

Nel contempo la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, attraverso la propria struttura di staff tecnico-operativo che svolge compiti di Coordinamento Operativo Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza-Urgenza, provvederà a definire, a completamento di quanto già realizzato e tenuto conto delle criticità strutturali legate al tema della riabilitazione, un protocollo operativo per l'organizzazione della riabilitazione cardiologica.

L'Intesa Stato Regioni n. 98 del 5/8/2014 definisce con esattezza la metodologia per il calcolo del fabbisogno di strutture da prevedere sul territorio regionale in base alla popolazione servita. Per quanto riguarda le discipline da ricomprendere nella rete dell'emergenza cardiologica il fabbisogno per la Regione Campania è il seguente:

- una Emodinamica interventistica ogni 300.000-600.000 abitanti: per la Regione Campania questo comporta un numero previsto: min 10 a max 20;
- una UTIC ogni 150.000-300.000 abitanti: per la Regione Campania questo comporta un numero previsto da min 20 a max 39 (di cui da 10 a 20 provviste di emodinamica interventistica).

Ovviamente per la ottimale funzionalità alla rete regionale tutte le emodinamiche interventistiche previste dal Piano devono garantire il funzionamento H24.

Il nuovo Piano Ospedaliero all'interno della rete cardiologica prevede l'integrazione con le strutture private accreditate dotate di emodinamica interventistica e di cardiocirurgia, individuandole come punti Hub di 1° livello.

costituita, nel pieno rispetto del calcolo del fabbisogno regionale secondo il DM 70, dai seguenti centri:

- 17 Centri Spoke (Cardiologia con UTIC senza Emodinamiche Interventistiche);
- 13 Centri Hub di 1° livello (Cardiologie con UTIC con Emodinamica Interventistica);
- 6 Centri Hub di 2° Livello (Cardiologie con UTIC-Emodinamica Interventistica e Cardiochirurgica).

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva con i punti di accesso della Rete IMA e il relativo ruolo:

**Tabella 33 – Punti di accesso della Rete IMA**

AREA	HUB II	HUB I	SPOKE
AV-BN	AO Moscati	AO di Ariano Irpino CdC Montevergine AO Rummo	FateBeneFratelli
CE	AO San Sebastiano	PO di Aversa  CdC Pineta Grande CdC S.Michele	PO di Piedimonte Matese PO Marcianise PO di Sessa Aurunca PO di S.Maria Capua Vetere
NA	AOU Federico II AO Dei Colli  Ospedale del Mare	AO Cardarelli PO San Giovanni Bosco CdC Mediterranea Cdc Villa dei Fiori (Acerra)  PO di Pozzuoli  PO di Castellamare	FateBeneFratelli PO San Paolo PO dei Pellegrini PO San Giugliano Istituto Villa Betania PO di Sorrento PO di Boscotrecase PO di Frattamaggiore PO Nola
SA	AOU Ruggi	PO Vallo della Lucania PO Nocera Inferiore  PO di Eboli	PO di Sarno PO di Sapri PO di Polla

\*Posti letto cardiologici e sub-intensivi in AFO

### Obiettivi

- Avvio fase di sperimentazione delle nuove tecnologie di trasmissione dei referti
- Messa a regime della Rete IMA

### Indicatori

- Posti letto per Cardiologia e UTIC come risultante da flussi NSIS

### Scadenze

- Avvio fase di sperimentazione delle nuove tecnologie: 31 dicembre 2016

## • **Intervento 16.7 – Rete Ictus**

La attuale situazione delle unità operative delle discipline interessate alla cura dell'ictus, per la grave carenza di organico medico ed infermieristico, ha reso impossibile la piena attuazione della precedente programmazione che prevedeva per la Regione 11 Unità Ictus di 2° livello (Hub di 2° livello o Stroke Unit), 4 Unità Ictus di 1° livello (Hub di 1° livello) e 11 Aree dedicate all'ictus (Centri Spoke), distribuiti sul territorio.

L'attuale progressivo sblocco del turn-over potrà consentire di considerare l'assorbimento di figure dedicate alla rete per la sua completa implementazione.

Con il DCA n. 33/2016 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", la Regione ha definito la nuova Rete Ictus, in conformità a quanto previsto dal DM 70/2015. Tale configurazione prevede livelli assistenziali diversi per dotazione strutturali e capacità assistenziali, ed utilizza un modello organizzativo di tipo hub e spoke.

Vengono utilizzati i seguenti nodi della rete:

- **centri Hub:** corrispondono alle Unità per l'ictus di 2° livello (propriamente identificate come Stroke Unit), costituite da aree di assistenza subintensiva, in ospedali dotati di unità operative di neurologia, neuroradiologia e neurochirurgia, con consolidata esperienza nella trombolisi sistemica e nell'approccio chirurgico sia endovascolare neuroradiologico sia vascolare neurochirurgico. Assicurano competenze di chirurgia vascolare, fisioterapia, logopedia, assistenza psicologica. Le unità ictus sono inserite di norma nell'ambito delle unità di neurologia e sono allocate in ospedali sede di D.E.A. di II° livello e nella AOU Federico II. Per le emorragie cerebrali, ed in particolare per l'Emorragia Subaracnoidea si prevedono posti letto dedicati, che in relazione ai volumi di attività ed ai modelli organizzativi aziendali, possono essere allocati in neurochirurgia o nelle unità stroke.
- **centri Spoke,** generalmente ubicati nei D.E.A. di I° livello, dotati di aree di degenza con parte dei letti monitorati, preferibilmente dislocate nelle unità di neurologia ed autorizzati alla trombolisi sistemica.

Inoltre tutti gli ospedali con pronto soccorso, ai quali giungono autonomamente la maggior parte dei casi di ictus, sono funzionalmente integrati nella rete stroke. Questi ospedali sono connessi, in via telematica per la trasmissione delle immagini, ai centri ictus spoke o hub, ai quali trasferiscono i pazienti selezionati dagli stessi. I pazienti non trasferiti sono ricoverati nelle degenze di medicina o geriatria.

Fanno parte della rete con i relativi posti letto dedicati le strutture ospedaliere di riabilitazione cod. 56 e di lungodegenza cod. 60 che riserveranno posti dedicati alla gestione post ictus.

Il nuovo modello di Rete Ictus basato sullo studio della incidenza annuale di casi di malattia, ritiene sufficienti per le esigenze regionali il seguente assetto: 9 Unità Ictus (Stroke Unit) in hub e 12 Unità Ictus (Stroke Unit) in spoke. Come già sopra riportato gli ospedali con pronto soccorso sono connessi con le predette unità stroke, alle quali hanno la possibilità di trasferire pazienti selezionati, assistendo gli altri casi nelle degenze di neurologia, medicina e geriatria.

I criteri con cui sono stati identificati i centri stroke sono:

- la dimensione provinciale per la rete ictus, e la rispondenza alla rete dell'emergenza-urgenza;



ricoveri per patologia cerebrovascolare acuta .....re  
anni;

- l'accessibilità alla rete in relazione alle finalità di adeguare l'offerta di servizi alla densità di popolazione;
- assicurare tempi di trasporto brevi, 60 minuti come riferimento, per raggiungere un centro stroke da un qualsiasi punto della regione.

In adesione ai predetti criteri si prevedono:

- 9 Unità stroke in hub (2 per la Macro-area Avellino-Benevento, 1 per la Macro-area di Caserta, 4 nella Macro-area di Napoli, e 2 nella ASL di Salerno);
- 12 Unità stroke in spoke (idonee per la trombolisi sistemica e distribuite nell'intero territorio regionale).

**Tabella 34 – Punti di accesso della Rete Ictus**

AREA	HUB	SPOKE
AV-BN	AO Moscati	PO di Ariano Irpino
	AO Rummo	
CE	AO San Sebastiano	PO di Aversa CdC Pineta Grande
NA	AOU Federico II AO Cardarelli Ospedale del Mare CTO Colli	PO San Giovanni Bosco PO San Paolo PO Loreto Mare  PO di Pozzuoli PO di Giugliano PO di Nola PO di Castellamare
SA	AOU Ruggi PO di Nocera Inferiore	PO di Polla PO di Vallo della Lucania

Per quanto riguarda le singole aree si programma quindi:

- Area Avellino-Benevento:
  - 1 Unità stroke hub nell'A.O. Moscati di Avellino;
  - 1 Unità stroke hub nell'A.O. Rummo di Benevento.
  - 1 Unità stroke spoke presso l'Ospedale di Ariano Irpino.
- Area Caserta:
  - 1 Unità stroke hub dislocata nell'A.O. S. Sebastiano di Caserta

## Volturno

## ● Area Napoli 1:

- 1 centro hub presso l'Ospedale del Mare. La dislocazione dell'Ospedale del Mare è periferica rispetto alla città ed a ridosso di rapide vie di comunicazione, per cui l'area di drenaggio per la patologia in oggetto potrebbe estendersi a tutta l'area sud-est della città e della Provincia, inclusa la zona sub vesuviana (Acerra), interna (Nola), e la zona costiera (Torre Del Greco, Castellammare di Stabia);
- 1 centro hub presso l'A.O. Cardarelli, che è il primo centro regionale per i ricoveri per ictus, e quello in assoluto con la maggiore casistica chirurgica per le emorragie cerebrali di qualunque tipo. Questo ospedale è punto di riferimento per i pazienti della città di Napoli e della ASL NA 2, ma riceve pazienti anche dalla ASL NA 3 e dall'area casertana. Nell'ambito della rete regionale il Cardarelli funge da centro di riferimento per la città di Napoli, per l'ASL NA2 Nord, e per l'ASL di Caserta per alcune tipologie di emorragie cerebrali finché l'A.O. San Sebastiano di Caserta non attiva l'unità di neuroradiologia.
- 1 centro hub presso l'A.O.U. Federico II
- 1 centro Hub in Azienda Ospedaliera dei Colli: essa è dotata presso il presidio CTO di neurologia con annessa unità stroke, di neurochirurgia e neuroradiologia (unità clinicizzate della S.U.N.) oltre che di rianimazione e di riabilitazione. L'Azienda è in grado di fornire assistenza completa, con personale dedicato e qualificato, al paziente con ictus cerebrale dalla fase acuta alla fase riabilitativa sino al rientro al domicilio.
- 1 centro spoke presso l'ospedale S. Paolo, che ha una neurologia di riferimento e ricovera circa 300 casi di ictus per anno, e con le dovute integrazioni può attivare una unità ictus idonea per la trombolisi sistemica;
- 1 centro spoke presso l'ospedale S. Giovanni Bosco, attualmente tra i primi centri regionali per numero di interventi endovascolari per emorragie cerebrali, che dotato di una neurologia (per trasferimento nell'ambito della stessa ASL) diviene appunto un centro spoke;
- 1 centro spoke presso il presidio Loreto Mare fino ad attivazione dell'Ospedale del Mare

## ● Area Napoli 2:

- 1 centro spoke presso il Presidio Ospedaliero S.M. delle Grazie di Pozzuoli, dove è già funzionante una neurochirurgia;
- 1 centro spoke presso il Presidio Ospedaliero di Giuliano.

## ● Area Napoli 3:

- 1 centro spoke presso l'Ospedale di Castellammare di Stabia che funge da riferimento per l'area vicina ed in particolare della costiera sorrentina che viceversa risulterebbe isolata;
- 1 centro spoke presso l'Ospedale di Nola per la popolazione dell'area interna.

Inoltre i casi di patologia emorragica saranno indirizzati, seguendo flussi già esistenti, presso:

- il centro Hub dell'ospedale di Nocera Inferiore per le aree interne;
- l'Ospedale Loreto Mare per la zona contigua alla città di Napoli e della fascia costiera.

L'Ospedale del Mare, allorché in funzione, tenderà a sostituire entrambi data la posizione geografica e la facilità di accesso.

- 1 Centro hub dell'AOU Ruggi d'Aragona;
- 1 Centro spoke del PO di Vallo della Lucania;
- 1 Centro spoke del PO di Polla.

Tali strutture sono punto di riferimento per l'area della città di Salerno e di tutta l'area sud.

- 1 Centro hub del PO di Nocera Inferiore, che serve l'area dell'agro nocerino-sarnese. Tale struttura copre il fabbisogno anche di parte dell'area dell'ASL NA3, che vedrà reindirizzata la propria utenza all'apertura dell'Ospedale del Mare.

### Obiettivi

- Messa a regime della Rete Ictus

### Indicatori

- Posti letto come risultanti dai flussi NSIS

### Scadenze

- Messa a regime della Rete Ictus: 31 dicembre 2018

### • **Intervento 16.7 – Rete Trauma**

Con il DCA n. 33/2016 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015", la Regione ha definito la nuova Rete Trauma, in conformità a quanto previsto dal DM 70/2015.

Nella definizione dei criteri di organizzazione e gestione della nuova rete, al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso, si sono considerate le seguenti condizioni:

- la necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
- la capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria;
- l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente);
- la connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati alla riabilitazione.

Inoltre il **Centro Traumi** viene organizzato secondo il modello di un'unità operativa funzionale ed interdisciplinare all'interno di un Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di un Ospedale ("Trauma Team"), con funzioni di coordinamento delle varie competenze specialistiche che, pur mantenendo l'appartenenza alle singole unità operative, quando necessario, convergono e vengono finalizzate alla gestione del traumatizzato secondo protocolli prestabiliti e condivisi.



Trauma vengono così classificate:

- **Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST):** nel quale devono essere disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore. Tale struttura si identifica con un Pronto soccorso generale.
- **Centro traumi di zona (CTZ),** il quale deve essere collocato in una struttura sede di DEA di I o di II livello e avere:
  - disponibilità 24 ore su 24 delle specialità di Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'urgenza, Ortopedia;
  - una logistica e una dotazione tecnologica appropriate alla gestione delle emergenze-urgenze;
  - un laboratorio d'urgenza e un Centro trasfusionale attivi 24 ore su 24;
  - due sale operatorie contigue multifunzionali, dove poter svolgere interventi di Chirurgia generale d'urgenza e Chirurgia ortopedica più eventuali specialità connesse con il trattamento del traumatizzato.
- **Centro traumi ad alta specializzazione (CTS):** oltre alle caratteristiche di minima definite per i CTZ in tale struttura devono essere disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione, e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche poli-distrettuali. Tali centri devono registrare un volume di attività per trauma non inferiore ai 400-500 casi/anno e con una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Nell'attuale ordinamento il CTS è collocabile presso un DEA di II livello in cui siano presenti anche specialità quali neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica.

Sulla base di tale classificazione la nuova rete prevista riporta la seguente organizzazione:

- **Centri Traumi di alta Specializzazione (CTS):** afferenti a DEA di II livello con Trauma Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del Trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della Rete (CTZ, PST). Tali centri identificano e trattano 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantiscono le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, Centro Antiveneni). I CTS sono così individuati presso:
  - Ospedale del Mare (CTS Campania Centro), per il bacino d'utenza afferente alla macro-area di Napoli, in attesa di attivazione dell'Ospedale del Mare svolge una funzione vicariante il CTZ Cardarelli;
  - AO S. Anna e S. Sebastiano di Caserta (CTS Campania Nord), per il bacino d'utenza afferente alle macro-aree di Caserta, Benevento ed Avellino;
  - AO S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno (CTS Campania Sud), per il bacino d'utenza afferente alla macro-area di Salerno.
- **Centri traumi di zona (CTZ):** individuati presso DEA di I o II livello che garantiscono H24 il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. I CTZ sono così individuati presso:
  - AO Cardarelli e PO CTO dell'AO dei Colli, afferenti al CTS Campania Centro;
  - AO Rummo di Benevento e AO Moscati di Avellino afferenti al CTS Campania Nord;

CTS Campania Sud.

- **Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST):** individuati in tutti gli altri DEA di I livello e presso gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso generale, che garantiscono il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore.

Per garantire la massima ricettività possibile da parte del CTZ, devono essere previsti protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico. Il modello così configurato assicura l'integrazione con le Strutture di riabilitazione post-acuta (Unità spinali, U.O. Medicina riabilitativa), in modo da garantire la presa in carico del paziente ed ogni azione finalizzata ad una riabilitazione efficace.

Di seguito si riporta una tabella di sintesi con tutte le strutture facenti parte della Rete Trauma:

**Tabella 35 – Punti di accesso della Rete Trauma**

AREA	CTS	CTZ	PST (*)
AV-BN-CE	AO San Sebastiano	AO Moscati	
		AO Rummo	
		AO San Sebastiano	
NA	Ospedale del Mare	AO Cardarelli AO Dei Colli	
SA	AOU Ruggi	PO Vallo della Lucania PO Nocera Inferiore	

(\*) Tutti i presidi pubblici e privati con Pronto Soccorso e Terapia Intensiva come rilevato nella Rete dell'emergenza - urgenza

### Obiettivi

- Messa a regime della Rete Trauma

### Indicatori

- Posti letto come risultanti dai flussi NSIS

### Scadenze

- Messa a regime della Rete Trauma: 31 dicembre 2018

- **Intervento 17.1 – Il Sistema dell’Emergenza Pediatrica**

La Struttura Commissariale ha emanato il DCA n. 33 del 17.05.2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, con il quale ha provveduto anche a ridefinire il sistema dell’emergenza pediatrica in Campania.

La rete dell’emergenza pediatrica è stata strutturata attraverso il modello “hub e spoke”. Il DM 70/2015 prevede che i posti letto della disciplina di Pediatria (codice 39) siano allocati solo in DEA di primo o secondo livello. Pur tuttavia, tenendo conto della numerosità della popolazione pediatrica e della distribuzione territoriale di tale popolazione, è stato deciso, in deroga, di allocare la disciplina Pediatria anche presso alcuni ospedali sedi di P.S., articolando in due diversi livelli di complessità assistenziale la funzione spoke, come appresso specificato.

I livelli sono pertanto così definiti:

- **Livello Hub:** Centro della Grande Emergenza e dell’Emergenza Specialistica **presso l’AO Santobono- Pausilipon**

Nell’HUB Unico Regionale Campano sono presenti le seguenti attività di emergenza pediatrica a bacino regionale:

- Terapia Intensiva Pediatrica
- Neurochirurgia pediatrica (anche come parte della rete trauma di cui al capitolo 9.3.4)
- Ortotraumatologia complessa (anche come parte della rete trauma di cui al capitolo 9.3.4)
- Emergenze nefrologiche, dialisi pediatrica e neonatale;
- Chirurgia neonatale e malformativa complessa;
- Emergenze cardio-pneumologiche complesse;
- Emergenze oculistiche ed orl complesse;
- Emergenze neurologiche complesse;
- Emergenze ematologiche ed oncologiche;
- Emergenze neuropsichiatriche infantili (di nuova istituzione);
- Inalazione di corpi estranei con rischio immediato per le funzioni vitali;
- Ingestione di corpi estranei con rischio immediato per le funzioni vitali (anche come parte della rete emergenze gastroenteriche);
- Per le grandi ustioni ed i gravi avvelenamenti **l’A.O. Santobono-Pausilipon si configura come centro spoke dell’Hub Regionale dell’A.O. Cardarelli**
- Per le emergenze infettivologiche complesse e neuro-infettivologiche l’A.O. Santobono-Pausilipon si configura come spoke dell’Hub Regionale del P.O. Cotugno (A.O. dei Colli). Dove sono presenti UU.OO. di Malattie infettive per adulti e dove è possibile isolare e trattare anche pazienti pediatrici (ad es. A.O. Moscati di Avellino, A.O. San Sebastiano di Caserta e A.O.U. Ruggi di Salerno) l’assistenza infettivologica pediatrica è garantita mediante l’identificazione di posti letto dedicati, sorretti in forma integrata dalle specialità pediatriche e infettivologiche presenti, e collegate all’Hub Regionale del P.O. Cotugno (A.O. dei Colli)

Il Centro Hub, oltre a svolgere le precise attività ad esso assegnate, funge da coordinamento per la redazione dei protocolli e dei percorsi diagnostico terapeutici che garantiscono l’efficienza e la sicurezza del funzionamento della rete.

Il: pediatria (posti letto codice 39) ubicata negli Il  
livello devono essere stabilmente inseriti nel percorso dell'emergenza e devono avere risorse  
strutturali e tecnologiche adeguate.

Caratteristiche Spoke di II livello:

- Devono essere ubicate in Ospedali sedi di DEA;
- Devono essere in rete con l'hub di riferimento;
- Devono disporre di P.S. pediatrico con guardia attiva ed Osservazione Breve Intensiva;
- **Livello Spoke I:** 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.

Caratteristiche Spoke di I livello:

- Possono essere ubicati presso ospedali sedi di Pronto Soccorso;
- Fanno capo al DEA più vicino;
- Devono essere dotati di P.S. pediatrico e guardia pediatrica attiva.

In sede di redazione dei protocolli e delle regole di funzionamento della rete andranno inseriti i seguenti criteri generali:

- ove necessario, il trasferimento fra centro Spoke e centro Hub va effettuato sempre dopo la stabilizzazione del bambino;
- all'interno della rete va raccomandato il *back-transport* verso l'ospedale trasferente o di prossimità, nel caso in cui il bambino, una volta conclusi i trattamenti di esclusiva competenza dell'Hub, debba completare, in regime di ricovero ordinario, il percorso assistenziale;
- per ridurre la durata della degenza vanno individuate modalità concordate per la dimissione protetta al domicilio e per l'affidamento in continuità assistenziale al Pediatra di Famiglia;
- per ridurre l'accesso al pronto soccorso vanno attivati tutti gli strumenti previsti dalle nuove norme sulla pediatria di famiglia;
- va incentivato l'utilizzo dell'OBI pediatrica per le patologie acute che possono essere rapidamente stabilizzate (esempio asma bronchiale, laringospasmo, vomito incoercibile, diarree acute con modica disidratazione, etc.); per le patologie di media gravità o non chiaramente definite ma che necessitano di ripetute valutazioni (sospetta appendicite, dolore toracico, trauma cranico moderato/politrauma lieve nel bambino <3-5 anni, cefalea/emicrania, convulsioni e/o recidive in bambino con epilessia, sospetta assunzione impropria farmaci/tossici, etc.); per le situazioni di disagio socioeconomico/emarginazione e per le quali è incerta la compliance alle misure terapeutiche o difficile la rivalutazione del paziente nei giorni immediatamente successivi.

Tali premesse permettono di declinare la rete per l'emergenza pediatrica nella seguente configurazione illustrata in tabella.

AREA	HUB	SPOKE II	SPOKE I
AV-BN	A.O. Santobono-Pausilipon	A.O. Moscati A.O. Rummo	P.O. di Solofra
AREA		SPOKE II	SPOKE I
CE		A.O. Sant'Anna e San Sebastiano P.O. di Aversa P.O. di Marcianise	P.O. di Sessa Aurunca P.O. di Piedimonte Matese
AREA		SPOKE II	SPOKE I
NA		P.O. Loreto Mare P.O. S. Giovanni Bosco P.O. S. Paolo P.O. Pozzuoli P.O. Castellammare di Stabia P.O. di Nola	P.O. di Frattamaggiore P.O. Boscotrecase P.O. Vico Equense P.O. di Ischia
AREA		SPOKE II	SPOKE I
SA		AOU Ruggi PO Umberto I di Nocera Inf. PO di Vallo della Lucania	P.O. Villa Malta di Sarno  P.O. di Polla P.O. di Battipaglia P.O. Immacolata di Sapri

**Obiettivi**

- Stipula dei Protocolli
- Messa a regime della Rete delle Emergenze Pediatriche

**Indicatori**

- Numero posti letto di pediatria (cod. 39) come risultanti dai flussi NSIS

**Scadenze**

- Stipula dei Protocolli entro il 31 dicembre 2016
- Messa a regime della Rete delle Emergenze Pediatriche: 31 dicembre 2018

- **Intervento 17.2 – I Punti Nascita e la Rete Neonatologica**

**Punti Nascita**

La Struttura Commissariale ha emanato il DCA n. 33 del 17.05.2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, con il quale ha provveduto anche a programmare la gestione e l’organizzazione dei Punti Nascita.

In questo settore si è programmato un percorso tendente a realizzare entro il 31.12.2018 una rete di offerta costituita da punti parto che assicurano prevalentemente almeno 1.000 parti/anno fatte salve specifiche deroghe. Considerando che le chiusure già intervenute e quelle programmate determineranno un migliore afflusso nelle restanti strutture, il percorso nel settore pubblico non può 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, attesi i requisiti per l’accreditamento, i punti parto che non raggiungono lo standard di 500 parti sono stati già disaccreditati con decorrenza dal 01.01.2015.



oli si prevede una programmazione specifica. il punto nascita del presidio S. Gennaro (457 parti nel 2013) dal 1.1.2015; il punto nascita del PO Incurabili (605 parti nel 2013) è stato chiuso nel mese di dicembre 2015 per problemi di tipo strutturale; in questa sede si programma una importante struttura territoriale di accoglienza e monitoraggio per le gravidanze fisiologiche assieme ad un potenziamento della funzione consultoriale ("Punto Mamma"). La programmazione prevede inoltre, la ricostituzione delle funzioni di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria presso il Presidio Loreto Mare.

La Regione intende nel corso del prossimo biennio valutare la redistribuzione della domanda a seguito della soppressione dei Punti Nascita che non raggiungono il numero di parti previsti dallo standard, in modo da poter aggiornare la programmazione e valutare la possibilità, prevista dal DM 70/2015, di richiedere le deroghe per il mantenimento di punti nascita con volumi di soglie inferiori al previsto.

In ogni caso l'obiettivo a tendere entro il 31.12.2018 è di raggiungere il nuovo standard volumi/esiti pari ad almeno 1.000 parti/annui, e mantenere attivi i soli punti nascita che raggiungono tali volumi di attività, salvo casi di deroga. Al momento, come sopra descritto, sono ancora attivi nella rete pubblica dei punti nascita sotto soglia (<500 parti/anno) così come viene dettagliatamente riportato negli assetti dei singoli presidi e riepilogato nella tabella seguente.

**Tabella 37 – Strutture di ricovero con N. Parti/anno < 500 (Anno 2015)**

AREA	Ospedale	N. PARTI	Richiesta di Deroga
AV-BN	P.O. di Solofra	472	SI
	P.O. di Ariano Irpino	339	SI
AREA	Ospedale	N. PARTI	
CE	P.O. di Sessa Aurunca	309	SI
	P.O. di Piedimonte Matese	174	SI
AREA	Ospedale	N. PARTI	
NA	P.O. di Capri	22	
	P.O. di Ischia	331	SI
	P.O. di Procida	1	
	P.O. di Boscorecase	283	
AREA	Ospedale	N. PARTI	
SA	P.O. di Polla	373	SI
	P.O. di Sapri	310	SI
	P.O. di Vallo della Lucania	306	SI

dei punti nascita al di sotto dei 500 parti/anno per cui viene chiesta la deroga. Alle check-list sono allegati i cronoprogrammi per la risoluzione delle criticità e la dichiarazione di responsabilità dei Direttori Generali della Aziende interessate.

Con note prot. nn. 6282 6283 del 24.10.2016, indirizzate ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. delle AA.OO. e delle AA.OO.UU., è stato richiesto a tutti i punti nascita, pubblici e accreditati, la compilazione di un cronoprogramma individuale per l'adeguamento degli indicatori previsti dalla check-list ministeriale.

Con nota Prot.n. 1001 del 27/02/2017 la Struttura Commissariale ha individuato un Gruppo di lavoro che valuterà semestralmente l'attuazione dei cronoprogrammi e l'aggiornamento del servizio STEN e STAM.

Il suddetto Piano Ospedaliero prevede, inoltre, le seguenti azioni di riorganizzazione, in funzione del contesto attuale e dello scenario di breve e medio periodo:

- non sarà attivato il Punto nascita presso l'Ospedale del Mare, collocato a meno di 1 km dall' Ospedale Classificato Villa Betania che soddisfa pienamente i requisiti con volumi di attività maggiori a 2000 parti/anno;
- rimane attivo il punto nascita presso il PO Loreto Mare di Napoli dove saranno trasferite le tecnologie dell'Ospedale del Mare.

Con riferimento al miglioramento quantitativo e qualitativo del flusso CEDAP in data 14.02.2017, le tre U.O.D. regionali coinvolte, hanno intrapreso le seguenti azioni:

- in accordo con le linee guida nazionali hanno stilato un nuovo modello di CEDAP, in modo particolare sono stati aumentati i campi e, a differenza del precedente sistema, sono stati resi obbligatori i campi principali;
- i funzionari della U.O.D. 10 hanno realizzato una web application che consente di effettuare controlli mirati sui dati già all'inserimento degli stessi, nonché una più efficace attività di monitoraggio dei flussi;
- la fase di implementazione prevede un incontro con le UOC ostetricia e neonatologia per la formazione sull'uso del nuovo pacchetto applicativo;
- tutte le suddette azioni son incluse in un DCA in corso di istruttoria.

