Regione Campania
Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO N. 18 DEL 21.03.2014

OGGETTO : ADEGUAMENTO PROGRAMMI OPERATIVI 2013 / 2015 AGLI INDIRIZZI MINISTERIALI

PREMESSO che :

- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 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 regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009 n. 222;
- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo 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 191 del 2009;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco è stato confermato sub Commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013 il prof. Ettore Cinque è stato nominato sub Commissario ad acta con il compito di affiancare, insieme al Dott. Morlacco, il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro.

CONSIDERATO che :

- con deliberazione n. 460 del 20.03.2007, la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo Attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004, n. 311;
- il Commissario ad Acta della Regione Campania ha provveduto con il decreto commissariale n. 25 del 14 Aprile 2010 "Intesa Stato Regioni 3/12/2010. Patto per la Salute. Prosecuzione del piano di Rientro. Approvazione Programma Operativo", all'approvazione del Programma Operativo;
- il Commissario ad Acta della Regione Campania, a seguito dei rilievi espressi e dei chiarimenti richiesti nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza - nella seduta del 19 Maggio 2010 - ha

Il Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibere Consiglio dei Ministri del 24 Luglio 2009, del 24 Aprile 2010 e 3 Marzo 2011)

provveduto, con il decreto commissariale n. 41 del 14 Luglio 2010, ad integrare il Programma Operativo 2010;

- l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "*per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva lo possibilità per le regioni di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure nel medesimo piano per il passaggio della gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale*";

ATTESO che:

- in ottemperanza alle previsioni della L. 191/2009 - finanziaria per il 2010, i programmi operativi costituiscono mera appendice esecutiva del Piano di rientro con il quale devono presentare piena coerenza programmatica;
- i suddetti programmi operativi, predisposti dal Commissario, sono successivamente sottoposti alla verifica da parte del tavolo congiunto e sono conseguentemente rimodulati in maniera da garantire - anche in ragione dei risultati progressivamente conseguiti – coerenza con gli obiettivi del Piano di Rientro;
- il Commissario ad Acta della Regione Campania ha provveduto con il decreto commissariale n. 45 del 20 Giugno 2011 all'approvazione dei Programmi Operativi 2011/2012 con decreto n. 53 del 09/05/2012 al relativo adeguamento per l'anno 2012;
- con D.C. n. 153 del 28.12.2012 si è provveduto all'approvazione dei programmi operativi 2013/2015.

CONSIDERATO che:

- i Programmi Operativi 2013/2015, quanto agli obiettivi operativi, agli obiettivi specifici, al crono programma, in uno con una rappresentazione degli effetti economici degli interventi stessi, sono stati cosi più ampiamente formulati:
  1. Governance del PO
  2. Attuazione del Decreto Legislativo 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
  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

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

17. Assistenza farmaceutica
18. Sicurezza e rischio clinico
19. Attuazione del Piano dei pagamenti

DATO ATTO che:

- con D.C. n. 82 del 05.07.2013 si è provveduto alla riapprovazione dei programmi operativi 2013/2015;

RILEVATO che:

- parallelamente i Ministeri affiancanti hanno adottato e comunicato le linee di indirizzo per la elaborazione dei programmi operativi rendendosi necessario l'adeguamento di quelli già approvati ed inoltrati tramite piattaforma;

VISTE :

- le risultanze scaturite dalla riunione del Tavolo e Comitato di verifica del 27 Novembre 2013 e le osservazioni riguardanti, in particolare, l'impostazione generale del P.O. 2013-2015, e, per i singoli programmi:
  1) Area governo di sistema :
     a) i flussi informativi (programma 4),
     b) l'accreditamento (programma 5);
     c) rapporti con gli erogatori privati (programma 7)- (solo alcuni interventi);
  2) Area razionalizzazione dei fattori produttivi :
     a) Razionalizzazione della spesa (programma 9) - (solo alcuni aspetti);
     b) Gestione del personale (programma 110) - (solo alcuni aspetti);
  3) Area LEA (alcuni aspetti) riguardanti:
     a) Reti assistenziali per intensità di cura (programma 13);
     b) Riequilibrio ospedale-territorio (programma 14);
     c) Rete emergenza-urgenza (programma 15).

PROCEDUTO:

- all'adeguamento dei programmi operativi in conformità alle suddette prescrizioni, con la precisazione che eventuali adempimenti scaduti e non ancora assicurati diventano cronologicamente obiettivo prioritario nel 2014;

RITENUTO:

- di procedere al recepimento e formale adozione dei programmi operativi 2013-2015 con decreto commissariale come indicato dai ministeri affiancati, come da allegato al presente provvedimento di cui è parte integrale e sostanziale;
- di voler adempiere alle richieste presentate dai Ministeri competenti (parere ministeriale n. 75-P del 13.03.2014) relativamente la ridefinizione dell'obiettivo del Programma Operativo "Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti", mediante l'emanazione di un provvedimento volto alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e del Piano Sanitario Regionale, nonostante la mancata emanazione del DM approvativo del regolamento, entro il termine e con le modalità da concordare con i Ministeri affiancanti in occasione della prossima verifica del 10 aprile;

Il Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibere Consiglio dei Ministri del 24 Luglio 2009, del 24 Aprile 2010 e 3 Marzo 2011)

- altresì, opportuno riservarsi di procedere, entro 120 giorni dall'adozione del presente decreto, ad un aggiornamento dei programmi in relazione allo stato di avanzamento, ai risultati economici del 2013, alla necessità di adeguarsi alle osservazioni ministeriali con riferimento ai pareri intervenuti dopo l'ultima verifica (es. conversione neuropsichiatriche);

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte

D E C R E T A

DI APPROVARE l'unito documento, che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto, concernente i Programmi Operativi 2013/2015 in modificazione e d'integrazione di quelli approvati con decreto commissariale n. 82 del 05.07.2013;

DI PRECISARE che i Programmi Operativi costituiscono prosecuzione del Piano di Rientro;

DI DARE ATTO che i Programmi Operativi 2013/2015 saranno adeguati in progress alle eventuali prescrizioni dei Ministeri affiancanti;

DI TRASMETTERE il presente decreto ai Tavoli e Comitato di Verifica Ministeriali per la validazione;

DI INVIARE il presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute; al Gabinetto del Presidente della G.R.; al Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse naturali; all'ARSAN; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione.

Il Capo Dipartimento
Salute e Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Si esprime parere favorevole:
Il Sub Commissario ad Acta
Mario Morlacco

Il Direttore Generale Tutela
della Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Sub Commissario ad Acta
Ettore Cinque

Il Direttore dell'ARSAN
Dott.ssa Lia Bertoli

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

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

Regione Campania

Programmi Operativi 2013 – 2015 in prosieguo del Piano di Rientro

(ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88)

[Versione del 14 03 2014]

Indice

Premessa e quadro normativo 8

1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale 10

1.1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione 10
1.1.1 Profilo di salute: la mortalità nella Regione Campania ed in Italia 14
1.1.2 Principali cause di ricovero 24

1.2 Il Piano di rientro, il commissariamento e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2007-2012 e valutazione dei tavoli 25

1.3 Tendenziali e programmatici 2013-2015 33

Sintesi delle manovre 40

2. Accordi di programma di edilizia sanitaria 41

3. Area: Governo del Sistema 42

Programma 1: Governance del PO 42
Intervento 1.1: Potenziamento del nucleo di coordinamento 42
Intervento 1.2: Rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo 44
Intervento 1.3: Adempimenti LEA 46
Intervento 1.4: Regolarizzazione carte contabili 48

Programma 2: Attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011 50
Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del D.L. 118/2011 50
Intervento 2.2: Trasferimento delle risorse destinate al SSR dal bilancio regionale alla G.S.A. 51

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR 53
Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR 53
Azione 3.1.1: Attuazione art.79 Legge n.133/2008 53

Programma 4: Flussi informativi 55
Intervento 4.1: Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento 56
Intervento 4.2 Flussi informativi (NSIS) consolidati 57
Azione 4.2.1: Tessera sanitaria 57
Azione 4.2.2: DPCM 26 marzo 2008 “Medici in rete” 58
Azione 4.2.3: Esenzioni da reddito D.M. 11.12.2009 59
Azione 4.2.4: Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 02.11.2011) 59
Azione 4.2.5: Flussi informativi farmaceutica 60
Azione 4.2.6: Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale (*Decreto Ministeriale 11 giugno 2010*) 63
Azione 4.2.7: Flusso Emergenza Urgenza (EMUR) 65
Azione 4.2.8: Sistema Informativo Dipendenze 66
Azione 4.2.9: Flusso SDO 68
Intervento 4.3: Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS 69
Azione 4.3.1: Flussi FAR e SIAD 69
Azione 4.3.2: Flusso Hospice 72
Azione 4.3.3: Sistema Informativo Salute Mentale 73
Azione 4.3.4: Sistema informativo per il Monitoraggio della Rete di Assistenza 74

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

Intervento 4.4: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili. Implementazione nuovi flussi 76

Programma 5: Accreditamento 78
Intervento 5.1: Proseguimento del processo di accreditamento istituzionale 79
Azione 5.1.1: Processo di accreditamento istituzionale 79

Programma 6: Contabilità analitica 82
Intervento 6.1: Contabilità analitica 82

Programma 7: Rapporti con gli erogatori 85
Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali 85
Intervento 7.2: Compartecipazione alla spesa sociosanitaria 88
Intervento 7.3: Programma dei controlli di appropriatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO 89
Intervento 7.4: Tetti di spesa e stipula intese e contratti 91
Azione 7.4.1 Assistenza ospedaliera 91
Azione 7.4.2: Prestazioni specialistica ambulatoriale 93
Azione 7.4.3: Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA 94
Azione 7.4.4 Assistenza termale, integrativa, protesica e file F 95
Intervento 7.5: Sperimentazioni gestionali 98
Intervento 7.6: Protocolli d'intesa Regione-Università 100

Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori 102
Intervento 7.4: Tetti di spesa e stipula intese e contratti 102
Azione 7.4.1: Assistenza ospedaliera 102
Azione 7.4.3: Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA 103
Azione 7.4.4 Assistenza termale, integrativa, protesica e file F 104

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini 106
Intervento 8.1: Formazione del personale 106
Intervento 8.2: Promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie e azioni finalizzate alla rilevazione della qualità percepita dagli utenti/cittadini 107

4. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi 109

Programma 9: Razionalizzazione spesa 109
Intervento 9.1: Ottimizzazione acquisto beni e servizi 109
Azione 9.1.1: Riorganizzazione Centrale Acquisti 109
Azione 9.1.2: Riduzione della spesa sanitaria 112
Azione 9.1.3: Riduzione della spesa sanitaria (Dispositivi medici) 117
Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto 118
Intervento 9.3: Assistenza farmaceutica 119
Azione 9.3.1: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC) 119
Intervento 9.4: Health Technology Assessment 121
Intervento 9.5: Monitoraggio dei tempi di pagamento 123

Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa 124
Intervento 9.2: Assistenza farmaceutica 124
Azione 9.2.1: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC) 124

Programma 10: Gestione del personale 125
Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale 126
Azioni 10.1.1: Attivazione sblocco del *turn over* e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015 126
Azione 10.1.2: Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale 130
Azione 10.1.3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa 131
Azione 10.1.4: Prestazioni aggiuntive 133
Azione 10.1.5: Interventi derivanti dal D.L. 6 luglio 2012, n.95 134

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

Azione 10.1.6: Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane 134
Azione 10.1.7: Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto) 135
Azione 10.1.8: Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione 136
Azione 10.1.9: Contenimento costi apparati amministrativi e consulenze 136

Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale 138
Intervento 10.1: Gestione del personale 138
Azioni 10.1.1: Attivazione sblocco del *turn over* e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015 138
Azione 10.1.2: Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale 140
Azione 10.1.3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa 141

5. Area "Livelli Essenziali di assistenza" 144

5.1. "Prevenzione" 144

Programma 11: Sanità pubblica 144
Intervento 11.1: Attività di prevenzione rivolta alle persone 144
Azione 11.1.1: Corso di formazione: declinare localmente il piano regionale di prevenzione, monitorando e valutando i progetti 146
Azione 11.1.2: Estensione e consolidamento dei programmi di screening oncologico di provata efficacia 147
Azione 11.1.3: Corso di formazione: comunicare la salute per realizzare il piano regionale di prevenzione in Campania 149
Intervento 11.2: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro 149

Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare 152
Intervento 12.1: Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare 152
Azione 12.1.1: Riorganizzazione del "nodo" regionale 152
Azione 12.1.2: Attuazione Piano Regionale Integrato 153
Azione 12.1.3: Certificazione ISO 9001/2008 delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, per favorire il raggiungimento degli obiettivi operativi del Piano Regionale Integrato (PRI) dei controlli 154
Azione 12.1.4: Consolidamento dello stato di accreditamento per Malattia Vescicolare del Suino (MVS) delle aziende suinicole campane – Raggiungimento dello stato di Accreditamento regionale per MVS 155
Azione 12.1.5: Piano Gestione del randagismo e igiene urbana veterinaria (IUV) 156

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure 161
Intervento 13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke 161
Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche 163
Intervento 13.3 : Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del disease management. Individuazione della rete assistenziale regionale 166
Intervento 13.4: Percorso Nascita e Promozione del parto spontaneo 170

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio 174
Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni 174
Azione 14.1.1: Dismissione e riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività 174
Azione 14.1.2: Riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) 176
Azione 14.1.3: Riconversione dei presidi ospedalieri per acuti in ospedali ad indirizzo riabilitativo 177
Azione 14.1.4. Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali di cui al decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con

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

modificazioni nella legge 7 agosto 2012 n. 135 e dell'emanando regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" 179
Azione 14.1.5: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali 180
Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico 182
Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico 182
Azione 14.2.2: Attivazione di strutture di Hospice adulti 185
Azione 14.2.3 Centri residenziali per le cure palliative per minori 187
Intervento 14.3: Assistenza primaria 187
Azione 14.3.1: Accordi MMG/PLS 187
Azione 14.3.1.1: Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie (UCCP) 188
Azione 14.3.1.2: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale 190
Azione 14.3.2: Perfezionamento rete laboratoristica pubblica 191
Azione 14.3.3: Riorganizzazione rete laboratoristica privata 193
Azione 14.3.4: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa 195
Intervento 14.4: Assistenza territoriale 196
Azione 14.4.1: Classificazione delle strutture e processo di riconversione verso l'appropriatezza dell'offerta 198
Azione 14.4.2: Classificazione strutture, riqualificazione offerta e definizione dei fabbisogni 199
Azione 14.4.3: Implementazione sistema di verifica dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi dei profili riabilitativi 202
Azione 14.4.4: Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili (RIA ex art.26 legge 833) 203
Azione 14.4.5: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti 205
Azione 14.4.6: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere per cittadini adulti ed anziani non autosufficienti 207
Azione 14.4.7: Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali 210
Azione 14.4.8: Attivazione posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti 211
Azione 14.4.9: Attivazione posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività 214
Azione 14.4.10: Potenziamento dell'assistenza domiciliare 215
Azione 14.4.11: MMG e Cure Domiciliari 217

Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-territorio 220
Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico 220
Azione 14.2.2: Attivazione di Hospice adulti 220
Intervento 14.3: Assistenza primaria 221
Azione 14.3.1.2: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale 221
Intervento 14.4: Riorganizzazione e attivazione della rete di assistenza territoriale 221
Azione 14.4.4: Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili (RIA ex art.26 legge 833) 222
Azione 14.4.5: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti 223
Azione 14.4.6: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere per cittadini adulti ed anziani non autosufficienti 224
Azione 14.4.7: Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali 225
Azione 14.4.8: Attivazione posti letto in comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti 226
Azione 14.4.9: Attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività 228

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza 230
Intervento 15.1: Riqualificazione rete emergenza - urgenza 230
Intervento 15.2: Riorganizzazione rete trasfusionale 234
Azione 15.2.1: Accreditamento servizi trasfusionali 235
Azione 15.2.2: Razionalizzazione del modello organizzativo 236

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

Azione 15.2.3: Sicurezza trasfusionale 236
Azione 15.2.4: Progetto di formazione 237

Programma 16: Sanità penitenziaria 239
Intervento 16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR e nuove prioritarie implementazioni per la tutela della salute in carcere 239
Intervento 16.2: La tutela della salute in carcere e realizzazione di interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale in aree con maggiori criticità 242
Intervento 16.3: Programma per il definitivo e completo superamento degli OPG della Campania 244

Programma 17: Assistenza farmaceutica 250
Intervento 17.1: Politiche del Farmaco 251
Azione 17.1.1: Farmacovigilanza e Farmacoutilizzazione 252
Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale 254
Azione 17.2.1: Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva 255
Azione 17.2.2: Incentivazione alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci di minor costo 256
Azione 17.2.3: Distribuzione ossigeno liquido 257
Azione 17.2.4: Razionalizzazione della distribuzione dei presidi per diabetici 258
Azione 17.2.5: Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica 259
Azione 17.2.6: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria 262
Intervento 17.3: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera 262
Azione 17.3.1: Monitoraggio procedure di rimborso condizionato 263
Azione 17.3.2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.) 264
Azione 17.3.3: Implementazione di un sistema di indicatori delle performance aziendali relativo ai farmaci 265
Azione 17.3.4: Implementazione di un sistema di indicatori delle performance aziendali relativi ai dispositivi medici 266
Azione 17.3.5: Elaborazione linee guida e percorsi diagnostico terapeutici 267
Intervento 17.4: Compartecipazione alla spesa 267
Azione 17.4.1: Compartecipazione assistenza specialistica ambulatoriale, termale e per codici bianchi di Pronto Soccorso 267
Azione 17.4.2: Compartecipazione alla spesa farmaceutica 270

Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica 272
Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale 272
Azione 17.2.1: Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva 272
Azione 17.2.2: Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci a minor costo 273
Azione 17.2.3: Distribuzione ossigeno liquido 274
Azione 17.2.4: Razionalizzazione della distribuzione dei presidi per diabetici 275
Azione 17.2.5. Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica 275
Intervento 17.3: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera 275
Azione 17.3.2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.) 275

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico 277
Intervento 18.1: Sicurezza e rischio clinico 277

Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti 280
Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti 280

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

Premessa e quadro normativo

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, i cui risultati sono sintetizzati nel presente documento.

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 2013-2015, 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;
- perseguire e 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 19.07.2012, 13.11.2012, 10.04.2013, 23.04.2013 e 25.07.2013.

Nel presente documento saranno anche esposte le manovre che la Regione dovrà attuare ai sensi del Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" e della Legge 158/2012 (cd D.L. Balduzzi), fermo restando il necessario adeguamento alle disposizioni della Legge 189/2012 (di cui all'art.16 del 158/2012).

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 2013-2015 dovrà segnare il passaggio da una gestione prevalentemente caratterizzata dal contenimento dei costi ad una gestione tendente alla garanzia dei LEA che allo stato risultano carenti come da

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

rilevazione dello specifico Tavolo di verifica e dal monitoraggio di sistema effettuato dai ministeri affiancati.

Le cadenze temporali previste per gli adempimenti sono riferite ai tre anni laddove sussistano le condizioni per articolarle in annualità. E' intendimento della Regione elaborare programmi operativi adeguabili in progress in relazione all'avanzamento in ciascuna delle annualità 2014 e 2015.

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

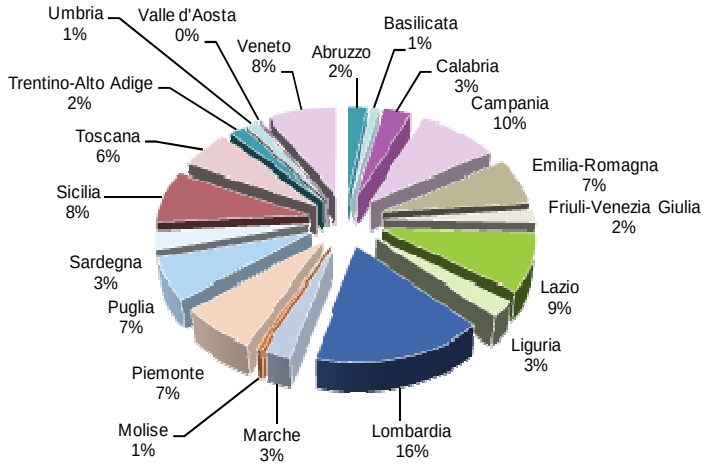
1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

1.1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione

Dall'analisi della Tabella 1 emerge che la popolazione residente in Regione al 2011 è pari a ca. 5,834 mln (ca. il 10% dell'intera popolazione italiana).

REGIONE	Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	652.286	690.080	1.342.366
Basilicata	287.618	299.899	587.517
Calabria	980.112	1.031.283	2.011.395
Campania	2.829.162	3.004.894	5.834.056
Emilia-Romagna	2.151.133	2.281.285	4.432.418
Friuli-Venezia Giulia	598.109	637.699	1.235.808
Lazio	2.754.318	2.974.370	5.728.688
Liguria	767.898	848.890	1.616.788
Lombardia	4.844.524	5.073.190	9.917.714
Marche	759.397	805.938	1.565.335
Molise	155.675	164.105	319.780
Piemonte	2.158.445	2.298.890	4.457.335
Puglia	1.984.310	2.106.949	4.091.259
Sardegna	821.189	854.222	1.675.411
Sicilia	2.441.599	2.609.476	5.051.075
Toscana	1.805.132	1.944.681	3.749.813
Trentino-Alto Adige	509.415	527.699	1.037.114
Umbria	436.259	470.227	906.486
Valle d'Aosta	62.803	65.427	128.230
Veneto	2.413.890	2.523.964	4.937.854
Totale	**29.413.274**	**31.213.168**	**60.626.442**

Tabella 1 - Popolazione residente in Italia al 2011 ripartita per Regione (Fonte ISTAT)

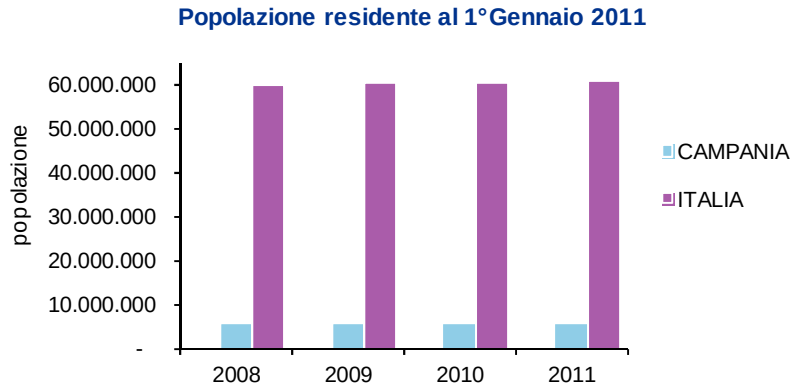


Rispetto al 2010 la popolazione residente in Regione è aumentata di una percentuale pari a ca. lo 0,16% (+9.394 individui) a fronte di un aumento medio in Italia di ca. lo 0,47% (+286.114 individui).

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

	2008	2009	2010	2011	Δ% 2009-2008	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010
Italia	59.619.290	60.045.068	60.340.328	60.626.442	0,71%	0,49%	0,47%
Campania	5.811.390	5.812.962	5.824.662	5.834.056	0,03%	0,20%	0,16%

Tabella 2 - Popolazione residente in Italia e in Campania, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)



Dall'analisi della Tabella 3 si evince che la provincia più popolosa è quella di Napoli con ca. 3 mln di residenti (pari al 53% del totale) al 1° Gennaio 20 11, mentre la provincia meno popolosa risulta essere quella di Benevento con ca. 0,28 mln di abitanti.

