



REGIONE CAMPANIA



Sanità, la svolta!

Piano Ospedaliero

INDICE

PIANO OSPEDALIERO	3
A) La storia	3
B) Il nuovo piano di riordino della rete ospedaliera emergenza/urgenza	4
C) Dati salienti	5
PIANO DELLE ASSUNZIONI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE 2019	7
Nuove farmacie	8
Edilizia sanitaria	9
Ticket	9
APERTURA STUDI MEDICI	10

PIANO OSPEDALIERO

A) LA STORIA

La **Regione Campania** ha ereditato al giugno 2015 la vigenza del DCA 49/2010 che prevedeva la chiusura di una serie di strutture ospedaliere, senza provvedere a colmare i disequilibri di dotazione posti letto, né rispetto alle macroaree geografiche, né rispetto al rapporto tra posti letto per acuti e posti letto per post-acuti.

La precedente Struttura Commissariale non aveva adottato formalmente una revisione del DCA 49/2010 nonostante quanto fosse disposto dal regolamento e dai tavoli interministeriali che ne richiedevano l'adozione entro il 31.12.2014.

Mancavano Protocolli di Intesa con le Università e l'IRCCS Pascale.

Questo ritardo ha impedito inoltre alle Aziende Sanitarie, Universitarie e IRCCS di dotarsi di Atti Aziendali, altra inadempienza contestata dai Ministeri affiancanti.

La bozza di revisione del 49/2010 prevedeva:

- Una riduzione dei posti letto a carico dei presidi pubblici.
- Decremento di n. 604 p.l. per acuti e n.141 p.l. per post acuti quali posti letto corrispondenti all'80% del saldo di mobilità passiva, con una programmazione definita "al di sotto della domanda".

- Una rimodulazione delle eccedenze di discipline solo a carico del settore pubblico con forte potenziamento del privato accreditato (nuovi pronto Soccorsi, ingresso come hub nelle reti di emergenza).
- Chiusura del punto nascita dei presidi Loreto Mare, Piedimonte Matese, Sessa Aurunca, Boscotrecase, Torre del Greco, Sapri, Vallo della Lucania, (ora ne è stata richiesta la deroga alla chiusura con apposita istanza inviata al Ministero nell'ottobre 2017).
- Prevedeva solo 5 DEA di II livello con 46 punti di accesso alla rete dell'emergenza/urgenza.
- Prevedeva l'apertura di Pronto Soccorsi in strutture religiose piuttosto che in strutture pubbliche.
- Prevedeva chiusura dei presidi Sant'Agata dei Goti, San Gennaro, Ascalesi, Incurabili, Procida, da Procida (SA), Agropoli, parziale chiusura del Loreto Mare, accorpamento del presidio di Maddaloni all'AORN di Caserta, presidio di San Felice a C.Ilo quale struttura riabilitativa e territoriale.

B) IL NUOVO PIANO DI RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA EMERGENZA/URGENZA

Solo oggi si adotta un documento finale, basato su un parere favorevole espresso dai tavoli ministeriali (MEF e Salute) e adattato alle prescrizioni impartite.

Con tale atto di programmazione si prevede di:

- Aggiornare la rete ospedaliera utilizzando tutti i posti letto concessi dai calcoli Ministeriali, basati sulla popolazione pesata della Campania.
- Riequilibrare i posti letto sulle varie province e rimodulare lo squilibrio tra posti per acuti e post-acuti.

• Risolvere le problematiche delle case di cura con meno di 40 e meno di 60 posti letto che non avessero un'unica disciplina (come previsto dal DM 70/15, senza interventi di riprogrammazione 15 strutture sarebbero state costrette a chiudere con conseguenti problemi occupazionali per circa 1200 lavoratori).

- Riequilibrare gli eccessi di discipline non esclusivamente a carico delle strutture pubbliche.
- Mantenere attivi 7 punti nascita richiedendone la deroga.
- Prevedere il mantenimento delle attività nei presidi per i quali era prevista la chiusura.



- Prevedere l'apertura di un nuovo Pronto Soccorso presso una struttura pubblica (CTO/Colli).
- Rivedere le reti di emergenza/urgenza secondo una visione integrata di livelli assistenziali (dalla Continuità Assistenziale ai DEA di II livello).
- Rivedere le reti tempo/dipendenti.
- Inserire nuove reti cliniche.

L'atto di programmazione a conclusione permetterà a tutte le Aziende di rivedere i propri Atti Aziendali, riconfigurando gli equilibri di posti letto acuti/post acuti come richiesto dal Ministero, programmare con un cronoprogramma la riduzione delle eccedenze sia sul pubblico che sul privato, rendere la rete ospedaliera campana all'altezza dei vincoli normativi e delle aspettative di sicurezza e qualità dell'assistenza.