#### Obiettivi

- Raggiungimento per le strutture in attività del nuovo standard volumi/esiti pari ad almeno 1.000 parti/anno entro il 31/12/2018
- Invio richiesta di deroga al Comitato percorso Nascita nazionale in coerenza con tutti gli elementi previsti dal "protocollo per la richiesta di deroghe" per i punti nascita < 500 parti/anno
- Riconoscimento da parte del Comitato Percorso Nascita Nazionale dei Punti Nascita in deroga (n. parti<500/anno) secondo il percorso previsto dal DM 11.11.2015
- Individuazione di elementi di controllo qualitativo e quantitativo sulla bontà e correttezza dei dati relativi al flusso informativo Cedap

#### Indicatori

- Numero parti/anno da Flusso SDO
- Numero parti/anno da Flusso CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto)

- Raggiungimento per le strutture in attività del nuovo standard volumi/esiti pari ad almeno 1.000 parti/anno: 31 dicembre 2018
- Invio richiesta di deroga al Comitato percorso Nascita nazionale in coerenza con tutti gli elementi previsti dal “protocollo per la richiesta di deroghe” per i punti nascita < 500 parti/anno: inviata nota da parte della Struttura Commissariale prot. 7378/C del 16.12.2016
- Riconoscimento dei Punti Nascita in deroga (n. parti<500/anno) secondo il percorso previsto dal DM 11.11.2015: 30 giugno 2017
- Individuazione di elementi di controllo qualitativo e quantitativo sulla bontà e correttezza dei dati relativi al flusso informativo Cedap: 30 giugno 2017

### 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 necessitano di cure intermedie, con trasferimento alle TIN anche di neonati che non richiedono cure intensive.

La nuova programmazione prevista con il DCA n. 33/2016 “*Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015*”, 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 due livelli di assistenza neonatale:

- **Livello 1: Neonatologia (cod. 62):** che di norma 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.
- **Livello 2: TIN (cod. 73):** in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità.

Il DCA n. 33 del 17.05.2016 ha previsto 17 punti di cura per il neonato prematuro sotto le 34 settimane e bisognoso di cure intensive (Cod. 073 TIN). Nel decreto si riconosce l'alto numero e il sottodimensionamento delle strutture. Ciò è consentito anche dell'alto numero anche di centri nascita che sono spesso incapaci di trattare il neonato bisognoso solo di cure intermedie (Cod 062 Neonatologia).

Il controllo dell'operatività delle TIN non può prescindere da una implementazione dell'intera rete di assistenza neonatale.

La implementazione della rete passa attraverso:

- riduzione dei punti nascita di I livello che abbiano meno di 1.000 parti /anno;

attività dei centri di I livello affinché non trasferiscano attività alle TIN.

Di contro si prevede nel triennio una riduzione di tali punti di accesso, a seguito sia della disattivazione dei punti nascita con un numero di parti inferiore a 1000, sia per la riorganizzazione della rete dei privati.

La nuova programmazione prevede, inoltre, la identificazione di TIN di Alta Specialità ovvero di posti letto dedicati ad alta specialità con bacino di utenza regionale ed extraregionale e che escono dal computo totale dei posti letto TIN con punti nascita. Essi sono previsti presso:

- l'AO Dei Colli per attività di cardiologia e cardiochirurgia neonatale;
- AO Santobono Pausilipon per attività di chirurgia, neurochirurgia, oftalmologia e nefrologia e dialisi del neonato;
- AOU Federico II per attività di malattie genetiche e metaboliche; infezioni perinatali; selezionate attività di chirurgia neonatale.

Con riferimento al bacino di utenza, esso è definito dall'intero territorio della Regione Campania, tuttavia, storicamente dette TIN accolgono anche pazienti dalle regioni confinanti in virtù della alta specialità.

Infine, occorre rilevare che attraverso il controllo delle SDO sarà possibile svolgere attività di controllo atte a garantire che i neonati con necessità assistenziale da "TIN alta specialità" siano curati unicamente in tali livelli e non nei livelli di TIN "semplice". Il dato può essere convalidato dal flusso informativo dello STEN trasmesso storicamente all'Osservatorio Epidemiologico regionale.

### Obiettivi

- Chiusura dei punti nascita con numero parti < 1.000 /anno
- Messa a regime della Rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali
- Riduzione dei trasferimenti inappropriati (2017 versus 2018) del 30%
- Raggiungere un numero minimo di 25 neonati di peso molto basso /anno come soglia minima assistenziale per una TIN entro il 1/06/2018. Monitorare attraverso il flusso SDO il numero di neonati di peso molto basso (inferiore ai 1500 gr).

### Indicatori

- Numero parti/anno da flusso SDO
- Numero di neonati trasferiti per ipoglicemia, ittero e distress respiratorio di bassa gravità definito da un supporto respiratorio in ossigeno libero o CPAP come da flusso STEN
- Numero parti/anno da Flusso CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto)
- Posti letto neonatologia (cod.62) e TIN (cod.73) come risultante dai flussi NSIS
- Riduzione dei trasferimenti inappropriati (2017 versus 2018) del 30%: 31 dicembre 2018

### Scadenze

- Chiusura dei punti nascita con numero parti < 1.000 /anno: 31 dicembre 2018

## Il sistema dello STEN e dello STAM

Con il DCA n. 33/2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del 70/2015”, la Regione ha provveduto a programmare la riorganizzazione del sistema dello STEN e dello STAM, prevedendo la loro integrazione nel percorso dell'emergenza e il coordinamento col Sistema 118 (per il quale si prevede l'evoluzione in AREUC).

In particolare, le ubicazioni dello STEN sono previste presso:

- A.O.U. Federico II (per l'Area metropolitana Napoli) e A.O. Santobono (per l'Area metropolitana Napoli);
- A.O. Sant' Anna e San Sebastiano (per l'Area Caserta, Benevento e Avellino);
- A.O.U. Ruggi d'Aragona di Salerno (per l'Area di Salerno).

Al monitoraggio ed all'implementazione dello STEN, come sopra ricordato, è già stato dedicato uno specifico Gruppo di lavoro regionale. Obiettivo fondamentale e prioritario è l'attivazione dello STEN di Salerno che presidierà il vasto territorio provinciale ed accorcerà i tempi di intervento per le sedi più periferiche (Polla, Sapri e Vallo della Lucania). Tale attivazione è programmata per il 30 giugno 2017 e ad essa potrà conseguire un modello organizzativo diverso dall'attuale. Il Gruppo di lavoro prevede 3 equipaggi operativi in contemporanea a Caserta, Salerno e Napoli. Per quest'ultima area sarà prevista la distribuzione dei turni di servizio tra i due sistemi provinciali (Federico II e Santobono). Entro il 1 gennaio 2018 sarà attivata una centrale operativa dedicata regionale con software specifico e registrazione delle chiamate da collocarsi presso l'AOU “Federico II”.

Il suddetto Gruppo di lavoro, relativamente alle attività di STEN, avrà il compito di trasmettere una relazione periodica semestrale sulle attività svolte (compreso: luogo di partenza, arrivo e codifica di diagnosi). Per quanto riguarda l'attività dello STAM, il CPNR svilupperà e adotterà le linee guide organizzative in accordo con quelle ministeriali.

In particolare, per quanto riguarda lo STAM (“trasporto in utero”) che è la modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne o fetali o entrambe è opportuno chiarire quanto segue. L'attuazione del Servizio di Trasporto Assistito Materno è assicurata dalla rete dell'emergenza-urgenza 118 (per il quale si prevede l'evoluzione in AREUC), che viene attivata dalla U.O. di Ostetricia e Ginecologia dove è stata accolta la gravida.

Il trasferimento viene operato sotto la responsabilità di tale U.O. che lo richiede verso il centro ospedaliero dotato di TIN. La Regione si impegna a ridefinire in modo ancor più preciso i criteri di attivazione dello STAM, la gestione dell'assistenza e le modalità di trasporto della gravida attraverso percorsi specifici a cura del Sistema della Rete di Emergenza-Urgenza.

I centri di accoglienza per lo STAM devono essere ubicati in ospedale sedi di DEA e multispecialistici dotati di TIN in modo da assistere la gravida con eventuali patologie.

Il trasporto dello STAM può avvenire in regime:

- di emergenza (cioè in continuità di soccorso): ne usufruiscono la gestante e il feto in condizioni critiche che necessitano di trasferimento urgente per necessità diagnostiche e/o terapeutiche non disponibili nell'ospedale che li hanno accolti;

enza (cioè non in continuità di soccorso): ne u.....e,  
stabilizzati, necessitano di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure.

Le situazioni che impongono l'attivazione dello STAM sono:

- elevato rischio di parto prematuro (considerando anche il sanguinamento da placenta previa);
- feto con grave ritardo di crescita (< 3° centile);
- elevato rischio materno (rischio materno dominante rispetto a quello fetale) con necessità di cure alla madre o per patologie complesse che necessitino la presenza di particolari competenze specialistiche

Vengono identificati come destinatari per il trasporto STAM le Ostetriche delle seguenti strutture:

- A.O.U. Federico II e l'A.O. Cardarelli (per l'Area metropolitana Napoli);
- A.O.U. Ruggi d'Aragona di Salerno (per l'Area di Salerno);
- A.O. Moscati (per l'Area di Avellino);
- A.O. San Anna e San Sebastiano (per l'Area di Caserta);
- A.O. Rummo (per l'Area di Benevento).

In conformità con quanto stabilito nell'Allegato 1B all'Accordo del 16 dicembre 2010 della Conferenza Unificata Stato-Regioni, le UO di patologia ostetrica verso le quali far convergere il servizio STAM possono essere identificate sulla base dei seguenti requisiti:

- garantire assistenza con personale ostetrico e ginecologico h24, assicurando inoltre il supporto di pronta disponibilità integrativa notturna e festiva ed eventuale pronta disponibilità pomeridiana;
- garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno, 4 fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più;
- garantire l'identificazione di un responsabile dedicato all'area ostetrica per la continuità e la qualità assistenziale. Si raccomandano almeno due Unità mediche h24 al di sopra dei 2.000 parti/anno;
- garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico ginecologico h24;
- garantire assistenza anestesiológica h24;
- garantire guardia attiva, h24, con supporto di pronta reperibilità integrativa h24 da parte di neonatologi;
- si raccomandano come adeguati per l'assistenza/degenza ostetrica 15/20 posti letto ogni 1.000 parti/anno;

...toria sempre pronta e disponibile h24 per ...so  
travaglio-parto (riferimento LG ISPELS). Per un numero di parti > 1.200/anno deve essere garantita  
una seconda sala operatoria d'emergenza nella struttura ospedaliera;

- garantire area dedicata alla gestione del travaglio-parto fisiologico/naturale;
- devono essere presenti ambulatori per le gravidanze a termine e per le gravidanze a rischio in accordo con la normativa regionale;
- garantire la possibilità di ecografia nell'area travaglio parto e nell'area di accettazione -emergenza;
- garantire terapia intensiva alla gravida ed alla puerpera;
- garantire il coordinamento STAM in accordo con la programmazione regionale integrandosi con il servizio urgenza /emergenza territoriale;
- possibilità di usufruire, anche attraverso una pronta disponibilità integrativa, di competenze specialistiche per la gravida (cardiologica, neurologica, nefrologica, psicologica, ecc.);
- garantire h24 ore l'utilizzo di diagnostica per immagini, laboratorio d'urgenza e emotrasfusioni;
- garantire l'assistenza a qualsiasi gravidanza e parto, specialmente nelle condizioni di alto rischio perinatale;
- garantire alla donna partoriente la riservatezza, la tranquillità, il riconoscimento della propria dignità, una adeguata informazione, il diritto di vivere il parto come evento naturale, potendo fruire della presenza di una persona di sua scelta, anche attraverso la costituzione di percorsi dedicati alla gravidanza fisiologica;
- garantire le competenze per l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza;
- garantire esami di laboratorio urgenti ed indagini di diagnostica per immagini urgenti;
- tre sale travaglio - parto. Le sale travaglio-parto (riferimento LG ISPELS) devono essere 4 oltre i 2.000 parti/anno. Ogni sala travaglio-parto deve essere autosufficiente per arredamento, attrezzatura (un cardiocotografo per posto letto) e dotazione impiantistica tali da poter consentire l'espletamento di almeno tre parti in contemporanea, (riferimento LG ISPELS);
- devono essere presenti aree dedicate al pronto soccorso ostetrico;
- una zona deve essere dedicata all'osservazione post-partum;
- devono essere presenti ambulatori per la gravidanza a termine e per la gravidanza a rischio, ambulatori di ecografia ostetrica e di diagnostica strumentale;
- deve essere disponibile, nel presidio ospedaliero, un servizio di rianimazione e di terapia intensiva generale;

garantisce il servizio IVG, devono essere presen

- si raccomanda ambulatorio anestesiológico ai fini della visita ed adeguata informazione alla paziente per partoanalgesia/TC programmato;
- garantire la disponibilità di un ecografo h24 per le emergenze ostetriche e nell'area travaglio- parto, 5 in ogni caso 1 per ogni sala travaglio-parto.

#### Obiettivi

- Messa a regime del sistema STEN e STAM

#### Indicatori

- Numero mezzi dedicati al servizio STEN e STAM come risultante da flussi NSIS
- Numero trasporti per STEN e STAM come risultanti dai flussi NSIS

#### Scadenze

- Messa a regime del sistema STEN e STAM: 31 dicembre 2018

### • **Intervento 17.3 – Percorso nascita e promozione del parto spontaneo**

#### Percorso nascita

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, 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, attesi i requisiti per l'accreditamento, i punti parto che non raggiungono lo standard di 500 parti sono stati già disaccreditati con decorrenza dal 01.01.2015.

Sono previste le seguenti deroghe, che saranno soggette a verifica secondo quanto previsto dal DM del 11.11.2015 e dalle successive indicazioni pervenute dal Ministero della Salute:

#### Provincia di Avellino

Il PO di Solofra, per il quale il numero dei parti nel 2015 è pari a 472 si prevede un incremento dovuto alla chiusura del punto nascita dell'adiacente Mercato S. Severino (17 km).

Per il PO di Ariano Irpino si richiede la deroga per area disagiata.



Per la provincia di Benevento non vi sono provvedimenti da adottare sia nel breve che nel medio periodo.

### **Provincia di Caserta**

Premesso 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.

Per il PO di Sessa Aurunca si prevede la deroga per la carenza di altre strutture nella vasta area di competenza, al fine di evitare la mobilità passiva verso il basso Lazio.

### **Provincia di Salerno**

PO Sapri è prevista la deroga per il mantenimento dei punti parto (310 parti nel 2015).

PO Vallo della Lucania è prevista la deroga per il mantenimento dei punti parto di (306 parti nel 2015).

Tali deroghe, a cui si aggiunge anche quella prevista per l'ospedale di Polla che verrà recepita come proposta nel nuovo aggiornamento del DCA 33, sono previste in considerazione della collocazione geografica dei comuni e dalle difficoltà oggettive di collegamento che offrono tempi di percorrenza molto lunghi.

### **Provincia di Napoli**

Una programmazione specifica è da prevedersi nella città di Napoli. In tale area è stato già soppresso il punto nascita del presidio S. Gennaro (457 parti nel 2013) dall'01.01.2015; il punto nascita del PO Incurabili (605 parti nel 2013) è stato chiuso nel mese di dicembre 2015 per sopravvenuta problematica strutturale e viene programmata in tale sede una importante struttura territoriale di accoglienza e monitoraggio per le gravidanze fisiologiche assieme ad un potenziamento della funzione consultoriale ("Punto Mamma").

Nella Città di Napoli vengono, inoltre, ricostituite le funzioni di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria presso il Presidio Loreto Mare, che insieme alla Clinica di Cura Villa Betania coprono il fabbisogno previsto.

Nell'isola di Ischia viene mantenuto il punto parto per la caratteristica disagiata insulare (331 parti nel 2015).

Per l'ospedale Capilupi di Capri, (22 parti nel 2015) è necessaria una configurazione particolare che contempli il presidio di pronto soccorso di area particolarmente disagiata con 20 posti letto di medicina con la presenza di ginecologi in guardia attiva o reperibilità per far fronte a situazioni particolari di non trasferibilità a causa di condizioni meteorologiche con utilizzo, in caso di necessità, di posti letto dedicati in medicina.

In generale nel 2017 si dovrà valutare la redistribuzione della domanda in precedenza orientata verso i punti nascita soppressi ed aggiornare la programmazione in relazione al nuovo standard di 1.000 parti, in funzione del DM del 11.11.2015 relativo alle indicazioni per le richieste di deroghe per il mantenimento in attività di punti nascita con volumi di soglie inferiori al previsto.

Al tema dei punti nascita è strettamente collegato quello della Assistenza neonatale e connesso servizio di trasporto neonatale e materno. Infatti la scarsa concentrazione dei punti nascita è causa di non compatibilità della presenza di neonatologie e terapie intensive neonatali nonché dell'eccesso di trasporti neonatali. L'argomento è approfondito nell'apposito capitolo della rete neonatologica.

del Percorso Nascita Regionale (CPNR) e dei Comitato permanente del percorso nascita aziendale/locale prevista dal DCA n. 37/2016.

In particolare con tale decreto la Regione ha individuato i nominativi dei referenti delle attività consultoriali e materno infantili.

Come richiesto dal Tavolo, con DCA n. 4/2017, è stato inserito nel CPNR il referente della qualità e sicurezza/risk manager. Mentre, per quanto riguarda i sistemi di monitoraggio, si rinvia a quanto previsto nelle singole attività (punti nascita, STEN, STAM, TIN).

#### **Obiettivi**

- Chiusura o accorpamento degli ulteriori presidi pubblici o privati

#### **Indicatori**

- Chiusura o accorpamento degli ulteriori presidi pubblici o privati

#### **Scadenze**

- Chiusura o accorpamento degli ulteriori presidi pubblici o privati: 31 dicembre 2018

#### **Promozione del parto spontaneo**

La Struttura Commissariale ha predisposto le seguenti azioni:

- Nomina dei componenti del comitato percorso nascita regionale con Decreto Commissariale n. 37 del 01/06/2016;
- Nota commissariale per le Direzioni Generali delle aziende pubbliche e accreditate che presentano una percentuale di parti cesarei primari superiore al 24%, al fine di porre in essere azioni finalizzate al decremento della percentuale di parti cesarei primari nell'arco di dodici mesi;
- Decreto Commissariale n. 109/2016, su programmazione di attività per la promozione e potenziamento della lotta al dolore durante il travaglio di parto per le vie naturali, parto-analgesia;
- Decreto commissariale n.115/2016 che prevede l'obbligo dell'adozione della classificazione di Robson sulla appropriatezza del taglio cesareo così come previsto dalle linee guida ministeriali e che dovrà essere inserito nella cartella clinica delle pazienti sottoposte a taglio cesareo.

Per verificare la corretta attuazione del DCA 109/2016, come ulteriore azione di governo regionale il CPNR si interfacerà con le Direzioni Sanitarie Aziendali per il monitoraggio dell'offerta.

#### **Obiettivi**

La Regione intende inoltre realizzare il miglioramento del percorso nascita e tutela della donna in gravidanza e puerperio attraverso le seguenti azioni:

- integrazione territorio-punti nascita: si sottolinea l'importanza delle sinergie tra le attività territoriali e ospedaliere e la valorizzazione delle interdipendenze esistenti fra le strutture operative. Nello specifico il consultorio dovrà assicurare:

nascita nell' "ambulatorio gravidanza a termine";

- l'invio guidato appena si presenta la necessità al punto nascita dotato di ambulatorio gravidanza a rischio;
  - creazione della cartella telematica unica integrata di gestione della gravidanza;
  - la continuità assistenziale si dovrà attuare anche attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita in maniera integrata territorio/ospedale;
- promozione del parto naturale, diminuzione tagli cesari attraverso:
    - campagne informative rivolte alle gestanti e finalizzate a ridimensionare le paure delle donne gravide e tutto ciò che ruota intorno alla gravidanza e al parto;
    - corsi di preparazione al parto integrati territorio/ospedale, in una prima fase, da realizzare entro il 2017, si richiede alle strutture erogatrici, alle ASL, ai consultori di promuovere almeno 3 incontri all'anno di informazione sul parto spontaneo e di conoscenza della rete;
    - visite guidate nei centri nascita;
    - partoanalgesia e introduzione di metodiche alternative per la gestione del dolore (DCA n. 109/2016);
    - formazione del personale: il progetto formativo dovrà prevedere un percorso formativo che comprenda l'attività di formazione continua (ECM aziendali e regionali), aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita con la promozione dell'audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate;
    - riqualificazione strutturale dei punti nascita;
    - adeguamento e miglioramento delle apparecchiature per la diagnostica;
    - aggiornamento delle piante organiche;
    - l'approfondimento delle cause che determinano un'alta percentuale di tagli cesarei nelle strutture accreditate;
    - la sensibilizzazione e la forte motivazione all'obiettivo per tutti gli operatori coinvolti nel percorso nascita, in particolar modo per i dirigenti;
    - riduzione delle tariffe dei parti cesarei ed eventuali incentivi alle percentuali di riduzione degli stessi;
    - la definizione di protocolli condivisi (es. distocia, parti pregressi), consensi informativi da diffondere e formare;
    - la promozione di incontri periodici tra erogatori, programmatori e società scientifiche su andamento dati e condivisione esito controlli (con pubblicazione su sito condiviso in intranet);
    - il coinvolgimento delle scuole di specializzazione sulla promozione del parto spontaneo;
    - il coinvolgimento dei consultori e della rete non profit sulla conoscenza della rete punti nascita e di buone pratiche.
    - la diffusione sulla carta dei servizi del consenso informato per taglio cesareo e spontaneo e indicazione di informazioni minime sull'indicazione medica intervento, benefici, rischi, ecc;
  - promozione dell'allattamento al seno:
    - aumentare di almeno il 20% la proporzione di neonati in allattamento materno esclusivo al 6° mese di vita entro il 2017, attraverso la promozione di campagne di sensibilizzazione rivolte alle mamme, nonché corsi di aggiornamento professionale per gli operatori del settore.

#### Indicatori

- Corsi di preparazione al parto integrati territorio/ospedale

- Incremento di almeno il 20% della proporzione di neonati in allattamento materno esclusivo al 6° mese di vita

### Scadenze

- Corsi di preparazione al parto integrati territorio/ospedale: 31 dicembre 2017
- Incremento di almeno il 20% della proporzione di neonati in allattamento materno esclusivo al 6° mese di vita: 31 dicembre 2017

- **Intervento 17.4 – La rete per le emergenze gastroenteriche**

Con il DCA n. 33/2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del 70/2015”, la Regione ha provveduto, tra l'altro, a definire la rete per le emergenze gastroenteriche.

Il Decreto 70/2015 non fornisce indicazioni in merito ai requisiti per gli Hub e Spoke di una rete per le emergenze gastrointestinali. Pertanto nel nuovo Piano si prevede:

- **nei punti Hub**, cui devono afferire soltanto casi selezionati per la loro complessità, la presenza
  - di un DEA di II o I livello, con copertura della emergenza/urgenza h24 con tutte le specialità correlate;
  - di 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,
- **nei punti Spoke**, cui devono afferire i pazienti che hanno bisogno comunque di una assistenza specialistica, la presenza:
  - di un Pronto Soccorso con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi;
  - di 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.

La nuova Rete sarà 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) & Spoke (presenti di norma nei presidi DEA di I° livello).

Di seguito si riporta il prospetto riepilogativo della rete.

Area	HUB	SPOKE
AV/BN	AO Rummo	AO Moscati
CE	AO San Sebastiano	PO Aversa PO Marcianise
NA	Ospedale del Mare AO Cardarelli	PO San Paolo PO Pozzuoli PO Torre del Greco
SA	AOU Ruggi	PO Nocera Inferiore PO Vallo della Lucania

Essa sarà necessariamente inserita nei percorsi di Emergenza/urgenza e si collegherà alle altre attività necessarie per il completamento dei percorsi assistenziali.

La produzione di PDTA regionali in merito perfezionerà la qualità del processo con la necessità nel tempo di mettere in campo le opportune revisioni.

### Obiettivi

- Messa a regime della rete per le emergenze gastroenteriche, previa verifica delle dotazioni organiche e tecnologiche

### Indicatori

- Numero posti letto di gastroenterologia (cod. 58) come risultante dai flussi NSIS

### Scadenze

- Messa a regime della rete per le emergenze gastroenteriche: 31 dicembre 2018

### Intervento 17.5 – 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:

- 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.

definisce la rete per la terapia del dolore sulla base di quanto previsto dal DCA n.22/2015 che riporta quanto segue:

- Centri Hub
  - Ospedale dei Colli (territori Napoli 1, Napoli 3, Avellino, Salerno);
  - P.O. San Giuliano (territori Napoli 2, Caserta, Benevento);
  - IRCCS Pascale (territorio Regionale);
  - AO Santobono-Pausillipon (per l'età pediatrica);
- Centri Spoke di II livello
  - Territorio Avellino
    - Fisiopatologia del dolore AO Moscati;
  - Territorio Benevento
    - Terapia antalgica e cure palliative AO Rummo;
  - Territorio Caserta
    - Oncologia medica AO Sant'Anna e San Sebastiano Caserta;
  - Territorio Napoli 1 Centro
    - P.O. Loreto Mare
    - Chirurgia d'urgenza e terapia del dolore AOU SUN;
    - Anestesia generale, specialistica e terapia antalgica AOU Federico II;
  - Territorio Napoli 2 Nord
    - Ambulatorio Medicina del dolore – Distretto di Acerra;
    - Hospice Casavatore;
    - Ambulatorio Medicina del dolore PO di Pozzuoli;
    - Ambulatorio Medicina del dolore PO di Frattamaggiore;
  - Territorio Napoli 3 Sud
    - Terapia del dolore e cure palliative Ospedali Riuniti Area nolana;
  - Territorio Salerno
    - Terapia antalgica AOU Ruggi d'Aragona;
    - Medicina del dolore P.O. Oliveto Citra;
- Centri Spoke di I livello
  - Territorio Caserta
    - PO San Felice a Cancelli;
  - Territorio Napoli 1 Centro
    - PSI Barra;
    - PO San Paolo;
    - PO San Giovanni Bosco;
    - PO Incurabili;
    - PO Ascalesi;
  - Territorio NAPOLI 2 NORD
    - PO Rizzoli Ischia;

- Ambulatorio S. Antimo;
- Territorio NAPOLI 3 SUD
  - Ospedali riuniti penisola sorrentina;
  - Ospedali riuniti area vesuviana;
  - Ospedali riuniti area stabiese;
- Territorio SALERNO
  - PO Pagani.

#### **Obiettivi**

- Messa a regime della rete per terapia del dolore

#### **Indicatori**

- Attività dedicate per il trattamento di patologie dolorose specifiche

#### **Scadenze**

- Messa a regime della rete per la terapia del dolore: 31 dicembre 2018

## Programma 18 – Assistenza primaria

Rif. Adempimenti: ak) - aah)

### • Intervento 18.1 – Riorganizzazione delle cure primarie

La Struttura Commissariale ha emanato il DCA n.99 del 22 settembre 2016 “*Piano Regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2016-2018*” con cui, tra l’altro, ha definito le caratteristiche generali, i compiti, le funzioni, le finalità e la programmazione sul territorio delle AFT, delle UCCP e delle SPS da realizzarsi in Regione nel prossimo triennio.

La riorganizzazione dell’assistenza territoriale in regione Campania è stata programmata avendo a riferimento linee guida, evidenze e buone pratiche sviluppate in ambito nazionale ed internazionale e le più recenti norme ed indirizzi regionali e ministeriali in materia (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018, Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, Patto della Salute 2014/2016, Legge 189/2012) nonché gli Accordi Collettivi Nazionali e gli Accordi Integrativi Regionali per i medici convenzionati, vigenti.

In linea con i citati riferimenti, il Piano prevede che attraverso la definizione delle aree di integrazione tra Dipartimenti e Distretto Sanitario si realizzano azioni non duplicate ma sinergiche che scaturiscono dalla definizione del livello di governo delle attività, di competenza dipartimentale, e del livello erogativo che è demandato alle strutture territoriali distrettuali, come nel caso degli screening oncologici, o alle articolazioni periferiche dello stesso dipartimento, come nel caso di UOSM – SPDC – CIM e ambulatorio per DCA per il Dipartimento di Salute Mentale e UOPC – UOV per il Dipartimento di Prevenzione.