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Avellino	214.670	224.467	439.137
Benevento	139.682	148.192	287.874
Caserta	446.316	470.151	916.467
Napoli	1.489.275	1.591.598	3.080.873
Salerno	539.219	570.486	1.109.705
TOTALE	**2.829.162**	**3.004.894**	**5.834.056**

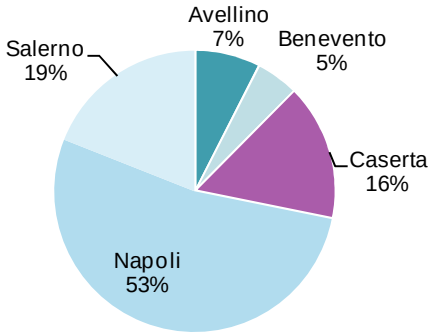


Tabella 3 - Popolazione residente in Campania ripartita per provincia al 2011 (Fonte ISTAT)

La Tabella 4 riporta la ripartizione della popolazione per fasce d'età. Secondo la stima effettuata per l'anno 2012 la Campania si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0-14 anni pari al 16,2% (l'Italia si trova al 13,6%), tra i 15-64 anni pari al 67,3% (l'Italia si trova al 64,5%) e oltre i 65 anni pari al 16,5% (l'Italia si trova al 21,8%). Negli ultimi anni in Campania si assiste ad un progressivo aumento della quota di ultra-65enni, pur restando di ca. 5 punti percentuali al di sotto della media italiana.

	2009			2010			2011			2012*		
	0-14 anni	15-64	>=65 anni	0-14 anni	15-64	>=65 anni	0-14 anni	15-64	>=65 anni	0-14 anni	15-64	>=65 anni
Campania	16,7	67,4	15,9	16,5	67,5	16	16,4	67,5	16,1	16,2	67,3	16,5
Sud	15,4	66,9	17,7	15,2	67	17,8	15,1	67	18	14,9	66,7	18,4
Isole	14,7	66,9	18,4	14,6	66,9	18,6	14,4	66,8	18,8	14,3	66,6	19,1
Centro	13,3	65,3	21,4	13,4	65,2	21,5	13,4	65,1	21,5	13,5	64,8	21,8
Nord	13,5	65,3	21,2	13,6	65	21,3	13,7	65	21,3	13,8	64,6	21,7
ITALIA	**13,4**	**65,2**	**21,4**	**13,5**	**65**	**21,5**	**13,6**	**64,9**	**21,5**	**13,6**	**64,5**	**21,8**

*Stima

Tabella 4 - Composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita (Tabella 5), in Campania per il 2011 si stima un tasso di natalità pari a ca. 9,9 rispetto ad un tasso di mortalità pari a ca. 8,7. La Campania presenta quindi un tasso di crescita positivo (pari a 1,2), rispetto al tasso medio di crescita italiano che presenta un valore negativo (pari a -0,6). Il tasso di nuzialità è pari a 4,4 x 1000 ab., rispetto alla media italiana di 3,5 x 1000 ab.

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

NATALITA'	2008	2009	2010	2011*
Campania	10,5	10,3	10	9,9
Sud	9,6	9,5	9,3	9,2
Isole	9,4	9,3	9,2	9
Centro	9,7	9,3	9,1	9
Nord	9,7	9,5	9,4	9,2
ITALIA	**9,6**	**9,5**	**9,3**	**9,1**

MORTALITA'	2008	2009	2010	2011*
Campania	8,5	8,6	8,7	8,7
Sud	8,8	9,1	8,9	9
Isole	9,3	9,6	9,3	9,6
Centro	10,3	10,3	10,2	10,2
Nord	10,2	10,1	10	10
ITALIA	**9,8**	**9,8**	**9,7**	**9,7**

*Stima

CRESCITA NATURALE	2008	2009	2010	2011*
Campania	2,0	1,7	1,3	1,2
Sud	0,8	0,4	0,4	0,2
Isole	0,1	-0,3	-0,1	-0,6
Centro	-0,6	-1,0	-1,1	-1,2
Nord	-0,5	-0,6	-0,6	-0,8
ITALIA	**-0,2**	**-0,3**	**-0,4**	**-0,6**

NUZIALITA'	2008	2009	2010	2011*
Campania	5,5	5,1	4,8	4,4
Sud	4,9	4,6	4,4	4,2
Isole	4,7	4,5	4,2	4,1
Centro	4	3,7	3,4	3,2
Nord	3,6	3,3	3,1	3
ITALIA	**4,1**	**3,8**	**3,6**	**3,5**

*Stima

Tabella 5 - Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

In Tabella 6 sono riportati gli stessi indici della tabella precedente, analizzando la situazione regionale per singola provincia. Limitando l'analisi al 2011 (valore stimato) Napoli presenta il tasso di natalità più alto (10,6 x 1000 ab.), seguita da Caserta (10,4 x1000 ab.), mentre in coda troviamo Avellino con un valore pari a 8,1 x 1000 ab. Prendendo in considerazione il tasso di mortalità invece la situazione si ribalta; i valori più alti,infatti, si registrano presso Benevento (11,1 x1000 ab.) e Avellino (10,3 x1000 ab.), mentre Caserta e Napoli presentano i valori più bassi (rispettivamente 8,3 x 1000 ab. e 8,1 x 1000 ab.). Tra le 5 province, le uniche che presentano un tasso di crescita positivo sono Napoli e Caserta, pur mostrando un andamento in flessione negli ultimi 4 anni.

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

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

*Stima

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

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

*Stima

Tabella 6 - Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

In Tabella 7 sono riportati gli indicatori di struttura, ripartiti per compartimento geografico. La Campania presenta un andamento in linea con quello del resto di Italia, caratterizzato però da un indice di vecchiaia e da un'età media della popolazione più bassi di quelli del resto del paese. In particolare si evidenzia come mentre l'Italia ha un indice di vecchiaia stimato per il 2012 pari al 147%, lo stesso indicatore per la Campania ha un valore pari al 102%. L'età media in Campania è pari a 40,5 anni, mentre nel resto del paese ha un valore pari a 43,7.

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

DIPENDENZA STRUTTURALE	2009	2010	2011	2012*
Campania	48%	48%	48%	49%
Sud	49%	49%	49%	50%
Isole	49%	50%	50%	50%
Centro	53%	53%	54%	54%
Nord	53%	54%	54%	55%
ITALIA	**52%**	**52%**	**52%**	**53%**

DIPENDENZA ANZIANI	2009	2010	2011	2012*
Campania	24%	24%	24%	25%
Sud	26%	27%	27%	28%
Isole	28%	28%	28%	29%
Centro	33%	33%	33%	34%
Nord	33%	33%	33%	34%
ITALIA	**31%**	**31%**	**31%**	**32%**

*Stima

VECCHIAIA	2009	2010	2011	2012*
Campania	95%	96%	99%	102%
Sud	115%	117%	119%	123%
Isole	125%	128%	130%	133%
Centro	161%	161%	160%	162%
Nord	157%	157%	156%	157%
ITALIA	**143%**	**144%**	**145%**	**147%**

ETA' MEDIA	2009	2010	2011	2012*
Campania	40,00	39,96	40,00	40,50
Sud	41,00	41,38	42,00	41,90
Isole	42,00	42,01	42,00	42,50
Centro	44,00	44,24	44,00	44,50
Nord	44,00	44,20	44,00	44,50
ITALIA	**43,00**	**43,30**	**43,00**	**43,70**

*Stima

Tabella 7 - Indicatori di struttura della popolazione per compartimento geografico, anni 2009-2012 (Fonte ISTAT)

- **Indice di dipendenza strutturale**: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva;
- **indice di dipendenza anziani**: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni);
- **indice di vecchiaia:** rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni.

La speranza di vita alla nascita in Campania, come si evince dalla Tabella 8, risulta essere leggermente inferiore rispetto ai dati nazionali. Il numero medio di figli per donna è in linea con quello degli ultimi anni e con la media italiana.

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA A 0 E 65 ANNI	2008				2009				2010*				2011*			
	M		F		M		F		M		F		M		F	
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
Campania	77,2	16,9	82,6	20,4	77,5	17,1	82,6	20,5	77,6	17,2	82,8	20,5	77,7	17,3	83	20,6
Sud	78,3	17,7	83,5	21,1	78,4	17,8	83,5	21,1	78,6	18	83,8	21,3	78,8	18,1	84	21,4
Isole	78,4	17,8	83,4	21	78,3	17,7	83,2	20,9	78,7	18	83,8	21,3	78,7	18	83,8	21,2
Centro	79,2	18,2	84,3	21,7	79,4	18,3	84,4	21,9	79,5	18,4	84,6	22	79,6	18,6	84,8	22,2
Nord	79	17,9	84,3	21,8	79,3	18,1	84,5	21,9	79,3	18,2	84,5	22	79,7	18,5	84,7	22,1
ITALIA	**78,8**	**17,9**	**84,1**	**21,6**	**79**	**18,1**	**84,1**	**21,6**	**79,1**	**18,2**	**84,3**	**21,8**	**79,4**	**18,4**	**84,5**	**21,9**

*Stima

NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA	2008	2009	2010	2011*
Campania	1,44	1,43	1,42	1,43
Sud	1,35	1,35	1,35	1,35
Isole	1,35	1,35	1,35	1,35
Centro	1,41	1,38	1,38	1,38
Nord	1,46	1,48	1,48	1,48
ITALIA	**1,42**	**1,41**	**1,41**	**1,42**

*Stima

Tabella 8 - Speranza di vita alla nascita e numero medio di figli per donna anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

La Campania presenta un saldo migratorio interno negativo, effetto indiretto del forte fenomeno di emigrazione dei cittadini campani verso le regioni del centro-nord, con un aumento stimato per il 2011 di ca. 0,6 punti. La stima per il 2011 del saldo migratorio con l'estero risulta essere invece più bassa del 2010, rispettando l'andamento italiano.

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

SALDO MIGRATORIO INTERNO	2008	2009	2010	2011**
Campania	-4,5	-2,5	-3,1	-3,7
Sud	-3,2	-2	-2,3	-2,6
Isole	-1,5	-1,1	-0,9	-1,4
Centro	1,3	1,3	1,1	1,3
Nord	2,1	1,3	1,3	1,3
ITALIA	**0,3***	**0,3***	**0,2***	**0,1***

SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO	2008	2009	2010	2011**
Campania	3,1	2,9	3,8	2,5
Sud	3,7	3,2	3,8	2,7
Isole	3,5	2,8	3,1	2,2
Centro	10,5	8,4	7,9	7,2
Nord	9,3	7,2	7,6	6,6
ITALIA	**7,6**	**6,0**	**6,3**	**5,3**

*Il fatto che per l'Italia il saldo migratorio interno non risulti nullo è dovuto allo sfasamento temporale di uno stesso evento che viene contabilizzato da comuni diversi in momenti diversi
**Stima

SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO	2008	2009	2010	2011**
Campania	-0,3	0	-0,4	-0,3
Sud	-0,2	-0,3	-0,4	-0,4
Isole	-0,1	-0,4	-0,4	-0,4
Centro	-0,7	-0,9	-1,5	-1,3
Nord	-0,8	-1,5	-1,9	-1,6
ITALIA	**-0,6**	**-1**	**-1,3**	**-1,1**

SALDO MIGRATORIO TOTALE	2008	2009	2010	2011**
Campania	-1,7	0,4	0,3	-1,5
Sud	0,3	0,9	1,1	-0,3
Isole	1,9	1,3	1,8	0,4
Centro	11,1	8,8	7,6	7,2
Nord	10,5	7	7	6,3
ITALIA	**7,3**	**5,3**	**5,2**	**4,3**

**Stima

Tabella 9 – Tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

Tra tutte le province campane Napoli è quella che presenta il saldo migratorio interno negativo di maggior entità (-5,7 il valore stimato per il 2011, in crescita rispetto al valore 2010).

SALDO MIGRATORIO INTERNO	2008	2009	2010	2011**
Caserta	0	-0,3	-0,2	-1,3
Benevento	-0,3	-1,4	-1,2	-1,1
Napoli	-7,8	-3,5	-5,1	-5,7
Avellino	-0,4	-0,9	-0,1	-0,1
Salerno	-1,7	-2,2	-1,8	-2
CAMPANIA	**-4,5**	**-2,5**	**-3,1**	**-3,7**

SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO	2008	2009	2010	2011**
Caserta	4,2	3,9	5,6	3,4
Benevento	3,1	2,7	2,8	1
Napoli	2	2,2	3,3	2,4
Avellino	3,3	2,6	2,8	1
Salerno	5,2	4	4,6	2,7
CAMPANIA	**3,1**	**2,9**	**3,8**	**2,5**

**Stima

SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO	2008	2009	2010	2011**
Caserta	0	0	-0,7	-0,5
Benevento	-1,2	-0,4	-0,4	-0,4
Napoli	-0,1	0,3	-0,1	-0,2
Avellino	-0,5	-1,3	-0,7	-0,6
Salerno	-0,4	-0,3	-0,7	-0,5
CAMPANIA	**-0,3**	**0**	**-0,4**	**-0,3**

SALDO MIGRATORIO TOTALE	2008	2009	2010	2011**
Caserta	4,2	3,6	4,7	1,6
Benevento	1,6	0,8	1,2	-0,5
Napoli	-6	-1	-2	-3,5
Avellino	2,4	0,5	2,1	0,3
Salerno	3,1	1,5	2,1	0,2
CAMPANIA	**-1,7**	**0,4**	**0,3**	**-1,5**

**Stima

Tabella 10 – Tassi generali di migratorietà (per 1000 ab.) per provincia, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

1.1.1 Profilo di salute: la mortalità nella Regione Campania ed in Italia

Per avere un quadro complessivo della mortalità nella Regione, posta a confronto con l'Italia, in primo luogo sono stati calcolati, per grandi gruppi di cause, il numero assoluto dei decessi ed il loro contributo percentuale alla mortalità totale, sia per gli uomini che per le donne. I risultati presentati si riferiscono all'anno 2009, il più recente per cui è disponibile il dato ufficiale di mortalità fornito dall'ISTAT.

In Campania, come in Italia, sono le malattie del sistema circolatorio a fornire il più alto contributo alla mortalità generale; tale contributo è nella Campania particolarmente elevato: quasi il 40%, con un valore del 46% tra le donne. Il secondo contributo alla mortalità generale della Campania è dato dai tumori maligni anche se in misura inferiore rispetto al dato nazionale. Si evidenzia inoltre in Campania un rilevante contributo del diabete mellito, soprattutto tra le donne.

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

Cause di morte	ITALIA				CAMPANIA			
	UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE	
	Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
Malattie del sistema circolatorio	97.019	34	126.680	42	8.956	36	11.616	46
Malattie sistema respiratorio	22.243	8	17.581	6	1.876	8	1.277	5
Malattie dell'apparato digerente	11.518	4	12.036	4	1.094	4	1.127	4
Malattie del sistema nervoso	9.323	3	12.910	4	596	2	742	3
Diabete mellito	8.732	3	12.028	4	1.024	4	1.597	6
Tumori Maligni	94.003	33	72.298	24	7.804	32	5.387	21
Cause violente	13.891	5	10.074	3	877	4	776	3
Altre cause	27.689	10	37.157	12	2.511	10	2.552	10
Mortalità Generale	**284.418**	**100**	**300.764**	**100**	**24.738**	**100**	**25.074**	**100**

Tabella 11 - Mortalità in Italia e in Campania per grandi gruppi di cause: valori assoluti e contributi percentuali. Anno 2009 (Fonte ISTAT)

Sono stati inoltre calcolati, per l'Italia, la Regione Campania e le sue province i tassi standardizzati di mortalità per le cause selezionate, a cui si fa riferimento nei Metodi. Considerando in primo luogo la mortalità generale, il tasso della Campania risulta essere superiore rispetto al tasso italiano in entrambi i generi.

Quando si analizzano le cause specifiche, tra gli uomini vi è in Campania una larga prevalenza di tassi superiori alla media nazionale. Sono infatti più alti i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito. Per quanto riguarda i tumori maligni nel loro complesso, i tassi osservati in Campania sono superiori al dato nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per i tumori nelle seguenti sedi: fegato, laringe, trachea-bronchi e polmone, prostata, vescica.

Tra le donne risultano più elevati i livelli di mortalità per malattie circolatorie, in particolare le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. Risalta il tasso di mortalità per diabete mellito (50.7) quasi doppio di quello italiano (27.1).

Il tasso di mortalità per il complesso dei tumori maligni osservato in Campania risulta nelle donne inferiore al valore nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per tumore del fegato, della laringe e della vescica.

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

Cause di morte	ITALIA				CAMPANIA			
	UOMINI		DONNE		UOMINI		DONNE	
	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso
Mortalità Generale	**284.418**	**1087.8**	**300.764**	**681.7**	**24.738**	**1211.7**	**25.074**	**793.8**
Malattie del sistema circolatorio	97.019	384.1	126.680	267.6	8.956	466.2	11.616	357.8
Malattie ischemiche del cuore	37.142	144.3	36.350	77.6	3.460	175.3	3.387	105.5
Disturbi circolatori dell'encefalo	24.861	99.4	38.257	80.9	2.418	129.5	3.852	118.2
Malattie sistema respiratorio	22.243	89.2	17.581	37.5	1.876	99.0	1.277	39.6
Malattie dell'apparato digerente	11.518	42.7	12.036	27.9	1.094	50.3	1.127	36.9
Malattie del sistema nervoso	9.323	35.5	12.910	29.1	596	28.9	742	23.4
Diabete mellito	8.732	33.2	12.028	27.1	1.024	49.8	1.597	50.7
Cause violente	13.891	51.4	10.074	23.6	877	39.7	776	24.0
Tumori Maligni	**94.003**	**343.4**	**72.298**	**186.8**	**7.804**	**359. 3**	**5.387**	**180.2**
Tumore dello stomaco	5.898	21.6	4.310	10.7	448	20.5	329	10.9
Tumore del colon-retto	9.951	36.5	8.568	21.4	678	32.1	598	19.7
Tumore primitivo del fegato e dei dotti biliari	6.337	22.8	3.359	8.5	715	32.5	434	14.7
Tumore maligno della laringe	1.589	5.7	159	0.4	170	7.7	25	0.8
Tumore della trachea, bronchi e polmoni	25.279	90.8	8.029	21.4	2.390	107.8	555	19.0
Tumore maligno del tessuto connettivo e di altri tessuti molli	416	1.5	378	1.0	38	1.6	33	1.1
Tumore della mammella (D)	-	-	12.152	32.5	-	-	893	29.9
Tumore della prostata (U)	7.468	29.2	-	-	640	33.2	-	-
Tumore della cervice	-	-	384	1.1	-	-	27	0.9
Tumore del rene	2.083	7.5	1.186	3.0	129	5.8	72	2.3
Tumore della vescica	4.338	16.4	1.144	2.7	468	22.8	92	3.0
Linfoematopoietico Totale	7.518	27.4	6.599	16.8	533	23.9	467	15.5
Linfomi non Hodgkin	2.442	8.9	2.199	5.7	158	6.9	140	4.8
Leucemie	3.267	12.0	2.624	6.7	249	11.3	210	6.8

Tabella 12 – Mortalità in Italia e in Campania per alcuni gruppi di cause nell'anno 2009. Valori assoluti e tassi per 100.000, standardizzati con popolazione al Censimento 2001 (Fonte ISTAT)

Tale quadro della mortalità non è omogeneo all'interno delle province: la mortalità generale risulta essere più alta del valore medio nazionale in tutte le province ed in entrambi i generi tranne che per gli uomini della provincia di Avellino, che presentano un tasso inferiore a quello italiano. I tassi di mortalità più alti si registrano nelle province di Caserta e di Napoli in entrambi i generi.

1.1.1.1 Epoca perinatale

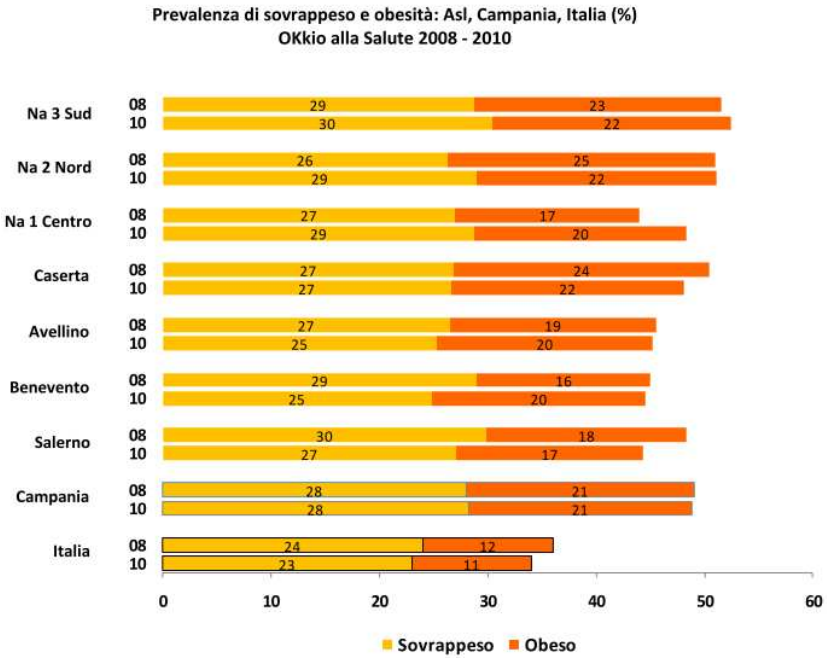
Uno dei principali problemi che si registra in quest'epoca della vita è certamente l'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo: il Rapporto sulla Natalità in Campania (CedAP 2011), registra che questa modalità rappresenta il 61% dei parti, e tale dato è sensibilmente più alto nelle strutture private/accreditate.

Nel confronto con le altre regioni, si rileva come la prevalenza del TC in Campania sia più che doppia rispetto a quanto si verifica in Emilia Romagna. Anche il tasso di mortalità neonatale (31.4/10.000), pur mostrando una lieve ma costante riduzione nel tempo, resta ancora notevolmente superiore rispetto al dato nazionale (25.4/10.000) e a quelli delle regioni settentrionali, dove vi è una maggiore efficienza nel campo delle cure perinatali.

1.1.1.2 Popolazione pediatrica e adolescenziale

Una priorità da affrontare efficacemente e tempestivamente nella popolazione pediatrica nei primi 10 anni di vita è certamente l'epidemia di obesità che la riguarda. OKkio alla Salute (Indagini 2008-10-12) registra in Campania la prevalenza di sovrappeso e obesità più alta del Paese: 1 bambino su 2, infatti, mostra un eccesso di peso. Tale situazione è fortemente associata ad un'alta prevalenza di condizioni socio-economiche disagiate le quali, a loro volta, influenzano negativamente gli stili di vita (sedentarietà, attività fisica, alimentazione) che sono alla base dello sviluppo dell'eccesso ponderale. L'obesità in età pediatrica rappresenta per la futura popolazione adulta campana, in assenza di interventi efficaci, uno dei principali determinanti per lo sviluppo delle più comuni patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali.

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



L'ultima indagine HBSC 2010 della Campania (Health Behaviour in School-aged Children-Comportamenti associati alla salute in ragazzi di età scolare) ci restituisce alcune preziose informazioni sulla salute degli adolescenti e sul contesto in cui essi vivono; un grafico sintetico riportato alla fine del presente paragrafo descrive le differenze relative ai principali indicatori tra adolescenti campani e italiani.