C) DATI SALIENTI

Numeri posti letto:

- attivi prima del nuovo piano: **n. 18.204**
- programmati dal nuovo piano: **n. 19.841**
- incremento di **n. 1637 nuovi posti**
- l'incremento permette di raggiungere l'obiettivo di **3,6 p.l.** per 1000 abitanti (su popolazione pesata, il massimo permesso dal Ministero tenendo conto di vari fattori tra cui l'incidenza della mobilità passiva)

Riequilibrio tra posti letto per acuti e post-acuti sia in ambito regionale che sulle macroaree provinciali pervenendo al rispetto degli indicatori nazionali:

- **16.231 p.l. per acuti** (2,01 x 1000 abitanti)
- **3.610 p.l. post acuzie** (0,65 p.l. x 1000 abitanti)

Ridistribuzione per macroaree - variazioni:

- **Avellino/Benevento: meno 187 p.l.** (era sovradimensionata) - da 2961 a 2790
- **Caserta: più 604** - da 2263 a 2867 (era sottodimensionata)
- **Napoli: più 966** - da 9427 a 10.393
- **Salerno: più 254** - da 3553 a 3807



Ridefinizione dei fabbisogni per codice 28 (unità spinale) e codice 75 (neuroriabilitazione) con aumento dei posti letto.

Definizione della Rete dell'Emergenza/urgenza secondo il modello Hub/spoke, mediante l'identificazione di:

- DEA di II livello **n. 8**
- DEA di I livello **n. 9**
- P.S. **n. 27**
- P.S. in zona disagiata **n. 4**

Recupero di presidi ospedalieri precedentemente chiusi dal 49 come stabilimenti annessi a un presidio principale con accorpamento di servizi strategici (Incurabili, Ascalesi, Loreto Mare, San Felice a Cancelli).

Ingresso delle Università nelle reti tempo/dipendenti con accettazione h24.

Apertura di nuovi Pronto Soccorsi rispetto al DCA 49/10 (Azienda dei Colli, Scafati, Agropoli, Ravello, Maddaloni, Gragnano, Boscotrecase, Roccadaspide).

Riconversione di ospedali dismessi in Ospedali di Comunità (Bisaccia, Cerreto Sannita, San Bartolomeo in Galdo, Capua, Teano).

Aggregazione di stabilimenti attivi nell'ambito di una Azienda o un Presidio maggiore per migliorare l'offerta specialistica (Rummo con Sant'Agata e Pascale con Ascalesi, Eboli/Battipaglia/Roccadaspide, Vallo della Lucania/Agropoli, Torre del Greco/Boscotrecase).

Rivisitazione dell'offerta privata per le strutture con meno di 60 posti letto come previsto dal DM 70, con disattivazione di 2 strutture private e relativi punti nascita.

Chiusura delle Case di Cura Neuropsichiatriche con riconversione verso assistenza post-acuzie e territoriale (NUOVO DCA).

Identificazione dei Punti Nascita in deroga con richiesta formale di autorizzazione presso il Ministero.

Attivazione di centri di riferimento regionale:

- **Insufficienza epatica acuta**
- **Oncologia pediatrica**
- **Patologie Fetali centro di III livello**
- **Malattie Infettive Pediatriche**
- **Emergenze Neuropsichiatriche Infantili**

Definizione delle reti:

- Emergenza/urgenza con assegnazione della disciplina **Rianimazione** in tutti i Presidi, anche di Pronto Soccorso di base
- **IMA**
- **Stroke**
- **Trauma**
- **Oncologica**
- **Punti nascita e assistenza neonatale** (aggiunta una TIN a Castellammare)
- **Malattie rare**
- **Terapia del dolore**
- **Rete nefrologica**
- **Rete trapianti**

Riconfigurazione della rete del 118 con centrali provinciali riassegnando una centrale ad ogni provincia ed evitando la Agenzia Unica regionale di Emergenza (ulteriori costi per un'altra Azienda).

PIANO DELLE ASSUNZIONI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE 2019

La **Regione Campania** ha stipulato con il Governo il Piano di Rientro dal disavanzo del bilancio SSR nel marzo 2007 a causa dello sfioramento di circa 14.000 miliardi di vecchie lire al 31.12.2005.

Tra i provvedimenti di razionalizzazione della spesa è stato previsto un ingente blocco del turn over del personale del SSR.