Analoghe relazioni sussistono tra Dipartimento delle Dipendenze, con compiti di coordinamento delle attività verso obiettivi comuni e di garante sotto l’aspetto tecnico-scientifico-organizzativo e formativo, e i Ser.D. che assicurano la capillarizzazione delle attività, dalle iniziative di prevenzione (in collegamento funzionale con il Dipartimento di Prevenzione) alla presa in carico, con approcci diversificati e/o in rete in relazione allo sviluppo delle nuove dipendenze e ai casi di doppia diagnosi.

Per quanto attiene alla prevenzione, diagnosi, cura abilitazione e riabilitazione dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva, fermo restando il ruolo fondamentale svolto dalla famiglia e dalla scuola che sono chiamate ad intervenire in sinergia con la struttura sanitaria di riferimento, il Piano prevede la realizzazione presso i Distretti dei Nuclei di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (N.NP.I.A.), costituiti da equipe multi-professionali e multi-disciplinari coordinate dal neuropsichiatra infantile, che rappresentano punti erogatori territoriali, funzionalmente collegati al Dipartimento Materno Infantile, coordinati da una Unità Operativa del DSM alla quale afferiscono anche al fine di favorire la continuità delle cure nella fase di transizione dall’età evolutiva a quella adulta.

Elementi fondamentali del modello delineato dal Piano di Riorganizzazione dell’Assistenza Territoriale, da implementare nelle sette Aziende Sanitarie regionali, sono rappresentati:

- dalla realizzazione delle reti di assistenza per intensità di cura e dalla integrazione tra le diverse strutture territoriali e tra queste e le strutture ospedaliere.
- dalla responsabilità attribuita al territorio nel controllo dei flussi in uscita dagli ospedali e nella capacità di gestire le dimissioni protette e di assicurare la continuità assistenziale nel setting più appropriato privilegiando le cure domiciliari.
- dal ruolo di governo dell’intero sistema affidato al direttore di Distretto che, attraverso la promozione della medicina di iniziativa, della gestione attiva della cronicità, della presa in carico dell’assistito, dell’integrazione professionale ed organizzativa, esercita la funzione di filtro degli accessi impropri al



- dalla inclusione nella programmazione distrettuale delle nuove forme organizzative previste dal Piano anche al fine di evitare ogni possibile rischio di duplicazione e frammentazione dei servizi e relative attività.

Con il richiamato DCA 99/2016 è stato, altresì, stabilito che le Direzioni Generali delle Asl adottino, in linea con le indicazioni del Piano di Assistenza Territoriale (PAT) e, successivamente, un dettagliato cronoprogramma operativo che, nell'arco di vigenza del Piano, specifichi responsabilità e scadenze.

Allo stato, la Struttura Commissariale è impegnata nella valutazione di conformità dei documenti che le Aziende stanno presentando e la procedura sarà ultimata entro il 30.04.2017.

### **AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)**

La AFT rappresenta un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario nell'ambito della quale operano MMG o PLS o specialisti ambulatoriali coordinati in team funzionali.

Ai sensi dell'art 26 dell'ACN i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle AFT. Analogamente, ai sensi dell'art.4 dell'ACN, gli specialisti ambulatoriali operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative.

Ciascuna AFT funzionalmente collegata alla Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP):

- ha carattere monoprofessionale;
- è costituita dall'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino il quale esercita la scelta nei confronti del singolo medico;
- ha un bacino di assistiti, individuato in virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, ai quali sono rivolte le relative attività, per tutti i giorni della settimana e per l'intero arco della giornata, articolando l'apertura degli studi che ne fanno parte e operando in continuità con i presidi dei medici a rapporto orario;
- prevede una sede di riferimento per le funzioni di coordinamento, condivisione e audit;
- persegue la omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale, di pediatria e specialistica ambulatoriale resi agli assistiti, i quali devono essere necessariamente erogati in funzione degli obiettivi di salute definiti dalla Regione, coerentemente con le condizioni di contesto e gli indicatori epidemiologici delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti;
- rappresenta, insieme alla UCCP, l'unica forma di aggregazione possibile e con la sua istituzione vengono superate e sostituite tutte le forme associative della medicina convenzionata sino ad ora realizzate in Campania.

Nella tabella seguente viene riportata la programmazione del numero delle AFT della medicina generale e delle AFT della pediatria di famiglia per ciascuna delle 7 Aziende Sanitarie Locali della Campania in base a quanto previsto nel DCA n.99/2016.

ASL	n. D.S.	Pop. > 15 anni	MMG	C. A. (titolari)	C. A. (sostituti)	n. AFT MMG	Pop. 0-14 anni	P.L.S.	n. AFT PLS
ASL AVELLINO	6	370.743	341	164	80	12	54.582	48	8
ASL BENEVENTO	5	245.005	236	103	29	8	35.702	29	6
ASL CASERTA	12	778.570	739	220	23	26	145.844	125	14
ASL NAPOLI 1 CENTRO	10	841.106	995	158	41	28	147.119	152	11
ASL NAPOLI 2 NORD	13	870.940	799	193	33	29	181.814	164	14
ASL NAPOLI 3 SUD	13	900.648	780	243	18	30	172.271	157	13
ASL SALERNO	13	953.084	854	176	122	32	153.422	131	18
<b>TOTALE</b>	<b>72</b>	<b>4.960.096</b>	<b>4.744</b>	<b>1.257</b>	<b>346</b>	<b>165</b>	<b>890.754</b>	<b>806</b>	<b>84</b>

### UCCP (Unità Complesse Cure Primarie)

La UCCP rappresenta una articolazione organizzativa complessa del Distretto sanitario, di cui è parte essenziale e fondamentale, che non è alternativa alla AFT ma è a questa collegata, comprendendo i medici che ne fanno parte, e che si avvale di risorse umane rese disponibili dal Distretto e dal Comune – Ambito Sociale di Zona.

Detta forma organizzativa presenta le seguenti fondamentali caratteristiche:

- costituisce uno dei nodi della rete dei servizi distrettuali ed aziendali;
- ha carattere multi-professionale e multidisciplinare;
- ha operatività h 24 per l'intero arco della settimana;
- assicura l'attività di medicina generale sia ambulatoriale che domiciliare, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- assicura l'assistenza ambulatoriale specialistica;
- assicura l'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e sociale a rilevanza sanitaria;
- effettua la diagnostica di 1° livello;
- garantisce i necessari servizi di supporto alle attività.

Il recepimento unitario della domanda, per la presa in carico dei bisogni sociali - sociosanitari e sanitari, viene assicurato dalla Porta Unica di Accesso (PUA) che è in stretto collegamento sia con la Unità di Valutazione Integrata (UVI) che con la Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) le quali vengono attivate in base all'esito della prima lettura del bisogno effettuato in seno alla PUA. In altri termini, il legame, o meglio la contiguità, esistente tra i diversi organismi di valutazione distrettuali, attivati anche in caso di dimissioni protette e per le quali si prevede la possibilità di rilevare le necessità dell'assistito con

ia durante il ricovero, favorisce sia la continuità del modello di presa in carico omogeneo nella rete dei servizi territoriali superando lo scollamento tra i presidi ospedalieri per acuti e i diversi setting assistenziali distrettuali.

Il DCA 99/2016 programma, inoltre, la realizzazione di almeno 2UCCP pediatriche che si configurano quali esperienze pilota a carattere sovra-distrettuale. Le UCCP pediatriche sono strutture organizzative governate dal Distretto Sanitario che si realizzano attraverso una forte integrazione ospedale-territorio in materia di assistenza pediatrica.

In esse i Pediatri di Libera Scelta, che hanno in carico il piccolo paziente e che afferiscono alla UCCP, si integrano con le competenze specialistiche rese disponibili dall'ambito ospedaliero per prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno non riconducibili alla degenza ma relative all'area della post-acuzie e dell'integrazione sociosanitaria.

Il Direttore di Distretto in questa forma di UCCP assume con ancora maggiore forza il ruolo di collante e di facilitatore dei processi di integrazione ospedale-territorio-ambito sociale di zona garantendo la sinergia e unitarietà dei percorsi personalizzati attivati per i pazienti di età pediatrica.

### **SPS (Struttura Polifunzionale per la Salute)**

La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale della Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) fa capo al Direttore di Distretto; essa viene realizzata all'interno degli stabilimenti ospedalieri dismessi e presenta le seguenti principali caratteristiche:

- è costituita da un immobile o plesso che al suo interno ospita più tipologie di strutture e/o servizi sanitari e sociosanitari territoriali, quali: UCCP, Servizio Assistenza Urgenza Territoriale (SAUT), Punto di Primo Intervento Territoriale (PPI - PSAUT), Ospedale di Comunità (OdC), Residenze Sanitarie Assistite (RSA), ecc ;
- rappresenta un presidio strategico del Distretto Sanitario, una forma organizzativa avanzata, a complessità variabile e ad elevata flessibilità, un centro attivo e dinamico in grado di accogliere la domanda di salute e di pianificare la relativa risposta attivando il setting assistenziale più appropriato, nell'ottica di perseguire una più elevata economia di scala;
- all'interno della SPS, è possibile condividere spazi, attrezzature e professionalità realizzando una organizzazione che supera l'attuale rigidità del sistema per tendere ad un modello flessibile che consente all'assistenza territoriale di recuperare sia in efficacia che in efficienza.

Per la programmazione di dettaglio a livello di singola ASL di UCCP e SPS si rimanda a quanto previsto nel DCA 99/2016.

Con riferimento al DCA n. 99/2016 occorre specificare che l'opportunità di integrare la valutazione del bisogno riabilitativo entro la valutazione multidimensionale in UVI è già accolta in alcuni atti commissariali: il DCA n. 24/2016 già demanda alle equipe multiprofessionali di neuropsichiatria infantile per la diagnosi e la presa in carico dei Disturbi Specifici di Apprendimento anche la valutazione del bisogno riabilitativo e la predisposizione del PRI.

Anche il DCA n. 51 del 2015 e successive circolari per il percorso per Pazienti ammalati di SLA concentra nell'UVI, opportunamente integrata, la funzione valutazione e programmazione del percorso riabilitativo.

patologiche è svolta dal Dipartimento delle dipendenze e dai SERT.

Quanto alla Salute mentale, i DD.SS.MM. delle AA.SS.LL. campane sono organizzati secondo i riferimenti normativi nazionali e regionali. Nella fattispecie ogni DSM è articolato in strutture operative il cui bacino di utenza corrisponde a quello del distretto sanitario o di più distretti sanitari. Questa organizzazione permette di coprire capillarmente il territorio regionale garantendo almeno un centro di salute mentale per ogni distretto sanitario. Allo stato si contano 70 strutture (CSM e ambulatori periferici) che erogano prestazioni di salute mentale a livello territoriale.

### Obiettivi

- 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 e dei ricoveri ripetuti per frequenti riacutizzazioni di patologie croniche con utilizzo di filtri territoriali;
- Estensione quali-quantitativa delle Cure Domiciliari per il raggiungimento del target regionale assicurando l'appropriatezza dell'ambito di cura e la continuità assistenziale;
- Riduzione delle giornate di degenza inappropriate 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 implementando i PDTA;
- 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 in età evolutiva;
- Implementazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) per rafforzare l'integrazione e la continuità tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i percorsi 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 empowerment del cittadino utente

### Indicatori

- Individuazione delle AFT e delle sedi di UCCP in tutto il territorio regionale

- Istituzione di una UCCP pediatrica nell'ex Ospedale Annunziata ASL Na1 Centro;
- Ricollocazione della Continuità Assistenziale, oltre che nelle UCCP, anche nella rete delle emergenze con inserimento delle chiamate nel circuito della C.O.
- Potenziamento degli Ospedali di Comunità con integrazioni tecnologiche
- Emanazione dei PDTA regionali finalizzati alla Clinical Governance delle Patologie Croniche a più alto impatto di inappropriata (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa) nella trasversalità dei setting assistenziali
- Riorganizzazione e potenziamento dei servizi e interventi pubblici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali specialistici (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per la diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi psichici e di quelli del comportamento e dell'apprendimento in età evolutiva;
- Rimodulazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in Salute Mentale con potenziamento delle SIR aziendali anche in funzione della chiusura degli OPG
- 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 percorsi di transizione
- Potenziamento delle dotazioni tecnologiche distrettuali per la diagnostica di primo e secondo livello
- Adozione Carte dei Servizi territoriali monotematiche e distrettuali
- Messa a regime della Porta Unica di Accesso distrettuale in ogni distretto sanitario

### Scadenze

- Individuazione delle AFT e delle UCCP sul territorio regionale: realizzata con DCA n.99 del 22 settembre 2016
- Predisposizione dei Piani Operativi Aziendali in relazione alla revisione del Decreto n. 18/2015: realizzata con il DCA n. 99/2016 del 28 febbraio 2017;
- Avvio del processo di realizzazione delle AFT e UCCP sul territorio regionale: 31 marzo 2017
- Implementazione di almeno il 30% di quanto previsto dai Piano Operativi Aziendali: 31 dicembre 2017
- Completa attuazione delle AFT e UCCP fino al 100%: 31 dicembre 2018
- Istituzione di una UCCP pediatrica nell'ex Ospedale Annunziata ASL Na1 Centro;
- **Intervento 18.2 – Gestione delle liste d'attesa.**

Regionale di contenimento sulle Liste di Attesa già adottato con precedente DGRC n. 880/2006, sulla base di ulteriori indicazioni del Ministero della Salute.

Il successivo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 “*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa*” ha determinato l'adozione del nuovo Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2010-2012 con DGRC n. 271/2012 (BURC 8.10.2012).

Questo risulta essere l'ultimo documento di programmazione regionale in materia. Ad esso hanno fatto seguito singoli Piani Aziendali di recepimento. Nel contempo specifiche Linee Progettuali sono state implementate nell'ambito dei Fondi Vincolati per l'annualità 2012 e 2013. Tuttavia il miglioramento atteso non è stato ottenuto.

Questa Struttura Commissariale ha pertanto adottato una serie di azioni per il globale miglioramento:

- Miglioramento nella gestione dei flussi informativi
- Adozione DCA 82/2016 avente per oggetto “*Deliberazione di Giunta Regionale n. 329/2016. Presa d'atto*” per l'avvio delle prescrizioni dematerializzate per l'assistenza specialistica su tutto il territorio della Regione Campania
- Programmazione della istituzione di un CUP regionale quale azione della Linea Progettuale 1) di cui ai Fondi Vincolati “Obiettivi di Piano” annualità 2014,2015 e 2016 – come da DCA n. 134/2016

#### Obiettivi

- Dematerializzazione delle ricette
- Adozione di un sistema di prenotazione CUP regionale con messa in rete di tutto l'offering sanitario per macroaree e per regione con disponibilità in tempo reale delle prestazioni disponibili
- Differenziazione delle liste di attesa in attività istituzionale ed in ALPI per garantire un progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria

#### Indicatori

- Riduzione delle liste di attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio
- Riduzione della differenza in attesa tra prestazioni istituzionali e in libera professione intramuraria

#### Scadenze

- Dematerializzazione di tutte le ricette a regime: 31 dicembre 2016
- Progettazione CUP regionale: 31 dicembre 2017
- Implementazione CUP regionale: 31 dicembre 2018

## **Programma 19 - Assistenza sociosanitaria territoriale: residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale**

**Rif. Adempimenti: e) - s)**

### **• Intervento 19.1 – Assistenza socio sanitaria territoriale**

La Regione ha emanato il DCA n. 99 del 22 settembre 2016 “Piano Regionale di programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018”, con il quale ha fornito indicazioni in merito alla nuova articolazione del Distretto Sanitario e linee guida per la presa in carico dei pazienti sul territorio.

Con questo intervento la Regione intende portare a compimento quanto già previsto con i Programmi Operativi 2013-2015 (DCA n. 108/2014) per la riqualificazione e completamento dell'intero sistema di offerta territoriale, concludendo il processo di attivazione, di accreditamento (anche per riconversione) e di riqualificazione di posti letto in strutture extraospedaliere quali:

- Hospice;
- SUAP;
- RSA per adulti ed anziani non autosufficienti e soggetti disabili;
- Centri Diurni per anziani ed adulti non autosufficienti e soggetti disabili;
- Offerta residenziale e semiresidenziale per soggetti in età evolutiva;
- Offerta residenziale e semiresidenziale per la salute mentale;
- Offerta residenziale e semiresidenziale per le dipendenze.

Nella programmazione dei posti letto e dell'offerta residenziale e semiresidenziale, si fa riferimento alle tipologie previste e codificate dal documento ministeriale Mattone e alle indicazioni contenute nel Questionario LEA-lettera S).

Tenuto conto della classificazione del progetto Mattone, considerando le indicazioni del Comitato di verifica LEA e delle valutazioni degli adempimenti LEA, l'obiettivo è procedere alla riqualificazione dei livelli assistenziali residenziali e semiresidenziali per le diverse aree di bisogno (la cronicità, la non autosufficienza, la disabilità, e per soggetti in età evolutiva ad elevato bisogno sanitario), colmare le lacune nel sistema di offerta introducendo nuovi livelli assistenziali e riclassificare l'offerta esistente.

Per portare a compimento questa azione, sono stati individuati i fabbisogni su base regionale per le tipologie di livelli di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale. Si è proceduto ad aggiornare il fabbisogno programmato nei Programmi Operativi 2013-2015 alla luce dei target definiti dal Comitato LEA - Griglia E anno 2015 e degli standard indicati nel Questionario LEA per i vari livelli di assistenza.

### **Area della Disabilità e Riabilitazione**

In Regione Campania l'attuale offerta per l'assistenza disabili, prevalentemente privata accreditata/provvvisoriamente accreditata, è rappresentata da strutture riabilitative cosiddette “ex art. 26

residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

A tale tipologia si aggiunge l'offerta residenziale e semiresidenziale per disabili adulti non autosufficienti delle strutture sociosanitarie denominate "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti/Centri Diurni Integrati", che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento.

E' necessario completare il sistema di offerta assistenziale in riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza tenendo conto del Progetto Mattone 12 "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" del Ministero della Salute.

L'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale per disabili viene quindi così ridefinita:

- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti assistenziali e riabilitativi intensivi a (RD1 intensivo);
- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi (RD2 estensivo);
- Unità di cure residenziali che erogano trattamenti residenziali a media intensità assistenziale rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare complessità RD3/RD4 - (attuale RSA disabili);
- Unità di cure residenziali per soggetti disabili in età evolutiva ad elevato bisogno sanitario con necessità di trattamenti terapeutico - riabilitativi codice mattone (RD2);
- Unità di cure semiresidenziali per soggetti disabili - SR;
- Unità di cure semiresidenziali per minori affetti da disturbi dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale.

Al fine di completare il sistema di offerta la Regione procederà alla riqualificazione dell'offerta attuale di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale, prevedendo la rimodulazione di livelli variabili di intensità assistenziali sia intensivo che estensivo, erogabili all'interno di nuclei in funzione della variabilità dell'intensità e/o complessità degli interventi connessa all'evoluzione del bisogno della persona.

Inoltre occorre completare il sistema di offerta per l'età evolutiva attraverso la riqualificazione dell'offerta esistente.

Relativamente al fabbisogno di posti letto in questo documento si evidenzia che per tutte le tipologie di assistenza viene utilizzato come parametro l'indicatore complessivo per offerta residenziale e semiresidenziale dello 1,05‰ abitanti (indicatore n. 10 griglia E questionario LEA) che costituisce il parametro di valutazione del Comitato di verifica LEA per il mantenimento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Il Comitato di verifica LEA prevede che lo 0,60‰ sia il valore target per l'offerta residenziale e lo 0,45‰ il valore target per l'offerta semiresidenziale.

Il fabbisogno sarebbe quindi così modificato rispetto ai precedenti Programmi Operativi: per l'offerta residenziale si passa da 0,55‰ a 0,60‰ e per la semiresidenzialità dallo 0,40‰ allo 0,45‰ e la differenza incrementale tra la programmazione dello scorso triennio e quella attuale è utilizzata per l'attivazione di posti letto residenziali extra-ospedalieri di riabilitazione codice RD1 intensivo adulti e RD2 per soggetti in età evolutiva e per il fabbisogno di assistenza semiresidenziale per soggetti in età evolutiva.



	Popolazione ISTAT 2015	Fabbisogno complessivo res e semires 1,05 ‰	Fabbisogno res 0,60 ‰	Fabbisogno semires 0,45 ‰
<b>Totali</b>	<b>5.861.529</b>	<b>6.155</b>	<b>3.517</b>	<b>2.638</b>

Pertanto il fabbisogno complessivo si articolerebbe in termini di posti letto come segue:

- il fabbisogno di posti letto in riabilitazione extra-ospedaliera estensiva per disabili adulti (ex art. 26) previsto dalla Regione è complessivamente pari a 0,40‰ sulla popolazione residente di cui 0,22‰ per i posti residenziale e 0,18‰ posti letto in regime semiresidenziale;
- il fabbisogno di posti letto per le RSA per disabili adulti non autosufficienti, invece è pari complessivamente allo 0,55‰ di cui:
  - 0,33‰ per il regime residenziale;
  - 0,22‰ per il regime semiresidenziale RD3/RD4;
- il fabbisogno residenziale ulteriore di 0,05‰ è dedicato a trattamenti residenziali di riabilitazione extra-ospedaliera intensiva (RD1 intensivo) ed a trattamenti residenziali per soggetti in età evolutiva (RD2);
- il fabbisogno semiresidenziale ulteriore di 0,05‰ converge sull'offerta semiresidenziale per minori con bisogno terapeutico riabilitativo affetto da disturbi dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale con la precisazione che non soddisfa il fabbisogno indicato dalle linee guida Ministero - ISS - pari al 10/10.000 - ma che sarà incrementato successivamente con ulteriori azioni di riqualificazione dell'offerta già esistente per i minori.

Le tabelle che seguono, rappresentano per le lettere a) e b) sopraindicati, la ripartizione tra aziende del fabbisogno e lo stato di avanzamento del processo di riconversione ed accreditamento.

Per le tipologie di cui alla lettera c), ovvero riconducibili al codice RD1 intensivo adulti e RD2 per soggetti in età evolutiva, così come per la lettera d), ovvero l'offerta semiresidenziale per soggetti in età evolutiva, il fabbisogno è mantenuto su base regionale poiché la distribuzione territoriale sarà subordinata al processo di riqualificazione di altri setting assistenziali e pertanto subordinata alla disponibilità che sarà rilevata a seguito di una ricognizione ad hoc condotta.

Per le tipologie di cui alle lettere c) e d), il fabbisogno è determinato in 295 posti letto per i trattamenti residenziali e 295 posti letto per i trattamenti semiresidenziali.

Il sistema di offerta residenziale e semiresidenziale per l'età evolutiva sarà completato nel triennio attraverso la riqualificazione dell'offerta esistente, e la riclassificazione delle strutture che già garantiscono tale tipologia di assistenza, a partire da una rilevazione preliminare sui dati disponibili dai flussi informativi attivi.

Di seguito si riporta il dettaglio dei fabbisogni rideterminato in base alla popolazione presente al 1° gennaio 2015.

Nella tabella sottostante è riportata la manovra di riqualificazione/accreditamento già avviata con i precedenti Programmi operativi 2013-2015 di cui al DCA n.108/2014.

Dalla tabella si evince che il fabbisogno di posti letto residenziale e semiresidenziale non solo è ampiamente soddisfatta ma vi è un eccesso di posti letto accreditati per tale tipologia e per i quali si sta



disabili non autosufficienti e RSA adulti ed anziani non autosufficienti.

**Tabella 41 - Fabbisogno PL riabilitazione ex art. 26**

ASL	Popolazione ISTAT 2015	Fabb. RES. su popolazione	Fabb. SEMIRES. su popolazione	Accreditato privato resid. riabil.	Accreditato privato semires riabilitaz	PL Res accr in eccesso	PL semires accr. In eccesso
AV	427.936	94	77	94	77	-	-
BN	282.321	62	51	63	25	-	-
CE	924.614	203	166	24	164	-	22
NA1	992.549	218	179	-	175	-	554
NA2	1.052.107	231	189	90	185	-	52
NA3	1.073.493	236	193	130	191	-	524
SA	1.108.509	244	200	239	198	193	338
<b>Totali</b>	<b>5.861.529</b>	<b>1.288</b>	<b>1.055</b>	<b>640</b>	<b>1.015</b>	<b>193</b>	<b>1.490</b>

**Tabella 42 - Fabbisogno PL RSA disabili non autosufficienti**

ASL	Pop. 2015	Fabb RES 0,33/ su pop 2015	Fabb C.D. 0,22% su pop 2015	P.L. Pubblici res	Accreditati RSA disabili N.A.	PL RES da riconversione DCA 7 e 8/2015	P.L. Pubblici cd disabili N.A.	Accreditati CD disabili N.A.	PL C.D. Da riconversione DCA 7 e 8/2015	Fabbisogno RESIDENZIAL E residuo*	Fabbisogno C.D. residuo*
AV	427.936	141	94	20	80	42	-	15	22	-1	57
BN	282.321	93	62	-	30	3	-	60	-	60	2
CE	924.614	305	203	25	180	-	13	106	-	100	84
NA1 1	992.549	328	218	55	62	-	-	-	-	211	218
NA2	1.052.107	347	231	30	-	-	-	-	-	317	231
NA3	1.073.493	354	236	-	-	-	-	-	-	354	236
SA	1.108.509	366	244	-	-	-	-	-	-	366	244
<b>TOT</b>	<b>5.861.529</b>	<b>1.934</b>	<b>1.288</b>	<b>130</b>	<b>352</b>	<b>45</b>	<b>13</b>	<b>181</b>	<b>22</b>	<b>1.407</b>	<b>1.072</b>

\* al netto dei posti letto di strutture private per cui la Commissione Regionale in applicazione della D.G.R. n. 7301 del 31.12.2001 e s.m.i. ha espresso parere favorevole di compatibilità rispetto al fabbisogno per le autorizzazioni alla realizzazione

## Assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare

La programmazione complessiva ospedaliera e territoriale, insieme alle azioni già avviate, possono contribuire al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa: la previsione e graduale attivazione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera, l'incremento quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, la definizione di percorsi riabilitativi e il loro monitoraggio, oltre al completamento dell'offerta residenziale e semiresidenziale territoriale per la disabilità dovrebbero migliorare qualitativamente la capacità di risposta ai bisogni diversificati e variabili nell'evoluzione delle condizioni di disabilità e non autosufficienza dei cittadini.

L'attuale sistema d'offerta, oltre alla limitata disponibilità di tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali, alla limitatissima disponibilità di posti letto di riabilitazione ospedaliera, propone una quantità considerevole di assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare.

Quanto riportato nelle tabelle successive rappresenta la situazione dell'assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare in termini di offerta assistenziale e di volumi di prestazioni erogate.

Oltre a queste tipologie di servizi e prestazioni, il sistema di offerta per i soggetti disabili che presentino moderate compromissioni di funzioni ed abilità associate a necessità di assistenza sanitaria e tutelare è completato dalle cure domiciliari integrate che nei diversi livelli di intensità assistenziale prevedono percorsi terapeutico riabilitativi.

La Tabella seguente riporta sia il numero di strutture private attualmente accreditate che il numero di strutture pubbliche che in Regione Campania erogano tale tipologia di prestazioni.

ASL	Strutture accreditate	Strutture Pubbliche esistenti
AV	10	1
BN	10	1
CE	15	-
NA1 centro	18	1
NA2 nord	17	-
NA3 sud	19	-
SA	29	1
<b>TOT</b>	<b>118</b>	<b>4</b>

\* Sono in istruttoria ulteriori istanze di accreditamento

La tabella 36 evidenzia il rapporto tra la media delle prestazioni erogate nel triennio 2012/2014 (indipendentemente dalla residenza degli utenti) e la popolazione residente al 2015.

La tabella 37 riporta, invece, a titolo esemplificativo per l'anno 2014, il rapporto tra le prestazioni rese ai residenti per ASL e la popolazione residente.