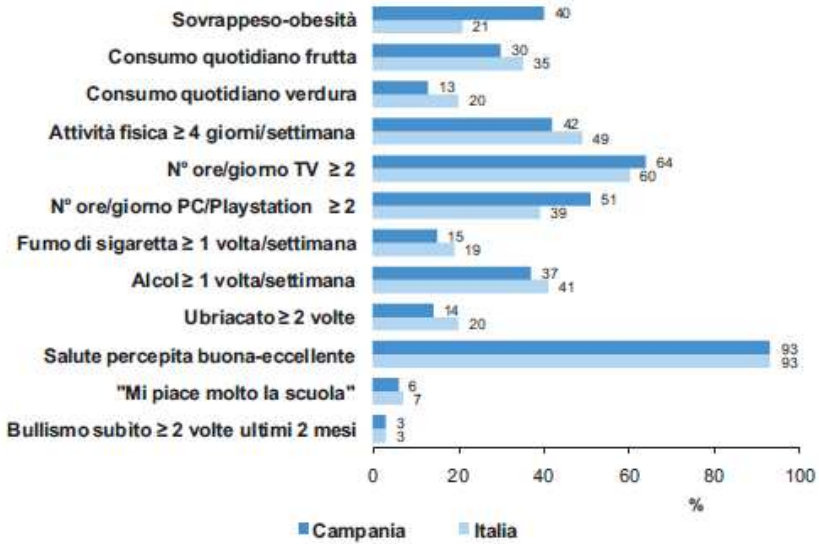
La salute percepita rappresenta un indicatore sintetico che ha a che fare con la qualità della vita dei ragazzi: a 15 anni, 3 adolescenti su 10 esprimono una poco soddisfacente percezione del proprio benessere. A qualsiasi età, su 10 adolescenti 6-7 riferiscono un sintomo somatico (cefalea, dolori addominali, mal di schiena, disturbi del sonno, stanchezza) ≥ 1 volta a settimana, mentre circa 3 su 10 li riferiscono quotidianamente; 2-3 adolescenti su 10 hanno assunto > 1 farmaco nel mese precedente l'indagine. Rispetto alle altre regioni italiane, nonostante riferiscano più frequentemente la presenza di sintomi somatici, gli adolescenti campani mostrano una percezione della propria salute simile a quella della media nazionale.

L'ambiente scolastico è in grado di influenzare l'adattamento e il benessere dei ragazzi. Come riferito dai dirigenti scolastici, circa il 30% delle scuole non presenta standard strutturali adeguati per un normale svolgimento delle attività didattiche. Solo 6 scuole su 10 adottano misure di promozione della salute. Nelle numerose scuole in cui sono presenti i dispensatori automatici degli alimenti, in 7 casi su 10 essi distribuiscono alimenti assolutamente non salutari. All'età di 11 e 13 anni, circa 2 ragazzi su 10 dichiarano di aver subìto almeno un atto di bullismo negli ultimi 2 mesi. In questo ambito la Campania è sensibilmente penalizzata rispetto alle altre regioni italiane, rispetto alle quali i suddetti indicatori, tranne quello relativo al bullismo, sono più sfavorevoli.

Anche tra gli adolescenti l'eccesso ponderale, che riguarda circa 4 adolescenti su 10, è un problema di salute e gli stili di vita a esso associati peggiorano con l'aumentare dell'età: la proporzione di adolescenti che non svolge mai attività fisica triplica tra gli 11 e i 15 anni, aumentando, rispettivamente, dal 6% al 20% mentre a 15 anni circa 3 adolescenti su 10 utilizzano il PC per più di 4 ore/giorno. Tra gli 11 e i 15 anni aumenta, quasi raddoppiando, l'abitudine a non fare la colazione mattutina, rispettivamente dal 22% al 37%; solo 1-2 adolescenti su 10 assumono frutta più di una volta al giorno e il suo consumo tende a ridursi gradualmente con l'aumentare dell'età. Circa 2 adolescenti su 10 consumano ≥ 1 volta al giorno bibite zuccherate. Si registra un'evidente sottostima del proprio eccesso ponderale da parte degli alunni: su 10 adolescenti sovrappeso-obesi 4 non si sentono tali. Soprattutto in quest'ambito della salute, al pari dell'età infantile e adulta, ciascuno dei suddetti indicatori mostra una situazione sensibilmente più sfavorevole rispetto alla media degli adolescenti italiani.

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

In questo periodo della vita i pari influenzano i comportamenti in maniera rilevante e aumenta la probabilità di adottare comportamenti a rischio. L'abitudine al fumo aumenta esponenzialmente con l'età: a 15 anni già 1 adolescente su 10 fuma quotidianamente. Anche il consumo di alcool aumenta sensibilmente con l'età: a 15 anni, il 6% circa degli adolescenti assume alcol con cadenza quotidiana. A 15 anni, più di 1 ragazzo su 10 ha già sperimentato almeno 2 volte lo stato di ubriachezza e circa 4 ragazzi su 10 dichiarano di aver fatto esperienza del binge drinking. A 15 anni, circa 1 adolescente su 10 ha già fatto uso di cannabis: sono "consumatori abituali" di cannabis il 2% circa dei ragazzi quindicenni. A 15 anni, circa 3 ragazzi su 10 e 1 ragazza su 10 dichiarano di avere avuto rapporti sessuali; l'uso del profilattico non sembra essere un'abitudine consolidata né tra i ragazzi né, tantomeno, tra le ragazze. Rispetto alla situazione italiana gli adolescenti campani riferiscono mediamente comportamenti più favorevoli. Per mantenere tale "vantaggio" sono comunque necessari interventi periodici di rinforzo.



Adolescenti maschi di 15 anni: confronto tra dati campani e nazionali (HBSC 2010)

1.1.1.3 Popolazione adulta

Lo stato di salute percepito è associato alla presenza delle più frequenti malattie croniche e ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica); il più recente studio PASSI (2010) ci restituisce dati e informazioni estremamente utili per la lettura dello stato di salute della popolazione giovane-adulta della popolazione campana. Il 67% giudica in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 31% riferisce di sentirsi discretamente e solo il 2% riporta il proprio stato di salute in modo negativo (si sente male/molto male); rispetto alle altre regioni del Paese la qualità della salute percepita dalla popolazione campana non differisce da quella media nazionale. In particolare, circa il 4% della popolazione riferisce sintomi di depressione, particolarmente diffusi nelle fasce d'età più avanzate (50-69 anni) e nelle donne; ciò nonostante il 55% delle persone che riferiscono tali sintomi dichiarano di non essersi rivolti a nessuno per affrontare il loro problema (Italia 41%).

Gli stili di vita associati alla salute (di cui i principali sono sedentarietà e attività fisica, alimentazione, fumo e alcol) rappresentano i più potenti determinanti prossimali delle patologie cronico-degenerative della popolazione. Essi sono, a loro volta, decisamente influenzati dai determinanti distali, ossia dalle scadenti condizioni socio-economiche, che in Campania interessano una proporzione della popolazione sensibilmente superiore rispetto a quanto si rileva nella maggioranza delle altre regioni italiane.

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

Nella nostra Regione il 33% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 37% è completamente sedentario; di fronte a una tale situazione solo il 23% dei cittadini riferisce di essere stato sensibilizzato da operatori sanitari sulla necessità di ridurre la propria sedentarietà.

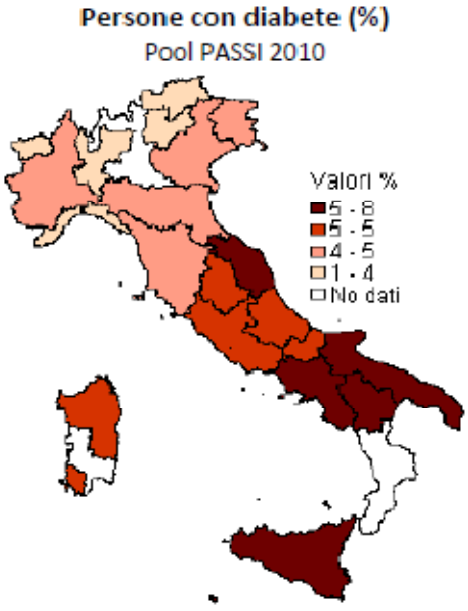
Complessivamente si stima che il 49% della popolazione campana presenti un eccesso ponderale (36% sovrappeso, 13% obeso): tra questi solo la metà ha ricevuto consigli su come perdere peso da un operatore sanitario e solo a 1 su 4 è stato consigliato di svolgere regolare attività fisica. Nel contesto nazionale, la Campania è una delle regioni che mostra una delle più alte prevalenze di eccesso ponderale; tale situazione rappresenta uno dei principali predittori di malattie cronico-degenerative.

Il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore. Il suo eccessivo consumo è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza ed il fenomeno della dipendenza. In Campania, la percentuale di persone che riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (bevitori) è risultata del 42%, mentre il 9% può essere classificato come bevitore "a rischio".

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta, inoltre, il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce. In Campania il 31% riferisce di essere fumatore e il 12% di essere un ex fumatore; tale abitudine è più frequente negli uomini ma è in aumento tra le donne. Solo il 50% dei fumatori riferisce di avere ricevuto nell'ultimo anno, da un operatore sanitario, il consiglio di smettere di fumare.

Tranne che per il consumo di alcol, relativamente al quale la Campania mostra livelli inferiori rispetto alla media della popolazione italiana, tutti gli altri comportamenti associati alla salute riferiti dalla nostra popolazione giovane-adulta sono particolarmente sfavorevoli rispetto a quella nazionale. Anche gli interventi di promozione della salute realizzati dagli operatori sanitari, rispetto alla situazione media nazionale, lasciano decisamente a desiderare. Ovvia conseguenza di tale scenario è la prevalenza di eccesso ponderale che in Campania raggiunge i più alti livelli nell'intero contesto nazionale. Rispetto a tutto il resto del Paese, una tale situazione rappresenta, per la popolazione campana presente e futura, in assenza di interventi appropriati, una pericolosissima condizione di aumentato rischio per le principali malattie cardio-vascolari, metaboliche e tumorali.

Il diabete è una patologia rilevante per le numerose complicanze a esso associate e per il suo costo sociale particolarmente elevato. In Campania il 7% della popolazione giovane-adulta riferisce di avere ricevuto la diagnosi di diabete da parte di un medico, dato sensibilmente superiore rispetto a quello nazionale (circa 4-5%). Una così alta prevalenza di diabete è associata all'epidemia di sovrappeso-obesità che interessa la popolazione campana e ad un'alta diffusione tra la popolazione di stili di vita non salutari.



Le malattie cardio-vascolari rappresentano la prima causa di mortalità nella popolazione adulta. I fattori di rischio modificabili per tali patologie sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, scorretta alimentazione.

Il 78% della popolazione giovane-adulta riferisce almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 10% da più di 2 anni, mentre il restante 12% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risalga l'ultima misurazione. Tra coloro i quali hanno ricevuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, il 20% ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.

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

L'84% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, di cui il 56% nel corso dell'ultimo anno, il 18% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista e il 9% da oltre 2 anni, mentre il 16% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia. Tra coloro i quali hanno eseguito il test, il 15% ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Relativamente agli strumenti di stima del rischio cardio-vascolare individuale, la "Carta" e il "Punteggio individuale del rischio cardiovascolare" rappresentano strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare nei 10 anni successivi. L'utilizzo di tali strumenti, inoltre, rappresenta una preziosa e opportuna occasione per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette. In Campania, solo il 9% della popolazione nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Anche dal punto di vista assistenziale, per l'assistenza ospedaliera, le malattie circolatorie risultano avere un elevato impatto in Campania costituendo (anno 2003) il 12% del totale dei ricoveri e il 17% degli importi, ma, considerando i soli Ricoveri Ordinari per Acuti, esse raggiungono il 19% dell'intero fatturato DRG della Campania con 363 €/mln. A queste cifre vanno aggiunti altri 9.550 ricoveri e 41,4 €/mln per la compensazione della mobilità ospedaliera campana in altre Regioni.

Rispetto al contesto nazionale, al pari dello scenario osservato riguardo agli stili di vita, la Campania mostra alcune criticità, soprattutto per quanto riguarda il controllo della pressione arteriosa e la prevalenza del Diabete.

Gli screening rappresentano un intervento di prevenzione secondaria di straordinaria efficacia ed efficienza, capaci, se adeguatamente realizzati, di rendere possibile la diagnosi precoce di alcune tra le più frequenti patologie tumorali, di aumentare la sopravvivenza dei malati, di ridurre la relativa mortalità e di migliorare sensibilmente la qualità di vita delle persone che hanno ricevuto una diagnosi di tumore. In Campania la performance degli screening (Tumore del collo dell'utero, della mammella e delle neoplasie del colon-retto) non ha ancora raggiunto livelli soddisfacenti ed è ben lontana da quella della maggioranza delle regioni italiane.

In Campania, circa il 58% delle donne (di cui solo il 19% all'interno di un programma organizzato) di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Tale dato è insoddisfacente sia rispetto al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali. Solo il 32% delle donne riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL per l'esecuzione del Pap-test mentre il 55% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

Il 44% circa delle donne di 50-69 anni (di cui solo il 19% all'interno di un programma organizzato) ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. La copertura stimata è sensibilmente inferiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) sia al livello "desiderabile" (75%). Soltanto il 26% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL mentre il 52% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

In Campania soltanto il 15% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali, in accordo con le linee guida. Relativamente alle informazioni ricevute sull'opportunità di eseguire lo screening con regolarità, il 5% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL mentre il 17% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario. In Regione si apprezzano sostanziali differenze tra alcune Aziende sanitarie in cui lo screening è in continua progressione e altre in cui le attività sono ancora in fase iniziale. Anche in questo caso la situazione campana è particolarmente sfavorevole rispetto alla maggioranza delle altre regioni italiane.

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

La rosolia contratta dalla donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). La strategia adottata nel nostro Paese prevede il raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali superiori al 95% entro i 2 anni di età e la vaccinazione dei bambini oltre i 2 anni di età e degli adolescenti ancora suscettibili attraverso una attività straordinaria di recupero. Relativamente allo stato immunitario delle donne di età 18-49 anni, il 47% è risultata immune alla malattia in quanto ha effettuato la vaccinazione (20%) o perché ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (27%); il 9% è risultata suscettibile mentre nel rimanente 44% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto. Nelle altre regioni italiane, in media, la proporzione stimata di donne suscettibili all'infezione è pari a circa il 40%.

1.1.1.4 Popolazione anziana

Nella Regione (ISTAT 2012) la percentuale delle persone in età ≥ 65 anni è pari al 16,6% (Italia 20,8%) e l'indice di vecchiaia medio è pari a 102,7 (Italia 148,6). Si registra una notevole eterogeneità nella distribuzione della popolazione anziana tra le diverse province campane: l'indice di vecchiaia è pari a 89,9 nella provincia di Napoli, 92,0 a Caserta, 126,3 a Salerno, 146,3 ad Avellino e 155,3 a Benevento. L'evoluzione demografica caratterizzata da una progressiva riduzione dei tassi di natalità e da una maggiore sopravvivenza sarà associata, in un prossimo futuro, ad un ulteriore accrescimento dei bisogni di salute della popolazione legati all'invecchiamento, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari notevolmente diversificati. In particolare, saranno sempre più richiesti interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità ma anche azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della Salute e del benessere della persona anziana.

Il sistema di sorveglianza Passi d'Argento (PdA) ha lo scopo specifico di conoscere e monitorare nel tempo le condizioni di salute o di fragilità, i bisogni di tutela, ma anche le potenzialità in termini di capacità e risorse delle persone anziane. La recente indagine Campana PdA 2012, ha registrato un quadro della Salute e del benessere dell'anziano che di seguito viene sinteticamente riportato nei suoi tratti salienti.

Nella valutazione dello stato di salute di una persona, in particolare se anziana, oltre all'aspetto clinico assume sempre più importanza la qualità di vita percepita: nelle persone con più di 64 anni indicatori negativi della percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti. Nel sistema di sorveglianza PdA la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere. Circa l'80% degli anziani campani ha riferito di sentirsi bene o molto bene, mentre il 20% ha risposto in modo negativo (male/molto male); si registra una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età con più di 75 anni e nelle donne. La percezione negativa si associa inoltre a problemi sensoriali, soprattutto di vista e di denti ed ad un calo ponderale nell'ultimo anno. Circa 1 anziano su 4 ha dichiarato più di 20 giorni in cattiva salute fisica o psicologica negli ultimi 30 giorni. Tale situazione non si discosta sensibilmente da quella media nazionale.

Lo stato nutrizionale è un importante determinante delle condizioni di salute: in particolare, dopo i 65 anni, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti ed influisce negativamente sulla qualità della vita della persona. Il 67% degli ultra 64enni Campani è affetto da un eccesso ponderale, ossia il 50% da sovrappeso e il 17% da obesità: rispetto al dato nazionale di sovrappeso e obesità rispettivamente pari al 42% e 15%, la Campania mostra uno dei più alti livelli nazionali. Gli ultra 64enni che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno sono solo il 5%. Le persone che riferiscono un basso consumo giornaliero di frutta e verdura sono il 61% della popolazione ultra 64enne campana (Italia 50%).

Relativamente al consumo di alcol, in linea con i dati nazionali, circa 2 ultra 64enni su 10 consumano più di una unità alcolica al giorno. L'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto a possibili problemi dei loro pazienti, associati al consumo di alcol resta molto bassa e solo il 15% riceve il consiglio di smettere di bere.

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

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, anche in questo caso in linea con i dati nazionali, circa 1 ultra 64enne su 10 è classificabile come fumatore; in particolare, le prevalenze più alte si riscontrano nei maschi e nella fascia 65-74 anni e circa il 67% dei fumatori può essere considerato un "forte fumatore".

Negli ultimi decenni il miglioramento sia delle condizioni di vita che della qualità delle cure ha determinato, da un lato, un aumento della vita media e, dall'altro, l'emergenza di patologie cronico-degenerative, che rappresentano oltre l'86% delle cause di morte ed il 77% del "burden of disease". Complessivamente, il 78% degli anziani campani riferisce almeno 1 patologia: il 50% 1 o 2 patologie, il 15% tre o più patologie; tali dati non differiscono da quelli nazionali.

Si stima che il 15% degli ultra 64enni campani abbia problemi di vista. I problemi di vista sono più rappresentati tra ultra 75enni, tra le donne ed in presenza di alcune condizioni patologiche, quali diabete ed ipertensione. Tra coloro che riferiscono problemi di vista: il 28% ha dichiarato di essere caduto negli ultimi 30 giorni, il 18% di presentare sintomi di depressione e il 33% di essere a rischio di isolamento.

Si stima che il 19% degli ultra 64enni abbia problemi di udito. I problemi di udito sono più frequenti tra ultra 75enni, tra le donne ed in presenza di alcune condizioni patologiche, quali diabete ed ipertensione. Tra coloro che riferiscono problemi di udito: il 34% ha dichiarato di essere caduto negli ultimi 30 giorni, il 23% di presentare sintomi di depressione e il 35% di essere a rischio di isolamento. Relativamente ai problemi sensoriali di vista e udito, le prevalenza degli anziani campani sono simili a quelle medie nazionali.

Il 20% degli intervistati si stima abbia problemi di masticazione. In particolare sono più frequenti tra gli ultra 75enni, tra le donne ed in presenza di difficoltà economiche e basso livello di istruzione. Tra coloro che riferiscono problemi di masticazione: il 23% ha dichiarato di presentare sintomi di depressione, il 41% di essere a rischio di isolamento, nel 29% sono associati a calo ponderale. Solo il 29% degli anziani ha riferito di essere stato dal dentista negli ultimi 12 mesi; i problemi di masticazione nel loro complesso in Campania sono superiori a quanto rilevato a livello nazionale (15%). I problemi di masticazione sono spesso sottovalutati dagli anziani e dalle loro famiglie e, talvolta, chi possiede una protesi non la utilizza correttamente. La mancanza di denti o una dentatura compromessa può determinare anche forme di disagio psicologico, con fenomeni di isolamento sociale e perdita di stima. E' stata dimostrata l'efficacia di interventi di promozione delle salute orale; la prevenzione dei problemi di masticazione favorisce il miglioramento della qualità della vita.

La depressione è un disturbo mentale molto spesso presente nelle persone anziane e la cui diagnosi non sempre è esplicitamente effettuata. La prevalenza della depressione maggiore nel soggetto anziano è valutata dal 3% al 42%, rispettivamente nella popolazione generale e nei soggetti con co-morbidità organica e/o istituzionalizzati. Il 30% degli anziani campani riferisce sintomi depressivi (Italia 21%), con percentuali significativamente più alte tra le donne rispetto agli uomini (36% vs 22%) (Italia 26% vs 14%). Quasi 2 persone su 10 con sintomi di depressione non ne ha parlato con nessuno. L'evidenza di una prevalenza così elevata di sintomi di depressione nella popolazione anziana ed il rischio di declino fisico e psichico che spesso si accompagna a questa patologia suggeriscono una particolare attenzione su questa condizione da parte dei medici di medicina generale.

Le cadute nell'età avanzata rappresentano un evento grave, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni psicologiche. E' stato stimato che i decessi attribuibili a cadute in Italia sono circa 7.500, di cui la maggioranza si verifica tra gli anziani; inoltre, una parte rilevante dei ca. 1.800.000 accessi al pronto soccorso e dei 200.000 ricoveri dovuti ad incidenti domestici riguarda le cadute degli anziani. Nella maggior parte dei casi le cadute si verificano in ambiente domestico mentre i principali fattori di rischio sono alcune patologie predisponenti (neurologiche, cardiovascolari, metaboliche, ecc), condizioni relative all'ambiente domestico (pavimenti e scalini sdrucciolevoli, scarsa illuminazione, ecc), l'assunzione di alcune categorie di farmaci (antipertensivi, antidepressivi, ipnotici/sedativi) e problemi sensoriali (vista, udito).

Il Sistema di Sorveglianza recentemente attivato in Campania, Passi d'Argento, restituisce una precisa descrizione della situazione regionale, condizione indispensabile per una programmazione adeguata degli interventi di prevenzione: il 14% degli anziani campani ha riferito di essere caduto

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

negli ultimi 30 giorni (Italia 11%) e più frequentemente le cadute sono state riferite dalle donne (16%), dagli ultra 75enni (17%), tra coloro che presentano sintomi di depressione (19%), tra coloro che hanno problemi di vista (26%), udito (24%) e masticazione (20%). La frequenza delle cadute aumenta con l'aumentare del numero di farmaci assunti: tra coloro che assumono 6 farmaci o più è del 29%. Più di 1 persona su 10 è stata ricoverata in seguito alla caduta avvenuta nei 30 giorni precedenti.

L'attenzione degli operatori al problema delle cadute è ancora modesta: solo il 27% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi consigli da un operatore sanitario su come prevenire le cadute (Italia 16%).

Il corretto utilizzo dei farmaci negli anziani è un problema rilevante, tanto più se si considera che spesso vengono assunti più farmaci nella stessa giornata, con ritmi di somministrazione che richiedono particolare attenzione. Il rischio di interazione tra farmaci cresce con il numero dei medicamenti assunti e aumenta anche il rischio di sviluppare una reazione avversa, che si attesta intorno al 35% quando sono consumati più di 5 farmaci al giorno.