Nel 2007 erano in servizio **56.500** unità che si è via via ridotto fino a **43.000** unità al dicembre del 2016, con una perdita di **13.500** tra operatori medici e di comparto.

Solo di recente abbiamo dato impulso ad una netta inversione di tendenza, sia relativamente alle procedure di stabilizzazione dei precari che ai processi di nuovi reclutamenti allo stato in corso di attuazione.

In particolare, già nel 2015 si è proceduto a stabilizzare circa **800** unità di personale dirigenziale e di comparto ai sensi del DPCM 6 marzo 2015, che prevedeva tale procedura da realizzarsi in un quadriennio e che noi abbiamo invece realizzato, prima Regione d'Italia, in meno di due mesi.

Questo processo vede rinnovato l'impegno a completare le procedure anche per le altre forme di lavoro flessibili previste dalla nuova norma (Legge 208/2015 e s.m.i.), ovvero i co.co.co, i co.co.pro. le partire iva, che ve-

dono interessate professionalità che ancora da decenni hanno i loro contratti prorogati di anno in anno.

Quanto alle procedure di reclutamento è ormai in via di completamento una imponente attività di ricognizione presso le aziende sanitarie del personale in servizio, suddiviso per discipline, categorie e allocazioni nelle singole Unità Operative dei presidi ospedalieri e territoriali.

Tale indagine, la prima così capillare, offrirà un quadro chiaro della consistenza del personale oggi in servizio e della sua dislocazione appropriata per rendere ottimali i processi di assistenza sanitaria sia nell'ambito ospedaliero che territoriale. Ma soprattutto ci consente di stabilire, rispetto al reale fabbisogno di personale occorrente, quante nuove assunzioni richiedere ai Ministeri affiancanti.

Il fabbisogno ideale, per il quale tavoli romani stanno lavorando da mesi per stabilire standard nazionali, in Campania trova riferimento in circa **50.200** unità (DCA 67/2016), mentre al dicembre 2017 registriamo un numero di teste entrate o solo autorizzate – con specifici DCA e con anticipazioni straordinarie per esigenze regionali (Ospedale del Mare, Pronti Soccorso, sanità animale) pari a **46.200**.

Siamo pronti, quindi, a richiedere ai Ministeri vigilanti nuove assunzioni per almeno **4000/4.500** unità, e vi annuncio che sul numero autorizzato diremo ai Direttori Generali delle Aziende di attivare le procedure di stabilizzazione previste dalla norma vigente (L. 208/2015 art. 1 comma 543) fino al 50% della quota assegnata, attraverso concorsi riservati ai precari.

NUOVE FARMACIE

Il procedimento concorsuale avviato nell'anno 2009, di cui all'oggetto, si è definito a seguito di espletamento di prove pratiche e valutazione di titoli professionali e di studio, dei candidati farmacisti nell'anno 2016. La Regione tramite gli uffici preposti, dirimendo numerosi contenziosi, ha quindi potuto produrre una graduatoria definitiva degli idonei vincitori di sedi farmaceutiche (D.D. UOD Politiche del Farmaco e Dispositivi n. 108 del 18/03/2016 – BURC 1 n. 18 del 21/03/2016).



Si è quindi proceduto nell'anno 2017 all'espletamento dell'iter amministrativo di assegnazione ai legittimi vincitori di concorso e apertura delle sedi farmaceutiche **n. 64 farmacie nell'anno 2017.**

Le farmacie aperte sono allocate in tutte e 5 le provincie della Campania, in zone molte volte, non servite fino ad oggi dall'assistenza farmaceutica.

COMUNE DI SALERNO	14
COMUNE DI NAPOLI	40
COMUNE DI CASERTA	15
COMUNE DI BENEVENTO	4
COMUNE DI AVELLINO	11

EDILIZIA SANITARIA

Nella giornata del 18 gennaio 2018 tra il Presidente della Regione Campania ed il Ministro della Salute è stato sottoscritto il protocollo d'intesa per dare il via al piano regionale degli investimenti di edilizia sanitaria e tecnologie.

Si tratta di un programma di **170 milioni di euro** finalizzato in gran parte alla realizzazione di ampliamenti di ospedali per la creazione di **oltre 150 posti letto**, in attuazione del nuovo piano ospedaliero e territoriale, ma anche alla ristrutturazione e all'adeguamento delle strutture sanitarie alla normativa antincendio e antisismica.

Una parte dei fondi, all'incirca 25 milioni, è destinata all'acquisto di tecnologie.

Si tratta di un Accordo che viene siglato a distanza di ben 18 anni dal precedente, sottoscritto in data 28 dicembre del 2000.