**Tabella 44 - Rapporto media prestazioni erogate / popolazione residente al 2015**

ASL	Popolazione 2015	Media prestazioni triennio 2012/2014*	Media prestazione erogatore/popolazione 2015
AV	427.936	185.357	0,43
BN	282.321	300.020	1,06
CE	924.614	638.062	0,69
NA1 centro	992.549	926.629	0,93
NA2 nord	1.052.107	1.022.665	0,97
NA3 sud	1.073.493	1.144.049	1,07
SA	1.108.509	753.946	0,68
<b>TOT</b>	<b>5.861.529</b>	<b>4.970.727</b>	<b>Mediana 0,93</b>

\*Prestazioni riabilitative erogate in regime ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo e domiciliare nel triennio 2012/2014 come risulta dal file H

**Tabella 45 - Rapporto prestazioni rese ai residenti per ASL e popolazione residente**

ASL	Popolazione 2015	Prestazioni per residenti anno 2014	Q_prest/popolazione residente 2015*
AV	427.936	251.702	0,59
BN	282.321	219.183	0,78
CE	924.614	583.470	0,63
NA1 centro	992.549	915.866	0,92
NA2 nord	1.052.107	1.258.182	1,20
NA3 sud	1.073.493	1.101.009	1,03
SA	1.108.509	775.782	0,70
<b>TOT</b>	<b>5.861.529</b>	<b>5.105.194</b>	<b>Mediana 0,78</b>

\*Quantità/pro capite di prestazioni riabilitative usufruite da pazienti residenti nelle rispettive ASL in regime ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo e domiciliare nell'anno 2014

La variabilità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini residenti richiede un graduale riequilibrio territoriale dei livelli prestazionali che potrà essere raggiunto solo alla fine del processo di definizione dei percorsi riabilitativi e grazie ai risultati del conseguente monitoraggio sull'appropriatezza.

Da quanto rappresentato dalle tabelle 36 e 3 emerge che il volume di prestazioni erogate e centri attivi sono quantitativamente rilevanti rispetto alla popolazione residente. Pertanto si può ritenere più che sufficiente il numero di strutture attualmente già accreditate/provvisoriamente accreditate e la quantità media prestazioni rese nel triennio 2012-2014, per garantire l'assistenza in tali setting assistenziali.

dovute alle oscillazioni tariffarie intervenute negli ultimi anni, può essere preso a base per la determinazione dei tetti prestazionali e conseguente costruzione dei tetti di spesa annuali del prossimo triennio.

Aggiornamenti eventuali del volume di prestazioni di riferimento per i tetti di spesa potranno intervenire, in virtù del monitoraggio dell'evoluzione della domanda e dell'offerta a seguito della graduale introduzione dei percorsi riabilitativi, dell'incremento delle Cure Domiciliari, e della graduale attivazione della riabilitazione ospedaliera e degli altri livelli di assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.

## Obiettivi

Per le aree della disabilità/riabilitazione e della non autosufficienza occorre, per l'attivazione e riqualificazione delle strutture procedere a:

- definire i criteri di accesso e di eleggibilità per i setting assistenziali, delle prestazioni da garantire;
- definire i requisiti strutturali e organizzativi per le nuove tipologie introdotte;
- aggiornare gli strumenti di valutazione del bisogno assistenziale;
- definire le tariffe;
- completare il processo di identificazione dei Percorsi Riabilitativi delle patologie neurologiche, osseo scheletriche, cardiologico e respiratorio e dell'età evolutiva, attraverso la definizione di linee di indirizzo regionali per la corretta presa in carico riabilitativa delle principali condizioni cliniche a forte impatto sulla disabilità. Le linee di indirizzo, prodotte sulla base delle più importanti linee guida internazionali, dovranno contenere indicazioni sull'appropriatezza di:
  - criteri e modalità di accesso ai percorsi;
  - tipologie di intervento supportate da prove di efficacia;
  - obiettivi generali e specifici della presa in carico riabilitativa;
  - durata della presa in carico;
  - setting assistenziali;
  - criteri di efficacia ed indicatori di performance.
- realizzare attività di monitoraggio e accompagnamento per promuovere l'appropriatezza prescrittiva e ridurre la variabilità di erogazione delle prestazioni sul territorio, realizzando azioni di promozione al cambiamento e di omogeneizzazione dei percorsi assistenziali.

## Indicatori

- Adozione di provvedimenti
- Definizione di percorsi riabilitativi
- Relazione sull'applicazione dei percorsi riabilitativi già approvati dalla Regione Campania
- Relazione sull'applicazione dei nuovi percorsi riabilitativi adottati

## Scadenze

- Adozione di provvedimenti relativi ai punti 1, 2 3, 4: 31 dicembre 2017

- Definizione di n. 3 percorsi riabilitativi: 30 giugno 2017
- Relazione sull'applicazione dei percorsi riabilitativi già approvati dalla Regione Campania: 31 dicembre 2016
- Relazione sull'applicazione dei nuovi percorsi riabilitativi adottati entro dicembre 2016: 30 giugno 2017
- Relazione sull'applicazione dei nuovi percorsi riabilitativi adottati entro giugno 2017: 31 dicembre 2017

### **Adulti e anziani non autosufficienti**

Per l'area adulti e anziani non autosufficienti l'unica offerta attiva, ancorché non soddisfacente il fabbisogno e per la quale sono stati già stabiliti requisiti, criteri e percorsi d'accesso, tariffe e percorsi di accreditamento, è quella di RSA e Centri Diurni (codice Mattone residenziale e semiresidenziale R3/R2D-SR1/SR2).

E' evidente che tale programmazione di offerta è assolutamente carente per rispondere a bisogni assistenziali di maggiore intensità o più specifici, in particolare per l'età adulta.

Pertanto, entro il fabbisogno complessivo, pari al 10‰, calcolato convenzionalmente sulla popolazione anziana ultra65enne, indicato dal Comitato LEA quale target e già adottato per definire il fabbisogno nei Programmi Operativi 2013-2015, occorre individuare le ulteriori tipologie e definirne il fabbisogno per ciascuna tipologia di struttura/prestazione per intensità assistenziale.

Sulla base della popolazione anziana ultra65enne residente in Campania al 1 gennaio 2015 pari a 1.029.128, il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali per l'area adulti e anziani non autosufficienti è calcolato in 10.292, che si articoleranno come segue:

- a) assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogate nelle "Unità di cure residenziali intensive" (R1) per il 6% del totale fabbisogno, pari a 617 PL (che assorbono il fabbisogno programmato di PL già programmati e in parte attivi di SUAP, tipologia classificabile anch'essa come R1);
- b) assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogate nelle "Unità di Cure Residenziali Estensive" (R2) per il 20% del totale fabbisogno, pari a 2.058 PL;
- c) assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento erogate dalle "Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento" (R3, attuali RSA) per il 46% del totale, pari a 4.734 PL;
- d) assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze erogata nelle "Unità di cure residenziali per demenze" (R2D) per il 5% del totale, pari a 515 PL;
- e) assistenza residenziale ad adulti affetti da disturbi dello spettro autistico con particolari bisogni assistenziali per l'1% del totale fabbisogno, pari a 103 PL;
- f) assistenza semiresidenziale a persone affette da demenza erogate nelle "Unità di Cure Semiresidenziali per demenze" (SRD) per il 3% del totale fabbisogno, pari a 309 PL;

Semiresidenziali di Mantenimento" (SR, attuali Centri Diurni sociosanitari) per il 19% del totale, pari a 1.955 PL.

Con riferimento ai 103 posti letto programmati, di cui alla lettera e), come specifica del fabbisogno già precedentemente programmato per l'area Adulti e Anziani non autosufficienti, sono posti letto di lungo assistenza da dedicare a soggetti adulti affetti da disturbi dello spettro autistico, che abbiano già concluso la fase riabilitativa o per i quali non si riscontrino condizioni di modificabilità e che inoltre manifestino anche particolari bisogni assistenziali di tipo sanitario e sociosanitario. Il fabbisogno è individuato in relazione alla presenza in strutture residenziali di soggetti adulti che presentano condizioni sanitarie che richiedono un'assistenza specifica e per la quale i setting attuali non sono a pieno rispondenti.

Atteso che trattasi di soggetti adulti non autosufficienti con bisogni prevalentemente sanitari non riabilitativi risulta opportuno collocarli nell'area dell'assistenza per soggetti adulti/non autosufficienti.

In relazione al conferimento dei dati, si provvederà a definirne le regole anche coerentemente con le indicazioni ministeriali.

L'individuazione delle quote di fabbisogno come sopra riportate sono definite anche in base alle analisi dei dati nazionali rilevabili mediante il flusso NSIS per l'assistenza residenziale FAR (mediane nazionali).

L'ampio margine di fabbisogno residuo consentirà di definire le eventuali azioni di riqualificazione o riconversione di strutture già attive, ovvero anche riconversioni da altri setting assistenziali (ex art. 26) e nuove attivazioni che saranno disciplinate con specifici atti.

**Tabella 46 - Offerta residenziale e semiresidenziale area adulti e anziani non autosufficienti- determinata in base alla popolazione presente al 1° gennaio 2015**

ASL	Pop. >65 2015	Fabb res su pop 2015	Fabb semires su pop 2015	P.L. Pubblici res	Accreditati RSA adulti e anziani N.A.	Residenziali da Accordo di riconversione DCA 7 e 8/2015	P.L. Pubblici cd adulti e anziani N.A.	Accreditati CD cd adulti e anziani N.A.	CD da Accordo di riconversione DCA 7 e 8/2015	Fabbisogno RESIDENZIALE residuo	Fabbisogno C.D. residuo
AV	89.271	696	196	48	152	25	20	-	22	471	154
BN	61.902	483	136	40	140	24	-	-	-	279	136
CE	151.223	1.180	333	16	182	-	-	15	-	982	318
NA1	186.640	1.456	411	288	93	-	45	-	-	1.075	366
NA2	143.739	1.121	316	82	40	-	40	20	-	999	256
NA3	181.385	1.415	399	40	85	-	15	-	-	1.290	384
SA	214.968	1.677	473	55	353	-	-	-	-	1.269	473
TOT	1.029.128	8.028	2.264	569	1.045	49	120	35	22	6.365	2.087

\* al netto dei posti letto di strutture per cui la Commissione Regionale in applicazione della D.G.R. n. 7301 del 31.12.2001 e s.m.i. ha espresso parere favorevole di compatibilità rispetto al fabbisogno per le autorizzazioni alla realizzazione

La tabella sovrastante riporta il fabbisogno complessivo per la tipologia di strutture residenziali e semiresidenziali per adulti ed anziani non autosufficienti, secondo gli stessi indici già utilizzati nei precedenti Programmi Operativi.

L'offerta attuale disponibile di posti letto accreditati, rappresentata in Tabella 46, è relativa alle Residenze Sanitarie Assistite e RSA Sanitarie Assistite con modulo demenze, rispettivamente R3 come da codice Mattoni e nucleo Alzheimer/demenze RD2, e dai Centri Diurni sociosanitari SR1 e SR2.

## Obiettivi

Per l'area adulti e anziani non autosufficienti occorre procedere a:

- definire i criteri di accesso e di eleggibilità per i setting assistenziali, delle prestazioni da garantire
- definire i requisiti strutturali e organizzativi per le nuove tipologie introdotte

- definire le tariffe

### Indicatori

- Definizione dei criteri di accesso e di eleggibilità per i setting assistenziali, delle prestazioni da garantire
- Definizione dei requisiti strutturali e organizzativi per le nuove tipologie introdotte
- Aggiornamento degli strumenti di valutazione del bisogno assistenziale
- Definizione delle tariffe

### Scadenze

- Definizione dei criteri di accesso e di eleggibilità per i setting assistenziali, delle prestazioni da garantire: 31 marzo 2017
- Definizione dei requisiti strutturali e organizzativi per le nuove tipologie introdotte: 31 marzo 2017
- Aggiornamento degli strumenti di valutazione del bisogno assistenziale: 31 marzo 2017
- Definizione delle tariffe: 31 marzo 2017

### SUAP

Nella tabella sottostante si riporta l'offerta definita per le SUAP, che costituiscono quota parte della offerta residenziale da ricomprendere nel fabbisogno per adulti ed anziani non autosufficienti, codice di riferimento mattone R1.

Pertanto si prevede di completare l'offerta per soggetti in stato vegetativo e di minima coscienza con una manovra di riqualificazione dell'offerta esistente e con l'attivazione di nuove strutture, come si evince dalla tabella sottostante, fino alla completa copertura del fabbisogno per tale tipologia di unità di offerta residenziale.

**Tabella 47 – Fabbisogno PL per SUAP**

	Pop. 2015	Fabbisogno	Programmati pubblici	Da Accordo di riconversione neuropsichiatriche	Fabbisogno residuo*
AV	427.936	17	9	-	8
BN	282.321	11	6	-	5
CE	924.614	37	6	-	31
NA1	992.549	40	10	12	18
NA2	1.052.107	42	0**	-	42
NA3	1.073.493	43	24	-	19
SA	1.108.509	44	11	-	33
<b>TOT</b>	<b>5.861.529</b>	<b>234</b>	<b>66</b>	<b>12</b>	<b>156</b>

(\*\*) la ASL NA 2 non ha ancora individuato la sede presso cui attivare i pl pubblici

## Salute mentale

I riferimenti normativi regionali in materia di strutture residenziali e semiresidenziali per adulti, nel campo della Salute Mentale, sono il DCA n. 5/2011 e la DGRC n. 666/2011. I contenuti di quest'ultima sono stati assimilati nel regolamento regionale n. 4/2014 di attuazione della L.R. 23 ottobre 2007, n. 11, che disciplina l'offerta di servizi sociali.

Sulla scorta di questi provvedimenti, l'offerta sanitaria e sociosanitaria si articola nelle seguenti tipologie:

- Strutture residenziali terapeutico riabilitative nella fase intensiva (note anche come SIR – Strutture Intermedie Residenziale – intensive) dove si svolge attività terapeutica intensiva rivolta a soggetti, anche nella fase post acuzie, che necessitano di interventi di riabilitazione intensiva e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale (DCA n. 5/11);
- Strutture residenziali terapeutico riabilitative nella fase estensiva (SIR estensiva) in cui l'attività di cura è rivolta a persone, anche nella fase post acuzie, con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione per i quali non è ipotizzabile un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di assistenza e di riabilitazione di tipo estensivo (DCA n. 5/11);
- Centro Diurno Psichiatrico, struttura semiresidenziale per soggetti che necessitano di interventi di riabilitazione e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale (DCA n. 5/11);
- Comunità Alloggio (attualmente Casa Alloggio ex Regol. Reg. n. 4/2014), struttura residenziale a carattere familiare di natura sociosanitaria, con medio livello di protezione, per persone adulte con disagio psichico che presentano un grado di autonomia medio ed abilità psicosociali sufficientemente acquisite e non necessitano di assistenza sanitaria continuativa. Questa ultima tipologia prevede la ripartizione del costo tra sistema sanitario e sistema sociale.

Di seguito l'offerta sanitaria programmata per i soggetti in età adulta (SIR e CD, escluse Case Alloggio).

**Tabella 48 – Fabbisogno residenziale salute mentale**

ASL	Fabbisogno residenziale	P.L. Pubblici res da ricognizione giugno 2016	accreditabili	Fabbisogno residuo*
AV	86	28	10	48
BN	56	34	-	22
CE	185	66	45	74
NA1	199	179	-	20
NA2	210	152	20	38
NA3	215	80	-	135
SA	223	96	-	127
<b>TOT</b>	<b>1.174</b>	<b>635</b>	<b>75</b>	<b>464</b>



**Tabella 49 – Fabbisogno semiresidenziale salute mentale**

ASL	Fabbisogno semiresidenzia le	P.L. Pubblici sempres da ricognizione giugno 2016	accreditabili	Fabbisogno residuo*
AV	86	10	-	76
BN	56	72	-	-16
CE	185	128	4	53
NA1	199	205	-	-6
NA2	210	171	20	19
NA3	215	141	-	74
SA	223	169	-	54
<b>TOT</b>	<b>1.174</b>	<b>896</b>	<b>24</b>	<b>254</b>

(\*) al netto di quanto programmato nell'accordo di riconversione neuropsichiatriche DCA 94/2014

Le Case Alloggio, disciplinate dal Reg. n. 4/2014, sono autorizzate esclusivamente dagli Ambiti territoriali per i Piani di Zona. Esse prevedono la compartecipazione sanitaria al 40%. Si stima un fabbisogno per questa tipologia di 600 di posti letto per l'intera Regione.

Per quanto riguarda l'offerta sanitaria di strutture per la Salute Mentale in età evolutiva, il provvedimento regionale di riferimento è il DCA n. 45/2015, che individua le seguenti tipologie:

- Strutture Intermedie Residenziali per Minori a Intensità variabile (SIRMIV) con programma di trattamento intensivo volto ad utenti con parziale instabilità del quadro clinico. L'instabilità è dovuta a condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriore stabilizzazione, a una compromissione grave o media delle funzioni e delle abilità, alla contemporanea presenza di problemi relazionali gravi o medi che mantengono o aggravano il disturbo psicopatologico;
- Strutture Intermedie Residenziali per Minori a Intensità variabile (SIRMIV) con programma di trattamento estensivo per utenti con condizioni psicopatologiche discretamente stabili, moderata compromissione delle funzioni e delle abilità, ma con presenza di problemi relazionali di media o elevata gravità in ambito familiare e/o sociale;
- Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (SISEM) che attuano programmi di trattamento estensivo per utenti con condizioni psicopatologiche discretamente stabili, moderata compromissione delle funzioni ed abilità, con presenza di adeguate risorse relazionali in ambito familiare e/o sociale.

Il fabbisogno minimo stimato regionale è di 120 posti letto per le strutture terapeutiche semiresidenziali e di 40 posti letto per le strutture terapeutiche residenziali. Le ricognizioni in corso fanno prevedere di dover lievemente incrementare il n. di PL programmati.

Per far fronte alla crescente domanda di strutture per i Disturbi della condotta Alimentare (DcA), con DCA n. 19/2016 la Regione ha approvato una programmazione dedicata di attività per la promozione del trattamento e riabilitazione residenziale e semiresidenziale di questo tipo di patologia. In particolare, con un apposito stanziamento di fondi regionali assegnati a ciascuna ASL campana che ne sarà il responsabile attuativo, è stata promossa l'attivazione di almeno un centro semiresidenziale per ciascuna ASL e l'attivazione di un ulteriore centro pubblico residenziale sovra-aziendale, entro l'anno 2016, per il trattamento e la riabilitazione dei DcA.

Il fabbisogno determinato per l'offerta residenziale e semiresidenziale di salute mentale è frutto di una stima provvisoria effettuata sulla scorta dei dati epidemiologici e di offerta disponibili; pertanto dovrà



di cui al regolamento sociale n. 4/2014.

Per questa ultima tipologia di struttura, la Regione deve procedere entro il 2017 a definire, oltre al fabbisogno definitivo, anche i requisiti ulteriori e la procedura di accreditamento, che sarà successivamente avviata.

### Obiettivi

- Completamento dell'accREDITamento delle strutture psichiatriche per minori
- Attivazione struttura residenziale dedicata per DcA

### Indicatori

- Completamento dell'accREDITamento delle strutture psichiatriche per minori
- Attivazione struttura residenziale dedicata per DcA

### Scadenze

- Completamento dell'accREDITamento delle strutture psichiatriche per minori: 31 marzo 2017
- Attivazione struttura residenziale dedicata per DcA: 31 marzo 2017

### Hospice

A seguito delle attività di ricognizione effettuata, per quanto riguarda l'ASL di Benevento, risultano programmati complessivamente n. 14 pl: n. 6 pl con L. 39/99 ed ulteriori n. 8 pl da attivare mediante riconversione del P.O. di Cerreto Sannita.

**Tabella 50 – Fabbisogno Hospice**

ASL	Popolazione ISTAT 2015	fabbisogno	PL attivi da STS 11	PI programmati da legge 39/99-ed attivi sts 11	posti da riconversione in attuazione dca 49/2010	Da Accordo di riconversione neuropsichiatriche	Posti letto programmati fondi cipe	PL da attivare
AV	427.936	22	22	-	-	-	-	-
BN	282.321	14	-	6	8	-	-	-
CE	924.614	45	35	10	-	-	-	-
NA1	992.549	50	-	20	-	14	-	16
NA2	1.052.107	53	12	8	-	-	-	33
NA3	1.073.493	54	-	-	-	-	12	42
SA	1.108.509	55	32	-	-	-	-	23
<b>TOT</b>	<b>5.861.529</b>	<b>293</b>	<b>101</b>	<b>44</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>114</b>

Con riferimento alla manovra di riqualificazione e riconversione si rinvia agli atti di programmazione specifica, ovvero piano ospedaliero e piano territoriale.

La ricognizione puntuale degli Hospice programmati e in via di programmazione è riportata all'interno del DCA n. 99/2016 relativo al piano territoriale.

Per quanto riguarda il fabbisogno dell'ASL di Benevento, si precisa che attraverso i finanziamenti dedicati all'edilizia sanitaria è stato possibile integrare i fondi di cui alla legge 39/99 fino a saturazione del fabbisogno stesso.

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti con tossicodipendenze, si modifica il criterio di determinazione del fabbisogno stabilendo come parametro l'indicatore dello 0,35/1.000 abitanti prendendo a riferimento la popolazione residente in Campania al 1° gennaio 2015 nella fascia di età 15-64 anni, come di seguito dettagliato.

**Tabella 51 – Offerta residenziale per soggetti con tossicodipendenze**

ASL	Istat	Fabb. PL Complessivo	Di cui 60% Resid.	Fabb. RES. 20%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	Fabb. RES. 13%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	PL da attivare 34%	PL da attivare 25%	PL da attivare 3%	PL da attivare 4%	PL da attivare 1%
	Pop. 2015 età 15-64 anni			TERAPEUTICO			PEDAGOGICO			Accoglienza	Doppia Diagnosi	Minori TD	Minori D.D.	Madre Bimbo
<b>Totali</b>	3.925.061	1.374	824	165	401	-236	107	48	59	280	206	25	33	8

**Tabella 52 – Offerta residenziale per soggetti con tossicodipendenze**

ASL	Istat	Fabb. PL Complessivo	Di cui 40% Semiresid.	Fabb. RES. 20%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	Fabb. Semires. 13%	PL Accreditabili	PL da attivare/ricon vertire	PL da attivare 34%	PL da attivare 25%	PL da attivare 3%	PL da attivare 4%
	Pop. 2015 età 15-64 anni			TERAPEUTICO			PEDAGOGICO			Accoglienza	Doppia Diagnosi	Minori TD	Minori D.D.
<b>Totali</b>	3.925.061	1.374	550	110	58	52	71	140	-69	187	137	12	33

Da questo criterio scaturisce un fabbisogno complessivo, inferiore al precedente periodo di programmazione, di 1.374 pl di cui un 60%, pari a 824 pl, da destinare ad assistenza residenziale ed il restante 40%, pari a 550 pl, da destinare ad assistenza semiresidenziale.

Il fabbisogno complessivo è stato ripartito nelle tabelle per le diverse tipologie assistenziali previste in Regione Campania a normativa vigente con l'indicazione, nel contempo, del numero di pl valutati formalmente accreditabili dalle AASSLL, in attesa di accreditamento definitivo, al fine di poterne far scaturire il quadro sinottico dell'offerta assistenziale in materia e del numero di pl da riconvertire o attivare.

Considerato che nell'area della città di Napoli non risultano attive Comunità Terapeutiche residenziali, si ritiene necessario riservare almeno 20 pl residenziali sul territorio afferente all'ASL Napoli 1 centro al fine di garantire un equilibrio, su tutto il territorio regionale, della presenza di strutture in materia.

Inoltre, si ritiene opportuno avviare un percorso di riqualificazione del privato provvisoriamente accreditato, aggiornando i requisiti che disciplinino la presenza di personale qualificato, e ridefinendo le funzioni assistenziali (Terapeutiche, con livello di intensità adeguato al piano personalizzato, e Pedagogiche, attento alla valorizzazione percorso terapeutico svolto promuovendo azioni coerenti di reinserimento sociolavorativo), agganciando adeguate procedure condivise di conseguente adeguamento tariffario, e definendo protocolli integrati pubblico-privato che garantiscano una corretta valutazione multidimensionale e un adeguato intervento con la necessaria intensità assistenziale.

### Obiettivi

- Aggiornamento requisiti organizzativi e tariffe
- Attivazione posti letto nelle strutture specialistiche

### Indicatori

- Aggiornamento requisiti organizzativi e tariffe
- Attivazione posti letto nelle strutture specialistiche

- Aggiornamento requisiti organizzativi e tariffe: 30 giugno 2017
- Attivazione posti letto nelle strutture specialistiche: 31 dicembre 2017

### Area della domiciliarità

La Regione programma un rafforzamento quali-quantitativo dell'offerta di Cure Domiciliari per Anziani ultrasessantacinquenni, disabili, e malati terminali, minori.

Nel triennio si programma di mantenere e consolidare il livello di offerta raggiunto nell'anno 2015, come si evidenzia dai dati conferiti attraverso dal modello FLS 21 riquadro H che evidenzia un livello di copertura oltre il 4% della popolazione anziana collocata in cure domiciliari. L'ipotesi di lavoro è qualificare l'offerta garantita sostenendo anche un incremento del 15% degli altri casi in carico, l'incremento del 10% dei malati terminali e un +0,80% di anziani in adi su base regionale con un costo complessivo della manovra di circa 40 €/mln (per l'incremento programmato).

L'ipotesi di incremento di cure domiciliari è stata condotta a partire dai dati conferiti dalle AA.SS.LL. mediante il modello FLS 21 riquadro H nell'anno 2015, dato disponibile e in fase di ulteriore verifica da parte delle aziende che hanno registrato un incremento notevole rispetto all'anno precedente; considerando che il target definito dal Comitato di verifica permanente dei LEA è il 4% della popolazione anziana in adi /popolazione ultra65enne residente, e considerando altresì che allo stato la Regione Campania ha raggiunto tale livello solo 2 aziende sono di molto al disotto del target regionale.

In modo complementare e analogo a quanto già definito da quest'Amministrazione per l'Obiettivo di servizio collegato alla Programmazione Unitaria 2007-2013 che vede impegnate le Regioni convergenza, si ipotizza che nel corso del triennio 2016-2018, il target da raggiungere è lo +0,80% su base regionale di anziani in adi il target finale regionale risulta pertanto il 5%. Un ulteriore target è stato individuato per la presa in carico di cittadini non anziani definiti "altri casi", ovvero minori, disabili, +20% utenti rispetto al dato 2015 e per i pazienti terminali +15% di incremento rispetto al dato 2015.

Per poter effettuare la valutazione dell'impatto economico è stata utilizzata la stima dei costi definita dal decreto commissariale 1/2013 che definisce il sistema di tariffe di cure domiciliari per profili di cura, ovvero il costo medio per percorso-GDC (giornate di cura); la durata di un percorso varia a seconda dell'intensità: 180gg, 90 gg, 60gg a seconda se siano riconducibili ad un livello I e II livello-Cia1 e 2, Livello III-Cia3, Cure palliative-Cia4.

La stima è stata effettuata sia utilizzando i costi al netto della compartecipazione sia al lordo, fatta eccezione per le cure palliative che per la natura del bisogno sono di norma a carico del sistema sanitario regionale.

Partendo dai dati conferiti dalle Aziende sanitarie nel sistema SIAD/LEASOCIOSAN dall'anno 2013 ad oggi è stata stimata la suddivisione dei casi trattati/pic erogate nei vari livelli e coefficienti di assistenza ed intensità di cure domiciliari (Gdc 0, Cia0, Cia1, Cia2, Cia3, Cia4) rapportandola al dato conferito mediante fls 21 riquadro H.

Per sostenere i costi delle cure domiciliari nell'anno 2015 si è stimata una spesa di 140 €/mln di euro, circa al netto della compartecipazione alla spesa (assistenza tutelare) a carico degli enti locali/utenti; come già indicato la manovra incrementale ha un costo di circa 40 €/mln di euro.

Alle Aziende Sanitarie Locali sarà indicato l'obiettivo/target da raggiungere, con l'indicazione dei valori soglia attesi per i livelli di assistenza di cure domiciliari, Cia1-CIA4, vedi lettera S del questionario LEA e verifica adempimenti effettuata sulla scorta dei dati SIAD dell'anno di riferimento.



obiettivo anche quello di una corretta implementazione del flusso SIAD-che consente la misurazione dell'indicatore n.10 della griglia E- e di un popolamento del flusso stesso che consenta di raggiungere il 100% di copertura rispetto al modello FLS 21 riquadro H, la corretta e completa imputazione dei dati che possa consentire anche la individuazione dei diversi livelli di assistenza domiciliare.