Il 92% degli intervistati fa uso di medicine. Il numero medio di farmaci assunti è di 3,8. Il 47% assume almeno 4 farmaci o più al giorno. Fra le persone che assumono farmaci il 20% dichiara di aver bisogno di aiuto per l'assunzione e, di essi, lo riceve il 99%. È noto che l'alcol interferisce col metabolismo dei farmaci, potenziandone o riducendone gli effetti o determinando effetti collaterali: si stima che tra coloro che assumono alcol il 58% prende meno di 4 medicine al giorno e il restante 42% più di 4. I dati riguardanti l'utilizzo dei farmaci, nel loro complesso, sono sovrapponibili a quelli medi nazionali.

Passi d'Argento ha esplorato la conoscenza e l'utilizzo dei servizi territoriali da parte degli anziani. I servizi territoriali che operano in ambito distrettuale per le Aziende sanitarie Locali e comunali soprattutto per il servizio sociale, rappresentano un elemento essenziale per dare protezione agli anziani fragili o in situazioni di isolamento sociale, ma, soprattutto, rappresentano uno snodo essenziale per le attività assistenziali in caso di malattia o disabilità. Le analisi condotte hanno evidenziato che gli anziani trovano più complicato accedere ai servizi offerti dalle Aziende sanitarie rispetto agli ambulatori dei MMG e alle farmacie; in particolare poi, rispetto alla situazione media nazionale, gli anziani campani riferiscono difficoltà sensibilmente maggiori nell'accessibilità a tutti i servizi considerati, ASL, MMG e Farmacie. Tali dati sottolineano quanto siano necessarie maggiori informazioni, complesse e approfondite, sia sui bisogni degli anziani residenti sul territorio distrettuale, sia sugli esiti degli interventi già realizzati, affinché i servizi siano sempre più adeguati e rispondenti agli effettivi bisogni, spesso mutevoli e "sfuggenti".

Nell'anziano, l'isolamento sociale è in relazione anche con il declino delle capacità cognitive e più in generale con un peggiore stato di salute, sia psichico che fisico ed un aumento della mortalità. Inoltre, la solitudine e l'isolamento sociale sono risultati essere associati ad un maggior ricorso e una maggiore durata delle ospedalizzazioni nonché ad una miriade di altre conseguenze sulla salute, incluse la malnutrizione e l'abuso alcolico o il rischio di caduta. In Campania il 25% degli anziani è a rischio di isolamento sociale (Italia 20%) con percentuali significativamente più alte tra le donne, nella classe di età ultra 74enne, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone con più di tre patologie, con sintomi di depressione e problemi sensoriali.

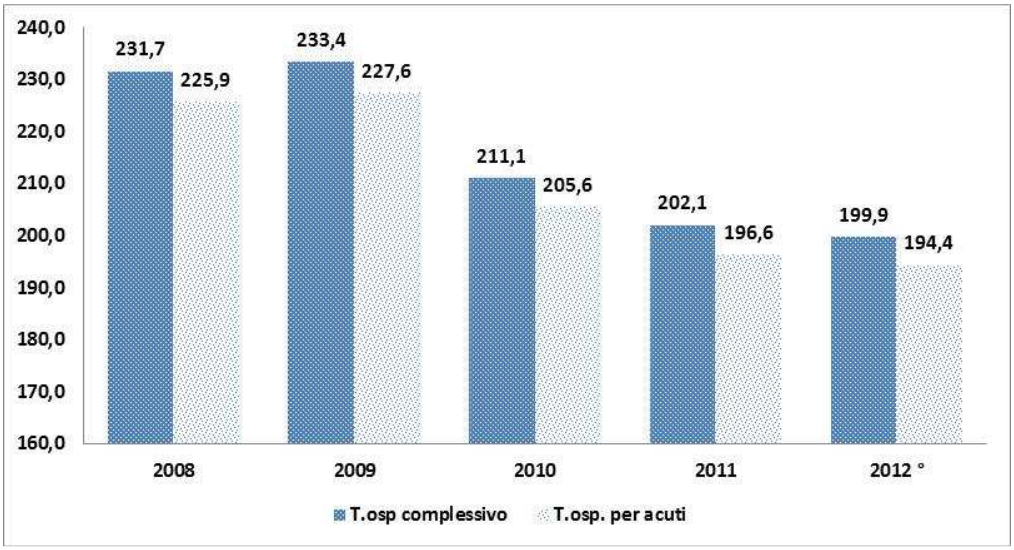
La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie legate all'invecchiamento o quantomeno a contenerne gli esiti disabilitanti. Bisogna puntare a un invecchiamento in buona salute, il più possibile libero da cronicità e disabilità. Quest'obiettivo, a livello di popolazione, è realizzabile solo favorendo stili di vita sani, legati a comportamenti personali responsabili, ma anche alla presenza nel contesto ambientale di concrete opportunità volte a rendere possibili e facili tali stili di vita.

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

1.1.2 Principali cause di ricovero

Dall'osservazione dei ricoveri acquisiti nell'archivio delle schede di dimissione ospedaliera della Campania si rileva che nell'ultimo quinquennio il tasso di ospedalizzazione dei cittadini residenti in regione è diminuito: infatti il suo valore complessivo che superava il 231 per 1000 nel 2008 – per tutti i tipi di ricoveri, sia quelli per acuti che quelli in post-acuzie, è stimato al di sotto del 200 per mille nel 2012 (non è disponibile tuttora l'informazione più puntuale sui ricoveri dei residenti in Campania in strutture extra regione di quest'anno), in particolare per la riduzione dei ricoveri per acuti che dal 226 per mille è calato al 193%.

Nel grafico che segue si mostra l'andamento del tasso standardizzato di ricovero nel quinquennio 2008-2012:



I ricoveri per acuti costituiscono quasi la totalità dei ricoveri: infatti il 62,3% dei ricoveri registrati nel 2012 sono stati del tipo ordinario per acuti, mentre quelli in DH sono stati il 35,5%.

Le principali cause di ricovero registrate nelle schede di dimissione ospedaliera dai ricoveri ordinari per acuti oltre al parto sono state le patologie polmonari l'insufficienza cardiaca, le aritmie cardiache la colelitiasi, l'infarto acuto del miocardio, mentre le principali cause di ricovero in DH sono state la cataratta e le patologie retiniche dell'occhio, la chemioterapia, le ernie inguinali, le patologie ginecologiche e l'aborto.

Dalla osservazione della frequenza elevata dei ricoveri per le patologie sopraelencate si possono effettuare una serie di considerazioni in quanto emerge sia la necessità di avere l'ospedale come struttura che dà assistenza per patologie gravi, come quelle ischemiche cardiovascolari, ma si rileva anche l'indicazione ad intervenire in senso programmatico, potenziando i servizi territoriali, per evitare sia i ricoveri di pazienti che devono essere seguiti con maggiore impegno da parte delle strutture ambulatoriali, per la prevenzione e la cura delle patologie cardiovascolari e respiratorie che determinano accessi in ospedale per insufficienze cardiache e respiratorie, sia favorendo l'uso più appropriato delle strutture sanitarie trasferendo le prestazioni meno complesse al regime ambulatoriale, come richiesto dal Patto per la Salute 2010-12.

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

1.2 Il Piano di rientro, il commissariamento e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2007-2012 e valutazione dei tavoli

Il Piano di Rientro (Triennio 2007-2009)

L'Accordo del 13 marzo 2007, all'art. 1 (Piano di rientro per gli anni 2007-2009) stabiliva che la Regione si impegnasse:

- ad approvare con delibera della Giunta Regionale, entro sette giorni dalla stipula, l'Accordo stesso unitamente al Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, che ne costituisce parte integrante;
- ad attuare il suddetto Piano - elaborato a seguito della ricognizione delle cause che hanno comportato il mancato rispetto degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l'anno 2005, dell'Accordo 16 dicembre 2004 per l'anno 2004 nella predetta Regione ed in base a quanto previsto dalla legislazione vigente con particolare riferimento a quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n.296;
- in particolare, ad attuare le misure contenute nel Piano di rientro:
  - misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi livelli di assistenza; gli obblighi e le procedure previste dall'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
  - misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010; gli interventi di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale e gli interventi ivi previsti per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli adempimenti di cui alla Intesa del 23 marzo 2005, correlati con gli ordinari strumenti della programmazione sanitaria regionale; il quadro sintetico degli obiettivi e interventi progettuali alla luce del contesto regionale economico finanziario, demografico, socio-economico ed organizzativo e gestionale del Servizio Sanitario Regionale; gli obiettivi generali, specifici ed operativi; gli interventi progettuali, gli indicatori e le fonti di verifica; la sostenibilità economica e finanziaria e le condizioni per il raggiungimento degli obiettivi programmatici ed infine gli strumenti di monitoraggio.

Il Piano prevedeva:

- la produzione sistematica di un'informazione contabile precisa e dettagliata del sistema sanitario, sulla base della quale effettuare un puntuale ed efficace controllo di gestione ed una rendicontazione tempestiva;
- la realizzazione della contabilità analitica per centri di costo ed il controllo di gestione;
- il completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliero - universitarie, ai sensi del Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n.517;
- l'adozione di provvedimenti che razionalizzino la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, e la spesa per il personale dipendente e convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nella riunione del 20 luglio 2009, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei livelli di assistenza di monitoraggio degli adempimenti hanno valutato che:

- la gestione della Regione per l'anno 2008 confermava la presenza di un disavanzo non coperto, comprensivo di rischio, anche alla luce della nuova stima delle entrate fiscali, rideterminato in 237,819 €/mln;
- la manovra necessaria per ricondurre in equilibrio strutturale l'anno 2009, valutata in circa 881 €/mln, anche alla luce della nuova stima delle entrate fiscali, risultava non garantita;
- la verifica degli adempimenti LEA per gli anni 2006 e 2007 continuava ad avere esito negativo.

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

Quindi, pur considerando positivamente lo sforzo regionale rilevato dall'*Advisor* contabile al fine di migliorare le procedure contabili, Tavolo e Comitato valutavano la permanenza delle condizioni per l'attivazione della procedura di cui all'articolo 4, del decreto legge 1° ottobre 2007, n.159, convert ito con modificazioni dalla legge 222/2007.

Nomina del Commissario ad Acta e Programma Operativo 2010

A seguito degli esiti del Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica degli adempimenti, il Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 ha nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Regione, dettagliando in 18 punti gli interventi cui dover dare attuazione in via prioritaria, tenendo conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni già comunicate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza ed il Tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Successivamente, in data 15 ottobre 2009, il Consiglio dei Ministri ha nominato, in affiancamento al Commissario, un Sub Commissario che si è insediato il successivo 26 ottobre. I 18 punti fissati dal Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 cui dover dare attuazione in via prioritaria da parte del Commissario della Regione Campania, sono:

- nomina del sub-Commissario ad Acta;
- implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
- riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione / riconversione / riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
- definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502;
- al fine di non attivare l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali regionali, ai sensi dell' articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 296/2006, con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio 2009, reperire nel bilancio regionale risorse a copertura del disavanzo dell'anno 2008;
- razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento al blocco del *turn over* (comprensivo di tutte le forme di lavoro, ivi inclusa quella interinale), alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi, con particolare riferimento al sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale;
- definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e delle strutture sanitarie erogatrici;
- verifica ed eventuale ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università pubbliche;
- completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
- implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;

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

- definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
- conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;
- adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;
- introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie in misura proporzionata al disavanzo residuo stimato per l'anno 2009;
- ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti.

Il Consiglio dei Ministri il 24 luglio 2009 ha inoltre incaricato il Commissario:

- di individuare la necessaria struttura di supporto, nell'ambito delle strutture regionali, per l'attuazione del Piano di rientro;
- di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie alla attuazione del Piano di rientro;
- di relazionare al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'Economia e delle Finanze ed al Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali sull'attività svolta al 31 dicembre 2009, ferme restando le verifiche trimestrali ed annuali previste dall'Accordo sul Piano di rientro.

Nella riunione del Tavolo tecnico e Comitato per la verifica degli adempimenti del 24 marzo 2010 è stata rilevata la necessità della presentazione dal parte del Commissario ad Acta dei Programmi Operativi per il 2010.

Il 29 aprile 2010 il Consiglio dei Ministri, dopo l'insediamento del nuovo Presidente della Regione, nel provvedere alla nomina del nuovo Commissario per la prosecuzione del Piano di rientro ne ha rideterminato i compiti, stabilendo di dare attuazione in via prioritaria a venti obiettivi così di seguito identificati:

- prosecuzione delle azioni di supporto contabile e gestionale;
- implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
- riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione / riconversione / riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
- definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502;
- razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata;
- definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e delle strutture sanitarie erogatrici;
- verifica e ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università pubbliche;
- completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;

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

- implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
- definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
- conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;
- adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;
- introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ove necessarie a garantire l'equilibrio della gestione;
- ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti;
- potenziamento della struttura amministrativa interna, con sviluppo delle relative professionalità, funzionale alla corretta gestione dei procedimenti in modo stabile e duraturo;
- adozione del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di rientro.

La delibera del Consiglio dei Ministri del 29 aprile 2010 ha inoltre ribadito la necessità:

- di individuare la struttura di supporto, nell'ambito delle strutture regionali, per l'attuazione del Piano di rientro;
- di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie alla attuazione del Piano di rientro;
- di relazionare al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'Economia e delle Finanze ed al Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali sull'attività svolta al 31 dicembre 2010, ferme restando le verifiche trimestrali ed annuali previste dall'Accordo sul Piano di rientro.

Con la stessa delibera del Consiglio dei Ministri del 24.04.2010 è stato ribadito il termine del 30 aprile 2010 per la presentazione dei Programmi Operativi 2010 previsti dalla Legge 191/2009 all'art.1, comma 88, qualora gli stessi non fossero già stati presentati.

Il Commissario ad Acta della Regione, ha provveduto con il Decreto Commissariale n.25 del 14 aprile 2010 ad emanare i Programmi Operativi 2010, così specificati:

1. Riassetto della rete ospedaliera e territoriale
2. Ridefinizione dell'Assistenza sanitaria da erogatori privati accreditati - Altri interventi di razionalizzazione assistenziale
3. Farmaceutica ospedaliera e convenzionata
4. Manovre sul Personale
5. Centralizzazione degli acquisti
6. Adozione di nuovi procedimenti contabili e amministrativi
7. Documenti programmatici Aziendali

Nomina dei nuovi Sub Commissari e Programmi Operativi 2011-2012

Il 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri, preso atto delle dimissioni del Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli con effetto dal 21 febbraio 2011, ha provveduto a nominare il Dott. Mario Morlacco e il Dott. Achille Coppola nuovi Sub Commissari per l'attuazione del Piano di rientro del disavanzo del Servizio Sanitario Campano, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per la predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione della deliberazione del Consiglio dei Ministri 29 aprile 2010.

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

Le azioni e gli interventi stabiliti permangono i medesimi fissati nella deliberazione del 29 aprile 2010 ovvero i venti così di seguito identificati:

- prosecuzione delle azioni di supporto contabile e gestionale;
- implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
- riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione / riconversione / riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
- definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata;
- definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e delle strutture sanitarie erogatrici;
- verifica e ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università pubbliche;
- completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
- implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
- definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
- conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;
- adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;
- introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ove necessarie a garantire l'equilibrio della gestione;
- ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti;
- potenziamento della struttura amministrativa interna, con sviluppo delle relative professionalità, funzionale alla corretta gestione dei procedimenti in modo stabile e duraturo;
- adozione del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di rientro.

Viene fra l'altro ribadita la necessità di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione o l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie alla attuazione del Piano di rientro.

Al Sub Commissario Dott. Mario Morlacco compete l'affiancamento del Commissario ad Acta per la predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione della deliberazione del Consiglio dei Ministri 29 aprile 2010 con riferimento ai punti a, b, c, d, h, i, j, l, o, p, r, t.

Al Sub Commissario Dott. Achille Coppola compete l'affiancamento del Commissario ad Acta per la predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione della deliberazione del Consiglio dei Ministri 29 aprile 2010 con riferimento ai punti e, f, g, k, m, n, q, s.

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

In seguito alle dimissioni del Sub Commissario Dott. Coppola, il Sub Commissario Dott. Morlacco ne assume le relative aree di intervento a decorrere dal 23.03.2012.

Nella Riunione del 20 luglio 2011, Tavolo e Comitato permanente per la verifica degli adempimenti rispetto ai risultati conseguiti in attuazione del Programma Operativo 2010, riportano quanto segue:

- il risultato di gestione a Consuntivo 2010 dopo il conferimento delle coperture, evidenzia un disavanzo non coperto di 70,9 €/mln;
- il processo di attuazione della rete ospedaliera necessita di essere completato. Si richiede che si provveda al monitoraggio delle progressive fasi di attuazione dei piani aziendali adottati nel rispetto delle prescrizioni commissariali e ponendo la necessaria attenzione al rispetto dei tempi programmati e alla necessità di documentare, come già richiesto, l'impatto economico-finanziario;
- in merito all'accreditamento istituzionale si ritiene necessario che la Regione definisca puntualmente un cronoprogramma delle attività previste;
- risultano pervenuti la maggior parte dei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e si resta in attesa della conclusione del processo;
- l'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali per l'anno 2011, attesa per febbraio 2011, è ancora in corso;
- la Legge Regionale n.4/2011 che contiene norme che risultano essere in contrasto con quanto previsto nel Programma Operativo e con i poteri attribuiti al Commissario non è stata emendata;
- il provvedimento di attuazione del D.L. 78/2010 in ordine al piano dei pagamenti necessita di integrazioni;
- in merito a Tessera Sanitaria non risultano pervenute le relazioni in merito alle misure adottate dalla Regione circa le criticità sulle ricette in esenzione per reddito non associate agli assistiti ricompresi negli elenchi di cui al DM 11.12.2009, nonché le ulteriori criticità inerenti l'incompleto invio dei dati delle prestazioni erogate da parte delle strutture sanitarie private accreditate;
- il provvedimento di nomina dei Direttori Generali che supera l'attuale gestione commissariale protrattosi dal 2009 non è stato adottato.

Nel frattempo è seguita l'adozione del Programma Operativo 2011-2012 scaturente dall'analisi critica dei punti di forza e di debolezza che hanno caratterizzato il precedente Piano. Il Programma è più esteso del precedente ed è predisposto subordinatamente ed in stretta connessione con il Piano Sanitario Regionale adottato con Decreto Commissariale n.22 del 22.03.2011 e il piano di riordino della rete ospedaliera approvato con Decreto Commissariale n.49 del 27.09.2010.

Nel citato Programma vengono descritte le manovre, in coerenza con le linee guida ministeriali, da realizzarsi relativamente a:

1. Governance del PO
2. Attuazione del D.Lgs. 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
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

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

I principali risultati conseguiti ad oggi ed i punti aperti da affrontare

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:

- consistente riduzione del livello di disavanzo non coperto a 7,966 €/mln nel 2011, così come riconosciuto dal Tavolo interministeriale di verifica adempimenti del 19.07.2012 e tendenza all'equilibrio con sovracopertura mediante manovra fiscale libera nel 2012 come da verbale di verifica del 13.11.2012, tale tendenza è stata confermata in sede di Tavolo di verifica del 10.04.2013;
- adozione del piano sanitario Regionale validato dal Ministero;
- completamento delle attività programmatorie relative al riassetto della rete ospedaliera e territoriale e rientro nello standard complessivo di posti letto ospedalieri vigenti ratione temporis;
- rideterminazione dei fondi integrativi del personale e attuazione del blocco del *turn over* conseguente alle specifiche disposizioni nazionali e decreti attuativi commissariali;
- emanazione di documenti di indirizzo relativi all'area Emergenza-Urgenza, all'IMA e all'ICTUS;
- stipula dei protocolli di intesa con le Università degli studi SUN e Federico II;
- 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;
- avvio del percorso di accreditamento definitivo per le strutture di ricovero e ambulatoriali e avanzamento dello stesso pur con le criticità rilevate dai Ministeri e Corte Costituzionale in ordine alla tempistica;
- nomina dei Direttori Generali di tutte le AA.SS.;
- avvio 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 l'anno 2007 e 2008.
- con Delibera interministeriale del 29.10.2013 la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Prof. Ettore Cinque quale sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi e di riqualificazione del SSR campano, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con particolare riferimento agli obiettivi richiamati nella suddetta deliberazione di cui alle lettere a), b), e), f), m), n), p), q), t), u).
- conseguentemente al Dott. Mario Morlacco restano affidati i compiti e gli obiettivi di cui alle lettere c), d), g), h), i), l), o), r), s), v).

Nel prossimo futuro, la Regione dovrà necessariamente svolgere azioni specifiche per risolvere alcune criticità rilevate dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica degli adempimenti relativamente a:

- completamento della fase implementativa delle Reti assistenziali così come programmate e perfezionamento 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. 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 resa critica dalle norme di cui al D.L. 95/2012, nonché alle ancora pendenti questioni su tariffe, COM, ecc.;
- tensione di cassa che il SSR registra anche a causa dei mancati trasferimenti da parte della Regione stessa e della tempistica dei trasferimenti da parte dello Stato;

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

- ritardo nel percorso di accreditamento definitivo;
- 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;
- presenza di criticità sul sistema di Tessera Sanitaria;
- mancata attuazione del progetto per la ricetta elettronica;
- presenza di un'ingente quantità di carte contabili da regolarizzare nella ASL Napoli 1 che potrebbe compromettere il regolare avanzamento del Piano dei pagamenti, se abbinato al ritardo dei trasferimenti di cui sopra.

Inoltre, va posta in evidenza la mancanza di un nuovo accordo di programma per gli investimenti, fatta eccezione per il recente rifinanziamento dell' "Ospedale del mare", che rende critico il percorso di rifunzionalizzazione del sistema sanitario regionale e di adeguamento sia alle esigenze della domanda che alle norme di sicurezza. Tale accordo si rende necessario anche per inadempienze e ritardi intervenuti nel periodo 2000/2006 da parte della Regione che non ha consentito di utilizzare rilevanti risorse allora disponibili. Di recente è stato trasmesso al Ministero della salute il piano degli interventi nei limiti delle risorse riconoscibili alla Regione e si è in attesa del prosieguo del percorso.