TICKET

Sulle prestazioni di specialistica ambulatoriali gravano due diverse forme di compartecipazione alla spesa:

a) un ticket pari alla tariffa della prestazione, fino al tetto massimo di 36,15 € per ricetta. Il paziente paga, dunque, una quota variabile con il massimo di 36,15 € a ricetta;



b) il cosiddetto superticket di 20 €, a sua volta composto da due quote di 10 euro sulla ricetta: una quota regionale ed una quota statale.

Tale normativa disincentiva la richiesta di prestazioni specialistiche al SSN, in quanto in molti casi il paziente dovrebbe pagare un ticket superiore al valore delle prestazioni sanitarie che riceve. Pertanto, spesso era più conveniente pagare la prestazione sanitaria di tasca propria e strappare la ricetta, rivolgendosi agli erogatori privati.

Tale distorsione è stata in parte rimossa dal decreto commissariale n. 78/2017, in vigore dal 15.01.2018, data di pubblicazione del provvedimento sul BURC. La Regione ha, infatti, eliminato il ticket regionale di 10 € quando il costo delle prestazioni sanitarie prescritte è inferiore ad € 56,15; cifra che rappresenta il limite che rendeva economicamente svantaggioso per il paziente rivolgersi al sistema sanitario pubblico. Con la misura introdotta, pertanto, si è ridotto il ticket, rendendo più conveniente l'accesso alle prestazioni sanitarie in regime SSN.

APERTURA STUDI MEDICI

Disposizioni regolatorie delle attività degli studi professionali e degli ambulatori odontoiatrici, medici e delle altre professioni sanitarie (ACTA XXII) nonché semplificazioni nella procedura di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio attraverso la segnalazione certificata di inizio attività, ai sensi della legge 241/1990.

Il presente provvedimento si colloca nel più ampio scenario di snellimento dell'attività amministrativa e riduzione degli adempimenti incombenti sui cittadini.

Riordino e semplificazione amministrativa sono le parole chiave essenziali per raggiungere i principi generali dell'attività amministrativa individuati dall'art. 1 della legge 241/90 e costituiti dall'economicità e dall'efficacia.

Il settore di attività interessato è quello sanitario ed in particolare il provvedimento attiene al procedimento amministrativo attraverso cui si regola l'avvio delle attività sanitarie. Nello specifico il decreto è indirizzato:

a) agli studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie, singoli o associati, polimedici o società tra professionisti regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10 della legge 12 novembre 2011, n. 183, che utilizzano apparecchiature elettromedicali e/o esercitano attività o procedure chirurgiche;



b) agli ambulatori medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, anche riabilitativa e di diagnostica strumentale non rientranti nelle sottoelencate fattispecie:

- **servizi diagnostici terapeutici ad alta tecnologia di radiologia** con intensità radiogena maggiore di duecento Kev, tomografia assiale computerizzata (TAC), risonanza magnetica nucleare (RMN), tomografia ad emissioni di positroni (PET), TAC-PET, adroterapia, radioterapia, litotrissia;
- **prestazioni di assistenza specialistica di diagnostica di laboratorio;**
- **centri per la procreazione medica assistita.**

Attualmente il rilascio di tale autorizzazione, che deve essere posseduta prima di dare avvio all'attività sanitaria, richiede una serie di adempimenti finalizzati all'accertamento di requisiti e presupposti richiesti da leggi nazionali e provvedimenti regionali.

Il decreto approvato semplifica l'intero procedimento amministrativo permettendo a tali specifiche categorie di professionisti di avviare la propria attività in maniera più rapida.

Infatti, per dare avvio alle attività sanitarie degli studi professionali e degli ambulatori medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie, l'attuale procedimento amministrativo prevede:

- l'invio dell'istanza, unitamente alla documentazione tecnica richiesta, da parte del professionista interessato al Comune competente per territorio;
- la trasmissione dell'istanza dal Comune alla ASL territoriale;
- la verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL dei requisiti richiesti dalle vigenti normative sanitarie;
- la trasmissione del relativo parere formulato dall'ASL al Comune;
- il rilascio del decreto autorizzativo da parte del Comune al professionista richiedente che in tal modo può avviare l'attività sanitaria.



L'intero procedimento ha una durata variabile da uno a 3 mesi.

Con l'introduzione della segnalazione certificata di inizio attività (SCIA), ai sensi della legge 241/1990 e s.m.i., l'intero iter amministrativo sopra descritto è sostituito dalla presentazione di una semplice istanza (SCIA), corredata dalle autocertificazioni che il professionista invia al Comune.