Per l'anno 2015 la regione Campania si è attestata intorno al 1,2%, di fatti al di sotto della soglia standard 1,88%, pertanto è obbligo da parte della regione Campania di colmare il gap e garantire almeno il target del 2%. Sul flusso SIAD, di utenti=pic erogate CIA 1-4/popolazione anziana residente ultr65nne per l'anno 2016, incrementando progressivamente il dato entro il triennio fino ad almeno il 3%, salve diverse indicazioni del comitato di verifica dei lea.

Nell'ambito dell'area della domiciliarità deve essere rafforzato il ruolo di coordinamento aziendale e distrettuale delle cure domiciliari al fine di semplificare le procedure di accesso e presa in carico e favorire la tempestività ed appropriatezza della presa in carico.

Inoltre saranno attivato percorsi di qualificazione del sistema di offerta per minori attraverso la regolamentazione dell'accesso e la presa in carico anticipata in cure domiciliari: istituzione della rete pediatrica di cure domiciliari per tutte le patologie oncologiche e non, definizione degli strumenti di valutazione, determinazione del fabbisogno di risorse professionali ed economiche.

Si prevede nel triennio l'implementazione della rete delle cure palliative in osservanza dei criteri e requisiti previsti dalla Conferenza Stato-Regioni il 25/07/2012 con priorità di individuazione delle modalità di implementazione delle equipe di cure palliative domiciliari.

Entro il triennio tutte le aziende dovranno attuare percorsi strutturati di dimissione programmata a domicilio, anche in applicazione di quanto previsto dal Decreto n. 46/2015.

### Obiettivi

- Completamento del processo di attivazione
- Adozione degli atti di programmazione
- Raggiungimento dei target
- Adozione di Atti di indirizzo

### Indicatori

- Adozione degli atti di programmazione
- Adozione degli atti di accreditamento
- Adozione degli atti di indirizzo

### Scadenza

- Completamento del processo di attivazione: 31 dicembre 2018
- Raggiungimento dei target: 31 dicembre 2018
- Adozione di Atti di indirizzo: 30 giugno 2017

Con riguardo ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento, gli Uffici Regionali hanno avviato già nel maggio 2016 un monitoraggio sulle attività di valutazione del bisogno riabilitativo attraverso una Scheda di rilevazione di set di informazioni che consentisse di monitorare l'applicazione degli indirizzi regionali per la diagnosi e certificazione dei disturbi specifici dell'apprendimento e per le attività di valutazione del bisogno riabilitativo per i soggetti con DSA ai sensi del DCA n. 24/2016.

Anche al fine di superare le criticità rilevate, con Decreto n. 134/2016 avente ad oggetto la programmazione delle risorse di cui agli Obiettivi di Piano anno 2014-2016, sono state attribuiti alle AASSLL obiettivi specifici per la implementazione della rete territoriale dei servizi riabilitativi e del miglioramento dell'accesso e della presa in carico. Relativamente al monitoraggio della appropriatezza prescrittiva e della presa in carico riabilitativa, è allo studio l'implementazione di un flusso informativo specifico (Delibera di Giunta n. 10/2017).

### **Disturbi del comportamento alimentare**

Per quanto riguarda i disturbi del comportamento Alimentare nel citato DCA n. 99/2016 che richiama tra l'altro il decreto n. 19/2016, la funzione di valutazione e trattamento non è esclusivamente svolta dall'Università; al contrario oggetto del DCA n. 19 e del DCA n. 99 è l'implementazione della rete territoriale, in raccordo con l'offerta garantita da Università e Policlinici. Quanto ai poli universitari e all'AO Santobono è stata promosso il rafforzamento dell'azione di diagnosi precoce e di gestione dei casi acuti e più complessi, in rete con i servizi territoriali per la Salute mentale e per la Neuropsichiatria infantile.

Con il DCA n. 19/2016 la Struttura Commissariale ha assegnato alle AASSLL fondi per il rafforzamento delle attività ambulatoriali e l'attivazione di almeno un centro semiresidenziale per ciascuna ASL, nonché l'attivazione di un ulteriore centro pubblico residenziale sovra-aziendale per il trattamento dei DCA, che è stato individuato nella ASL di Salerno.

Per ciò che concerne il fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali, si precisa che nell'ambito del fabbisogno stimato al 10‰, è individuata la manovra di riqualificazione da setting assistenziali esistenti e di riconversione, terminata la quale, in coerenza con il programma dell'accreditamento, si procederà ad avviare l'accreditamento di nuove strutture per le tipologie carenti.

I 6.741 posti letto sono ricompresi nel fabbisogno di 10.000 posti letto per l'area non autosufficienza, di cui costituiscono una specificazione. Per le tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali carenti quali – R1, R2, ecc, sono in fase di approvazione i requisiti ulteriori organizzativi, i requisiti di funzionamento, gli standard di assistenza e strumenti di valutazione degli utenti nonché criteri di eleggibilità. Solo dopo l'approvazione di questi ultimi si potrà procedere a dare esecutività al piano di completamento del sistema di offerta.

Con il DCA n. 134/2016 avente ad oggetto la programmazione delle risorse di cui agli Obiettivi di Piano anno 2014-2016, sono state attribuiti obiettivi specifici anche in relazione alla realizzazione di strutture pubbliche extraospedaliere ricadenti nell'area della non autosufficienza, al fine di supportare la qualificazione e l'ampliamento dell'offerta.

Tale programmazione origina dalla attuale offerta di servizi residenziali in Campania: sono disciplinate esclusivamente le RSA (R3 classificazione Mattone) e i Centri Diurni (SR) per Anziani ultra 65enni non autosufficienti; la programmazione del fabbisogno di posti letto era esclusivamente destinata a tali tipologie, con un numero di posti letto effettivamente attivi ancora insufficiente (come si evince dai dati FAR); tutti i bisogni dei pazienti adulti (non solo anziani dunque) complessi con elevato impegno sanitario (intensivo e estensivo, con esclusione delle SUAP per stati vegetativi) e le demenze non trovavano risposta. Pertanto la

diversificazione in relazione ai bisogni sanitari non soddisfatti.

**Rif. Adempimenti: aaf)**

- **Intervento 19.2 – Percorso nascita: rete consultoriale**

Al fine di pervenire all'attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010), si prevede l'elaborazione di un Programma di rafforzamento della rete consultoriale e dei raccordi con i punti nascita per l'assistenza alla gravidanza fisiologica ai fini della riduzione dei parti cesarei.

Il Programma prevederà gli standard organizzativi e i criteri di riorganizzazione territoriale dei consultori, con l'analisi dell'attuale organizzazione e livello di attività, e l'individuazione:

- della composizione minima delle equipe consultoriali;
- della dotazione strumentale e suo ammodernamento necessaria a garantire le prestazioni previste dalla normativa vigente per il monitoraggio e l'assistenza alla gravidanza;
- dei percorsi e delle attività utili a favorire le dimissioni precoci dal punto nascita con l'assistenza post parto al domicilio;
- delle attività di aggiornamento e formazione del personale;
- dei percorsi di continuità per l'esecuzione degli esami diagnostico clinici prenatali, e per il raccordo con i punti nascita;
- delle iniziative di comunicazione pubblica per l'informazione e sensibilizzazione dell'utenza potenziale;
- degli indirizzi per la riqualificazione delle sedi consultoriali.

**Obiettivi**

- Concorso alla riduzione dei parti cesarei
- Riqualificazione delle attività consultoriali

**Indicatori**

- Adozione degli atti di Programmazione e di indirizzo

**Scadenze**

- Adozione degli atti di Programmazione e di indirizzo: 30 giugno 2017



**Rif. Adempimenti: I) - aal) - af)**

**Responsabile: Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi**

- **Intervento 20.1 - Farmaceutica territoriale: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**

La Regione Campania risulta tra le Regioni con il maggior rapporto spesa farmaceutica territoriale/ finanziamento ordinario dello Stato, con un indice che si attesta oltre il 13%.

Dagli indicatori di appropriatezza prescrittiva monitorati nel Cruscotto Tessera Sanitaria, elaborati dall'AIFA ai sensi dell'art. 11, comma 7, lett. b) del Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito dalla Legge n. 122 del 30 luglio 2010 emerge che la Regione potrebbe conseguire risparmi potenziali per oltre 66 milioni di euro se utilizzasse farmaci a brevetto scaduto e quantità di farmaci (DDD/abitanti) in misura analoga a quanto rilevato nelle Regioni più virtuose.

Rappresenta, pertanto, un obiettivo primario quello di migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, anche attraverso un potenziamento dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto monitorando il conseguimento degli obiettivi per Azienda Sanitaria, nonché le prossime scadenze brevettuali dei farmaci originator.

Con DCA n. 66 del 14.07.2016, ai punti 1, 2, 3 e 5, la Struttura Commissariale ha emanato prescrizioni e disciplinato l'implementazione di un sistema per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, a partire dalle classi maggiormente impattanti sulla spesa (categorie ATC: C10AA, C10AB e C10AX - statine e associazioni – e ATC C09 - farmaci antipertensivi).

Con nota prot. n. 1055/C del 01/03/2017 (caricata su piattaforma Piani di Rientro e Comitato LEA con nota prot. n. 28 del 01/03/2017) la Regione ha provveduto a fornire una relazione di monitoraggio degli obiettivi fissati con DCA n. 66/2016.

#### **Obiettivi**

- Potenziamento nell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto
- Implementazione di un sistema per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci

#### **Indicatori**

- Incremento della quota prescritta di farmaci a brevetto scaduto / riduzione della spesa
- Indicatori AIFA monitorati attraverso il Cruscotto Tessera sanitaria

#### **Scadenze**

- Potenziamento nell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto: 31 dicembre 2016

- **Intervento 20.2 - Farmaceutica territoriale: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC)**

La vigente normativa consente alle Regioni di scegliere il migliore strumento distributivo per uno specifico gruppo di farmaci (farmaci del PH-T), alternativo alla via convenzionale, la cui adozione, per Entità



assunte da ciascuna Regione.

In tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania è stato attivato il servizio di distribuzione diretta dei farmaci del PHT; servizio che, in quasi tutte le AA.SS.LL., è stato esteso alle farmacie convenzionate attraverso la sottoscrizione di Accordi di Distribuzione per Conto.

I contratti di DPC vigenti, tuttavia, sono stati stipulati a livello di singola ASL, e sono eterogenei relativamente alla modalità e alla misura della remunerazione da corrispondere alle farmacie convenzionate. Differenze ulteriori concernono la lista dei farmaci in distribuzione.

La principale criticità rilevata è rappresentata dalla quota dei farmaci del PHT che viene annualmente distribuita dalle farmacie convenzionate in regime di convenzione.

La Regione intende concludere un accordo di Distribuzione per Conto su base regionale al fine di ovviare alle attuali distorsioni della dispensazione, conseguendo un'importante razionalizzando della spesa ed una maggiore appropriatezza prescrittiva.

La Struttura Commissariale ha emanato il DCA n. 66 del 17.07.2016 che introduce misure che possano efficientare la distribuzione dei farmaci A-PHT, migliorando l'appropriatezza prescrittiva e razionalizzando la spesa farmaceutica, ed il DCA n. 97 del 20.09.2016, con il quale, tra l'altro, si è provveduto a:

- Unificare la lista dei farmaci A-PHT in DPC;
- Stabilire la tariffa massima per la remunerazione del servizio.

#### Obiettivi

- Sottoscrizione dell'Accordo di DPC regionale da parte delle ASL
- Riduzione della quota farmaci del PHT in regime di convenzionata di almeno il 20% rispetto al 2015

#### Indicatori

- Importo farmaci del PHT distribuito in regime di convenzionata rispetto ad anno precedente

#### Scadenze

- Sottoscrizione Accordo regionale da parte delle ASL: 31 dicembre 2016

#### • **Intervento 20.3 - Farmaceutica territoriale: Potenziamento dell'uso dei farmaci biosimilari**

La Regione ha l'obiettivo di pervenire ad un potenziamento dell'uso dei farmaci biosimilari, in linea con le prescrizioni già assunte dal Commissario ad acta, monitorando il conseguimento degli obiettivi per Azienda Sanitaria.

La Struttura Commissariale ha emanato il DCA n. 66 del 17.07.2016 che ha individuato le azioni da implementare al fine di incentivare l'utilizzo dei farmaci biologici / biosimilari di minor costo, contribuendo alla sostenibilità economica del SST, fatta salva la facoltà per il medico di prescrivere in scienza e coscienza.

Con nota prot. n. XX del XXXX la Regione ha provveduto a fornire una relazione di monitoraggio degli obiettivi fissati con DCA n. 66/2016.

## Obiettivi

- Potenziamento dell'uso dei farmaci biosimilari, anche attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro volto a definire i criteri di individuazione del paziente naive, lo switch in terapia e l'utilizzo dei biosimilari oltre il primo ciclo di terapia, con una riduzione della spesa del 2016 rispetto al 2015, relativamente alle seguenti categorie ATC B03XA (eritropoietine); L03AA (fattori di crescita granulocitari); H01AC (ormone della crescita)

## Indicatori

- Rapporto spesa farmaci biosimilari / spesa farmaci biologici originator nelle tre categorie ATC (B03XA; L03AA; H01AC) rispetto all'anno precedente

## Scadenze

- Potenziamento dell'uso dei farmaci biosimilari: 31 dicembre 2016

### • **Intervento 20.4 - Farmaceutica territoriale: Incremento della quota di farmaci di fascia A del primo ciclo distribuita dagli ospedali**

L'art.8 lett.c) della legge 405/2001, prevede che le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà, fra l'altro, *“di disporre, al fine di garantire la continuità' assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale”*.

L'attuazione della norma consentirebbe al SSR di conseguire due importanti obiettivi, in termini di qualità dell'assistenza ed in termini di razionalizzazione della spesa. Per quanto concerne il primo punto, all'atto di dimissione ospedaliera, il paziente potrebbe immediatamente vedersi consegnare i farmaci occorrenti al primo ciclo di terapia senza doversi recare dal MMG per la prescrizione e, quindi, nelle farmacie convenzionate per la dispensazione. La possibilità per le aziende sanitarie di distribuire direttamente una quota di farmaci, altrimenti, intercettata dalle farmacie convenzionate consentirebbe, inoltre, una riduzione della spesa per farmaci di almeno il 50% del costo. Su tale versante, la criticità riscontrata è rappresentata dalle carenze di farmacisti da parte dei presidi e delle aziende ospedaliere. Lo strumento che si propone è quello di incentivare almeno un protocollo di intesa A.O / ASL di riferimento territoriale, tenuto conto che i benefici ricadranno maggiormente sui bilanci delle ASL.

Per avere un'idea delle economie conseguibili e tenendo conto dell'attività in ricoveri per acuti erogata dalle sole aziende ospedaliere, basta considerare che mediamente in un anno ci sono all'incirca 200.000 schede di dimissione ospedaliera, cui si aggiungono oltre 160.000 ricoveri diurni per oltre 500.000 mila accessi.

La Struttura Commissariale ha emanato il DCA n. 66 del 17.07.2016 con il quale ha previsto l'utilizzo dei seguenti strumenti al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati dallo stesso decreto:

- utilizzo della piattaforma informatica Sani.ARP. in tutte le fasi del procedimento: dalla prescrizione all'erogazione dei farmaci e al controllo dell'appropriatezza;
- distribuzione del primo ciclo delle Eparine a basso peso molecolare (EBPM), nel rispetto delle indicazioni A - PHT del farmaco;

Procedure per la determinazione dei fabbisogni di Committenza;

- chiusura dei centri prescrittori qualora nell'azienda sanitaria di competenza non sia possibile assicurare la distribuzione del primo ciclo dei farmaci prescritti;
- verifica della tempistica delle procedure relative ai contratti ponte, ai sensi dell'art. 1 comma 550 Legge 208/2015, autorizzate da So.Re.Sa. e destinate a soddisfare il fabbisogno delle aziende Sanitarie nelle more del completamento delle procedure centralizzate bandite dal soggetto aggregatore;
- verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni di ossigeno gassoso, tenuto conto delle vigenti modalità di distribuzione diretta dell'ossigeno liquido e dei maggiori costi di acquisto;
- verifica dei percorsi di prescrizione dei centri prescrittori e delle autorizzazioni necessarie per la prescrizione di farmaci non presenti nella piattaforma So.Re.Sa.;
- stipula di protocolli di intesa ASL / AO di riferimento territoriale finalizzati alla cogestione del servizio farmaceutico della distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione e/o del primo ciclo;
- spedizione in regime di DPC delle ricette emesse in altre ASL;
- verifica delle tempestività delle procedure di approvvigionamento in autonomia dei farmaci nei periodi di scadenza brevettuale e, pertanto, a prezzi più vantaggiosi, nelle more dell'espletamento della gara centralizzata.

#### Obiettivi

- Incremento dell'ammontare di farmaci di fascia A distribuiti

#### Indicatori

- Raffronto valore farmaci fascia A distribuito rispetto all'anno precedente

#### Scadenze

- Incremento dell'ammontare di farmaci di fascia A distribuiti: 31 dicembre 2016

#### **Intervento 20.5 - Farmaceutica territoriale: Attività di formazione rivolta ai medici per l'appropriatezza prescrittiva**

La Regione intende implementare un'attività di formazione rivolta agli operatori sanitari, a partire da medici prescrittori e dai farmacisti, per migliorare l'aderenza alle terapie farmacologiche, anche attraverso l'elaborazione del dossier farmaceutico sanitario.

La ricaduta attesa è in termini di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e di appropriatezza prescrittiva.

#### Obiettivi

- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva come rilevato dall'AIFA

- Numero delle sessioni organizzate a livello aziendale / regionale

## Scadenze

- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva come rilevato dall'AIFA: 31 dicembre 2017

- **Intervento 20.6 - Farmaceutica ospedaliera: Potenziamento dell'efficienza nell'allestimento di farmaci chemioterapici ad alto costo**

La spesa per farmaci ad alto costo sostenuta dagli ospedali è in costante aumento, a causa, soprattutto, dell'utilizzo di agenti monoclonali, specialmente in onco-ematologia, e dell'introduzione di medicinali innovativi, sempre più costosi; circostanze queste che stanno rendendo oltremodo critica la ricerca dell'equilibrio tra diritto di accesso alle cure del paziente e sostenibilità economica del SSN, e che porta quasi tutte le Regioni a sfiorare il tetto di spesa stabilito per la farmaceutica ospedaliera (3,5% del finanziamento statale).

In sintonia con l'innovazione normativa statale (v. comma 570 dell'art. 1 della legge 208/2015), si intende predisporre:

- un programma strategico di dettaglio, indicando per singola Azienda Sanitaria che contenga: *“le priorit  di intervento, il numero dei pazienti potenzialmente trattabili e le relative previsioni di spesa”*. Tale dettaglio dovrebbe spingersi fino ad identificare la quota del budget farmaceutico per area terapeutica e, possibilmente, per specifico target (es. mammella, pancreas, colon, ecc.), enucleando, quantomeno, le risorse destinate ai farmaci ad alto costo/innovativi e la quota per farmaci di nuova registrazione
- un ruolo fondamentale   rappresentato dalla ridefinizione dei centri prescrittori per i farmaci ad alto costo. I farmaci innovativi dovrebbero essere prescritti solo da centri di consolidata esperienza, di eccellenza, con elevata casistica, in grado di ottimizzare il *drug day* per i farmaci iniettabili
- La Regione proceder  all'istituzione di un sistema di monitoraggio delle banche dati sanitarie (Prescrizioni Farmaceutiche, SDO e specialistica ambulatoriale) volto a definire le relazioni esistenti tra aderenza e persistenza ai trattamenti farmacologici e outcome clinici ed economici al fine di sviluppare modelli economici di costo-efficacia degli interventi farmacologici basati su dati real-life
- un sistema informatico in grado di evidenziare l'intero processo d'uso dei farmaci innovativi/ad alto costo: dalla prescrizione alla somministrazione fino alla rendicontazione degli eventuali rimborsi da Managed Entry Agreements (MEA)
- direttive per incentivare la centralizzazione degli allestimenti, anche attraverso Protocolli di Intesa tra aziende sanitarie, e l'attivazione del “Drug Day”, a partire dai farmaci a pi  alto costo e a maggior impatto economico, con l'obiettivo di una riduzione del costo terapia per paziente di almeno il 10% rispetto alla media dell'anno precedente. La messa a punto del programma ha come presupposto importante il fatto che tutte le terapie antitumorali “riciclano” ad intervalli di settimane (per esempio un numero di giorni multiplo di 7: quindi, una volta stabilito il primo giorno del primo ciclo, i successivi cicli ricadono automaticamente nello stesso giorno della settimana). Gli obiettivi prefissati sono di ordine assistenziale, essendo atteso un innalzamento della qualit  dell'assistenza erogata, conseguente alla ottimizzazione delle procedure e ad una migliore gestione del risk management, e di natura economica, in quanto la concentrazione in un unico giorno della settimana pi  trattamenti con lo stesso farmaco consente di ottimizzare l'utilizzo delle confezioni, con riduzione degli sprechi e utilizzo dei residui.

farmacisti, esperti nella spesa farmaceutica territoriale, nella spesa farmaceutica ospedaliera, nonché da una professoressa universitaria specializzata in farmacovigilanza e farmacologia clinica, cui sono stati assegnati i seguenti compiti:

- implementare un sistema di indicatori per la valutazione dell'appropriatezza e dell'efficienza nell'utilizzo dei farmaci in ambito territoriale ed ospedaliero, e di benchmarking tra le aziende, che consenta di fornire elementi fondamentali per stimolare l'adozione di processi correttivi e virtuosi anche in termini di adeguamento alle best practices;
- verificare le procedure di governo clinico legate all'uso di farmaci e dispositivi, la corretta applicazione dei processi di farmacovigilanza, dei processi di approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi medici (fabbisogni, acquisti, immagazzinamento e consegna) e lo stato dei flussi informativi, evidenziando, altresì, i punti di forza e di debolezza delle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere, nonché gli scostamenti e le criticità rispetto alle linee definite dalle normative nazionali e regionali;
- valutare periodicamente le aziende attraverso l'utilizzo degli indicatori;
- partecipare agli incontri di verifica trimestrale presso la Direzione Generale per la Tutela della sanità ed il Coordinamento del SSR;
- fornire una collaborazione operativa nelle analisi e nella risoluzione delle criticità concernenti la gestione dell'assistenza farmaceutica alla Struttura Commissariale, alla Direzione Generale per la Tutela della sanità ed il Coordinamento del SSR, a So.Re.Sa. S.p.A..

### Obiettivi

- Definizione di un programma di dettaglio, per i tre farmaci più impattanti sulla spesa
- Ridefinizione dei centri prescrittori per i tre farmaci ad alto costo più impattanti sulla spesa
- Individuazione di un percorso informatizzato in grado di evidenziare l'intero processo d'uso dei farmaci innovativi/ad alto costo: dalla prescrizione alla somministrazione fino alla rendicontazione degli eventuali rimborsi da Managed Entry Agreements (MEA)
- Incremento della quantità dei farmaci allestiti in strutture centralizzate e l'attivazione del "Drug Day", a partire dai farmaci a più alto costo e a maggior impatto economico, con l'obiettivo di una riduzione del costo terapia per paziente di almeno il 10% rispetto alla media dell'anno precedente
- Costituzione presso la UOD 8 Politica del farmaco di un gruppo di lavoro di alta specializzazione

### Indicatori

- Numero implementazione programmi di dettaglio
- Numero farmaci per i quali vengono ridefiniti i centri prescrittori
- Implementazione del percorso informatizzato
- Valore dei farmaci allestiti in strutture centralizzate

## Scadenze

- Definizione di un programma di dettaglio, per i tre farmaci più impattanti sulla spesa: 31 dicembre 2016
- Ridefinizione dei centri prescrittori per i tre farmaci ad alto costo più impattanti sulla spesa: 31 dicembre 2016
- Individuazione di un percorso informatizzato in grado di evidenziare l'intero processo d'uso dei farmaci innovativi/ad alto costo: dalla prescrizione alla somministrazione fino alla rendicontazione degli eventuali rimborsi da Managed Entry Agreements (MEA): 31 dicembre 2016
- Incremento della quantità dei farmaci allestiti in strutture centralizzate e l'attivazione del "Drug Day", a partire dai farmaci a più alto costo e a maggior impatto economico, con l'obiettivo di una riduzione del costo terapia per paziente di almeno il 10% rispetto alla media dell'anno precedente: 31 dicembre 2016
- Costituzione di un gruppo di lavoro di alta specializzazione: 31 dicembre 2016
- **Intervento 20.7 - Farmaceutica ospedaliera: Implementazione di un sistema premiante correlato al conseguimento di obiettivi di efficienza nell'uso dei farmaci ad alto costo**

In Campania, al pari di diverse altre Regioni, è disciplinato un sistema che consente agli ospedali pubblici di conseguire il rimborso, aggiuntivo alla tariffa DRG, di una quota di determinati farmaci ad alto costo somministrati, prevalentemente, in regime di ricovero diurno (File F).

L'aliquota rimborsata è, ordinariamente, pari al 70% del costo del farmaco. L'obiettivo è di premiare, consentendo un rimborso più elevato, le aziende che verranno valutate "virtuose", sulla base del conseguimento degli obiettivi posti dai decreti commissariali e sulla base di appositi indicatori chiave di prestazione.

Con DCA n. 106 del 5.10.2016, la Regione ha costituito un gruppo di lavoro, formato da farmacisti, deputato alla predisposizione del suddetto sistema di indicatori.

## Obiettivi

- Predisposizione di un sistema di indicatori chiave di prestazione, con l'obiettivo di conseguire una riduzione del costo / paziente trattato di almeno il 10% rispetto al periodo precedente

## Indicatori

- Numero di indicatori predisposto

## Scadenze

- Predisposizione di un sistema di indicatori chiave di prestazione: 31 dicembre 2016

## **3.8 - Farmaceutica ospedaliera: Informati**

Al fine di consentire maggiori controlli sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, nonché un monitoraggio dei consumi, è necessario informatizzare i piani terapeutici, a partire dai farmaci non inclusi nei Registri di monitoraggio AIFA di maggior costo unitario e di maggior impatto sulla spesa, utilizzando la piattaforma regionale SANIARP, di cui al decreto commissariale n. 20/2013.

Oltre al controllo sull'appropriatezza, l'acquisizione dei piani terapeutici sulla piattaforma informatica regionale, alle stregua di quanto già avviene per i farmaci antiepatite C (decreti commissariali nn. 20; 33 e 70/2015) consente di realizzare una sorta di dematerializzazione del piano terapeutico che diventa telematicamente accessibile ai MMG, anch'essi collegati alla piattaforma informatica ed alle farmacie ospedaliere. Tale sistema consente di migliorare tutto il processo di prescrizione, controllo dell'appropriatezza, dispensazione dei farmaci.

Con DCA n. 66 del 14.07.2016 si è stabilito che al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed il monitoraggio dei farmaci prescrivibili con MUP/Piano terapeutico, è assegnato ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie l'obiettivo di realizzare:

- dal 01.09.2016, la prescrizione di farmaci con Piano Terapeutico / Modello Unico di Prescrizione potrà avvenire unicamente in modalità elettroniche attraverso la piattaforma Sani.ARP.; non saranno pertanto più validi i Piani terapeutici / MUP emessi in formato cartaceo;
- dal 01.10.2016 anche l'erogazione dei farmaci dovrà obbligatoriamente essere inserita su Sani.ARP., al fine di garantire la completa informatizzazione dei Piani Terapeutici / Modelli Unici di prescrizione di farmaci;
- i centri prescrittori inottemperanti alla data del 31.12.2016 saranno chiusi.