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

1.3 Tendenziali e programmatici 2013-2015

Nelle Tabelle seguenti si riportano i tendenziali e programmatici per il triennio 2013-2015:

RICAVI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale
VOCE	2012	2013	2014	2015
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	9.835.309	9.790.850	10.005.905	10.005.905
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.467	-11.086	-26.086	-18.778
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	0	0	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	448	448	23.036	23.036
altri contributi in conto esercizio	34.251	34.250	34.236	34.236
mobilità attiva intra	0	0	0	0
mobilità attiva extra regionale	95.248	95.248	91.233	91.233
payback	33.425	20.662	24.265	24.265
compartecipazioni	61.618	61.618	58.742	58.742
altre entrate	97.618	97.635	79.877	79.910
costi capitalizzati	46.995	52.525	56.901	65.581
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	0	0	0	0
TOTALE RICAVI	**10.198.445**	**10.142.150**	**10.348.109**	**10.364.130**

COSTI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale
VOCE	2012	2013	2014	2015
personale	2.935.666	2.935.666	2.831.366	2.831.366
irap	220.612	220.612	212.058	212.058
beni	**1.179.480**	**1.208.450**	**1.244.155**	**1.284.795**
beni sanitari	1.152.162	1.183.214	1.216.189	1.256.270
beni non sanitari	27.318	25.236	27.966	28.525
servizi	**1.065.298**	**975.644**	**1.122.967**	**1.142.242**
servizi sanitari	212.811	196.527	254.092	255.992
servizinon sanitari	852.487	779.117	868.875	886.250
prestazioni da privato	**3.724.746**	**3.774.191**	**3.813.396**	**3.845.419**
medicina di base	651.424	651.424	640.021	640.021
farmaceutica convenzionata	912.256	930.501	918.960	937.339
assistenza specialistica da privato	749.951	773.918	770.357	774.609
assistenza riabilitativa da privato	285.887	285.887	296.095	302.017
assistenza ospedaliera da privato	810.379	814.711	806.481	806.481
altre prestazioni da privato	314.849	317.750	381.482	384.952
prestazioni da pubblico	5.827	5.827	1.434	1.434
mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0
mobilità passiva extraregionale	394.380	394.380	402.044	402.044
accantonamenti	522.663	522.697	403.215	403.247
oneri finanziari	13.238	13.502	18.017	18.376
oneri fiscali (netto irap)	17.068	17.320	18.731	19.033
saldo poste straordinarie	-60.209	-121.345	-51.689	-51.688
saldo intramoenia	744	744	4.346	4.346
ammortamenti	134.636	140.166	147.578	156.258
rivalutazioni e svalutazioni	10.556	10.623	8.127	8.178
TOTALE COSTI	**10.283.635**	**10.339.680**	**10.270.431**	**10.371.792**
RISULTATO DI ESERCIZIO	**-85.190**	**-197.529**	**77.678**	**-7.662**
contributi da regione a titolo di copertura LEA	**232.978**	**229.000**	**237.400**	**0**

RICAVI (€000)	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2013	2014	2015
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	9.790.850	10.005.905	10.005.905
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-11.086	-26.086	-18.778
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	0	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	448	23.036	23.036
altri contributi in conto esercizio	34.250	34.236	34.236
mobilità attiva intra	0	0	0
mobilità attiva extra regionale	95.248	91.233	91.233
payback	20.662	24.265	24.265
compartecipazioni	61.618	58.742	58.742
altre entrate	97.635	79.877	79.910
costi capitalizzati	52.525	56.901	65.581
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	0	0	0
TOTALE RICAVI	**10.142.150**	**10.348.109**	**10.364.130**

COSTI (€000)	Programmatico	Programmatico	Programmatico
VOCE	2013	2014	2015
personale	2.847.492	2.791.007	2.758.614
irap	213.073	208.607	205.837
beni	**1.206.450**	**1.243.155**	**1.278.795**
beni sanitari	1.181.214	1.215.189	1.250.270
beni non sanitari	25.236	27.966	28.525
servizi	**975.644**	**1.122.967**	**1.142.242**
servizi sanitari	196.527	254.092	255.992
servizinon sanitari	779.117	868.875	886.250
prestazioni da privato	**3.749.912**	**3.818.534**	**3.833.103**
medicina di base	660.424	649.021	649.021
farmaceutica convenzionata	920.501	908.960	906.339
assistenza specialistica da privato	732.689	729.685	724.384
assistenza riabilitativa da privato	291.677	265.104	246.432
assistenza ospedaliera da privato	826.262	775.508	775.508
altre prestazioni da privato	318.359	490.256	531.419
prestazioni da pubblico	722	974	974
mobilità passiva intraregionale	0	0	0
mobilità passiva extraregionale	394.381	402.044	402.044
accantonamenti	477.635	403.251	386.862
oneri finanziari	13.502	18.017	18.376
oneri fiscali (netto irap)	17.320	18.731	19.033
saldo poste straordinarie	-121.345	-51.689	-51.688
saldo intramoenia	744	4.346	4.346
ammortamenti	140.166	147.578	156.258
rivalutazioni e svalutazioni	10.623	8.127	8.178
TOTALE COSTI	**10.167.521**	**10.230.335**	**10.257.658**

RISULTATO DI ESERCIZIO	**-25.371**	**117.774**	**106.472**
contributi da regione a titolo di copertura LEA	**229.000**	**237.400**	**237.400**

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

RICAVI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Programmatico	IV Trimestre 2013	Tendenziale	Programmatico	Tendenziale	Programmatico
VOCE	2012	2013	2013	2013	2014	2014	2015	2015
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	9.835.309	9.790.850	9.790.850	9.790.850	10.005.905	10.005.905	10.005.905	10.005.905
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.467	-11.086	-11.086	-11.086	-26.086	-26.086	-18.778	-18.778
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	448	448	448	23.036	23.036	23.036	23.036	23.036
altri contributi in conto esercizio	34.251	34.250	34.250	34.236	34.236	34.236	34.236	34.236
mobilità attiva intra	0	0	0	0	0	0	0	0
mobilità attiva extra regionale	95.248	95.248	95.248	91.233	91.233	91.233	91.233	91.233
payback	33.425	20.662	20.662	24.265	24.265	24.265	24.265	24.265
compartecipazioni	61.618	61.618	61.618	58.742	58.742	58.742	58.742	58.742
altre entrate	97.618	97.635	97.635	79.845	79.877	79.877	79.910	79.910
costi capitalizzati	46.995	52.525	52.525	48.221	56.901	56.901	65.581	65.581
rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE RICAVI	**10.198.445**	**10.142.150**	**10.142.150**	**10.139.342**	**10.348.109**	**10.348.109**	**10.364.130**	**10.364.130**

COSTI (€000)	Consuntivo	Tendenziale	Programmatico	IV Trimestre 2013	Tendenziale	Programmatico	Tendenziale	Programmatico
VOCE	2012	2013	2013	2014	2014	2014	2015	2015
personale	2.935.666	2.935.666	2.847.492	2.831.366	2.831.366	2.791.007	2.831.366	2.758.614
irap	220.612	220.612	213.073	212.058	212.058	208.607	212.058	205.837
beni	**1.179.480**	**1.208.450**	**1.206.450**	**1.204.905**	**1.244.155**	**1.243.155**	**1.284.795**	**1.278.795**
beni sanitari	1.152.162	1.183.214	1.181.214	1.177.487	1.216.189	1.215.189	1.256.270	1.250.270
beni non sanitari	27.318	25.236	25.236	27.418	27.966	27.966	28.525	28.525
servizi	**1.065.298**	**975.644**	**975.644**	**1.104.066**	**1.122.967**	**1.122.967**	**1.142.242**	**1.142.242**
servizi sanitari	212.811	196.527	196.527	252.227	254.092	254.092	255.992	255.992
servizinon sanitari	852.487	779.117	779.117	851.839	868.875	868.875	886.250	886.250
prestazioni da privato	**3.724.746**	**3.774.191**	**3.749.912**	**3.764.974**	**3.813.396**	**3.818.534**	**3.845.419**	**3.833.103**
medicina di base	651.424	651.424	660.424	640.021	640.021	649.021	640.021	649.021
farmaceutica convenzionata	912.256	930.501	920.501	900.941	918.960	908.960	937.339	906.339
assistenza specialistica da privato	749.951	773.918	732.689	733.441	770.357	729.685	774.609	724.384
assistenza riabilitativa da privato	285.887	285.887	291.677	290.289	296.095	265.104	302.017	246.432
assistenza ospedaliera da privato	810.379	814.711	826.262	822.202	806.481	775.508	806.481	775.508
altre prestazioni da privato	314.849	317.750	318.359	378.080	381.482	490.256	384.952	531.419
prestazioni da pubblico	5.827	5.827	722	1.434	1.434	974	1.434	974
mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	0	0	0	0
mobilità passiva extraregionale	394.380	394.380	394.381	402.044	402.044	402.044	402.044	402.044
accantonamenti	522.663	522.697	477.635	402.917	403.215	403.251	403.247	386.862
oneri finanziari	13.238	13.502	13.502	17.664	18.017	18.017	18.376	18.376
oneri fiscali (netto irap)	17.068	17.320	17.320	18.435	18.731	18.731	19.033	19.033
saldo poste straordinarie	-60.209	-121.345	-121.345	-22.968	-51.689	-51.689	-51.688	-51.688
saldo intramoenia	744	744	744	4.346	4.346	4.346	4.346	4.346
ammortamenti	134.636	140.166	140.166	138.898	147.578	147.578	156.258	156.258
rivalutazioni e svalutazioni	10.556	10.623	10.623	8.077	8.127	8.127	8.178	8.178
TOTALE COSTI	**10.283.635**	**10.339.680**	**10.167.521**	**10.125.460**	**10.270.431**	**10.230.335**	**10.371.792**	**10.257.658**
RISULTATO DI ESERCIZIO	**-85.190**	**-197.529**	**-25.371**	**13.882**	**77.678**	**117.774**	**-7.662**	**106.472**
contributi da regione a titolo di copertura LEA	**232.978**	**229.000**	**229.000**	**229.000**	**237.400**	**237.400**	**0**	**237.400**

Tabella 13 - Tendenziale e programmatico 2013-2015

La tabella precedente illustra lo schema sintetico gestionale dei Conti Economici Consuntivo 2012, Tendenziali 2013-2015 e Programmatici 2013-2015.

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

Generalmente, per costruire il **tendenziale per l'anno 2013**, è stato previsto un tasso di crescita delle voci del Consuntivo 2012 pari al 2% annuo (basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel D.F.P., aumentato prudenzialmente dello 0,5%), ad eccezione delle voci relative al FSR e dei contributi vincolati, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, al costo di beni e servizi, agli ammortamenti, agli accantonamenti a fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria.

Per costruire il **tendenziale per gli anni 2014-2015**, è stato previsto un tasso di crescita delle voci del IV Trimestre 2013 pari al 2% annuo (basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel D.F.P., aumentato prudenzialmente dello 0,5%), ad eccezione delle voci relative al FSR e dei contributi vincolati, alle entrate, al costo del Personale dipendente e convenzionato, al costo di beni e servizi, agli ammortamenti, agli accantonamenti a fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria.

Per tali valori sono stati considerati gli effetti della manovra di cui alla Legge 7 agosto 2012 n.135 di conversione del D.L. 6 luglio 2012, n.95, così come modificato dalla legge 24 dicembre 2012, n.228 (Legge di Stabilità 2013) con riferimento al Fondo sanitario, assistenza ospedaliera e specialistica esterna da privato e beni e servizi (laddove valorizzabili), la cui attuazione richiede tuttavia l'adozione di atti e azioni a livello regionale. E' stata considerata la quantificazione di tale manovra, così come ipotizzata dai Ministeri e pari a ca. 120 €/mln, come riportato nel 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 25 luglio 2013.

Di seguito si riportano le principali ipotesi formulate per le seguenti voci di ricavi e costi.

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti

Per l'importo del FSR 2013 è stato riportato il dato derivante dalla proposta di deliberazione CIPE concernente il riparto per le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013 del 17.02.2014. Per l'anno 2014 sono state apportate le variazioni attese considerando le diverse normative intervenute e riassunte nella tabella seguente.

Per l'anno 2015, non essendo vigenti disposizioni sull'entità del finanziamento del FSN è stato prudenzialmente considerato un importo pari al FSR determinato per l'anno 2014.

Dinamica del finanziamento SSN	2012	2013	2014	2015
Finanziamento SSN (lordo penitenziaria)	110.512	112.394	116.236	119.856
Riduzione di cui al DL 78/2010 + DL 98/2011	-1.732	-3.100	-3.450	-5.450
Totale netto manovre	108.780	109.294	112.786	114.406
Ulteriori risorse per Opg, regolarizzione stranieri netto visite fiscali	81	110	110	115
Riduzione di cui al DL 95/2012	-900	-1.800	-2.000	-2.100
Totale netto manovre	**107.961**	107.604	110.896	112.421
Riduzione di cui al Ddl stabilità 2013		-600	-1.000	-1.000
Totale netto manovre		**107.004**	**109.896**	111.421
Ticket art. 17,comma 1, lett. d) del decreto-legge 98/11				
Totale netto manovre			**109.896**	**111.421**
Dinamica fianziamento a legislazione vigente rispetto all'anno precedente		**-0,89%**	**2,70%**	**1,39%**

Tabella 14 – Dinamica del finanziamento SSN

Saldo mobilità extraregionale in compensazione

Per il triennio è stato riportato il dato riportato nella proposta di deliberazione CIPE concernente il riparto per le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013 del 17.02.2014, pari a -338 €/mln, costante nel triennio.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

I contributi vincolati assunti sono stati previsti prudenzialmente stabili nel triennio rispetto al IV Trimestre 2013, il quale sterilizza tramite i previsti accantonamenti l'intera quota di competenza dell'anno (al netto dell'importo sostenuto per l'attività relativa alla medicina penitenziaria, al fondo di indennità di esclusività ed all'attività di regolarizzazione degli stranieri ai sensi dell'art. 5 comma 16 del D.Lgs. n.109 del 16 luglio 2012, in quanto attività già sostenute dalle Aziende sanitarie).

Altre entrate

Rispetto al Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e rispetto al IV Trimestre 2013 per il tendenziale 2014, tali voci sono state mantenute prudenzialmente stabili, compreso il saldo dell'intramoenia. Con riguardo agli effetti dell'introduzione dei *ticket*, considerando che i relativi provvedimenti di proroga in via di adozione copriranno tutto il triennio, questi sono stati previsti stabili.

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 il valore rilevato a Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e al IV Trimestre 2013 per il tendenziale 2014 per il CAGR rilevato negli anni 2010-2012, pari al 4%;
- il costo tendenziale per l'acquisto di beni sanitari e non sanitari, esclusi i prodotti farmaceutici, è stato determinato a partire dal valore rilevato a Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 ed al IV Trimestre 2013 per il tendenziale 2014 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 2% (basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel D.F.P., aumentato prudenzialmente dello 0,5%);
- il costo tendenziale dei costi per servizi (comprese le manutenzioni, le assicurazioni, le consulenze ad eccezione dell'indennità al personale universitario, godimento beni di terzi e gli oneri diversi di gestione) è stato determinato a partire dal valore rilevato a Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 ed al IV Trimestre 2013 per il tendenziale 2014 e incrementato di un tasso di crescita annuo del 2% (basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel D.F.P., aumentato prudenzialmente dello 0,5%);

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

A partire da tali valori, con esclusione dei prodotti farmaceutici, dispositivi medici e indennità al personale universitario, nel tendenziale 2013 si sono scontati gli effetti delle manovre previste dalla normativa nazionale (D.L. 98/2011 e D.L. 95/2012) considerando un impatto pari al 10% della spesa rilevata nell'anno 2011.

Costo del Personale dipendente

Nei tendenziali del triennio 2013-2015, il numero dei dipendenti è stato ipotizzato stabile, senza abbattimento per blocco del *turn over*. Pertanto, il costo del personale dipendente è stabile rispetto al valore del Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e rispetto al IV Trimestre 2013 per il tendenziale 2014, che già comprende l'indennità di vacanza contrattuale.

Farmaceutica convenzionata

Con riguardo agli effetti dell'introduzione dei *ticket*, si consideri che la Regione intende prorogarne l'introduzione per l'intero triennio.

Prestazioni sanitarie da privato

Con riguardo all'assistenza ospedaliera e specialistica, il costo tendenziale delle prestazioni sanitarie acquistate da terzi è stato stimato, per il triennio 2013-2015, a partire dall'importo consuntivato nel 2011 e applicando quanto previsto dal D.L. 95/2012.

Con riguardo alle altre tipologie di assistenza sanitaria da privati, ad eccezione dell'assistenza integrativa e protesica, è stato considerato il dato di Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e del IV Trimestre 2013 per il tendenziale 2014.

Per l'assistenza integrativa e protesica, il valore tendenziale è stato determinato a partire dal dato rilevato a Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e del IV Trimestre 2013 per il tendenziale 2014 ed incrementato di un tasso di crescita annuo del 2% (basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel D.F.P., aumentato prudenzialmente dello 0,5%).

Rettifica di contributi in c/esercizio

A partire dall'anno 2014 sul costo tendenziale relativo agli ammortamenti sono stati rilevati 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. Tale impatto è stato stimato ipotizzando un ammontare di investimenti mediante utilizzo di contributi in c/esercizio per ca. 11,5 €/mln nel 2013 e ca. 25 €/mln nel 2014 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").

CALCOLO MAGGIORI AMMORTAMENTI NON STERILIZZATI DA APPLICAZIONE D.LGS 118/2011 E L. 228/2012						
		2012	**2013**	**2014**	**2015**	**NOTE**
IMPORTO INVESTIMENTI IN C/ESERCIZIO	A	32.350	11.540	25.000		
QUOTA AMMORTAMENTI NON STERILIZZATI SU ACQUISTI 2014 con aliquota al 60% e 40%	B		11.086	26.086	18.778	Rettifica di contributi
QUOTA AMMORTAMENTI NON STERILIZZATI SU ACQUISTI 2015 con aliquota al 80%	C		-	-	-	Rettifica di contributi
IMPATTO SU CONTO ECONOMICO	**D=B+C**	**-**	**11.086**	**26.086**	**18.778**	

Tabella 15 – Calcolo rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Accantonamenti a fondi rischi

Per l'anno 2013 gli accantonamenti a fondi rischi sono stati mantenuti pari ai livelli riportati nel Consuntivo 2012.

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

Per gli anni 2014 e 2015 gli accantonamenti a fondi rischi sono stati mantenuti pari ai livelli riportati nel IV Trimestre 2013.

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati

Gli accantonamenti per Quote inutilizzate di contributi vincolati sono pari per l'anno 2013 alla quota riportata a Consuntivo 2012 e per gli anni 2014-2015 IV Trimestre 2013.
Tale accantonamento è pari a ca. 164 €/mln nel tendenziale 2013, corrispondenti alla quota dei contributi per FS regionale vincolato ad eccezione della quota utilizzata e destinata alla medicina penitenziaria, al fondo di esclusività e all'assistenza agli stranieri irregolari (D.Lgs. n.109/2012), che risulta già utilizzata e rilevata tra i costi tendenziali.
Nel tendenziale 2014 gli accantonamenti per Quote inutilizzate di contributi vincolati sono pari a ca. 158 €/mln corrispondenti alla quota dei contributi per FS regionale vincolato ad eccezione della quota utilizzata e destinata alla medicina penitenziaria, al fondo di esclusività, all'assistenza agli stranieri irregolari (D.Lgs. n.109/2012) e alle attività di prevenzione contemplate negli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, che risultano utilizzate dalle aziende sanitarie del SSR per ca. il 50% dei contributi destinati.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

- gli oneri e i proventi straordinari sono stati mantenuti pari ai livelli riportati nel Consuntivo 2012, con la eccezione delle insussistenze attive che prudenzialmente sono state stimate pari a zero;
- i proventi e gli oneri finanziari sono stati stimati in crescita del 2% all'anno rispetto al Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e rispetto al IV Trimestre 2013 per i tendenziali 2014-2015;
- le imposte, ad eccezione dell'IRAP, sono state stimate in crescita del 2% all'anno rispetto al Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e rispetto al IV Trimestre 2013 per i tendenziali 2014-2015, mentre l'IRAP relativa al personale dipendente è prevista stabile rispetto al Consuntivo 2012 per il tendenziale 2013 e rispetto al IV Trimestre 2013 per i tendenziali 2014-2015, in relazione alla stabilità tendenziale del costo del personale.

Considerando quanto esposto, la perdita d'esercizio per il tendenziale 2015 è stimata in 7 €/mln.
Le manovre previste dalla Regione nel triennio 2013-2015, consentiranno di raggiungere per l'anno 2015 un utile d'esercizio pari a ca. 106 €/mln al netto delle risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA.
Di seguito si riporta la sintesi degli effetti delle manovre programmate dalla quale emerge la tendenza ad un risultato economic positivo nel 2015 evidenziandosi, evidenziando il contenimento della manovra fiscale fatto salvo il mantenimento percentuale finalizzato al ristoro delle risorse finanziarie della gestione del SSR da parte del bilancio regionale.

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

Sintesi delle manovre

Sintesi manovre Programmi Operativi 2013-2015	2013	2014	2015
RISULTATO ECONOMICO TENDENZIALE DOPO LE RISORSE AGGIUNTIVE LEA	**31**	**315**	**230**
MANOVRA COMPLESSIVA	**172**	**40**	**114**
Rapporti con gli erogatori	**24**	**62**	**67**
Tetti di spesa e stipula intese e contratti	24	62	67
Assistenza ospedaliera	*-12*	*31*	31
Prestazioni specialistica ambulatoriale	*37*	*37*	36
Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA	*-1*	*-10*	-4
Assistenza termale, integrativa e protesica e file F	-	4	4
Razionalizzazione spesa	**1**	**1**	**2**
Assistenza farmaceutica	1	1	2
Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC)	*1*	*1*	*2*
Gestione del personale	**100**	**48**	**93**
Contenimento della spesa per il personale	100	48	93
Attivazione sblocco del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015	*96*	*44*	*79*
Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale	*4*	*4*	*14*
Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	**-**	**-6**	**-8**
Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	-	-6	-8
Attivazione di strutture per Hospice adulti	-	*-6*	*-8*
Assistenza primaria	**-9**	**-9**	**-9**
Assistenza primaria	-9	-9	-9
Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale	*-9*	*-9*	-9
Assistenza territoriale	**-**	**-66**	**-83**
Assistenza territoriale	-	-66	-83
Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione estensiva territoriale (RIA ex art. 26 legge 833)	-	*27*	45
Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti	-	*-4*	-5
Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere per cittadini adulti ed anziani non autosufficienti	-	*-68*	-95
Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali	-	*3*	5
Attivazione posti letto in comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti	-	*-16*	-22
Attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività	-	*-8*	-11
Assistenza farmaceutica	**11**	**10**	**35**
Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	9	9	29
Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva	*3*	*3*	*9*
Incentivazione alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci di minor costo	*1*	*1*	*4*
Distribuzione ossigeno liquido	*4*	*4*	*13*
Razionalizzazione della distribuzione dei presidi diabetici	-	-	*1*
Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica	*1*	*1*	*2*
Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	2	1	6
Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.)	*2*	*1*	6
Attuazione del Piano dei pagamenti	**45**	**-**	**16**
Attuazione del Piano dei pagamenti	45	-	16
Attuazione del Piano dei pagamenti	*45*	-	*16*
PROGRAMMATICO DOPO LE RISORSE AGGIUNTIVE LEA	**204**	**355**	**344**
PROGRAMMATICO PRIMA DELLE RISORSE AGGIUNTIVE LEA	**-25**	**118**	**106**

Tabella 16 – Sintesi delle manovre

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

2. Accordi di programma di edilizia sanitaria

Con Decreto Commissariale n.138 del 26.10.2012 sono stati approvati i documenti per la definizione dell'Accordo degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'art.20 della L.67/88, ai sensi dell'Accordo Sato Regioni PP.AA. del 28.02.2008.

La Regione ha presentato, a stralcio del programma generale, la programmazione dell'importo di 382.835.626,61 € per il finanziamento degli interventi inclusi nell'elenco degli interventi prioritari del Documento Programmatico, cui corrisponde la quota statale di 363.693.845,28 € e la quota di cofinanziamento regionale di 19.141.781,33 €.

Su tale programmazione il Ministero della Salute ha presentato delle osservazioni, discusse in un apposito incontro che ha avuto luogo il 07.05.2013.

Attualmente è in fase di predisposizione la relazione di riscontro da parte della Regione, cui seguirà il prosieguo dell'iter istruttorio da parte dei Ministeri.

Una volta definita la stesura della documentazione di riscontro alle osservazioni ministeriali può ritenersi perfezionata l'istruttoria di competenza regionale.

Di fatto, però, la sottoscrizione dell'accordo di programma è legata alla copertura finanziaria al momento non disponibile.

L'obiettivo per il corrente anno è quindi quello di completare il percorso per l'approvazione del documento.