### **Obiettivi**

- Acquisizione nella piattaforma informatica SANIARP dei piani terapeutici / Modelli unici di prescrizione di almeno il 50% dei farmaci prescrivibili su piano terapeutico / Modello unico di prescrizione e, comunque, del 100% dei piani terapeutici / Modelli unici di prescrizione farmaci in DPC
- Completa informatizzazione dei piani terapeutici / Modelli unici di prescrizione di farmaci

### **Indicatori**

- Rapporto piani terapeutici informatizzati / piani terapeutici totali

### **Scadenze**

- Acquisizione nella piattaforma informatica SANIARP dei piani terapeutici / Modelli unici di prescrizione di almeno il 50% dei farmaci prescrivibili su piano terapeutico / Modello unico di prescrizione e, comunque, del 100% dei piani terapeutici / Modelli unici di prescrizione farmaci in DPC: 31 dicembre 2016
- Completa informatizzazione dei piani terapeutici / Modelli unici di prescrizione di farmaci: 31 dicembre 2017



# o **valorizzazione economica dei tendenziali e delle manovre 2016-2018**

- **Valorizzazione dei Conti Economici tendenziali**

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

Per costruire il **tendenziale per l'anno 2016**, per alcune voci, è stato previsto un tasso di crescita delle voci del Consuntivo 2015 pari allo 0,2% annuo, pari al Tasso di Inflazione Programmata previsto nella nota di aggiornamento al DEF 2016 del 27 settembre 2016, mentre per altre è stato utilizzato un tasso di crescita delle voci del Consuntivo 2015 dello 0,9%, pari al Tasso di Inflazione Programmata previsto nella nota di aggiornamento al DEF 2016 del 27 settembre 2016 (0,2%) incrementato di uno 0,7% prudenziale per eventuali ulteriori aumenti. Per le voci relative al FSR e ai contributi vincolati, alla mobilità extra regionale e internazionale, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, al costo della farmaceutica convenzionata, degli specialisti ambulatoriali, agli ammortamenti, agli accantonamenti per il personale convenzionato e a fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria e finanziaria, si sono utilizzati altri criteri come di seguito riportato.

Per i prodotti farmaceutici è stato utilizzato il tasso di crescita rilevato tra il IV Trimestre 2016 e il Consuntivo 2015, pari al 6%. Per gli altri beni sanitari, i servizi appaltati, le utenze, le collaborazioni coordinate e continuative e il lavoro interinale è stato utilizzato un tasso di crescita delle voci del Consuntivo 2015 dello 0,9%, pari al Tasso di Inflazione Programmata previsto nella nota di aggiornamento al DEF 2016 del 27 settembre 2016 (0,2%) incrementato di uno 0,7% prudenziale per eventuali ulteriori aumenti. Per le prestazioni da privato per assistenza ospedaliera e specialistica il tendenziale è stato costruito tenendo già in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review.

Per costruire il **tendenziale per l' anno 2017**, è stato previsto un tasso di crescita delle voci del tendenziale 2016 pari allo 0,9% annuo, pari al Tasso di Inflazione Programmata previsto nella nota di aggiornamento al DEF 2016 del 27 settembre 2016, ad eccezione delle voci relative al FSR e dei contributi vincolati, alla mobilità extra regionale e internazionale, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, farmaceutica convenzionata, degli specialisti ambulatoriali, agli ammortamenti, agli accantonamenti a fondo rischi ed al saldo della gestione straordinaria e finanziaria.

Per i prodotti farmaceutici alla voce del tendenziale 2016 è stato applicato il tasso di crescita rilevato tra il IV Trimestre 2016 e il Consuntivo 2015, pari al 6%. Per le prestazioni da privato per assistenza ospedaliera e specialistica il tendenziale è stato costruito tenendo già in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review.

Per costruire il **tendenziale per l'anno 2018**, è stato previsto un tasso di crescita delle voci del tendenziale 2017 pari allo 1,7% annuo, ad eccezione delle voci relative al FSR e dei contributi vincolati, alla mobilità extra regionale e internazionale, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, farmaceutica convenzionata, degli specialisti ambulatoriali, agli ammortamenti, agli accantonamenti a fondo rischi ed al saldo della gestione straordinaria e finanziaria.

Per i prodotti farmaceutici, alla voce del tendenziale 2017 è stato applicato il tasso di crescita rilevato tra il IV Trimestre 2016 e il Consuntivo 2015, pari al 6%. Per le prestazioni da privato per assistenza ospedaliera e specialistica il tendenziale è stato costruito tenendo già in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review.



### ***Contributi in c/esercizio indistinti***

I contributi per fondo indistinto sono stati previsti prudenzialmente stabili nel triennio. Per l'importo del FSR 2016-2017-2018 è stato riportato quanto risultante dall'intesa della conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE concernente la ripartizione tra le Regioni delle risorse destinate al FSN per l'anno 2016 del 14 aprile 2016 ed integrata con le disposizioni relative alle quote premiali di cui al DM del 17.05.2016 pubblicato in G.U. n. 195 del 22.08.2016.

### ***Saldo mobilità extraregionale in compensazione***

Per il triennio è stato iscritto il dato risultante dall'Intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE concernente la ripartizione tra le Regioni delle risorse destinate al FSN per l'anno 2016 di aprile 2016, integrato con le indicazioni sulla base di quanto comunicato con nota ministeriale in data 13.02.2016 per la rettifica della quota relativa ai farmaci innovativi.

### ***Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata***

Per la quota relativa ai contributi a destinazione vincolata è stato preso come riferimento il valore iscritto nel CE a IV Trimestre 2016, pari a quanto trasmesso con nota ministeriale del 13.02.2016, in particolare Tabella 2 dell'Allegato A "Indicazioni su iscrizioni contabili ex art. 20 – Dlgs 118/2011 – anno 2016", ed integrate con le indicazioni relative al fondo per farmaci innovativi di cui all'allegato D della medesima nota.

### ***Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati anni precedenti***

Per la voce relativa all'utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato, il tendenziale degli anni 2016-2017-2018 è stato previsto pari a quanto rilevato a CE consuntivo 2015.

### ***Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti***

Rispetto al Consuntivo 2015 il tendenziale dell'anno 2016 è stato costruito tenendo in considerazione gli effetti stimati derivanti dall'applicazione dell'art. 29, comma 1, lettera b) del D.Lgs 118/2011, così come modificato dall'art.1 comma 36 della L.228/2012 ed applicando le percentuali di ammortamento previste dalla L.228/2012 sugli acquisti dell'anno (effetto economico rilevato in corrispondenza della voce di CE "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti").

Il tendenziale 2017 e 2018 è stato costruito sulla base della proiezione lineare dei dati al IV Trimestre 2016.

**Tabella 53 - Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti**

Voce di Conto Economico		2012	2013	2014	2015	IV TRIM 2016	2017	2018
AA0250	A.2.A) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	-6.647	-34.305	-83.710	-104.533	-83.570	-64.143	-64.143
Aliquote di ammortamento	2012	20%	20%	20%	20%	20%		
	2013		40%	40%	20%			
	2014			60%	40%			
	2015				80%	20%		
	2016					100%	100%	100%
	2012	-6.647	-6.647	-6.647	-6.647	-6.647		
	2013		-27.658	-27.658	-13.829			
	2014			-49.405	-32.937			
	2015				-51.120	-12.780		
	2016					-64.143	-64.143	-64.143
<b>TOTALE</b>		<b>-6.647</b>	<b>-34.305</b>	<b>-83.710</b>	<b>-104.533</b>	<b>-83.570</b>	<b>-64.143</b>	<b>-64.143</b>

**Altre entrate**

Rispetto al Consuntivo 2015 per il tendenziale degli anni 2016-2017-2018, tali voci sono state mantenute prudenzialmente stabili, compreso il saldo dell'intramoenia

**COSTI****Beni e Servizi**

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

- il costo tendenziale dei prodotti farmaceutici è stato determinato incrementando del tasso di crescita rilevato tra il IV Trimestre 2016 e il Consuntivo 2015, pari al 6%.
- il costo tendenziale per l'acquisto di beni sanitari, esclusi i prodotti farmaceutici, è stato determinato a partire dal valore rilevato al Consuntivo 2015 e incrementato di un tasso di crescita annuo dello 0,9% per il 2016, dello 0,9 % per il 2017 e dell'1,7 % per il 2018;
- il costo tendenziale per l'acquisto di beni non sanitari, è stato determinato a partire dal valore rilevato al Consuntivo 2015 e incrementato di un tasso di crescita annuo dello 0,2% per il 2016, dello 0,9 % per il 2017 e dell'1,7 % per il 2018;
- il costo tendenziale dei costi per servizi appaltati, utenze e consulenze (ad eccezione dell'indennità al personale universitario e degli specialisti ambulatoriali) è stato determinato a partire dal valore rilevato a Consuntivo 2015 e incrementato di un tasso di crescita annuo dello 0,9% per il 2016, dello 0,9 % per il 2017 e dell'1,7 % per il 2018;
- il costo tendenziale degli specialisti ambulatoriali (sumai) è stimato pari al valore rilevato al Consuntivo 2015;
- Il costo tendenziale dei rimanenti servizi sanitari è stato determinato a partire dal valore rilevato a Consuntivo 2015 e incrementato di un tasso di crescita annuo dello 0,2% per il 2016, dello 0,9% per il 2017 e dell'1,7% per il 2018.

**Costo del Personale dipendente**

Nei tendenziali del triennio 2016-2018, il costo del personale dipendente è stabile rispetto al valore rilevato al Consuntivo 2015.

Il costo tendenziale della farmaceutica convenzionata è stato stimato pari al valore rilevato a Consuntivo 2015 in considerazione del trend positivo ottenuto in termini di risparmio nell'ultimo triennio.

### ***Prestazioni sanitarie da privato***

Per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica il costo tendenziale è stato costruito tenendo in considerazione quanto previsto dal Decreto Legge n. 95/2012 in tema di spending review (abbattimento del 2% rispetto al valore rilevato al Consuntivo 2011).

Per le prestazioni di assistenza termale il dato tendenziale 2016-2018 è stimato pari a quanto risultante dai flussi gestionali per l'anno 2014, in quanto i dati relativi all'anno 2015 sono in corso di consolidamento e verifica.

Per l'assistenza integrativa e protesica, riabilitativa, psichiatrica e socio-sanitaria, il valore tendenziale 2016-2018 è pari al valore rilevato a Consuntivo 2015 e incrementato di un tasso di crescita annuo dello 0,2% per il 2016, dello 0,9 % per il 2017 e dell'1,7% per il 2018.

### ***Accantonamenti a fondi rischi***

Il valore tendenziale degli accantonamenti a fondo rischi è stato stimato pari al dato rilevato al Consuntivo 2015, al netto degli accantonamenti riportati in Gestione Sanitaria Accentrata e pari a 70 €/mln.

### ***Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati***

Gli accantonamenti per Quote inutilizzate di contributi vincolati sono pari al valore rilevato al IV Trimestre 2016.

### ***Accantonamenti per rinnovi personale***

Gli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato sono calcolati sulla base quanto disposto dall'articolo 9, comma 1, decreto legge n. 203/2005 e illustrato dalla Nota Ministeriale inviata il 13.02.2016.

### ***Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale***

Gli oneri e i proventi straordinari sono stati mantenuti pari ai livelli riportati nel Consuntivo 2015, con la eccezione delle insussistenze attive e passive che prudenzialmente sono state stimate pari a zero.

I proventi e gli oneri finanziari sono stati stimati pari al valore rilevato a Consuntivo 2015.

Le imposte, ad eccezione dell'IRAP, sono state stimate in crescita di un tasso annuo dello 0,2% per il 2016, dello 0,9 % per il 2017 e dell'1,7% per il 2018, mentre l'IRAP relativa al personale dipendente è pari all'8,5% del costo del personale così come previsto dalla normativa nazionale.

- **Valorizzazione dei Programmi Operativi**

Con il nuovo Piano Ospedaliero e Piano dell'Assistenza territoriale, in cui in questo documento vengono descritti gli interventi previsti, è necessario prevedere uno stanziamento economico che permetta la copertura di eventuali costi sorgenti per le strutture pubbliche (AASSLL, AAOO, AAOOUU e IRCCS) e di eventuali investimenti in dotazioni tecnologiche e strutturali.

Sono previsti:

- per il 2016, 180 €/mln;
- per il 2017, 20 €/mln.

**Tabella 54 – Sintesi delle manovre**

Sintesi delle Manovre			
€/000	2016	2017	2018
Risultato economico tendenziale	139.472	114.331	6.279
<b>Risultato economico tendenziale al netto dei contributi da Regione a titolo di copertura LEA</b>	<b>87.717</b>	<b>62.576</b>	<b>-45.476</b>
Rapporti con gli erogatori privati - Tetti di spesa	33.895	39.964	47.639
Rapporti con gli erogatori privati - Prestazioni di alta specialità	-30.000	-30.000	-30.000
Assistenza sociosanitaria territoriale	-20.334	-77.462	-121.006
Razionalizzazione della spesa per beni e servizi - Spending Review	54.492	73.473	85.785
Gestione del Personale - Procedure di reclutamento	-3.208	-56.821	-95.326
Gestione del Personale - Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa	35.963	-	-
Assistenza farmaceutica	25.980	76.566	106.667
Razionalizzazione della spesa per beni e servizi	-	-	-
Attivazione Ospedale del Mare	-14.007	-76.121	-133.565
Gestione del Personale - Fabbisogno del Personale	-	-21.672	-108.359
Personale - Riduzione personale flessibile (Prestazioni aggiuntive, lavoro interinale, CoCoPro, consulenze,...)	12.445	32.687	120.783
Terra dei fuochi	-	-	-
Utilizzi Fondi Vincolati anni precedenti	-	-	-
Gestione del contenzioso	-	-	176.000
Riconversione Case di Cura Neuro-psichiatriche	-	-1.449	-1.449
Accantonamenti per investimenti in assistenza sanitaria	-180.000	-20.000	-
<b>Risultato economico programmatico al netto dei contributi da Regione a titolo di copertura LEA</b>	<b>2.943</b>	<b>1.741</b>	<b>1.693</b>

## • **Intervento 2.2 – Gestione fondi vincolati**

La Regione ha provveduto ad effettuare un'analisi volta al monitoraggio degli "utilizzi fondi vincolati anni precedenti" che si prevede saranno contabilizzati dalle Aziende nelle annualità 2016, 2017 e 2018.

Per quanto riguarda l'anno 2016:

- si è ipotizzato che gli utilizzi contabilizzati dalle Aziende resteranno invariati rispetto a quanto contabilizzato nell'anno 2015. I relativi costi non rappresenteranno manovra, in quanto sono stati considerati nei costi tendenziali del relativo esercizio.

Per quanto riguarda le annualità 2017 e 2018:

- alla luce del DCA n. 134/2016 con il quale si è definita la programmazione sanitaria per gli obiettivi di carattere prioritario per le annualità FSN 2014, 2015 e 2016, si è ipotizzato un maggior utilizzo di tali fondi, essendosi definite delle precise linee operative e scadenze per il raggiungimento degli obiettivi sanitari e miglioramento dei LEA che comporteranno l'effettiva erogazione alle Aziende sanitarie di quota parte dei suddetti fondi da parte della Regione.

Per l'anno 2017:

- le Aziende Sanitarie sulla base delle proposte progettuali approvate dalla Regione, avvieranno le proprie attività sostenendo costi per almeno il 50% della prima annualità 2014, essendo annualmente monitorate sul corretto prosieguo delle attività.

Per quanto riguarda l'anno 2018:

- si è ipotizzato che le Aziende Sanitarie concluderanno le attività relative all'annualità di FSN 2014 ed avvieranno quelle relative al 2015, nella misura del 50%.

Per le quote vincolate che non costituiscono obiettivi di piano e che non rappresentano oggetto del DCA n. 134/2016 si è ipotizzato che gli utilizzi contabilizzati dalle Aziende resteranno invariati rispetto a quanto contabilizzato nell'anno 2015.

**Tabella 55 –Utilizzi fondi vincolati**

€/000	Utilizzi 2016	Utilizzi 2017	Utilizzi 2018	Totale utilizzi
Utilizzi fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	34.259	82.547	133.429	250.235



tenuto conto delle spese sostenute dalle Aziende Sanitarie nell'anno 2015, in base alla documentazione fornita dalle stesse in sede di monitoraggio trimestrale a Consuntivo 2015, determinando l'impatto percentuale delle singole voci di costo sui complessivi utilizzi dei fondi da parte della Aziende Sanitarie, come di seguito esposto:

**Tabella 56 – Costi sostenuti fondi vincolati**

Voci di costo €/000	Peso % su costi 2015	Ipotesi Costi 2016	Ipotesi Costi 2017	Ipotesi Costi 2018	Totale costi
<i>Beni sanitari</i>	42,0%	-	34.670	56.040	90.710
<i>Servizi sanitari</i>	24,0%	-	23.483	37.961	61.444
<i>Servizi non sanitari</i>	0,1%	-	3.757	6.071	9.828
<i>Personale</i>	25,0%	-	20.637	33.357	53.994
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>82.547</b>	<b>133.429</b>	<b>215.976</b>

### • **Intervento 6.1 – Rapporti con gli erogatori privati**

La Regione ha emanato il DCA n.85 del 08/08/2016 avente ad oggetto “Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie della prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macro-area della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, ed alla macro-area della salute mentale e socio-sanitario” e il DCA n.89 del 08/08/2016 avente ad oggetto “Definizione per gli esercizi 2016-2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati – Determinazioni”.

In via prudenziale il valore dei tetti di spesa per le diverse tipologie di assistenza, per l'anno 2018 è stato ipotizzato pari al 2017. In sede di adozione dei specifici decreti che approveranno i tetti di spesa, saranno possibili parziali incrementi/decrementi tra le diverse macro-aree.

Per l'assistenza ospedaliera il budget previsto è pari a ca. 819 €/mln all'anno, relativo alle Case di Cura private accreditate, agli Ospedali Classificati e all'IRCCS Maugeri, a cui aggiungere ulteriori 30 €/mln annui, così come previsto dal DCA n.89/2016 per la remunerazione delle prestazioni di alta specialità sulla base delle disposizioni dell'art.1, comma 574, della L.208/2015. Tale importo è considerato al netto della quota parte di budget riconosciuto agli Ospedali Classificati per la prestazioni di specialistica ambulatoriale fornite (stimata pari a ca. 3,4 €/mln, pari al 2015) e della riconversione delle Case di Cura Neuro-psichiatriche di cui all'intervento 6.4.

*La remunerazione delle prestazioni di alta specialità, così come previsto dall'art.1, comma 574, della L.208/2015 è coperta grazie alle manovre derivanti seguenti programmi: Programma 12 – Razionalizzazione dei fattori produttivi e Programma 20 – Assistenza Farmaceutica, che permetteranno di ottenere i risparmi necessari a garantire l'invarianza economica.*

Di conseguenza si rilevano maggiori costi per:

- ca. 42,6 €/mln per il 2016;
- ca. 40,5 €/mln per il 2017;
- ca. 40,5 €/mln per il 2018.

527,7 €/mln all'anno, comprensivo della quota riconosciuta agli Ospedali Classificati per le prestazioni fornite (stimata pari a ca. 3,4 €/mln, pari al 2015). Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 17,1 €/mln per il 2016;
- ca. 17,1 €/mln per il 2017;
- ca. 17,1 €/mln per il 2018.

Per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 il budget previsto è pari a ca. 294 €/mln all'anno. Di conseguenza i maggiori costi stimati sono pari a:

- ca. 13,3 €/mln per il 2016;
- ca. 10,7 €/mln per il 2017;
- ca. 5,9 €/mln per il 2018.

Per l'assistenza psichiatrica e socio-sanitaria il budget previsto, al netto delle riconversioni delle Case di Cura Neuro-psichiatriche (intervento 6.4) e delle nuove attivazioni e riconversioni ipotizzate nel Programma 19, è pari a ca. 120,7 €/mln all'anno. Di conseguenza il risparmio stimato è pari a:

- ca. 46 €/mln per il 2016;
- ca. 47,5 €/mln per il 2017;
- ca. 50,4 €/mln per il 2018.

Per l'assistenza termale il budget previsto è pari a ca. 20,7 €/mln all'anno. Di conseguenza i maggiori costi stimati sono pari a:

- ca. 3,4 €/mln per il 2016;
- ca. 3,4 €/mln per il 2017;
- ca. 3,4 €/mln per il 2018.

**Tabella 57 – Tetti di spesa anno 2016-2017**

Tipo Assistenza	Tetti 2016	Tetti 2017	Integrazione prestazioni di alta specialità	Totale 2016	Totale 2017
Ass. ospedaliera	819.092	817.051	30.000	849.092	847.051
Ass. Riabilitativa	294.030	294.030		294.030	294.030
Ass. Specialistica*	527.764	527.764		527.764	527.764
Ass. Termale	20.750	20.750		20.750	20.750
Ass. psichiatrica e socio-sanit.	120.727	120.727		120.727	120.727

\* Comprende i costi per l'attività sterotassica dell'ASL SA (ca. 3,8 €/mln)

effetti derivanti dal processo di riconversione delle Case di Cura Neuro-psichiatriche e dall'attivazione di nuovi posti letto per l'assistenza territoriale trattata nel Programma 19.

**Tabella 58 – Manovra Tetti di spesa anno 2016-2017-2018**

Manovra tetti di spesa per l'anno 2016				
€/000	Tendenziale	Manovre	Integrazione alta spec.	Programmatico
	A	B	C	D=A-B-C
Ass. ospedaliera	806.481	-12.611	-30.000	849.092
Ass. specialistica	544.944	17.180		527.764
Ass. Riabilitativa	280.749	-13.281		294.030
Ass. psichiatrica e socio-sanitaria	166.750	46.023		120.727
Ass. termale	17.334	-3.416		20.750
<b>Totale</b>	<b>1.816.258</b>	<b>33.895</b>	<b>-30.000</b>	<b>1.812.363</b>

Manovra tetti di spesa per l'anno 2017				
€/000	Tendenziale	Manovre	Integrazione alta spec.	Programmatico
	A	B	C	D=A-B-C
Ass. ospedaliera	806.481	-10.570	-30.000	847.051
Ass. specialistica	544.944	17.180		527.764
Ass. Riabilitativa	283.276	-10.754		294.030
Ass. psichiatrica e socio-sanitaria	168.251	47.524		120.727
Ass. termale	17.334	-3.416		20.750
<b>Totale</b>	<b>1.820.286</b>	<b>39.964</b>	<b>-30.000</b>	<b>1.810.322</b>

Manovra tetti di spesa per l'anno 2018				
€/000	Tendenziale	Manovre	Integrazione alta spec.	Programmatico
	A	B	C	D=A-B-C
Ass. ospedaliera	806.481	-10.570	-30.000	847.051
Ass. specialistica	544.944	17.180		527.764
Ass. Riabilitativa	288.092	-5.938		294.030
Ass. psichiatrica e socio-sanitaria	171.110	50.383		120.727
Ass. termale	17.334	-3.416		20.750
<b>Totale</b>	<b>1.827.961</b>	<b>47.639</b>	<b>-30.000</b>	<b>1.810.322</b>



### • **Intervento 6.4 – Riconversione Case di Cura Neuropsichiatriche**

Si programma che a partire dal 1 gennaio 2017 non possano più essere ammessi ricoveri ospedalieri di neuropsichiatria, pertanto le Case di Cura Neuropsichiatriche esistenti sul territorio campano dovranno riconvertire la propria offerta assistenziale in parte in assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza (cod. 56 e cod. 60) e in parte in assistenza territoriale psichiatrica residenziale e semiresidenziale a diverso livello di intensità di cura.

Di seguito si riportano i limiti di spesa per gli anni 2016-2017 per l'assistenza ospedaliera, definiti con il DCA n.89/2016, per le strutture coinvolte nel processo di riconversione:

**Tabella 59 - Limiti di spesa per gli anni 2016-2017 per l'assistenza ospedaliera**

ASL	CdC	Budget 2016	Budget 2017
AV	Villa Dei Pini	6.393	6.377
BN			
CE	Villa degli Ulivi	3.938	3.928
NA1	Hermitage	13.377	13.343
	Camaldoli	11.987	11.987
NA2			
NA3	Villa Elisa	1.342	1.338
SA	La Quiete	4.986	4.986
	Villa Chiarugi	7.554	7.535
<b>TOTALE</b>		<b>49.576</b>	<b>49.494</b>

Considerando che a partire dal 1 gennaio 2017 tali strutture dovranno riconvertire la propria offerta assistenziale, si prevede una riclassifica del budget di spesa dall'assistenza ospedaliera a quella psichiatrica e socio-sanitaria.

**Tabella 60 - Riclassifica del budget di spesa dall'assistenza ospedaliera a quella psichiatrica e socio-sanitaria**

	Budget 2017 pre riconversione	Budget 2017 post riconversione	Manovra riconversione CdC Neuropsichiatriche
	A	B	C=A-B
CdC Neuropsichiatriche			
di cui ospedaliera	49.494	25.227	24.267
di cui territoriale		25.716	-25.716
<b>TOTALE</b>	<b>49.494</b>	<b>50.943</b>	<b>-1.449</b>

Nella tabella sopra riportata si illustra sia il risparmio stimato sul tetto di spesa ospedaliero per il 2017, derivante dalla differenza tra i tetti di spesa previsti per il 2017 (DCA n.89/2016) ed il budget stimato per l'anno 2017, determinato attraverso la valorizzazione alle tariffe vigenti dei 348 PL ospedalieri (cod. 56 e cod. 60) assegnati alle Case di Cura interessate dal processo di riconversione con il DCA n.94/2014, sia i maggiori costi derivanti dall'attivazione, a seguito della riconversione, di nuovi posti letto per assistenza territoriale psichiatrica e socio-sanitaria.

Di conseguenza a partire dal 2017 si rilevano:

- minori costi per l'assistenza ospedaliera per ca. 24,2 €/mln;
- maggiori costi per l'assistenza psichiatrica e socio-sanitaria per ca. 25,7 €/mln;

- **Programma 7 – Gestione del contenzioso**

La Regione sta svolgendo le attività di gestione del contenzioso utilizzando una piattaforma informatica al fine di perseguire inoltre i seguenti obiettivi:

- verificare il trattamento contabile del contenzioso, attraverso l'analisi comparata dei comportamenti contabili tenuti dalle diverse Aziende nei confronti di specifiche fattispecie di contenzioso;
- condividere un approccio strutturato per la verifica e il monitoraggio del contenzioso dello stato dei rischi aziendali.

L'utilizzo della piattaforma informatica consentirà un corretto processo di monitoraggio a livello centrale dei dati relativi al contenzioso delle Aziende verificando la corretta determinazione, da parte delle singole aziende, degli accantonamenti a fondo rischi nel rispetto della metodologia condivisa regionale, la quale è stata elaborata nel rispetto sia delle direttive del Decreto Legislativo 118/2011 sia dei principi contabili vigenti in materia.

L'applicazione della suddetta metodologia permetterà di determinare in maniera omogenea ed oggettiva il valore degli accantonamenti adeguati per ogni singola tipologia di contenzioso in essere e futuro, verificando che gli accantonamenti ai fondi rischi iscritti nei bilanci di esercizio delle singole Aziende del SSR siano congrui alla gestione del contenzioso.

Per il calcolo delle manovre del triennio 2016-2018 in merito alla gestione del contenzioso sono state effettuate le seguenti ipotesi programmatiche sulla base dell'attività di due diligence suddetta, strutturata nelle seguenti fasi:

- analisi delle voci di contenzioso: valutazione dei singoli procedimenti di contenzioso iscritti in piattaforma;
- confronto con le aziende: definizione a livello regionale di azioni, programmi e procedure da adottare per la gestione di categorie omogenee di contenzioso, anche attraverso l'analisi congiunta di recuperabilità di specifiche partite creditorie.

In base alle suddette attività si stima un miglioramento nella gestione dei rischi aziendali che comporterà una riduzione degli accantonamenti pari a ca. 176 €/mln per il 2018.

- **Intervento 12.1 – Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (cd. Spending Review)**

Ai fini del rispetto di quanto previsto dall'art. 9-ter, comma 1, lett. a) del D.L. n. 78/2015, le Aziende dovevano proporre ai fornitori di tutte le tipologie di contratti in essere di beni e servizi, una rinegoziazione dei contratti che avesse l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto. La misura della riduzione prevista è pari al 5% del valore complessivo dei contratti in essere.

Dai dati di Conto Economico al Consuntivo 2015 non è possibile evincere il risparmio atteso, così come previsto dal D.L. 78/2015. La Regione intende quindi applicare le disposizioni previste dalla normativa vigente, ipotizzando per le voci di costo previste dalla spending review un risparmio del 5% rispetto ai costi rilevati nel modello CE al Consuntivo 2015 per il 2016. Inoltre per gli anni 2017 e 2018 si è programmato di mantenere il costo costante rispetto a quanto programmato per il 2016.

- ca. 54,5 €/mln per il 2016;
- ca. 127,9 €/mln per il 2017 (ca. 54,5 €/mln del 2016 e ca. 73,4 €/mln del 2017);
- ca. 213,7 €/mln per il 2018 (ca. 54,5 €/mln del 2016, ca. 73,4 €/mln del 2017 e ca. 85,8 €/mln del 2018).