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

3. Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance del PO

Il primo programma, come indicato dalle linee guida ministeriali, ha le seguenti finalità:

- individuazione della struttura regionale che sovraintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate (se commissariata le modalità di coordinamento delle strutture regionali con la struttura commissariale responsabile dell'attuazione del Programma Operativo);
- azioni di potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo;
- azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovraintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della Regione per il Servizio Sanitario Regionale;
- governance dei rapporti con gli organi istituzionali della Regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo.

Governance del PO: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Governance del PO	**-**	**-**	**-**
Potenziamento del nucleo di coordinamento	-	-	-
Rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo			
Adempimenti LEA	-	-	-
Regolarizzazione carte contabili	-	-	-

Tabella 17 - Sintesi manovre

Intervento 1.1: Potenziamento del nucleo di coordinamento

Al fine di potenziare le capacità di controllo, di monitoraggio e di tempestività di intervento, la Regione ha istituito con Decreto Commissariale n.65/2011 il Nucleo di Coordinamento dei Programmi Operativi.

Tale organismo, nato con funzioni principali di coordinamento dell'implementazione dei Programmi Operativi, manterrà le stesse funzioni per assicurarne la realizzazione, ma sarà oggetto di rivisitazione in termini di funzioni, ruoli e responsabilità anche in riferimento al nuovo Regolamento n.2/2011 sull'Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Campania.

La Regione, infatti, ha in corso una complessa opera di riorganizzazione della propria struttura amministrativa.

Oggi la struttura riguardante il settore sanitario è articolata in due aree generali di coordinamento dirette da un coordinatore, e con modello piramidale, settori di attività e servizi.

Il nuovo modello in corso di attuazione prevede un'organizzazione di tipo orizzontale con la previsione di unità organizzative dirigenziali coordinate da un direttore generale all'interno di un dipartimento che comprende anche l'ambiente e l'agricoltura con le rispettive articolazioni.

Il dipartimento, denominato "della salute e risorse naturali", è diretto da un capo dipartimento affiancato da due direttori di staff.

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

Come normativamente previsto, la struttura commissariale opera con il supporto della struttura amministrativa regionale fatta salva la presenza di una propria segreteria e di un livello di supporto tecnico che prevede la presenza di un coordinatore della struttura commissariale.

Dal passaggio a regime della nuova organizzazione si attende un potenziamento della struttura amministrativa deputata al governo del SSR, oggi veramente carente.

Lo strumento di collegamento tra la struttura commissariale e quella amministrativa regionale che sovraintende all'attuazione dell'intero programma operativo resta comunque il "Nucleo di coordinamento".

Affinché il Nucleo di Coordinamento possa rispettare gli incarichi ad esso assegnati sarà individuato, per ciascun obiettivo dei Programmi Operativi, un dirigente regionale di riferimento per l'area di intervento.

Sarà, inoltre, individuato un referente che avrà il compito di coordinare il monitoraggio delle attività poste in essere.

Ai lavori del Nucleo parteciperanno, di volta in volta, i dirigenti competenti per materia.

Il Nucleo di Coordinamento, inoltre, si avvarrà del supporto tecnico-scientifico dell'A.R.San. su tutte le azioni illustrate o conseguenti ai presenti Programmi Operativi.

Il ruolo del Nucleo di Coordinamento, in quanto elemento di potenziamento della struttura amministrativa interna, è quello di:

- interfacciarsi con i responsabili identificati negli interventi previsti dai presenti Programmi Operativi per assicurare la trasmissione delle informazioni, della documentazione e della modulistica atta a certificare l'adempimento delle azioni previste, garantendo il rispetto delle tempistiche stabilite;
- interfacciarsi con la Struttura Commissariale per comunicare lo stato d'avanzamento lavori degli interventi previsti, l'eventuale inadempimento nella trasmissione delle informazioni richieste in corrispondenza di ogni scadenza prevista nei Programmi Operativi;
- supportare la Regione nella pianificazione di interventi atti ad assicurare a livello operativo:
  - la coerenza tra i dati condivisi e la realtà (per tale obiettivo saranno di volta in volta predisposti dei piani di *audit ad hoc* coerenti con l'obiettivo dell'ispezione);
  - il controllo di particolari aspetti di interesse per la Regione per cui, indipendentemente dai dati disponibili, si riterrà necessario procedere con delle ispezioni;
- supportare la pianificazione degli interventi e delle manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti.

Il Nucleo di Coordinamento per adempiere ai suoi compiti di monitoraggio utilizzerà "tabelle sinottiche" di risultati/responsabilità per singolo intervento, che i Direttori Generali dovranno compilare al fine di individuare i referenti aziendali dei singoli interventi.

Indipendentemente dall'attivazione del Nucleo di Coordinamento è necessario che ciascuno degli enti del SSR istituzionalmente competenti prosegua nei controlli di propria competenza. Il Nucleo di Coordinamento dovrà assicurare il supporto alla Regione per la pianificazione dei controlli e delle ispezioni ulteriori che sarà opportuno porre in essere per garantire la corretta implementazione e il raggiungimento degli obiettivi dei Programmi Operativi.

Ai fini del potenziamento dell'attività di monitoraggio dei programmi operativi il nucleo di coordinamento opererà in maniera sistematica-periodica con riunioni calendarizzate a cadenza mensile e in aggiunta a richiesta della struttura commissariale o di dirigenti in presenza di specifiche esigenze come di fatto ciò già avviene a seguito di convocazioni da parte del sub Commissario.

L'attività del Nucleo di Coordinamento e delle eventuali strutture di cui lo stesso intenderà avvalersi non comporteranno oneri aggiuntivi a carico della Regione.

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

Risultati programmati

- Assicurare funzione di collegamento tra struttura commissariale e responsabile degli interventi.

Indicatori di risultato

- Livello di attuazione dei programmi operativi;
- n. riunioni nucleo di coordinamento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Coordinatore Assessorato Sanità.

Intervento 1.2: Rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo

In merito alla sussistenza di norme regionali adottate in contrasto con il piano di rientro e sottoposte a giudizio di costituzionalità, ovvero oggetto della procedura di cui all'art.2, comma 80, della L.191/2009, la Regione è stata interrogata sulla coerenza di norme che riguardano in particolare il percorso di accreditamento, la configurazione della So.Re.Sa. centrale acquisti ed il registro tumori.

In riferimento al Decreto n.131 del 10 ottobre 2012, è stata approvata in V Commissione, in data 20 dicembre 2012, la PD.L. Reg. Gen. n.423 modifiche alla l.r. n.19/12 sul registro tumori non ancora ammessa all'Odg del Consiglio Regionale.

In merito a tale proposta e rispetto a quanto dispone il decreto si osserva che:

- si deve formulare l'emendamento al comma 13 dell'art.15 in merito alle unità operative destinate che non devono costituire nuove strutture organizzative delle singole AA.SS.LL.;
- si deve verificare il comma 6 dell'art.15 riguardo la procedura di nomina poiché il "Presidente della Giunta" provvede alla nomina del Responsabile del Registro Tumori mentre i Direttori Generali provvedono alla nomina dei Responsabili di ciascun Registro tumori provinciale e sub provinciale, oltre a dover specificare il divieto di disporre nuovi incarichi professionali.
- si deve verificare la legittimità della nomina dei responsabili del Registro tumori provinciali e sub-provinciali con la nuova stesura affidata al provvedimento del Direttore Generale e non più al decreto del Commissario ad Acta, sentito il Direttore Generale;
- si devono inserire alla lettera b) del comma 2 dell'art.1 le parole "con risorse disponibili in via ordinaria";
- si deve verificare alla lett. a) del comma 7 dell'art.4 come modificato dalla lett. b) del comma 2 dell'art.1 della proposta di modifica, la correttezza delle parole "Presidente della Giunta Regionale" al posto di "Commissario ad Acta" della precedente stesura della proposta di modifica. Inoltre la nuova proposta specifica che si tratta di funzioni di coordinamento dei Direttori Generali;
- si deve verificare alla lett. c) del comma 2 dell'art.6 come modificato dalla lett. a) del comma 4 dell'art.1 della proposta di modifica, la correttezza delle parole "Presidente della Giunta Regionale".

In riferimento al Decreto n.122 del 5 ottobre 2012, come da verifica, il Consiglio regionale ha provveduto:

- alla modifica del comma 27 dell'art.1 l.r. n.4 del 2011 sostituendolo con la lett. a) del comma 1 dell'art.1 della l.r. n.41 del 31 dicembre 2012;
- all'abrogazione dei commi 163, 193, 204 dell'art.1 della l.r. n.4/2001 con l'art.3 comma 1, l.r. n.41/12;
- alla modifica del comma 231 dell'art.1 l.r. n.4/2011 con la lett. d) del comma 1 dell'art.1 della l.r. n.41 del 31 dicembre 2012;
- alla modifica del comma 224 dell'art.1 l.r. n.4/2011 con la lett. b) del comma 1 dell'art.1 della l.r. n.41 del 31 dicembre 2012;

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

- alla modifica del comma 229 dell'art.1 l.r. n.4/2011 con lett. c) del comma 1 dell'art.1 della l.r. n.41 del 31 dicembre 2012.

Il Consiglio regionale non ha provveduto alla diretta modifica o abrogazione dei commi 226, 227, 228 e 230 dell'art.1 l.r. n.4/2011, ma ha modificato il comma 231 prevedendo che non occorrono ulteriori interventi per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro dal disavanzo sanitario, le attribuzioni rimesse alla Giunta regionale dai commi da 224 a 230, sono esercitate dal Commissario ad Acta per l'intero periodo di vigenza della gestione commissariale di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 191/2009.

In riferimento al Decreto n.69 del 30 gennaio 2011, come da verifica, il Consiglio regionale ha provveduto:

- alla sostituzione del comma 209 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- all'abrogazione dei commi 210, 211 e 212 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- all'abrogazione dei commi 217, 218 e 219 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- all'abrogazione del comma 238 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- all'abrogazione del comma 239 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- all'abrogazione del comma 241 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- all'abrogazione del comma 243 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- alla modifica del comma 221 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- all'abrogazione anziché modifica dei commi 222 e 223 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3/2012;
- alla modifica del comma 224 della l.r. n.4/2011 con lett. b), comma 1 dell'art.1 della l.r. n.41 del 31 dicembre 2012;
- alla modifica del comma 225 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- alla modifica del comma 244 della l.r. n.4/2011 con l'art.1 della l.r. n.3 del 27 gennaio 2012;
- alla modifica del comma 245 della l.r. n.4/2011 con l'art.4 l.r. n.27 del 9 agosto 2012.
- i commi 237 octodecies e 237 nonies della legge n.4/2011 che non sono stati abrogati, come richiesto, ma modificati risponde comunque ai rilievi commissariali;
- il comma 245 della legge n.4/2011 deve essere ulteriormente modificato secondo quanto dispone il decreto *de quo*.

In riferimento al Decreto n.2 del 16.01.2013, esso verrà posto all'attenzione del Presidente della V Commissione per formulare una proposta di modifica alla l.r. n.23/2011 per abrogare i commi 237 vicies e 237 vicies ter dichiarati illegittimi dalla Corte Cost. n.292/12.

Per quanto riguarda le ulteriori disposizioni normative riguardanti l'accreditamento si rinvia ad apposito necessario intervento a seguito delle osservazioni ministeriali.

La struttura commissariale è e resterà vigile in relazione a tali iniziative del Consiglio o della Giunta regionale al fine di ricondurre l'attività all'interno della compatibilità con i programmi operativi, nonché di adeguare l'attività agli eventuali interventi della Corte Costituzionale.

Risultati programmati

- Eliminazione delle incongruenze dei provvedimenti con il Programma operativo, attraverso monitoraggio semestrale.

Indicatori di risultato

- Completamento dell'allineamento tra provvedimenti regionali e programma operativo.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Coordinatore Assessorato Sanità di concerto con il coordinamento dell'ufficio commissariale.

Intervento 1.3: Adempimenti LEA

L'accesso all'incremento delle risorse finanziarie, a carico del bilancio dello Stato, è condizionato alla verifica degli adempimenti regionali definiti dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dal Patto per la Salute 2007-2009 e modificati od integrati da successivi accordi Stato-Regione o dall'entrata in vigore di successive norme.

Considerata la rilevanza dei fondi, al fine di garantire liquidità al SSR, la Struttura Commissariale supportata dal Nucleo di Coordinamento ritiene prioritario adottare meccanismi che garantiscano il rispetto degli adempimenti LEA alle scadenze prefissate.

Con Decreto Commissariale n.31 del 22 giugno 2010 è stato individuato per ogni Azienda Sanitaria, compreso le AOU e l'IRCCS Pascale, un referente unico tra il personale in servizio presso la Direzione Strategica, per gli adempimenti regionali al fine di strutturare un flusso informativo costante, efficiente, coerente e appropriato.

L'obiettivo della Regione è quello di raggiungere per gli anni a partire dal 2009 il pieno superamento degli adempimenti LEA.

Le seguenti tabelle riportano le inadempienze rilevate dai Ministeri competenti per gli anni 2010 e 2011 nonché i risultati programmati per il pieno superamento delle stesse:

ADEMPIMENTI LEA 2010		
#	Inadempienze	Risultati Programmati
b)	*acquisto di beni e servizi*	Sulla piattaforma ministeriale risulta trasmessa tutta la documentazione per il 2010.
e)	*erogazione lea*	Si rinvia ai risultati programmati nell'Area 4 - "Livelli Essenziali di Assistenza"
f)	*posti letto*	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 14 - "Riequilibrio Ospedale-Territorio"
j)	*tessera sanitaria (monitoraggio prescrizioni) ricetta elettronica: basso numero di medici*	Si rinvia ai risultati programmati nel Azione 4.2.1 - "Tessera sanitaria"
r)	*riduzione assistenza ospedaliera*	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 14 - "Riequilibrio Ospedale - Territorio"
ab)	*certificazioni trimestrali di accompagnamento al CE*	La Aziende stanno provvedendo ad inviare quanto richiesto.
ae)	*accordi integrativi con i MMG e PLS*	ccordo sottoscritto in data 14.03.2013 ed in istruttura da parte dei Ministeri competenti
ah)	*accreditamento*	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 5 - "Accreditamento"
am)	*controllo cartelle cliniche*	Si rinvia ai risultati programmati nell Intervento 7.3 - "Programma dei controlli di appropiatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO" del PO 2013-2015
at)	*certificabilità dei bilanci*	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 3 - "Certificabilità dei bilanci del SSR"
aaa)	*certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non*	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 10 - "Gestione del Personale"

Tabella 18 – Adempimenti LEA 2010

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

ADEMPIMENTI LEA 2011		
#	Inadempienze	Risultati Programmati
b)	acquisto di beni e servizi	Sulla piattaforma ministeriale risulta trasmessa tutta la documentazione per il 2011.
c)	obblighi informativi economici	La Regione sta procedendo ad eseguire le rettifiche richieste al fine di garantire la coerenza in termini di qualità tra modello CE, LA e SP
e)	erogazione lea	Si rinvia ai risultati programmati nell'Area 4 - "Livelli Essenziali di Assistenza"
f)	posti letto	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 14 - "Riequilibrio Ospedale-Territorio"
i)	decadenza automatica dei Direttori Generali	Il DGRC n.192/2011 (contratto di incarico al DG dell AASS), riporta gli obblighi sanciti per il Direttore Generale e le condizioni che determinano la decadenza automatica dello
j)	tessera sanitaria: monitoraggio prescrizioni	Si rinvia ai risultati programmati nell'Azione 4.2.1 - "Tessera sanitaria"
l)	farmaceutica	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 17 - "Assistenza farmaceutica"
r)	riduzione assistenza ospedaliera	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 14 - "Riequilibrio Ospedale - Territorio"
x)	implementazione percorsi diagnostico-terapeutici	Costituzione del gruppo di lavoro e avvio attività come definito con decreto commissariale n. 37/2012, entro il 30.09.2013
ab)	certificazioni trimestrali di accompagnamento al CE	La Aziende stanno provvedendo ad inviare quanto richiesto.
ae)	accordi integrativi con i medici di base	Accordo sottoscritto in data 14.03.2013 ed in istruttura da parte dei Ministeri competenti
ag)	contenimento spesa per il personale 2011	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 10 - "Gestione del Personale"
ah)	accreditamento	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 5 - "Accreditamento"
ak)	riorganizzazione rete laboratoristica	Si rinvia ai risultati programmati nel Azione 14.3.2 - "Perfezionamento rete laboiratoristica pubblica" Si rinvia ai risultati programmati nel Azione 14.3.3 - "Perfezionamento rete laboiratoristica privata"
am)	controllo cartelle cliniche	Si rinvia ai risultati programmati nell Intervento 7.3 - "Programma dei controlli di appropiatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO" del PO 2013-2015
an)	assistenza protesica	La Regione ha sollecitato l'ASL NA1 ad una verifica per garantire l'allineamento dei dati in LA con i dati di spesa per l'assistenza protesica
ao)	cure palliative	Si rinvia ai risultati programmati nell Intervento 14.2 - "Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico"
as)	rischio clinico	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 18 - "Sicurezza e rischio clinico"
av)	dati NSIS-EMUR	Si rinvia ai risultati programmati nel Azione 4.2.4 - "Flusso Emergenza-Urgenza (EMUR)"
aaa)	certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 10 - "Gestione del Personale"
aae)	attività trasfusionale	Si rinvia ai risultati programmati nell Intervento 15.2 - "Riorganizzazione rete trasfusionale"
aaf)	percorso nascita	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 13 - "Reti assistenziali per intensità di cure"
aag)	emergenza urgenza	Si rinvia ai risultati programmati nel Programma 15 - "Rete Emergenza-Urgenza"
aah)	cure primarie	Si rinvia ai risultati programmati nell Intervento 14.3 - "Assistenza primaria"

Tabella 19 – Adempimenti LEA 2011

Risultati programmati

- Assicurare adempimenti 2010-2011, entro il 30.09.2013;
- istituzione Tavolo di lavoro di monitoraggio dei LEA, entro il 30.09.2013.

Indicatori di risultato

- Pieno superamento degli adempimenti LEA per gli anni 2010-2011.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Monitoraggio e regolamentazione dei l.e.a.

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

Intervento 1.4: Regolarizzazione carte contabili

La presenza di una grande quantità di carte contabili da regolarizzare rappresenta una rilevante criticità in quanto pregiudica l'informativa contabile da rendere in bilancio e, soprattutto, ostacola il regolare avanzamento del piano dei pagamenti dei debiti sanitari di cui al decreto n.12/2011 e s.m.i., (Programma 19: Attuazione Piano dei pagamenti) con il rischio che si verifichino, in alcuni casi, doppi pagamenti o pagamenti inappropriati a causa della mancata conoscenza circa le somme già pagate dal tesoriere a seguito di ordinanze di assegnazioni giudiziarie.

La Regione ha l'obiettivo di ridurre le carte contabili da regolarizzare rappresentando il presupposto per le seguenti attività:

- definizione degli accordi transattivi previsti dal Piano Pagamenti, che prevedono la rinuncia al contenzioso in essere con i fornitori;
- applicazione delle misure di riduzione della spesa previste dal D.L. 95/12;
- aggiornamento della posizione debitoria pregressa del SSR, per la quale, la Regione deve relazionare, con il supporto dell'Advisor contabile, al tavolo MEF per l'eventuale accesso alle ulteriori quote di liquidità del Prestito MEF a 30 anni, sebbene da ritenere oggi superato alla luce del D.L. 35/2013.

Per le finalità di cui sopra, la Regione ha attivato un intervento presso l'ASL Napoli 1 Centro volto a determinare una risoluzione alla problematica connessa alle carte contabili da regolarizzare, in base a:

- definizione delle procedure per la ricognizione e la corretta regolarizzazione delle carte contabili trasmesse dai Tesorieri alle Aziende a seguito di pagamenti effettuati sulla base di provvedimenti giudiziari;
- fornitura di un supporto operativo nell'ambito delle attività di regolarizzazione contabile con il fine di verificare la corretta esplicazione della procedura ed introdurre i correttivi ed i miglioramenti che si dovessero rendere necessari;
- monitoraggio di tale attività anche alla luce degli adempimenti connessi alla predisposizione del bilancio, all'attuazione del Piano dei pagamenti e all'esecuzione degli adempimenti connessi all'aggiornamento dei pagamenti rispetto al "debito cartolarizzato".

La Regione utilizzerà la metodologia di supporto presso l'ASL Napoli 1 Centro, svolgendo un'analisi preliminare presso i tesorieri degli enti del SSR per verificare l'eventuale sussistenza di tali situazioni presso tutte le AA.SS. alle quali formulare istruzioni operative al fine di azzerare il fenomeno a livello di SSR.

Il monitoraggio di tale attività porterà a definire una banca dati dei principali fenomeni analizzati al fine di fornire agli uffici legali delle AA.SS. gli elementi utili al recupero di eventuali somme indebitamente corrisposte e/o alla preparazione della risposta legale a fronte di eventuali ulteriori azioni che dovessero essere promosse una volta scaduto il termine previsto dalla legge relativa al blocco dei pignoramenti (Legge n.158/2012, cd D.L. Balduzzi).

Risultati programmati

- Definizione di procedure per la ricognizione e la corretta regolarizzazione carte contabili, entro il 31.07.2013;
- supporto operativo nell'ambito delle attività di regolarizzazione contabile, entro il 30.09.2013.

Indicatori di risultato

- Regolarizzare il debito presente nei bilanci delle AA.SS. prodotto dal fenomeno della regolarizzazione carte contabili a livello di SSR, entro il 30.10.2013.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttori Generali ASL.

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

Programma 2: Attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del Decreto Legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA);
- azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del Decreto Legislativo 118/2011;
- realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del Decreto Legislativo 118/2011;
- redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle Aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR.

Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	-	-	-
Attuazione delle disposizioni del DL 118/2011	-	-	-
Trasferimento delle risorse destinate al S.S.R. dal bilancio regionale alla G.S.A.	-	-	-

Tabella 20 – Sintesi manovre

Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del D.L. 118/2011

In attuazione dell'articolo 20 del Decreto Legislativo n.118/2011, la Regione, già nel bilancio regionale 2012, ha ricostruito l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite del servizio sanitario regionale attraverso un'analisi puntuale di tutti i capitoli di spesa assegnati alla sanità collegandoli ai capitoli di entrata, al fine di consentire il confronto immediato tra le entrate e le spese sanitarie iscritte al bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento.

In attuazione dell'art. 21 del Decreto Legislativo n.118/2011 dal 1° gennaio 2012, la Regione ha istituito il conto di tesoreria riservato alla sanità, al fine di garantire la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale. Dalla stessa data, quindi, tutte le risorse statali e regionali destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale affluiscono su un conto di Tesoreria aperto presso la Banca d'Italia.

In attuazione dell'articolo 22 del Decreto Legislativo n.118/2011, sono state individuate le seguenti figure:

- la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale come Centro di responsabilità della GSA (Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n.80/2012)
- la Direzione Generale per le Risorse Finanziarie come Responsabile Regionale per il Controllo della Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione (Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n.80/2012)
- l'Agenzia Regionale per il Lavoro e l'Istruzione (ARLAV) e l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino come enti strumentali alla sperimentazione del Titolo I (DGRC n.780/2011).

In attuazione dell'articolo 24 del Decreto Legislativo n.118/2011, la Regione Campania sta avendo incontri periodici tra referenti dell'area Bilancio Regionale e dell'Assessorato Sanità per la definizione del raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico - patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria.

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

Il Gruppo di Lavoro dei Referenti Contabili, istituito dal Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n.14 del 30 novembre 2009 ha eseguito le seguenti attività:

- aggiornamento del Piano dei Conti Unico Regionale, approvato con il Decreto dirigenziale n.277 del 10 ottobre 2012;
- predisposizione delle Linee Guida per permettere alle AA.SS. di recepire e applicare le nuove indicazioni in merito alle diverse modalità di rilevazione contabile.

Nella seconda metà del 2012, la Regione ha effettuato, con il supporto dell'Advisor contabile, una serie di incontri con le singole Aziende sanitarie, nei quali sono stati rilevati i disallineamenti tra diverse poste dei bilanci aziendali rispetto a quanto risultava alla Regione in base ai propri provvedimenti di assegnazione di contributi e di compensazione della mobilità interaziendale al fine di costituire il patrimonio netto iniziale, nonché la ricognizione a livello di singola Azienda dello stato di attuazione dei Decreti Commissariali suddetti.

Nel corso del 2013, la Regione provvederà ad organizzare incontri formativi con tutte le Aziende in merito al nuovo piano dei conti e alle emanande Linee Guida al fine di garantire il rispetto delle nuove indicazioni e l'omogeneità nelle rilevazioni contabili.

Nel triennio 2013-2015, dovrà essere implementata un'idonea piattaforma informatica, nella quale integrare la contabilità economico - patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità economico - patrimoniale che la Regione deve attivare per adempiere agli obblighi stabiliti dal Titolo I del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n.118.

A tal fine la Regione provvederà alla predisposizione del Capitolato e del Disciplinare di gara per l'acquisizione/personalizzazione di un software in grado di gestire la connessione tra scritture in contabilità economico - patrimoniale e bilancio regionale in contabilità finanziaria. Ad oggi, per adempiere nell'immediato alle disposizioni di legge, la Regione sta registrando le prime note di contabilità utilizzando una apposita partizione del Sistema Informativo dell'Azienda Ospedaliera Santobono di Napoli, dotato delle funzionalità necessarie per assicurare la tenuta delle scritture contabili, il libro giornale ed il libro degli inventari ed il bilancio della GSA.

Risultati programmati

- Incontri informativi trimestrali;
- adesione alle linee guida, entro il 31.12.2013;
- omogeneità rilevazioni.

Indicatori di risultato

- Effettiva adesione alle linee guida ed omogeneità delle rilevazioni contabili.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Governo economico finanziario in raccordo con la dg risorse finanziarie.

Intervento 2.2: Trasferimento delle risorse destinate al SSR dal bilancio regionale alla G.S.A.

In occasione delle verifiche congiunte dei tavoli ex art. 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni e P.A. del 23.03.2005 e dalle risultanze contabili è emersa la circostanza che da anni non vengono trasferite e messe a disposizione del SSR importanti risorse finanziarie di competenza. In occasione della verifica del 10 Aprile 2013 l'entità delle risorse da trasferire è stata quantificata in 1.116 €/mln.

Il tavolo congiunto ha evidenziato che non risulta pervenuto il richiesto piano di trasferimenti delle risorse del SSR trattenute dal bilancio regionale.

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

A tal proposito con nota prot.791 del 17 giugno 2013 l'assessore al bilancio ha sancito che il piano dei fondi destinati alla Sanità potrà essere predisposto appena sarà formalmente:

- determinata l'anticipazione distintamente ex artt. 2 e 3 del D.L. n.35/2013;
- stabilita la copertura delle rate relative all'anticipazione trentennale;
- data comunicazione di poter disporre delle aliquote IRE 0,5% ed IRAP 0,92%, ai sensi del D.Lgs. 6 maggio 2011, n.68, al netto dei 170 €/mln a copertura del prestito MEF.

Una volta noti gli elementi anzidetti potrà formularsi un piano di trasferimenti coordinato con il piano di stabilizzazione, finalizzato all'eliminazione dello squilibrio del bilancio regionale.

Risultati programmati:

- Definizione puntuale delle risorse da trasferire, entro il 05.07.2013;
- predisposizione piano di trasferimento, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Stipula verbale d'intesa tra gli assessorati;
- quantum delle somme trasferite sul totale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Coordinatore Assessorato Sanità;
- Dirigente UOD Governo economico finanziario in raccordo con la dg risorse finanziarie.

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

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC);
- rispetto di quanto previsto dal PAC.

Certificabilità dei bilanci del SSR: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Certificabilità dei bilanci del SSR	**-**	**-**	**-**
Certificabilità dei bilanci del SSR	-	-	-
Attuazione art. 79 L. 133/2008	-	-	-

Tabella 21 - Sintesi manovre

Le attività riportate nel presente Programma "Certificabilità dei bilanci del SSR", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di assicurare i seguenti adempimenti:

- 2011: at) Certificabilità dei bilanci.

Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR

Azione 3.1.1: Attuazione art.79 Legge n.133/2008

Con decreto commissariale n.80 del 5 luglio 2013 viene approvato il Piano Attuativo della Certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie regionali predisposto in attuazione del Decreto Ministeriale 1 marzo 2013 con la relativa relazione di accompagnamento al PAC.
Attraverso tale decreto commissariale viene identificato come responsabile regionale del coordinamento del PAC, il Responsabile Regionale della "Gestione Sanitaria Accentrata presso la Regione", individuato dal Decreto Commissariale n.80/2012 nel Dirigente del Settore Programmazione dell'AGC 19 – Piano Sanitario Regionale, coadiuvato dal Dirigente del Servizio Economico Finanziario dell'AGC 19 e da un funzionario dell'AGC 19.

Il PAC, coerentemente al Decreto ministeriale 01.03.2013 ed alle evidenze emerse con le attività regionali, è stato predisposto per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- rispetto degli indirizzi nazionali sulla certificazione dei bilanci, migliorando la trasparenza dei medesimi, la specializzazione nei controlli, la revisione dei bilanci, preceduta dall'applicazione omogenea dei principi contabili disciplinati dal D.Lgs. 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n.42";
- migliorare i controlli interni aziendali, quindi la conformità a leggi e regolamenti che abbiano impatto sul bilancio, come la normativa anticorruzione, la Legge 190/2012, la Legge 213/2012, il D.Lgs. 33/2013;
- favorire le buone pratiche di revisione interna amministrativa con indirizzi regionali specifici;
- uniformare, gradualmente, nel triennio 2013-2015, i comportamenti aziendali e la rappresentazione contabile dei medesimi, innovata dal citato decreto legislativo 118/2011;
- aggiornare le linee guida amministrativo-contabili per le aziende sanitarie.

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

Nella relazione di accompagnamento al PAC vengono sinteticamente riportate le principali fasi seguite per la predisposizione del PAC:

- preliminare valutazione delle informazioni relative a ciascuna azienda e disponibili a livello regionale in merito allo stato di implementazione delle procedure amministravo – contabili – organizzative;
- definizione di una ipotesi di "percorso attuativo di certificabilità" individuando, per ciascun obiettivo indicato nell'Allegato A del DM del 1 marzo 2013, le azioni e le scadenze entro le quali tali azioni devono essere realizzate a livello di singole aziende, di GSA e di consolidato.
- trasmissione dell'ipotesi di PAC alle singole Aziende con l'invito di comunicare: il responsabile aziendale del procedimento di attuazione del PAC, gli eventuali emendamenti, opportunamente motivati, alle azioni e/o scadenze previste, le eventuali osservazioni dei collegi sindacali;
- trasmissione dell'ipotesi di PAC al Responsabile Regionale per il Controllo della GSA con la richiesta di eventuali osservazioni in merito.

Nel decreto viene chiaramente precisato che l'attuazione del PAC rientra tra gli obiettivi dell'intervento programmato con il decreto del commissario ad Acta n.125 del 10 ottobre 2012, che tuttavia non può ancora essere avviato non essendo stato ammesso ai finanziamenti dell'art. 20 della legge 67/1988.

Risultati programmati

- Esperimento gara, entro nove mesi dall'approvazione in conferenza Stato - Regione;
- avvio delle attività, entro i successivi 3 mesi.

Indicatori di risultato

- Completamento programma, entro il 31.12.2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Governo economico finanziario in raccordo con la dg risorse finanziarie.

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

Programma 4: Flussi informativi

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento;
- azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS) consolidati;
- realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS, già esistenti o in via di adozione;
- tessera sanitaria: corretta gestione dei flussi esistenti ed implementazione delle evoluzioni in materia di ricetta elettronica, ai sensi di quanto previsto dall'art.50 della L. 326/2003, DPCM 26/3/2008, DM 2/11/2011 e art.13 del D.L. 179/2012, nonché corretta attuazione di quanto previsto dal DM 11/12/2009 per il controllo delle esenzioni da reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Flussi informativi: valorizzazione manovre (€/mln)	2013	2014	2015
Flussi informativi	**-**	**-**	**-**
Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento	-	-	-
Flussi informativi (NSIS) consolidati	-	-	-
Tessera sanitaria	-	-	-
DPCM 26 marzo 2008 "Medici in rete"			
Esenzioni da reddito D.M. 11.12.2009			
Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.2011)	-	-	-
Flussi informativi farmaceutica	-	-	-
Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	-	-	-
Flusso Emergenza Urgenza (EMUR)	-	-	-
Sistema Informativo Dipendenze	-	-	-
Flusso SDO	-	-	-
Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS	-	-	-
Flussi FAR e SIAD	-	-	-
Flusso Hospice	-	-	-
Sistema Informativo Salute Mentale	-	-	-
Sistema informativo per il Monitoraggio della Rete di Assistenza	-	-	-
Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili. Implementazione nuovi flussi	-	-	-

Tabella 22 – Sintesi manovre

La Regione sta attivando un complesso processo di riorganizzazione e innovazione che riguarda la capacità di governo del SSR e la capacità di monitoraggio delle politiche sanitarie per i cittadini. Al tal fine, per il triennio 2013-2015, va promosso un progetto di integrazione ed implementazione dei Sistemi Informativi esistenti finalizzato a sviluppare un coerente ed integrato Sistema Informativo Regionale della Sanità a partire dai Sistemi Informativi già disponibili presso l'Agenzia Regionale Sanitaria (A.R.San.) e le Aziende sanitarie al fine di assicurare un'area di intervento di rilevante valore strategico.

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

Intervento 4.1: Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento

Nel quadro attuale, i vari settori e servizi della Giunta Regionale curano l'organizzazione e il coordinamento dei processi di acquisizione e trattamento dei flussi informativi per gli adempimenti nazionali verso il Ministero della Salute (NSIS), garantendo il raccordo, ai fini dell'ottimizzazione dei flussi fra sistemi informativi e informatici, con le Aziende sanitarie, l'Agenzia Regionale Sanitaria e la So.Re.Sa. S.p.A. coinvolte nei processi di elaborazione e gestione dei dati.

La Regione con il progetto SPICCA (Sistema Pubblico di Interoperabilità e Cooperazione Applicativa in Campania), ha realizzato le infrastrutture tecnologiche necessarie per realizzare soluzioni informatiche che possano cooperare con altri attori istituzionali e promuovere presso le Pubbliche Amministrazioni del territorio la diffusione di sistemi integrati che favoriscano la condivisione delle informazioni e il coordinamento delle attività di competenza attraverso la costituzione di una *Community Network* regionale.

In tale quadro si collocano, anche, gli adempimenti legati al monitoraggio dei tempi di attesa e la gestione della rete dell'emergenza.

Al fine di potenziare la gestione di tutti i flussi informativi, nonché di garantire il migliore raccordo tra gli attori coinvolti nella gestione dei sistemi informativi della Regione per rispondere in maniera sempre più organica e coordinata alle esigenze in tema di debito informativo con DGRC n.419/2011 avente oggetto "Ordinamento amministrativo della Giunta Regionale – Approvazione regolamento" ha previsto la costituzione di un'Unità Operativa Dirigenziale per il Sistema Informativo Sanitario e Sanità Elettronica, la quale occupandosi dello sviluppo ed evoluzione dei sistemi informativi, rappresenti un dominio organizzativo a livello regionale responsabile per i "Flussi Istituzionali" garantendo:

- l'integrazione e l'evoluzione degli stessi, in stretta collaborazione con l'A.R.San., che già possiede sia le competenze scientifiche che tecnologiche utili alla raccolta ed elaborazione dei dati;
- azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi consolidati (Tessera sanitaria, Distribuzione Diretta, Consumi Ospedalieri, EMUR, SID);
- la piena soddisfazione del debito informativo derivante dall'istituzione dei nuovi flussi NSIS (FAR, SIAD, HOSPICE, SISM e MRA).

La costituenda UOD avrà il compito insieme con A.R.San. di:

- interagire con i referenti dei flussi informativi sanitari sia a livello regionale sia a livello nazionale (Ministero della Salute, Agenzie delle Entrate/SOGEI);
- fornire attività di supporto alle Aziende sanitarie relativamente ai flussi regionali e NSIS;
- censire e controllare i flussi informativi sanitari esistenti (tipologia, destinatari, scadenze, ecc.);
- definire nuovi flussi informativi coerentemente con quanto previsto dal livello nazionale;
- generare una reportistica standard condivisa con le Aziende sanitarie riguardante la qualità, completezza e tempestività dei dati;
- coordinare e promuovere la reingegnerizzazione e l'integrazione delle Anagrafiche Regionali necessarie per la gestione e l'integrazione dei flussi informativi sanitari con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale, ovvero:
  - Anagrafe Regionale Assistibili;
  - Anagrafe Regionale Prestazioni;
  - Anagrafe Regionale Prescrittori;
  - Anagrafe Regionale Prescrizioni;
  - Anagrafe Regionale Strutture (con particolare riferimento all'implementazione del modello MRA);
- coordinare e promuovere progetti di integrazione delle banche dati esistenti a livello di singola azienda sanitaria.

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

In considerazione dell'importanza che i flussi informativi rivestono a livello regionale, anche ai fini delle valutazioni trimestrali effettuate dai tavoli tecnici ministeriali, la regione ha individuato un gruppo di lavoro per la gestione ed il coordinamento dei flussi informativi regionali.

Risultati programmati

- Costituzione Gruppo di lavoro, entro il 31.10.2013;
- reportistica standard periodica che evidenzi lo stato dei flussi regionali e aziendali;
- reingegnerizzazione dell'attuale sistema di gestione di alcune anagrafiche di livello regionale (assistibili, operatori sanitari, strutture sanitarie) e di alcuni sistemi di classificazione e codifica (nomenclatori e tariffari, comuni, quartieri etc.), costituendo il sistema integrato delle anagrafiche regionali;
- avvio di attività di coordinamento e integrazione fra i diversi soggetti coinvolti a livello sia locale sia nazionale.

Indicatori di risultato

- Condivisione di almeno tre report standard riguardante la qualità, completezza e tempestività dei dati entro il 31.10.2013;
- numero report periodici realizzati rispetto a quelli previsti entro il 31.12.2013;
- implementazione dei Flussi Informativi di recente istituzione (FAR, SIAD, HOSPICE, SISM e MRA).

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica.

Intervento 4.2 Flussi informativi (NSIS) consolidati

Le attività riportate nel presente Intervento "Flussi informativi consolidati", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2010: j) Tessera sanitaria (monitoraggio prescrizioni) ricetta elettronica;
- 2011: j) Tessera sanitaria (monitoraggio prescrizioni) ricetta elettronica;
- av) dati NSIS-EMUR.

Azione 4.2.1: Tessera sanitaria

Per la gestione del flusso informativo delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche, in attuazione di quanto disposto dall'art.50 della legge n.326 del 24.11.2003 e s.m.i l'A.R.San. effettua il monitoraggio costante dei dati pervenuti al "cruscotto" del sistema Tessera Sanitaria da parte delle ASL ed AO.

Nel caso in cui si evidenziano anomalie e criticità nella trasmissione dei dati, vengono tempestivamente attivate le dovute segnalazione alle Aziende sanitarie e vengono realizzati, in sinergia con SOGEI, interventi di supporto ai referenti aziendali.

A tal fine si tengono, anche, presso l'A.R.San., riunioni operative periodiche nel corso delle quali vengono analizzati i dati trasmessi e discusse le diverse problematiche che eventualmente influiscono sulla tempestività e qualità degli invii.

Per raggiungere il pieno soddisfacimento dell'obiettivo di una trasmissione tempestiva e completa dei dati di assistenza specialistica anche da parte delle strutture erogatrici pubbliche, con Decreto Commissariale n.129 del 10.10.2012 è stato stabilito che il rispetto delle tempistiche e dei volumi degli invii al Sistema Tessera Sanitaria rientra tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generale ai fini della confermabilità dell'incarico. Ciò nonostante esistono ancora talune aziende i cui invii non risultano ancora a regime. Ad oggi gli invii al sistema TS sono effettuati mensilmente dalle singole

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

ASL attraverso un unico punto di raccolta centrale (con codifica unica). Ci si propone di modificare, d'intesa con SOGEI, tale procedura che, probabilmente produce una dispersione di dati, per consentire l'invio diretto dell'erogato al sistema TS.

A tal riguardo è stato già attivato un censimento sul numero di strutture pubbliche (per ASL) che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale e sulla loro codifica a livello aziendale allo scopo di stilare una codifica Regionale. Ciò consentirebbe l'individuazione degli invii di ogni singola struttura sia se essa invia direttamente al SAC (attraverso singole abilitazioni) sia se si crea un punto di raccolta aziendale che inoltri al SAC le prestazioni di ogni singola struttura identificabile per codifica regionale.

Per le problematiche inerenti l'aggiornamento e la pulitura dell'anagrafica SOGEI, attraverso le forniture periodiche da parte delle ASL dei dati relativi alla movimentazione degli assistibili, si è avviato un processo di allineamento tra le due anagrafiche (SOGEI – ASL) in modo da eliminare i disallineamenti ancora presenti.

Risultati programmati

- Proseguimento delle attività di costante monitoraggio degli invii al fine di garantirne la tempestività degli invii;
- raccolta ed analisi dei dati delle codifiche aziendali delle strutture di specialistica pubblica, entro il 28.02.2014;
- predisposizione di un cronoprogramma delle attività, di concerto con la SOGEI, per la recezione degli invii di dati con riconoscimento di ogni singola struttura, entro il 30.03.2014.

Indicatori di risultato

- Mantenimento a livello fisiologico, e comunque entro la media nazionale, delle anomalie dei dati.

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San.

Azione 4.2.2: DPCM 26 marzo 2008 "Medici in rete"

Nell'ambito delle attività previste dall' art.50 del citato Decreto Legge, oggetto di valutazione da parte dei Ministeri competenti per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro (D.G.R.C. n.460 del 26.03.2007), sono comprese anche le disposizioni riportate nei commi 5-bis e 5-ter riguardanti il collegamento in rete dei medici prescrittori del SSN e la trasmissione telematica delle relative prescrizioni mediche al Sistema TS.

La mancata sottoscrizione dell'Accordo Decentrato con i Medici, ha tuttavia comportato una bassa percentuale di medici invianti. Alla data del 24 luglio c.a., infatti, la percentuale dei medici invianti si aggirava entro il 20%.

La Regione Campania ha terminato la sperimentazione e le disposizioni regionali prevedevano l'entrata a regime (Decreto Commissariale n.10 del 14.03.2011).

A seguito del Decreto n.87 del 24.07.2013 (Accordo integrativo Regionale per la Medicina di Base – Approvazione) e sulla base dei risultati del monitoraggio sugli invii telematici delle ricette, a cura dell'A.R.San., si evidenzia una percentuale di circa il 65% di medici invianti, tanto che la Regione Campania non è più considerata tra quelle particolarmente critiche.

Risultati programmati

- Monitoraggio mensile sui volumi degli invii delle ricette telematiche, evidenziando alle ASL le eventuali criticità riscontrate;

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

- invio mensile alle ASL degli elenchi dei medici inadempienti a cui applicare le sanzioni previste dalla normativa vigente *(Accordo Collettivo Nazionale 2009, Decreto Ministero Economia e Finanze del 21.feb.2011, AIR 2013).*

Indicatori di risultato

- Estensione a tutti i Medici della procedura per l'invio telematico di tutte le ricette al SAC (Sistema TS).

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica;
- A.R.San.

Azione 4.2.3: Esenzioni da reddito D.M. 11.12.2009

In attuazione di quanto disposto dal DM 11.12.2009 a partire dal 28.03.2013 sono stati resi disponibili per le ASL dal Sistema TS, gli esiti positivi e negativi delle verifiche sulle autocertificazioni presentate dagli assistiti (presso le ASL) nel corso dell'anno 2011 (riferite alle dichiarazioni reddituali dell'anno 2010).

I controlli sono stati effettuati dal Sistema TS sulla base delle informazioni rese disponibili dall'Agenzia delle Entrate, Ministero del lavoro e INPS, secondo le modalità di cui al DM 11.12.2009. Per le autocertificazioni con esito negativo, il Sistema TS ha reso disponibile altresì i dati delle prestazioni fruite in esenzione per reddito con l'indicazione del ticket da recuperare.
Tutte le Asl nel 2013 hanno intrapreso le attività per il recupero crediti per importi non pagati (in proprio o attraverso accordi con Equitalia Polis s.p.a.), relativi a prestazioni sanitarie erogate, in seguito a mandaci dichiarazioni per reddito e/o disoccupazione.

Risultati programmati

- Controllo sulle attività di recupero su ogni singola ASL;
- resoconto delle somme recuperate per ASL relative alle anomalie riscontrate nel 2011 (redditi 2010), entro il 30.06.2014;
- attivazione delle procedure per il recupero delle somme relative alle anomalie evidenziate dalla SOGEI sulle autocertificazioni del 2012 (redditi 2011), entro il 30.09.2014.

Indicatori di risultato

- Monitoraggio sulle le somme che saranno ricavate dalle attività di recupero per ogni singola ASL.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica;
- A.R.San.

Azione 4.2.4: Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.2011)

Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 02.11.2011 ha promosso la Dematerializzazione della ricetta medica cartacea e l'introduzione della ricetta elettronica contraddistinta dal NRE (Numero Ricetta Elettronica).

D'intesa con i Ministeri competenti sono stati definiti i piani di diffusione per tutte le Regioni sprovviste di SAR (Sistema di Accoglienza Regionale). Il Piano di Diffusione è stato comunicato con nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n.86415/2012.

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

La Fase 1 prevedeva l'avvio della dematerializzazione sulle ricette di specialistica pubblica. Durante gli incontri presso il Ministero è stato preso atto che in Regione Campania gli specialisti ambulatoriali sono sprovvisti di ricettari del SSN.
Pertanto, per la Regione Campania si è concordato, con il Ministero dell'Economia e della Finanza, di avviare il processo di dematerializzazione per la ricetta farmaceutica coinvolgendo in tal modo sia i Medici che le Farmacie (Fase 2 del Piano di Diffusione).

Il giorno 5 marzo 2013, in coerenza con quanto concordato a livello centrale, è partita la fase di sperimentazione per la farmaceutica nelle Provincie di Avellino e Benevento, con invio delle ricette materializzate direttamente al SAC (Sistema di Accoglienza Centrale).

Risultati programmati

- incontri con le associazioni di categoria dei farmacisti, dal 01.03.2014 al 10.03.2014;
- incontri con le software house dei gestionali delle farmacie dal 10.03.2014 al 31.03.2014;
- abilitazione a tutti gli utenti della Regione ai fini dell'utilizzo dei servizi messi a disposizione dalla ricetta dematerializzata dal 01.05.2014 al 20.05.2014;
- predisposizione ed erogazione servizi di formazione ed informazione rivolti agli utenti della Regione e ASL e ai farmacisti dal 01.04.2014 al 20.05.2014;
- informativa nei confronti dei cittadini all'utilizzo del promemoria anche ai fini del diritto all'esenzione dal 01.04.2014 al 31.05.2014;
- adeguamento dei software dei farmacisti dal 01.04.2014 al 31.05.2014.