**Tabella 61 - Manovra Spending anno 2016**

Manovra spending review 2016		
	Tend 16	Manovra 2016
	A	B
<b>Beni e Servizi</b>	<b>1.140.434</b>	<b>54.492</b>

Manovra spending review 2017		
	Tend 17	Manovra 2017
	A	B
<b>Beni e servizi</b>	<b>1.150.321</b>	<b>73.473</b>

Manovra spending review 2018		
	Tend 18	Manovra 2018
	A	B
<b>Beni e servizi</b>	<b>1.169.171</b>	<b>85.785</b>

- **Intervento 13.1 - Politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2016-2018**

Al fine di pervenire alla valorizzazione del personale che si intende reclutare per il triennio 2016-2018, nella misura del 100% del personale cessato in ciascun anno del triennio, alla luce del sostanziale equilibrio economico per le annualità 2012-2015 che ha comportato la non applicabilità del disposto normativo della L. 191/2009 in materia di blocco automatico del turn over, si è proceduto ad effettuare la seguente previsione di cessazioni per il triennio 2016-2018, ovvero una percentuale di cessati pari al 2% dei presenti dell'anno precedente, in base al tasso medio di cessazioni rilevato.

Con riferimento ai costi relativi all'assunzione del 100% del personale cessato in ciascuno degli anni del triennio (2016-2018), occorre specificare che la previsione dell'assunzione del 100% dei cessati dell'anno non rappresenta manovra, di conseguenza la relativa valorizzazione è avvenuta nei costi tendenziali.

Ai fini del calcolo delle assunzioni che esulano dallo sblocco del 100% del personale cessato in ciascun anno, si è fatto riferimento al personale autorizzato con Decreti commissariali come da Tabella 62 e non ancora in servizio. In particolare sono state formulate le seguenti stime:

- per il 2016: il numero di personale già autorizzato con i Decreti commissariali che sarà effettivamente immesso in servizio sarà pari a 817 unità di cui:

nel 2012 (in considerazione del fatto che le 301 unità di personale autorizzate con DCA n. 29/2015 relative al personale cessato nel 2011 sono state assunte nell'annualità 2015);

- 511 unità riconducibili alle autorizzazioni da DCA n. 30/2015 relative al personale cessato nel biennio 2013-2014;
- per il 2017: il numero di personale già autorizzato con i Decreti suddetti che sarà effettivamente immesso in servizio sarà pari a 572 unità:
  - riconducibili al 50% delle autorizzazioni da DCA n. 6/2016 relative al personale cessato nel 2015 (si precisa che dal valore complessivo delle autorizzazioni da DCA n. 6/2016, pari a 1.729 unità, sono state nettate 584 unità autorizzate per l'Ospedale del Mare, come da nota regionale prot. n. 643073 del 03.10.2016, la cui relativa valorizzazione è riportata nell'Intervento 16.2 – Attivazione Ospedale del Mare);
- per il 2018: il numero di personale già autorizzato con i Decreti suddetti che sarà effettivamente immesso in servizio sarà pari a 572 unità:
  - riconducibili al 50% delle autorizzazioni da DCA n. 6/2016 relative al personale cessato nel 2015 (si precisa che dal valore complessivo delle autorizzazioni da DCA n. 6/2016, pari a 1.729 unità, sono state nettate 585 unità autorizzate per l'Ospedale del Mare, come da nota regionale prot. n. 643073 del 03.10.2016, la cui relativa valorizzazione è riportata nell'Intervento 16.2 – Attivazione Ospedale del Mare).

**Tabella 62 – Sintesi Decreti autorizzativi**

Decreti autorizzativi	Anno riferimento cessati	N. personale da assumere
DCA n. 29/2015	2011	301
	2012	306
DCA n. 30/2015	2013	511
	2014	
DCA n. 6/2016	2015	1.144
<b>Sub-Totale</b>		<b>2.262</b>
DCA n. 6/2016 Ospedale del Mare	2015	585
<b>Totale</b>		<b>2.847</b>

**Tabella 63 - Stima andamento personale da assumere in base a Decreti autorizzativi**

Qualifica	Stima Assunti 2016	Stima Assunti 2017	Stima Assunti 2018
Dirigenti medici	447	173	173
Dirigenti non medici	30	21	21
Comparto	340	378	378
<b>Totale</b>	<b>817</b>	<b>572</b>	<b>572</b>

\* Al netto del personale destinato all'Ospedale del Mare

Al fine di pervenire alla valorizzazione del suddetto personale, che si intende reclutare per il triennio 2016-2018, si è proceduto a calcolare il costo medio considerando le Tabelle 12 e 13 del Conto Annuale dell'anno 2015 al netto degli arretrati anni precedenti, le quali espongono il costo annuo sostenuto per le competenze fisse e accessorie corrisposte per le relative mensilità.

Costo medio da CA 2015	
Qualifica	Costo medio annuo
Dirigenti medici	<b>104.380</b>
Dirigenti non medici	<b>89.623</b>
Comparto	<b>41.139</b>

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra sui soli assunti autorizzati con DCA n. 29/2015 (relativo ai cessati dell'anno 2012), DCA n. 30/2015 (relativo ai cessati dell'anno 2013/14) e DCA n. 6/2016 (relativo ai cessati dell'anno 2015), in quanto i costi relativi all'assunzione del 100% del personale cessato in ciascuno degli anni del triennio, non rappresentando manovra, sono già stati considerati nei costi tendenziali.

Ai fini della valorizzazione si è stimato che il personale cessa e/o entra in servizio a metà dell'anno, per cui per ogni anno è stato considerato il 50% della manovra annuale prevista.

Considerando inoltre nel calcolo anche l'impatto degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione, pari a circa il 27% del costo del lavoro, si determinano i valori medi riportati nella seguente tabella:

**Tabella 65 - Stima impatto manovra decreti autorizzativi di sblocco**

Stima impatto manovra	2015	2016	2017	2018
Stima unità di personale	43.078	43.895	44.467	45.039
Stima unità di cessati	1.729	-	-	-
Stima unità di assunti	625	817	572	572
Stima saldo	1.104	(817)	(572)	(572)
Valorizzazione 2015	28.710.148	28.710.148		
Valorizzazione 2016		(31.666.866)	(31.666.866)	
Valorizzazione 2017			(17.745.125)	(17.745.125)
Valorizzazione 2018				(17.745.125)
Valorizzazione 2016				
<b>Valorizzazione</b>	<b>28.710.148</b>	<b>(2.956.718)</b>	<b>(49.411.991)</b>	<b>(35.490.250)</b>

\* Con riferimento agli assunti 2015 il valore fa riferimento al dato riportato a Conto Annuale

L'impatto economico stimato è pari a:

- per il 2016, i costi saranno pari a **3 €/mln**;
- per il 2017, i costi saranno pari a **52,4 €/mln** (-3 €/mln del 2016 e -49,4 €/mln del 2017);
- per il 2018, il maggior costo è pari a **87,9 €/mln** (-3 €/mln del 2016, -49,4 €/mln del 2017 e -35,5 €/mln del 2018).

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota di imposta pari all'8,5% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un maggior costo di 0,3 €/mln nel 2016, un maggior costo di 4,5 €/mln nel 2017 (-0,3 €/mln nel 2016 e -4,2 €/mln nel 2017) ed un maggior costo di 7,5 €/mln nel 2018 (-0,4 €/mln nel 2016, -4,2 €/mln nel 2017 e -3 nel 2018).

<b>IRAP</b>			
	<b>Manovra 2016</b>	<b>Manovra 2017</b>	<b>Manovra 2018</b>
IRAP (8,50% della manovra)	(251.321)	(4.200.019)	(3.016.671)
<b>Totale</b>	<b>(251.321)</b>	<b>(4.200.019)</b>	<b>(3.016.671)</b>

• **Intervento 13.2 - Individuazione del fabbisogno del personale (Legge di Stabilità 2016)**

La metodologia di determinazione delle dotazioni organiche di personale, emanata con DCA n. 67/2016, ha permesso di pervenire all'individuazione della dotazione standard ottimale delle Aziende sanitarie regionali, fissata in 49.102 unità di personale dipendente del SSR.

Alla luce delle stime effettuate nell'Intervento 13.1 - Politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2016-2018, si è pervenuti ad individuare il personale in servizio al 31.12.2018, pari a 45.039 unità.

Dal confronto tra la dotazione organica ottimale e la dotazione stimata al 31.12.2018, al netto del personale da destinare all'Ospedale del Mare (la cui relativa valorizzazione è riportata nell'Intervento 16.2 - Attivazione Ospedale del Mare) residua un fabbisogno di personale pari a 2.651 unità, come si evince dalla tabella seguente:

**Tabella 67 – Fabbisogno personale**

	<b>Dotazione Organica DCA 67/16</b>	<b>Stima Personale Presente 2018</b>	<b>Ospedale del Mare</b>	<b>Fabbisogno del personale (Stabilità 2016)</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D = A - B - C</b>
Dirigenti medici	11.782	10.691	312	779
Dirigenti non medici	1.586	1.509	47	30
Comparto	35.734	32.839	1.053	1.842
<b>Totale</b>	<b>49.102</b>	<b>45.039</b>	<b>1.412</b>	<b>2.651</b>

In considerazione di ciò si è proceduto a valorizzare il fabbisogno di personale necessario al raggiungimento dello standard definito dal DCA n. 67/2016, al netto del personale da destinare all'Ospedale del Mare, pari a 2.651 unità, attraverso le seguenti ipotesi:

- il 50% del fabbisogno sarà immesso in servizio entro il terzo trimestre 2017;
- il 50% del fabbisogno sarà immesso in servizio entro il terzo trimestre 2018.

Il costo medio annuo è stato calcolato considerando le Tabelle 12 e 13 del Conto Annuale dell'anno 2015 al netto degli arretrati anni precedenti, le quali espongono il costo annuo sostenuto per le competenze fisse e accessorie corrisposte per le relative mensilità.

Costo medio da CA 2015	
Qualifica	Costo medio annuo
Dirigenti medici	104.380
Dirigenti non medici	89.623
Comparto	41.139

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale entri in servizio a partire dal quarto trimestre degli anni 2017 e 2018, per cui è stato considerato il 25% della manovra annuale prevista, tale ipotesi scaturisce dalla necessità di legare le procedure di reclutamento a quelle di riorganizzazione sia della nuova Rete ospedaliera (DCA n. 33/2016) sia della nuova rete territoriale (DCA n. 99/2016).

Considerando inoltre nel calcolo anche l'impatto degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione, pari a circa il 27% del costo del lavoro, si determinano i valori medi riportati nella seguente tabella:

**Tabella 69 - Stima impatto manovra – fabbisogno**

Stima impatto manovra	2016	2017	2018
Stima unità di assunti	-	1.326	1.326
Valorizzazione 2015	-		
Valorizzazione 2016	-	-	
Valorizzazione 2017		(19.974.369)	(59.923.107)
Valorizzazione 2018			(19.974.369)
<b>Valorizzazione</b>	<b>-</b>	<b>(19.974.369)</b>	<b>(79.897.476)</b>

L'impatto economico stimato è pari a:

- per il 2017, i costi saranno pari a **20 €/mln**;
- per il 2018, i costi saranno pari a **99,9 €/mln** (-20 €/mln del 2017 e -79,9 €/mln del 2018).

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota di imposta pari all'8,5% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un ulteriore costo di 1,7 €/mln nel 2017 e di 8,5 €/mln (-1,7 €/mln nel 2017 e -6,8 €/mln nel 2018).

**Tabella 70 - Stima impatto manovra IRAP**

IRAP			
	Manovra 2016	Manovra 2017	Manovra 2018
IRAP (8,5% della manovra)	-	(1.697.821)	(6.791.285)
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>(1.697.821)</b>	<b>(6.791.285)</b>

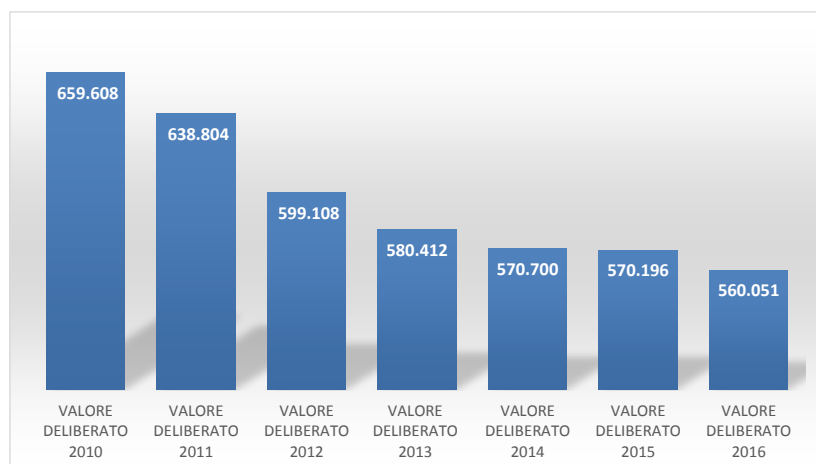
### • **Intervento 13.3 - Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa**

Come si evince dai grafici seguenti, l'attività di monitoraggio, controllo ed indirizzo nei confronti delle aziende sanitarie campane per la costituzione e/o rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale ha permesso di pervenire a significative riduzioni sia dei costi per la retribuzione accessoria sia del valore dei fondi deliberati.



ca. 99,6 €/mln tra il 2010 ed il 2016, come di seguito riportato:

**Tabella 71 – Andamento valore deliberato fondi della contrattazione integrativa 2010-2016**



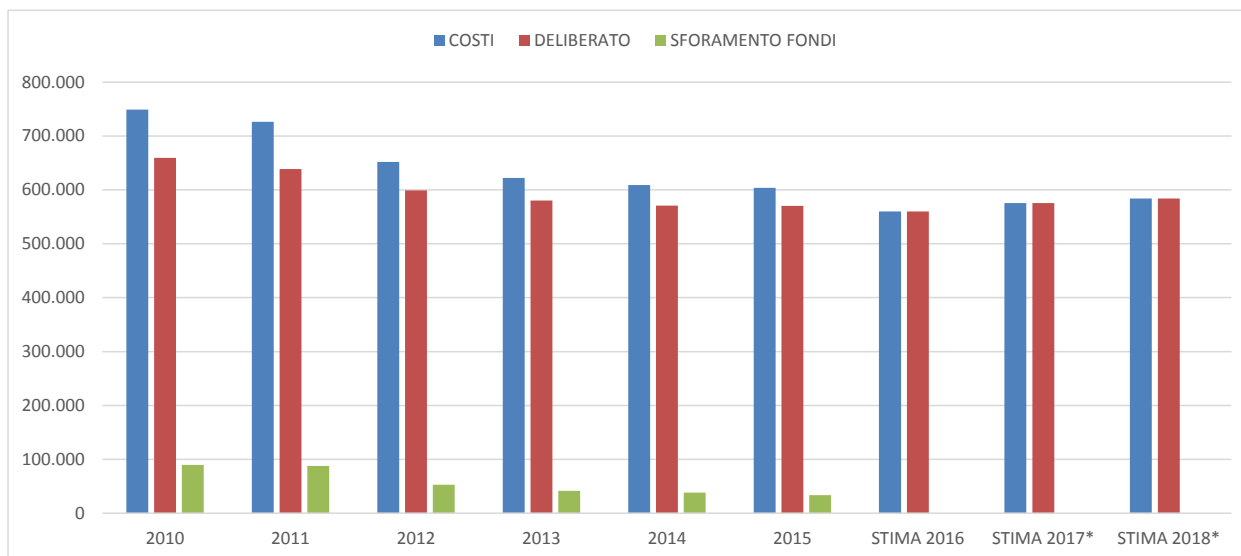
Per quanto riguarda i costi dei fondi della contrattazione integrativa si rileva una riduzione di ca. 189 €/mln tra il 2010 e la stima 2016, come di seguito riportato:

**Tabella 72 – Andamento costi fondi della contrattazione integrativa 2010-2015 e stima 2016**



Dall'analisi dei suddetti dati, si evince inoltre una costante riduzione dello sfioramento dei fondi deliberati, passando dai ca. 89,5 €/mln del 2010 ai ca. 33,4 €/mln del 2015:



**Tabella 73 – Andamento valore deliberato/costi/ sforamento fondi della contrattazione integrativa 2010-2015 e stima 2016-2018**

\*La stima dei fondi deliberati per gli anni 2017 e 2018 è stata elaborata sulla base delle assunzioni previste nell'Intervento 13.1 - Politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2016-2018

Il valore della manovra sui fondi della contrattazione integrativa mira ad azzerare lo sforamento tra il valore deliberato dei fondi contrattuali ed il costo sostenuto, dovuto principalmente al ricorso al lavoro straordinario, richiedendo alle Aziende di adottare tutte le misure idonee al fine di ricondurre la spesa all'interno dei fondi deliberati, alla luce delle procedure di reclutamento poste in essere dalla Regione.

**Tabella 74 – Stima impatto manovra esercizio 2015 – Competenze accessorie**

AA.SS.	VALORE FONDI 2015	COSTI CONS 2015	VALORE FONDI - COSTI 2015	SFORAMENTO FONDI
	A	B	C = A - B	D
ASL AVELLINO	21.600	21.594	6	-
ASL BENEVENTO	13.725	13.735	(10)	(10)
ASL CASERTA	57.151	57.646	(496)	(496)
ASL NAPOLI 1	88.201	96.435	(8.234)	(8.234)
ASL NAPOLI 2	54.506	52.090	2.417	-
ASL NAPOLI 3	54.642	54.648	(6)	(6)
ASL SALERNO	95.686	100.603	(4.917)	(4.917)
AO CARDARELLI	38.223	46.310	(8.087)	(8.087)
AO SANTOBONO	18.895	19.375	(480)	(480)
AO DEI COLLI	32.534	37.700	(5.166)	(5.166)
AOU RUGGI	33.431	39.882	(6.451)	(6.451)
AO MOSCATI	17.935	17.935	0	-
AO RUMMO	15.295	15.163	132	-
AO SAN SEBASTIANO	15.667	17.483	(1.816)	(1.816)
AOU SUN *	0	0	-	-
AOU FEDERICO II **	1.335	1.632	(297)	(297)
IRCCS PASCALE	11.370	11.372	(2)	(2)
<b>TOTALE</b>	<b>570.196</b>	<b>603.605</b>	<b>(33.409)</b>	<b>(35.963)</b>

\* Per le AOU SUN e AOU Federico II si è tenuto conto dei fondi destinati al solo personale aziendale dipendente del SSR

N.B. Le variazioni, rispetto alla versione di PO del 22.07.2016, relative ai costi sostenuti sono imputabili a rettifiche effettuate dalle Aziende a livello contabile

**Tabella 75 – Stima impatto manovra – Competenze accessorie suddivise per fondi**

TIPOLOGIA FONDO	PERSONALE DIPENDENTE	VALORE FONDI 2015	COSTI CONS 2015	VALORE FONDI - COSTI CONS 2015	SFORAMENTO FONDI
		A	B	C = A - B	D
Fasce	Ex art. 31 CCNL 2002/05	153.821	153.821	0	0
Incentivazione	Ex art. 30 CCNL 2002/05	49.008	49.008	0	0
Disagio	Ex art. 29 CCNL 2002/05	98.650	127.657	29.007	31.471
<b>Totale fondi personale di comparto</b>		<b>301.478</b>	<b>330.486</b>	<b>29.007</b>	<b>31.471</b>
Risultato	Personale dirigenza medica risultato	20.048	20.047	0	0
Posizione	Personale dirigenza medica posizione	192.320	192.320	0	0
Disagio	Personale dirigenza medica disagio	29.051	33.013	3.962	4.330
<b>Totale fondi dirigenza medica</b>		<b>241.419</b>	<b>245.381</b>	<b>3.962</b>	<b>4.330</b>
Risultato	Personale dirigenza sanitaria non medica risultato	2.634	2.634	0	0
Posizione	Personale dirigenza sanitaria non medica posizione	11.481	11.480	0	0
Disagio	Personale dirigenza sanitaria non medica disagio	2.164	2.146	-19	-148
<b>Totale fondi dirigenza sanitaria non medica</b>		<b>16.279</b>	<b>16.260</b>	<b>-19</b>	<b>-148</b>
Risultato	Personale dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa risultato	1.297	1.297	0	0
Posizione	Personale dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa posizione	9.687	9.686	0	0
Disagio	Personale dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa disagio	36	495	459	311
<b>Totale fondi dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa</b>		<b>11.020</b>	<b>11.479</b>	<b>459</b>	<b>311</b>
<b>Totale fondi contrattuali</b>		<b>570.196</b>	<b>603.605</b>	<b>33.409</b>	<b>35.963</b>

Si precisa che il valore dello sfioramento dei fondi contrattuali integrativa è quello riportato nella colonna

D

Tabella 74 e Tabella 75), pari a 35,9 €/mln, determinato come differenza tra fondi deliberati e costi  
sostenuti (colonna C -

Tabella 74 e Tabella 75), pari a 33,4 €/mln, al netto dei risparmi conseguiti da alcune aziende rispetto ai fondi deliberati, pari a 2,5 €/mln.

E' disposto a livello regionale un abbattimento, da parte delle Aziende Sanitarie, dello sfioramento tra il valore deliberato dei fondi contrattuali ed il costo sostenuto, nella misura:

- del 100% dello sfioramento registrato a Consuntivo 2015, da realizzarsi nel 2016;
- del 100% dell'eventuale sfioramento registrato a Consuntivo 2016, da realizzarsi nel 2017.

Il risparmio stimato sui fondi della contrattazione integrativa per il 2016 ammonterà a ca. 35,9 €/mln.

In relazione a quanto disposto con il decreto legislativo n. 165/2001, il quale disciplina che in seguito all'abbattimento dello sfioramento tra deliberato ed erogato, andrà recuperato l'ammontare delle somme corrispondenti all'accertato sfioramento avvenuto negli esercizi precedenti decurtando i fondi dell'annualità successiva, fatta salva la garanzia dei LEA, si rileva che la Regione Campania essendo stata oggetto dell'applicazione prima in misura percentuale e poi, dall'ottobre 2010, in misura totale del blocco del turn over, al fine di salvaguardare i Livelli Essenziali di Assistenza non potrà procedere alla suddetta decurtazione.

- **Intervento 13.4 - Contenimento costi per il ricorso alle prestazioni aggiuntive ed alle forme di lavoro alternative**

Ai fini del calcolo del risparmio potenziale per il costo sostenuto per l'erogazione delle prestazioni aggiuntive e delle forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), è stata ipotizzata una riduzione percentuale della spesa per singola AA.SS., rispetto a quella rilevata a Consuntivo 2015, alla luce della normativa europea sugli orari di lavoro ed alle procedure di reclutamento poste in essere dalla Regione.

In particolare, per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive il valore rilevato a Consuntivo 2015 è pari a 41,4 €/mln così suddiviso:

CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	CE CONS 2015
<b>BA 1380</b>	<b>B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato</b>	<b>A</b>
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	
201	ASL AV	3.084
202	ASL BN	32
203	ASL CE	-
204	ASL NA1	6.693
205	ASL NA2	8
206	ASL NA3	1.941
207	ASL SA	14.582
901	AO CARDARELLI	1.570
902	AO SANTOBONO	1.868
903	AO DEI COLLI	519
904	AO RUGGI	4.370
905	AO MOSCATI	2.393
906	AO RUMMO	1.054
907	AO SAN SEBASTIANO	2.352
908	AOU SUN	523
909	AOU FEDERICO II	455
910	IRCCS PASCALE	39
<b>Totale</b>		<b>41.483</b>

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive nella misura:

- del 30% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi nel 2016;
- del 60% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi nel 2017;
- del 100% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi nel 2018.

Prestazioni aggiuntive - Manovra 2016				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2016	MANOVRA 2016	PO 2016
<b>BA1380</b>	<b>B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato</b>	A	B	A - B
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000			
TOTALE		41.483	12.445	29.038

Prestazioni aggiuntive - Manovra 2017				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2017	MANOVRA 2017	PO 2017
<b>BA1380</b>	<b>B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato</b>	A	B	A - B
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000			
TOTALE		41.483	24.890	16.593

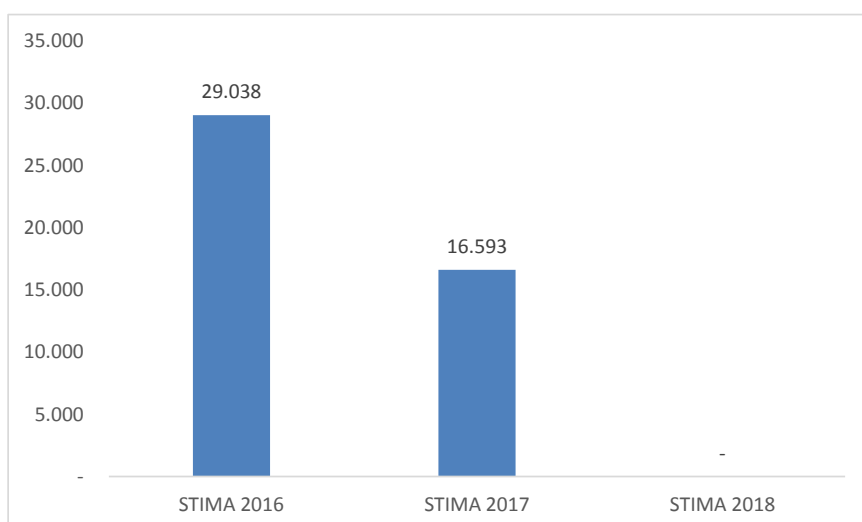
Prestazioni aggiuntive - Manovra 2018				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2018	MANOVRA 2018	PO 2018
<b>BA1380</b>	<b>B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato</b>	A	B	A - B
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000			
TOTALE		41.483	41.483	0

Il risparmio stimato per il triennio 2016-2018 è stato calcolato considerando i dati riportati dalle singole Aziende nel CE Consuntivo 2015 della voce “nella voce “B.2.A.15.3.A) - Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000”.

Applicando le suddette percentuali di abbattimento delle prestazioni aggiuntive si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2016 ammonterà a ca. 12,4 €/mln;
- per il 2017 ammonterà a ca. 24,8 €/mln (12,4 €/mln del 2016, 12,4 €/mln del 2017);
- per il 2018 ammonterà a ca. 41,4 €/mln (12,4 €/mln del 2016, 12,4 €/mln del 2017 e 16,6 €/mln del 2018).

**Tabella 78 – Andamento programmato Prestazioni Aggiuntive**





personale regionale, come descritto nell'Intervento 13.2 – Individuazione del fabbisogno del personale, la Regione Campania ha come obiettivo una graduale riduzione anche dei costi legati al ricorso a forme di lavoro alternative (lavoro interinale, collaborazione coordinate e continuative e consulenze), il cui valore rilevato a Consuntivo 2015 è pari a 76,6 €/mln così suddiviso:

**Tabella 79 – Forme di lavoro alternative – consuntivo 2015**

CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	CONSUNTIVO 2015
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	11.347
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	13.753
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	28.020
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	5.436
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	9.230
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.465
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	5.687
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	1.653
<b>Totale</b>		<b>76.591</b>

E' disposto quindi a livello regionale un progressivo abbattimento dei costi destinati alle forme di lavoro alternative nella misura:

- del 10% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi nel 2017;
- del 100% del costo sostenuto nel 2015, da realizzarsi nel 2018.

**Tabella 80 - Stima impatto manovra costi forme di lavoro alternative**

Manovra 2016					
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	CONSUNTIVO 2015	TENDENZIALE 2016	MANOVRA 2016	PO 2016
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	11.347	11.449	-	11.449
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	13.753	13.877	-	13.877
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	28.020	28.272	-	28.272
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	5.436	5.485	-	5.485
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	9.230	9.313	-	9.313
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.465	1.478	-	1.478
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	5.687	5.738	-	5.738
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	1.653	1.668	-	1.668
<b>Totale</b>		<b>76.591</b>	<b>77.280</b>	-	<b>77.280</b>

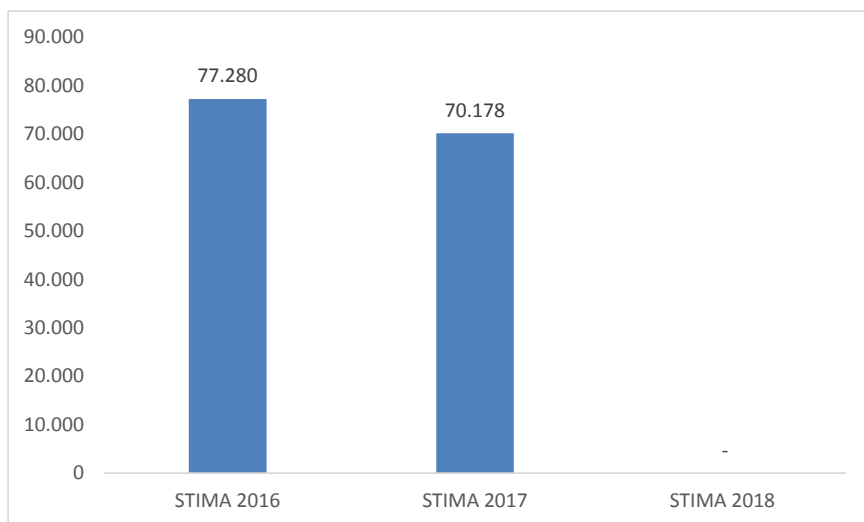
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2017	MANOVRA 2017	PO 2017
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	11.552	-1.155	10.397
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	14.002	-1.400	12.602
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	28.526	-2.853	25.673
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	5.534	-553	4.981
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	9.397	-940	8.457
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.491	-149	1.342
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	5.790	-579	5.211
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	1.683	-168	1.515
<b>Totale</b>		<b>77.975</b>	<b>-7.797</b>	<b>70.178</b>

Manovra 2018				
CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	TENDENZIALE 2018	MANOVRA 2018	PO 2018
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	11.748	-11.748	-
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	14.240	-14.240	-
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	29.011	-29.011	-
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	5.628	-5.628	-
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	9.557	-9.557	-
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.516	-1.516	-
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	5.888	-5.888	-
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	1.712	-1.712	-
<b>Totale</b>		<b>79.300</b>	<b>-79.300</b>	<b>-</b>

Applicando le suddette percentuali di abbattimento ai costi legati al ricorso a forme di lavoro alternative si ottiene un risparmio così suddiviso:

- per il 2017 ammonterà a ca. 7,8 €/mln;
- per il 2018 ammonterà a ca. 79,3 €/mln (7,8 €/mln del 2017, 71,5 €/mln del 2018).

**Tabella 81 - Andamento programmato Forme di lavoro alternative**





ai valori riportati in tabella 79 relativi al PO esposte nella suddetta tabella andrà ad impattare anche la manovra relativa all'utilizzo dei fondi vincolati degli anni precedenti (vedi Intervento 2.2 - Gestione fondi vincolati).

Si evidenzia che a seguito dell'attuazione delle manovre esposte nel Programma 13 – Gestione e valutazione del personale, i costi del personale risultano all'interno del tetto di spesa fissato nel costo dell'anno 2004 ridotto del 1,4% (pari a 3.006.000 €/000).

Il suddetto tetto di spesa va calcolato prendendo in considerazione:

- le retribuzioni – trattamento fisso ed accessorio – corrisposte al personale dipendente con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato;
- gli oneri riflessi a carico del datore di lavoro per contributi obbligatori;
- l'IRAP.

Si consideri altresì che il dato relativo al costo del personale programmato per l'anno 2018, esposto nella tabella seguente, pari a 2.827.069 €/000, risulta essere sovrastimato, in quanto tale valore considera lo scomputo delle sole spese per arretrati di anni precedenti al 2004 per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro, mentre non considera lo scomputo delle seguenti voci:

- spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati;
- spese di personale appartenente alle categorie protette;
- spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni.

**Tabella 82 – Tetto di spesa del costo del personale**

A	<b>Tetto di spesa personale</b>	<b>3.006.000</b>
B	Costo del personale PO 2018	2.856.976
C	IRAP PO 2018	240.007
D	Rinnovi contrattuali *	269.914
E = B + C - D	<b>Totale costo del personale PO 2018</b>	<b>2.827.069</b>
F = A - E	<b>Delta Tetto di spesa personale - Totale costo del personale PO 2018</b>	<b>178.931</b>

\* come da verbale del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 7 aprile 2016

Tabella 83 – Terra dei Fuochi

TERRA DEI FUOCHI		€
AZIONI	MACRO - OBIETTIVI	
Rafforzamento programmi di Screening Oncologici	Rafforzamento programmi di Screening Oncologici	8.116.306
Implementazione PDTA per le patologie oncologiche	Implementazione PDTA per le patologie oncologiche	4.158.269
Sorveglianza della salute respiratoria e cardiovascolare ed	Sorveglianza della salute respiratoria e cardiovascolare	966.306
Implementazione PDTA Infarto Miocardio Acuto		
Percorso nascita e Tutela della Salute Riproduttiva	Promozione percorso nascita e salute riproduttiva	1.943.045
Studio di monitoraggio dello stato di salute della popolazione residente	Sostegno alla sorveglianza epidemiologica delle patologie oncologiche	800.000
	Potenziamento sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO, HBSC)	300.000
	Attività Trasversali - "comunicazione e formazione, analisi sui sistemi di sorveglianza e sui determinanti sociali"	646.520
		16.930.446

L'Intesa per il riparto delle quote di contributo a destinazione vincolata alla Regione Campania ha stanziato per il Fondo "Terra dei Fuochi – Emergenze Ambientali" 16.930.446 €, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale sia per l'anno 2014 sia per l'anno 2015.

La Regione Campania con il Decreto n. 55 del 21 Giugno 2016 ha definito il criterio di riparto della quota assegnata per l'anno 2015, distribuendo il fondo a disposizione alle Aziende Sanitarie Locali sulla base dei sette macro-obiettivi definiti dal programma regionale, come descritto nel DCA n. 38/2016.

Nel bilancio Consuntivo 2015, l'intero importo destinato all'emergenza relativa alla Terra dei Fuochi pari a 16.930 €/000 è stato accantonato dalle singole Aziende Sanitarie Locali.

Al momento, in attesa di specifico provvedimento di erogazione di quanto assegnato con DCA n. 55/2016 si prevede che, per l'anno 2017, le AASSLL coinvolte avvieranno le attività previste nel programma regionale di gestione dell'emergenza ambientale sostenendo i relativi costi (in termini di Beni Sanitari, Consulenze, Personale ecc.) utilizzando le risorse assegnate.

#### • **Intervento 16.2 – Attivazione Ospedale del Mare**

La Regione prevede di attivare tutti i servizi, i reparti ed il Pronto Soccorso dell'Ospedale del Mare nel corso del 2017.

Al fine della determinazione e della stima dei costi per beni e servizi, è stato operato un benchmark tra Aziende Ospedaliere simili nella conformazione, nel ruolo all'interno delle reti della emergenza-urgenza e cliniche e posti letto. Nell'ottica di una progressiva attivazione dei servizi, i costi sono stati riportati in crescita a partire dal 2016, anno in cui l'Ospedale ha iniziato ad attivare parte dei propri servizi operando con personale della ASL NA1. Nel 2018 è prevista la piena entrata a regime e quindi il pieno sostenimento dei costi.

Stima Costi Ospedale del Mare			
€/000	2016	2017	2018
Prodotti Farmaceutici	4.429	10.335	14.764
Altri Beni sanitari	4.192	9.781	13.973
Beni non sanitari	93	217	310
Servizi sanitari	572	1.335	1.907
Servizi non sanitari	4.720	11.006	15.723
<b>Totale Beni e Servizi</b>	<b>14.006</b>	<b>32.674</b>	<b>46.677</b>

Il numero di personale da destinare all'Ospedale del Mare, in base ai posti letto assegnati con DCA n. 33/2016, è stato stimato pari a 1.412 unità, così come di seguito ripartito:

**Tabella 85 – Dotazione standard Ospedale del Mare**

Dotazione standard Ospedale del Mare	
Qualifica	Presente 2017
Dirigenti medici	312
Dirigenti non medici	47
Comparto	1.053
<b>Totale</b>	<b>1.412</b>

Al fine di determinare i costi relativi al personale da immettere in servizio, il costo medio annuo è stato calcolato considerando le Tabelle 12 e 13 del Conto Annuale dell'anno 2015 al netto degli arretrati anni precedenti, le quali espongono il costo annuo sostenuto per le competenze fisse e accessorie corrisposte per le relative mensilità.

**Tabella 86 - Costo medio annuo del personale per ruolo**

Costo medio da CA 2015	
Qualifica	Costo medio annuo
Dirigenti medici	<b>104.380</b>
Dirigenti non medici	<b>89.623</b>
Comparto	<b>41.139</b>

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della dotazione organica dell'Ospedale del Mare. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale entrerà in servizio a metà dell'anno 2017, per cui per tale anno è stato considerato il 50% della manovra annuale.

circa il 27% del costo del lavoro, si determinano i valori medi riportati nella seguente tabella:

**Tabella 87 - Stima impatto manovra**

Stima impatto manovra			
	2016	2017	2018
Stima unità di personale al 01.01 da CA	-	1.412	-
Valorizzazione 2015	-		
Valorizzazione 2016	-	-	
Valorizzazione 2017		(40.041.002)	(40.041.002)
Valorizzazione 2018			-
<b>Valorizzazione</b>	<b>-</b>	<b>(40.041.002)</b>	<b>(40.041.002)</b>

L'impatto economico stimato è pari a:

- per il 2017, il maggior costo è pari a 40 €/mln;
- per il 2018, il maggior costo è pari a 80 €/mln (40 €/mln del 2017 e 40 €/mln del 2018).

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota di imposta pari all'8,55% sul costo stimato derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un ulteriore costo di 3,4 €/mln nel 2017 e 6,8 €/mln nel 2018 (3,4 €/mln nel 2017 e 3,4 €/mln nel 2018).

**Tabella 88 - Stima impatto manovra IRAP**

IRAP			
	Manovra 2016	Manovra 2017	Manovra 2018
IRAP (8,55% della manovra)	-	(3.423.506)	(3.423.506)
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>(3.423.506)</b>	<b>(3.423.506)</b>

## • Intervento 19.1 Assistenza Socio-Sanitaria Territoriale

Di seguito si riporta l'impatto economico per l'attivazione dei posti letto necessari a coprire il fabbisogno così come definito nell'intervento 19.1. A riguardo la Regione stima di poter attivare ca. il 60% del fabbisogno in strutture pubbliche. Il restante 40% può essere coperto dall'offerta privata i cui relativi costi sono di seguito riportati. Soltanto per le cure domiciliari cui si stima di assegnare il 60% dei costi sorgenti considerati.

### Area della disabilità e della riabilitazione

Di seguito di riporta il numero di posti letto di riabilitazione ex art. 26 da riconvertire:

**Tabella 89 – PL da attivare/riconvertire**

PL da attivare/riconvertire				
	2016	2017	2018	Totale 2016-2018
residenziale	-	-97	-97	-193
semiresidenziale	-	-745	-745	-1.490
<b>totale</b>	<b>-</b>	<b>-842</b>	<b>-842</b>	<b>-1.683</b>

La tabella riporta la tariffa utilizzata per valorizzare la riconversione dei PL da strutture di riabilitazione extraospedaliera per disabili a strutture RSA. Si sottolinea che sono attualmente previste (DCA 153/2014) tre tariffe (Base, Medi, Gravi) per l'assistenza residenziale e due tariffe (Medi, Gravi) per l'assistenza

prudenzialmente di considerare la tariffa "Medi" per i PL residenziali e la media tra le due tariffe per i PL semiresidenziali, così da evitare un potenziale errore sistematico nel processo di valorizzazione.

**Tabella 90 – Tariffe: RIA extraospedaliera**

Tariffe: RIA extraospedaliera (RD1)		
	tariffa [€/die]	% com partecipazione
residenziale	150,27	0%
semiresidenziale	82,405	0%

La tabella riporta la valorizzazione della manovra di riconversione di PL da strutture RIA riabilitazione extraospedaliera per disabili, che genererà un risparmio così ripartito:

- per il 2016 il risparmio previsto è nullo in quanto per l'anno in corso si stima che le strutture continuino ad erogare prestazioni di riabilitazione;
- per il 2017 si ipotizza di riconvertire circa il 50% dei PL totali di riabilitazione, per un risparmio di ca. 26,3 €/mln;
- per il 2018 si ipotizza di riconvertire il restante 50% dei PL di riabilitazione, per cui il risparmio complessivo nel 2018 è di ca. 52,6 €/mln.

**Tabella 91 – Sintesi riconversione PL RIA extraospedaliere**

Sintesi riconversione PL RIA extraospedaliera (RD1) [€/1000]			
	2016	2017	2018
residenziale	-	5.028	10.056
semiresidenziale	-	21.288	42.575
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>26.316</b>	<b>52.631</b>

Si consideri che i tetti di spesa potranno subire variazioni alla luce del processo di accreditamento regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali e delle eventuali conseguenti rimodulazioni dell'offerta.

### Area per RSA non autosufficienti

Di seguito di riporta il numero di posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti che saranno attivati nel prossimo triennio:

**Tabella 92 – PL da attivare/riconvertire**

PL da attivare/riconvertire				
	2016	2017	2018	Totale 2016-2018
residenziale	113	225	225	563
semiresidenziale	86	172	172	430
<b>totale</b>	<b>199</b>	<b>397</b>	<b>397</b>	<b>993</b>

La tabella riporta la tariffa utilizzata per valorizzare l'attivazione dei PL per strutture residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti. Si sottolinea che sono attualmente previste (DC 110/2014) diverse tariffe a seconda della tipologia di setting assistenziale erogata. In via prudenziale per l'assistenza residenziale si è utilizzata la media delle due tariffe per disabili Alto e Medio livello.

Tariffe: RSA non autosufficienti disabili	
tariffa [€/die]	
residenziale	119,43
semiresidenziale	77,57

La tabella riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di PL per strutture RSA per disabili che genererà un costo così ripartito:

- per il 2016 il costo previsto è pari a ca. 2,4 €/mln, considerando l'attivazione del 20% del totale dei PL da riconvertire;
- per il 2017 il costo previsto è pari a ca. 14,6 €/mln, considerando l'attivazione di un ulteriore 40% dei PL previsti;
- per il 2018 si ipotizza di riconvertire il restante 40% dei PL per cui i costi totali da sostenere sono pari a ca. 24,4 €/mln.

**Tabella 94 – Sintesi attivazione PL in RSA non autosufficienti disabili**

Sintesi attivazione PL in RSA non autosufficienti disabili [€/1000]			
	2016	2017	2018
residenziale	-1.638	-9.798	-16.320
semiresidenziale	-810	-4.858	-8.096
<b>Totale</b>	<b>-2.448</b>	<b>-14.656</b>	<b>-24.416</b>

Si consideri che i tetti di spesa potranno subire variazioni alla luce del processo di accreditamento regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali e delle eventuali conseguenti rimodulazioni dell'offerta.

### Area per RSA adulti non autosufficienti

Di seguito di riporta il numero di posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili anziani che saranno attivati nel prossimo triennio:

**Tabella 95 – PL da attivare**

PL da attivare				
	2016	2017	2018	Totale 2016-2018
residenziale	509	1.018	1.018	2.545
semiresidenziale	167	334	334	835
<b>totale</b>	<b>676</b>	<b>1.352</b>	<b>1.352</b>	<b>3.380</b>

La tabella riporta la tariffa utilizzata per valorizzare l'attivazione dei PL per strutture residenziali e semiresidenziali in RSA per adulti non autosufficienti. Si sottolinea che sono attualmente previste (DC 110/2014) diverse tariffe a seconda della tipologia di setting assistenziale erogata. In via prudenziale per l'assistenza residenziale e semiresidenziale si è utilizzata la media delle tariffe previste per i diversi livelli.

**Tabella 96 – Tariffe: RSA adulti e anziani non autosufficienti**

Tariffe: RSA-adulti e anziani non autosufficienti	
tariffa [€/die]	
residenziale	115,58
semiresidenziale	67,79



adulti non autosufficienti che genererà un costo così ripartito:

- per il 2016 il costo previsto è pari a ca. 9,7 €/mln, considerando l'attivazione del 20% del totale dei PL da riconvertire;
- per il 2017 il costo previsto è pari a ca. 58,4 €/mln, considerando l'attivazione di un ulteriore 40% dei PL previsti;
- per il 2018 si ipotizza di riconvertire il restante 40% dei PL per cui i costi totali da sostenere sono pari a ca. 97,3 €/mln.

**Tabella 97 – Sintesi attivazione PL in RSA adulti e anziani non autosufficienti**

Sintesi attivazione PL in RSA-adulti e anziani non autosufficienti [€/1000]			
	2016	2017	2018
residenziale	-8.160	-48.957	-81.595
semiresidenziale	-1.570	-9.421	-15.702
<b>Totale</b>	<b>-9.730</b>	<b>-58.378</b>	<b>-97.297</b>

Si consideri che i tetti di spesa potranno subire variazioni alla luce del processo di accreditamento regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali e delle eventuali conseguenti rimodulazioni dell'offerta.

#### **Area posti letto pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività**

Di seguito di riporta il numero di posti letto previsti per il prossimo triennio per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività:

**Tabella 98 – PL da attivare**

PL da attivare				
	2016	2017	2018	Totale 2016-2018
residenziale	12	25	25	62
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>62</b>

La tabella riporta la tariffa utilizzata per valorizzare l'attivazione dei PL per strutture per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività.

**Tabella 99 – Tariffe: pazienti in stato vegetativo**

Tariffe: pazienti in stato vegetativo	
	tariffa [€/die]
residenziale	179

La tabella riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di PL per strutture RSA per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività:

- per il 2016 il costo previsto è pari a ca. 0,7 €/mln, considerando l'attivazione del 20% del totale dei PL da riconvertire;
- per il 2017 il costo previsto è pari a ca. 2,3 €/mln, considerando l'attivazione di un ulteriore 40% dei PL previsti;

ipotesi di riconvertire il restante 40% dei PL per cui i costi totali da sostenere sono pari a ca. 3,8 €/mln.

**Tabella 100 – Sintesi attivazione PL per pazienti in stato vegetativo**

Sintesi attivazione PL per pazienti in stato vegetativo [€/1000]			
	2016	2017	2018
residenziale	-745	-2.297	-3.848
<b>Totale</b>	<b>-745</b>	<b>-2.297</b>	<b>-3.848</b>

Si consideri che i tetti di spesa potranno subire variazioni alla luce del processo di accreditamento regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali e delle eventuali conseguenti rimodulazioni dell'offerta.

**Area posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali**

Di seguito di riporta il numero di posti letto previsti per il prossimo triennio in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali:

**Tabella 101 – PL da attivare**

PL da attivare				
	2016	2017	2018	Totale 2016-2018
residenziale	37	74	74	185
semiresidenziale	20	41	41	102
<b>totale</b>	<b>57</b>	<b>115</b>	<b>115</b>	<b>287</b>

La tabella riporta la tariffa utilizzata per valorizzare l'attivazione dei PL per strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali:

**Tabella 102 – Tariffe: strutture psichiatriche**

Tariffe: strutture psichiatriche	
	tariffa [€/die]
residenziale	134,53
semiresidenziale	63,74

La tabella riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di PL per strutture psichiatriche:

- per il 2016 il costo previsto è pari a ca. 1 €/mln, considerando l'attivazione del 20% del totale dei PL da riconvertire;
- per il 2017 il costo previsto è pari a ca. 6,5 €/mln, considerando l'attivazione di un ulteriore 40% dei PL previsti;
- per il 2018 si ipotizza di riconvertire il restante 40% dei PL per cui i costi totali da sostenere sono pari a ca. 10,8 €/mln.

**Tabella 103 – Sintesi attivazione PL in strutture psichiatriche**

Sintesi attivazione PL in strutture psichiatriche [€/1000]			
	2016	2017	2018
residenziale	-863	-5.178	-8.630
semiresidenziale	-221	-1.348	-2.254
<b>Totale</b>	<b>-1.084</b>	<b>-6.526</b>	<b>-10.884</b>





tetti di spesa potranno subire variazioni alla regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali e delle eventuali conseguenti rimodulazioni dell'offerta.

### Area Hospice

Di seguito di riporta il numero di posti letto previsti per l'hospice:

**Tabella 104 – PL da attivare**

PL da attivare				
	2016	2017	2018	Totale 2016-2018
residenziale	9	18	18	46
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>46</b>

La tabella riporta la tariffa utilizzata per valorizzare l'attivazione dei PL per hospice:

**Tabella 105 – Tariffe: hospice**

Tariffe: Hospice	
	tariffa [€/die]
residenziale	252,15

La tabella riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di PL per hospice:

- per il 2016 il costo previsto è pari a ca. 0,4 €/mln, considerando l'attivazione del 20% del totale dei PL da riconvertire;
- per il 2017 il costo previsto è pari a ca. 2,3 €/mln, considerando l'attivazione di un ulteriore 40% dei PL previsti;
- per il 2018 si ipotizza di riconvertire il restante 40% dei PL per cui i costi totali da sostenere sono pari a ca. 3,9 €/mln.

**Tabella 106 – Sintesi attivazione PL in Hospice**

Sintesi attivazione PL in Hospice [€/1000]			
	2016	2017	2018
residenziale	-399	-2.392	-3.987
<b>Totale</b>	<b>-399</b>	<b>-2.392</b>	<b>-3.987</b>

Si consideri che i tetti di spesa potranno subire variazioni alla luce del processo di accreditamento regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali e delle eventuali conseguenti rimodulazioni dell'offerta.

### Area delle dipendenze

Di seguito di riporta il numero di posti letto residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti, suddivisi tra i rispettivi livelli assistenziali, di "terapeutico", "pedagogico", "accoglienza", "doppia diagnosi", "minori tossicodipendenti", "doppia diagnosi minori" e "madre bambino", per i quali è prevista l'applicazione delle relative tariffe e dei requisiti per l'accredimento.

Residenziale - PL da attivare/riconvertire								
								Totale 2016-2018
Residenziale	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	minori doppia diagnosi	madre bambino	
2016	-19	5	22	16	2	3	1	30
2017	-38	10	45	33	4	5	1	60
2018	-38	10	45	33	4	5	1	60
<b>Totale</b>	<b>-95</b>	<b>25</b>	<b>112</b>	<b>82</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>150</b>

Semiresidenziale - PL da attivare/riconvertire								
								Totale 2016-2018
Semiresidenzi	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	minori doppia diagnosi	madre bambino	
2013	4	-6	15	11	1	3	-	28
2014	8	-11	30	22	2	5	-	56
2015	8	-11	30	22	2	5	-	56
<b>Totale</b>	<b>20</b>	<b>-28</b>	<b>75</b>	<b>55</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>-</b>	<b>140</b>

La tabella seguente riporta le tariffe utilizzate per i diversi setting assistenziali:

**Tabella 108 – Tariffe: tossicodipendenti**

Tariffe: tossicodipendenti							
tariffa [€/die]							
	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	minori doppia diagnosi	madre bambino
<b>residenziale</b>	43,21	27,88	80,75	111,89	105,12	123,42	115,67
<b>semiresidenzial</b>	25,78	17,40	42,65	73,79	68,54	84,97	

La tabella riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di PL per tossicodipendenze:

- per il 2016 il costo complessivo previsto è pari a ca. 0,9 €/mln, considerando l'attivazione del 20% del totale dei PL da riconvertire;
- per il 2017 il costo complessivo previsto è pari a ca. 5,5 €/mln, considerando l'attivazione di un ulteriore 40% dei PL previsti;
- per il 2018 si ipotizza di riconvertire il restante 40% dei PL per cui i costi totali da sostenere sono pari a ca. 9,2 €/mln.

Sintesi attivazione PL in comunità per tossicodipendenti [€/1000]								
								Totale 2016-2018
Residenziale	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	minori doppia diagnosi	madre bambino	
2016	142	-24	-308	-310	-36	-64	-20	-620
2017	854	-145	-1.876	-1.901	-219	-342	-80	-3.709
2018	1.423	-242	-3.136	-3.181	-365	-556	-120	-6.177

Sintesi attivazione PL in comunità per tossicodipendenti [€/1000]								
								Totale 2016-2018
Semiresidenziali	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	minori doppia diagnosi	madre bambino	
2016	-18	18	-111	-141	-12	-44	0	-308
2017	-107	103	-665	-844	-71	-236	0	-1.820
2018	-179	169	-1.109	-1.407	-119	-383	0	-3.028

Si consideri che i tetti di spesa potranno subire variazioni alla luce del processo di accreditamento regionale di posti letto residenziali e semiresidenziali e delle eventuali conseguenti rimodulazioni dell'offerta.

#### Area della cure domiciliari

Nel triennio si programma di mantenere e consolidare il livello di offerta raggiunto nell'anno 2015, come si evidenzia dai dati conferiti attraverso dal modello FLS 21 riquadro H che evidenzia un livello di copertura oltre il 4% della popolazione anziana collocata in cure domiciliari. L'ipotesi di lavoro è qualificare l'offerta garantita sostenendo anche un incremento del 15% degli altri casi in carico, l'incremento del 10% dei malati terminali e un +0,80/ di anziani in adi su base regionale con un costo complessivo della manovra di circa 40€/mln (per l'incremento programmato).

Di tale importo si stima di attribuire al privato una quota pari al 60% del totale, per cui i costi stimati sono riportati nella prossima tabella:

**Tabella 110 – Spesa per Assistenza Domiciliare**

Spesa per Assistenza Domiciliare		
2016	2017	2018
-4.800	-14.400	-24.000

- Intervento 20.1 - Farmaceutica territoriale: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**

L'appropriatezza prescrittiva dei farmaci rappresenta un obiettivo primario per la Regione. Ciò detto si evince anche dalle prescrizioni già assunte dalla Regione Campania, dove il monitoraggio ha evidenziato il conseguimento di un risparmio per il mese di gennaio 2016 rispetto all'anno precedente per un valore di ca. 7,7 €/mln.

Potenziamento Farmaci Brevetto Scaduto					
COD	Descrizione	Spesa Netta - Gennaio 2015	Spesa Netta - Gennaio 2016	Δ	Δ %
	€/000	A	B	C=B-A	
201	ASL AVELLINO	6.066.072	5.112.767	-953.305	-15,72%
202	ASL BENEVENTO	3.982.405	3.745.404	-237.001	-5,95%
203	ASL CASERTA	11.142.514	10.046.265	-1.096.249	-9,84%
204	ASL NAPOLI 1 CENTRO	14.619.036	13.378.435	-1.240.601	-8,49%
205	ASL NAPOLI 2 NORD	12.925.639	12.364.179	-561.461	-4,34%
206	ASL NAPOLI 3 SUD	14.666.251	12.860.586	-1.805.665	-12,31%
207	ASL SALERNO	16.432.363	14.582.308	-1.850.054	-11,26%
Totale		79.834.280	72.089.944	-7.744.337	-9,70%

Per il calcolo delle manovre del triennio 2016-2018 in merito all'appropriatezza prescrittiva sono state effettuate le seguenti ipotesi programmatiche, coerentemente con quanto illustrato dagli indicatori di appropriatezza prescrittiva monitorati nel Cruscotto Tessera Sanitaria, elaborati dall'AIFA per il 2015.

La Regione mira a conseguire risparmi potenziali per oltre 92,9 €/mln utilizzando farmaci a brevetto scaduto e quantità di farmaci (DDD/abitanti) al fine di allinearsi alle Regioni più virtuose come benchmarking di riferimento.

In sintesi:

- per il 2016 il risparmio ammonterà a ca. 23,2 €/mln per il 2016;
- per il 2017 il risparmio ammonterà a ca. 69,7 €/mln per il 2017 (23,2 €/mln del 2016, 46,5 €/mln del 2017);
- per il 2018 il risparmio ammonterà a ca. 92,9 €/mln per il 2018 (23,2 €/mln del 2016, 46,5 €/mln del 2017 e 23,2€/mln del 2018).
- **Intervento 20.2 - Farmaceutica territoriale: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC)**

Ai fini del rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente nell'applicazione del modello di distribuzione per conto da adottare, la Regione intende ottenere, per il triennio 2016-2018, risparmi derivanti dall'omogeneizzazione dei sistemi di distribuzione per conto che terranno in considerazione la quota dei farmaci PHT distribuibili direttamente o in DPC con i vantaggi dell'acquisto diretto.

Il risparmio stimato dall'azione suddetta è stato determinato nella misura del 20% rispetto al costo sostenuto per uno specifico gruppo di farmaci (farmaci del PHT), pari a 13,7 €/mln.

Il risparmio stimato sarà pari a:

- ca. 2,7 €/mln per il 2016;



... per il 2017 (2,7 €/mln del 2016, 4,1 €/mln del 201...,,

- ca 13,7 €/mln per il 2018 (2,7 €/mln del 2016, 4,1 €/mln del 2017 e 6,8 €/mln del 2018).