Indicatori di risultato

- Avvio e completamento delle tre fasi attuative nei tempi prestabiliti.

Responsabile del procedimento attuativo

- UOD Sistema Informativo Sanitario e Sanità Elettronica;
- A.R.San.

Azione 4.2.5: Flussi informativi farmaceutica

La Regione sta dedicando particolare attenzione allo sviluppo dei flussi informativi relativi alla farmaceutica con l'obiettivo di realizzare sia azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi che di monitoraggio dei risultati conseguiti nel tempo.

I Flussi interessati sono :

- Distribuzione Diretta e Per conto di cui al DM 31 luglio 2007 e successive modifiche ed integrazioni (NSIS);
- Consumi Ospedalieri di cui al DM 4 febbraio 2009 (NSIS).

Flusso Distribuzione Diretta

Attraverso l'emanazione del DM 31 luglio 2007 è stata istituita, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), una banca dati finalizzata a rilevare le prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto. Il decreto disciplina anche il flusso informativo di alimentazione di tale banca dati.

La rilevazione dei dati sulla distribuzione diretta si inserisce nel più ampio contesto del Monitoraggio dei farmaci, che mira a ricostruire il percorso seguito dal farmaco lungo tutta la filiera distributiva, ed è ricompresa tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

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

Il successivo DM 13 novembre 2008, a seguito di alcune evidenze emerse nelle prime fasi di implementazione del flusso, ha in parte integrato e modificato quanto disposto dal DM 31.07.07. In particolare, la modifica più rilevante riguarda la previsione che, attraverso la trasmissione dei dati oggetto del flusso informativo Distribuzione diretta o per conto al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), le Regioni assolvono anche gli obblighi informativi nei confronti dell'Agenzia Italiana del Farmaco e del Ministero dell'Economia e Finanze.

Il Ministero della Salute ha inoltre emanato numerosi documenti, tra cui le "Linee Guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS" e le "Specifiche funzionali dei tracciati" di cui al citato DM, pubblicati nell'apposita sezione del sito NSIS – Mattoni, in cui sono disciplinati il flusso informativo di alimentazione di tale banca dati e le specifiche modalità per la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche erogate dalle Aziende sanitarie in distribuzione diretta. Le informazioni oggetto di rilevazione sono riferite a tutti i farmaci erogati in relazione ad un singolo evento sanitario, indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del SSN e dal regime di fornitura, e, in coerenza con il modello concettuale dei dati adottato per i flussi individuali del NSIS, si riferiscono in dettaglio all'Erogatore/Dispensatore, all'Assistito, alla Prestazione ed al Prescrittore.

Al fine di consentire l'adeguamento graduale di tutte le regioni al nucleo informativo completo, è stato previsto un approccio di implementazione del flusso articolato in tre fasi, che prevedono un livello di dettaglio delle informazioni via via maggiore. Nella Fase 1 i dati da trasmettere al Sistema NSIS sono riferiti alla Spesa regionale aggregata per Azienda sanitaria e canale di Erogazione; nella Fase 2 alla Spesa regionale e quantità aggregata per azienda sanitaria, canale di erogazione e singolo medicinale; nella Fase 3 alla Quantità e spesa per singola prestazione e singolo assistito.

In ottemperanza a quanto previsto nel comma 6 dell'art.5 del DM citato, la Regione ha presentato il proprio piano di adeguamento, garantendo, attraverso l'A.R.San., gli adempimenti previsti per le Fasi 1 e 2 a partire dal 2008. L'A.R.San. sta effettuando ancora le trasmissioni al Sistema di accoglienza del Ministero in Fase 2, fatto salvo l'avvio già nel corso del 2009, di tutta l'attività necessaria sia all'interno che con le Aziende sanitarie della Regione, per implementare la trasmissione dei dati con Tracciato Fase 3 a partire da Gennaio 2010.

Con Decreto n.40 del 16 marzo 2011 dell'AGC 19 ad oggetto: "Specifiche funzionali inerenti la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche dispensate in distribuzione diretta di cui al DM 31 luglio 2007 e s.m.i. anche in strutture residenziali e semiresidenziali - Flusso Distribuzione Diretta NSIS (File F) - Modifica ed integrazione del DD. n.17 del 30 gennaio 2009" sono state emanate le direttive tecniche predisposte dall'A.R.San. Allo stato è stata completata la transcodifica del File F previsto in Campania nel Tracciato di Fase 3 previsto dal Ministero, è stata adeguata la piattaforma di accoglienza dei dati e sono in corso le trasmissioni mensili da parte di tutte le Aziende. Nel corso del 2012 sono stati inseriti nel flusso i dati relativi alle erogazioni farmaceutiche delle Strutture residenziali, semiresidenziali, Istituti penitenziari, Centri di Salute Mentale e SER.T come previsto dal DM 13 novembre 2008.

La Regione è risultata "adempiente" per gli anni 2010 e 2011.

Flusso Consumi Ospedalieri

Attraverso l'emanazione del DM 9 febbraio 2009 è stata istituita, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), una banca dati finalizzata al monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero. La disponibilità di informazioni sulle movimentazioni interne alle strutture sanitarie del SSN e sul relativo valore economico permette di soddisfare, con un unico flusso informativo, le esigenze di monitoraggio dei consumi e della spesa farmaceutica a carico del SSN di cui alla Legge 222/07, le esigenze di tracciabilità dei farmaci nell'ambito della distribuzione finale di cui alla Legge 39/2002 e le esigenze espresse dal Mattone 10 del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS attraverso il monitoraggio dei farmaci fino a livello di reparto/struttura. Il conferimento dei dati, nelle modalità e nei contenuti previsti dai documenti "Linee Guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS" e "Specifiche funzionali" di cui al citato DM 4 febbraio 2009, delle prestazioni farmaceutiche destinate al consumo nelle strutture del SSN, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

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

L'A.R.San.,incaricata della gestione del flusso alla fine dell'anno 2010, nei primi mesi dell'anno 2011 ha verificato i sistemi di raccolta e controllo delle informazioni già presenti nelle AA.SS.LL. ed AA.OO., per la gestione informatizzata del magazzino e del consumo farmaceutico.

Con nota n. 11.03.2011 del D.G. dell'Agenzia si è formalmente implementato il Flusso Consumi Ospedalieri in Campania, fornendo alle Aziende sia le indicazioni che le specifiche tecniche necessarie, nonché la tempistica di trasmissione e rendendo disponibile sul sito dell'Agenzia una apposita sezione ed una casella di posta elettronica dedicata. La trasmissione mensile dei dati, tenendo conto dell'urgenza, è stata finora gestita via mail.

Si deve sottolineare che l'AIFA, per l'attribuzione dei Budget alle Aziende Farmaceutiche sulla spesa farmaceutica territoriale ed ai fini del monitoraggio della spesa per singolo medicinale, fa riferimento ai dati trasmessi nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) dalle regioni, relativi ai consumi dei medicinali in ambito ospedaliero ed alle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto ai sensi della L.222/2007 e dell' art.15, commi 4 -10, Decreto Legge 6 Luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 Agosto 2012, n.135. Pertanto, dal 2012 per entrambi i flussi informativi il Ministero della Salute procede al consolidamento dei dati aggregati a livello di ASL del mese n al termine del mese n+2, permettendo, quindi, rettifiche e integrazioni solo entro due mesi successivi al mese di riferimento.

Tale azione si prefigge, pertanto, l'obiettivo di creare gli strumenti e le metodologie necessarie per realizzare un miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo e indirizzo dei flussi informativi farmaceutici sia del Sistema sanitario regionale nel suo complesso che a livello di singola Azienda, attraverso le seguenti azioni:

Risultati programmati

- Raccolta, controllo, e trasmissione di flussi coerenti, continui e tempestivi in ottemperanza alle scadenze previste da NSIS;
- miglioramento della qualità dei dati attraverso il prosieguo dell'affiancamento e del coordinamento delle Aziende sanitarie che dovranno attivare, in collaborazione con l'A.R.San., tutte le attività necessarie a riportare a livello fisiologico le anomalie tutt'ora presenti nei due flussi, entro il 31.12.2013;
- gestione del flusso dei Consumi Ospedalieri sulla piattaforma A.R.San. su cui già confluiscono i dati della Distribuzione Diretta e delle altre prestazioni sanitarie, entro il 31.12.2013;
- predisposizione - in sede di tavolo tecnico con i referenti dei flussi delle Aziende sanitarie - di un sistema di indicatori di processo e di esito, definito per singolo flusso informativo, che favoriscano il confronto tra le Aziende e nella stessa Azienda nel tempo in un'ottica di auto-valutazione e di benchmarking, entro il 31.12.2013;
- produzione di elaborazioni sintetiche finalizzate anche alla verifica dell'utilizzo del farmaco da parte delle Aziende sanitarie ed alla compatibilità gestionale ed economica, a partire dall'anno 2014;
- definizione di Linee Guida per il monitoraggio delle prestazioni farmaceutiche a partire dall'analisi di qualità dei dati ed alla definizione di codifiche nell'ambito del sistema MRA per le farmacie interne alle Aziende sanitarie e per quelle convenzionate, entro il 31.12.2014;
- integrazione del flusso della distribuzione diretta con le informazioni sui consumi ospedalieri, entro il 31.12.2013;
- integrazione dei due predetti flussi con le informazioni sulla spesa farmaceutica a carico del SSN rese disponibili dal MEF (Flusso sulle prescrizioni farmaceutiche, previsto dall'art.50 del D.L. 269/2003, convertito con modificazioni dalla Legge 24 novembre 2003 n.326), entro il 31.12.2014;
- integrazione di tutti i flussi della farmaceutica con gli altri flussi già esistenti (ricoveri, specialistica, ecc), entro il 31.12.2015.

Sarà compito dell'A.R.San. predisporre - anche a supporto delle esigenze informative del Programma 17 - la reportistica di sintesi per la Regione, provvedendo anche ad avvalersi, a regime, di un sistema automatizzato relativo ai controlli ed alle specifiche richieste provenienti da NSIS e dalla Regione

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

Campania. Tali report saranno prodotti nel rispetto delle tempistiche indicate da NSIS, stante la loro rilevanza ai fini della programmazione e del monitoraggio dei tetti di spesa della farmaceutica.

Indicatori di risultato

- N. incontri con i referenti aziendali dei flussi informativi della farmaceutica nell'ambito del tavolo tecnico;
- n. di file pervenuti sulla piattaforma delle prestazioni sanitarie A.R.San.;
- n. di trasmissioni di file sul portale NSIS entro le scadenze stabilite;
- creazione di un modulo di Supporto Direzionale, nell'ambito del datawarehouse esistente, per rispondere in tempi brevi alle esigenze di integrazione, analisi e monitoraggio dei dati dei vari flussi (Distribuzione Diretta e Per Conto, Consumi Ospedalieri, Farmaceutica Convenzionata di cui all'art.50 della L. 326/2003);
- n. elaborazioni e reporting puntuali, attendibili e uniformi a livello di singola struttura e di singola azienda;
- sviluppo di un'Area dedicata sul sito dell'A.R.San. e pubblicazione di Report periodici.

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San.

Azione 4.2.6: Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale (*Decreto Ministeriale 11 giugno 2010*)

In ottemperanza a quanto previsto dal Decreto Ministeriale 11 giugno 2010, ai fini dell'avvio e messa a regime del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale, la Regione Campania, attraverso il competente ufficio amministrativo individuato nel Settore Farmaceutico 04 dell'AGC 20 , ha adottato le seguenti azioni propedeutiche per il conferimento dei dati costituenti debito informativo a partire da gennaio 2012:

- costituzione Gruppo Tecnico regionale sui dispositivi medici ex DA n. 432 del 15.10.2007 e s.m.i come struttura di riferimento dell'Assessorato alla Sanità sui dispositivi medici;
- designazione di n.2 referenti regionali aventi il ruolo di coordinare le attività preliminari alla implementazione del flusso informativo all'interno delle aziende del Servizio Sanitario Regionale; designazione di n.2 referenti regionali con il ruolo di amministratori di sicurezza nell'applicazione "monitoraggio consumi dispositivi medici" e di responsabili della trasmissione dati su piattaforma NSIS; designazione di n.2 referenti regionali con il ruolo di amministratori di sicurezza nell'applicazione Repertorio dispositivi medici per l'accesso e consultazione della Banca Dati/Repertorio;
- richiesta ed individuazione dei referenti delle singole aziende del Servizio Sanitario Regionale chiamati a monitorare, ciascuno nel proprio ambito aziendale, il flusso dei dati sui consumi e sui contratti dei dispositivi medici;
- incontri di studio e valutazione operativa con il Centro Regionale Elaborazione Dati per implementare una piattaforma informatica (datawarehouse) con funzione di accoglienza dei dati rilevati dalle aziende e conversione nel formato elettronico .xml prima della trasmissione al ministero;
- incontri con il Gruppo Tecnico regionale sui dispositivi medici al fine di monitorare lo stato dell'arte sulle premesse operative di istituzione del flusso a livello regionale, e vagliare proposte operative di miglioramento e maggiore funzionalità del sistema di accoglienza ed elaborazione del dato da trasmettere;
- predisposizione e implementazione a livello regionale di un sistema informatico di acquisizione e controllo quali/quantitativo dei dati provenienti dalle Aziende sanitarie e loro validazione prima della trasmissione definitiva al sistema NSIS;
- messa in atto di appropriate modalità di informazione alle strutture sanitarie sul sistema di accesso e consultazione al Sistema Banca Dati/Repertorio dei Dispositivi Medici. A riguardo, con note circolari del Settore Farmaceutico, si è invitato il personale interessato delle Aziende sanitarie a consultare la Banca Dati/Repertorio dei dispositivi medici accedendo, attraverso il sito internet del Ministero della Salute, al Sistema "Dispositivi Medici" dopo essersi correttamente registrati nel

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

Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute e aver richiesto l'abilitazione ai referenti regionali all'uso dell'applicazione "Dispositivi Medici", secondo l'Unità Organizzativa di appartenenza dell'utente. Inoltre, sono state messe in atto modalità di informazione alle strutture sanitarie relativamente a quanto richiesto dagli artt. 5 e 6 del Decreto del Ministero della salute 21 dicembre 2009 sulle gare d'appalto sui dispositivi medici;

- affiancamento in ordine alle attività preliminari di allineamento delle anagrafiche dei dispositivi medici, già in uso nelle Aziende sanitarie, alle informazioni presenti nel Sistema Banca Dati/Repertorio. A riguardo si è provveduto, stante la principale criticità evidenziatasi nel recepimento del numero di iscrizione nel Sistema Banca Dati/Repertorio, a fornire mensilmente ai referenti aziendali le versioni aggiornate del sistema Banca dati/Repertorio attraverso un indirizzo-web all'interno del portale della Regione;
- attivazione, nella prima fase di implementazione e avvio del flusso, di un supporto tecnico-informatico diretto alle Aziende sanitarie attraverso il servizio informatico della centrale acquisti So.Re.Sa. S.p.A., nella condivisione di procedure di allineamento delle anagrafiche interne sui dispositivi con il sistema Banca dati/Repertorio;
- programmazione di incontri periodici fra responsabili regionali e referenti aziendali sullo stato di avanzamento del flusso informativo al'interno delle Aziende sanitarie per la valutazione delle criticità e la raccolta di istanze volte al miglioramento operativo della funzionalità del flusso informativo;
- incontri di coordinamento fra i referenti regionali, referenti aziendali, società di consulenza informatica delle Aziende sanitarie e la struttura informatica della centrale acquisti So.Re.Sa. S.p.A., ai fini di una valutazione complessiva delle criticità riscontrate nell'avvio dei flussi e razionalizzazione delle procedure interne alle singole aziende, al fine di una ottimizzazione operativa di funzionalità, finalizzata ad una migliore integrazione fra il sistema dei flussi delle aziende del servizio sanitario regionale e bilanciamento di eventuali disallineamenti delle anagrafiche interne aziendali e disarmonie di tempi e procedure;
- conferimento dei dati sui consumi e sui contratti dei dispositivi medici, a partire dal periodo quarto trimestre 2011, e per tutto l'anno 2012, con percentuale di copertura delle Aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale inerente il monitoraggio sui consumi pari al 100%;
- monitoraggio quali-quantitativo sui dati di consumo trasmessi dalle Aziende sanitarie per l'anno 2012 attraverso l'elaborazione di specifici report di confronto della spesa contabilizzata nel Modello CE 999 e il consumo rilevato attraverso il flusso NSIS sui dispositivi medici.

La Regione è risultata "adempiente" per gli anni 2010 e 2011.

Risultati programmati

- Raccolta, controllo e trasmissione dei flussi aziendali al ministero in ottemperanza alle scadenze previste da NSIS;
- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo del flusso informativo sui consumi e sui contratti in NSIS, attraverso un costante contatto con i referenti aziendali;
- individuazione e condivisione - in sede di tavolo tecnico con i referenti dei flussi delle Aziende sanitarie - di un sistema di indicatori di processo e di esito, che favoriscano il confronto tra le Aziende del SSR e nelle stesse Aziende nel tempo, in un'ottica di auto-valutazione e di benchmarking, entro il 31.12.2013;
- verifica circa il puntuale rispetto da parte delle strutture sanitarie di quanto disposto dalla normativa ministeriale sulla Banca Dati/Repertorio dei dispositivi medici (Decreto del Ministero della salute 21 dicembre 2009), entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- N. d'incontri con i referenti aziendali dei flussi informativi dei dispositivi medici nell'ambito del tavolo tecnico;
- n. riunioni del Gruppo Tecnico regionale sui dispositivi medici ex DA n. 432 del 15.10.2007 e s.m.i;
- individuazione della percentuale di copertura mensile dei flussi informativi aziendali;
- n. reports quali-quantitativi;
- n. abilitazioni e accessi al sistema Banca Dati/Repertorio dei dispositivi medici.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi;
- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica.

Azione 4.2.7: Flusso Emergenza Urgenza (EMUR)

Con il Decreto Ministeriale n.118 del 17.12.08 il sistema informativo ministeriale per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza (EMUR) è entrato nella fase operativa ed a ciascuna Regione è stato richiesto di indicare le modalità con cui procedere per alimentare l'archivio predisposto in NSIS.

Nel flusso EMUR sono riconoscibili tre sezioni relative ai:

- dati registrati nelle centrali operative;
- dati relativi al trasporto con il servizio 118;
- dati delle prestazioni erogate in pronto soccorso.

Le prime due sono seguite nell'AGC Assistenza Sanitaria presso il Settore 05 Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza nei Servizi dell'Emergenza e 118, mentre della parte relativa alle prestazioni erogate in pronto soccorso è responsabile l'A.R.San.

Flusso delle prestazioni erogate in pronto soccorso

L'A.R.San., con i referenti all'uopo individuati dalle ASL ed AO, ha definito le modalità operative più efficaci per garantire la regolare alimentazione del flusso delle prestazioni di pronto soccorso effettuate dagli erogatori. Ha quindi provveduto a realizzare nella piattaforma informatica di accoglienza delle prestazioni sanitarie un modulo di ricezione dei dati relativi a tali prestazioni.

Entro il primo trimestre 2013 l'A.R.San. ha anche provveduto a definire e trasferire alle Aziende sanitarie il disciplinare per i controlli logico formali dei dati registrati presso le strutture.

Il sistema, oltre a soddisfare il debito informativo verso il Ministero, consente anche la verifica della correttezza logico-formale dei dati, e quindi li rende disponibili alle successive elaborazioni e alla predisposizione di specifici report.

L'A.R.San. predispone la reportistica descrittiva dell'andamento delle prestazioni e delle loro caratteristiche (frequenza dei codici di triage, tipologia delle prestazioni erogate, analisi delle prestazioni erogate in mobilità a pazienti di altre regioni).

Risultati programmati

- Invio da parte delle Aziende Sanitarie all'A.R.San. dei dati relativi alle prestazioni di pronto soccorso effettuate dagli erogatori nell'anno 2012, e disponibili negli archivi aziendali, entro il 31.10.2013;
- invio da parte delle Aziende Sanitarie all'A.R.San. dei dati relativi alle prestazioni di pronto soccorso effettuate dagli erogatori inseriti nella rete dell'emergenza per il triennio 2013-2015 con cadenza mensile entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le prestazioni;
- invio mensile da parte delle Aziende Sanitarie all'A.R.San. delle eventuali variazioni, integrazioni e cancellazioni entro il quarantacinquesimo giorno del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le prestazioni;
- regolare trasmissione dei dati acquisiti dall' A.R.San. al sito di accoglienza NSIS entro il trentesimo giorno del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le prestazioni, secondo quanto stabilito dal D.M. 118 del 17.12.2008, art. 5, comma 2;

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

- trasmissione da parte dell' A.R.San. al sito di accoglienza NSIS di eventuali variazioni, integrazioni e cancellazioni entro il sessantesimo giorno del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le prestazioni, secondo quanto stabilito dal D.M. 118 del 17.12.2008, art. 5, comma 2;
- organizzazione presso l'A.R.San. di incontri con cadenza quadrimestrale con i referenti delle Aziende sanitarie per il costante aggiornamento del sistema dei controlli logico formali e per la soluzione delle eventuali criticità emergenti a partire dal mese di settembre 2013;
- elaborazione da parte dell'A.R.San. di report semestrali (luglio/gennaio) a partire dal mese di luglio 2013.

Indicatori di risultato

- Rispetto, per il triennio 2013-2015, della regolare alimentazione del flusso delle prestazioni di Pronto Soccorso nelle tempistiche programmate in conformità a quanto predisposto dal D.M. 118 del 17.12.2008, art. 5, comma 2;
- stesura di un report semestrale dell'A.R.San. sull'attività effettuata nelle strutture ospedaliere di pronto soccorso (luglio/gennaio).

Responsabile del procedimento attuativo

- UOD Assistenza Ospedaliera;
- A.R.San. (per il flusso delle prestazioni di pronto soccorso).

Azione 4.2.8: Sistema Informativo Dipendenze

Il Progetto Ministeriale "Sesit", recepito dalla Regione con DGRC n.3464 del 28.11.2003, è stato finanziato con il Fondo Lotta alla Droga annualità 1997/99. Esso prevede il potenziamento delle dotazioni informatiche del Ser.T. unitamente ad una azione di implementazione di un sistema dì monitoraggio dell'utenza e dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei.

Più in particolare il progetto Sesit prevede la realizzazione di sistemi informativi standardizzati in ogni singola regione, al fine di predisporre un sistema di monitoraggio nazionale sulle tossicodipendenze, coerente con gli standard europei dell'OEDT anche in seguito all'emanazione di linee guida da parte dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le tossicodipendenze di Lisbona e in relazione alle mutate esigenze a livello nazionale.

A tal fine la Regione, con DGRC n.514 del 2005 ha elaborato il progetto per la realizzazione di un Sistema Informativo per le Dipendenze (S.I.D.), che prevede l'informatizzazione ed il collegamento di tutti i Ser.T. e la predisposizione di una cartella elettronica per le dipendenze che implementi il tracciato del progetto Sesit e che preveda il flusso informatizzato dei modelli SEM ed ANN da tutte le AA.SS.LL. verso la Regione. (ulteriori fondi sono stati successivamente dedicati al sostegno del potenziamento tecnico dei Ser.T. con la DGRC n.1910 del 16.12.2005 "Rete Ser.T e strategie di intervento per l'assistenza ai tossicodipendenti").

Per coordinare le attività di implementazione e potenziamento del sistema informativo e organizzare i processi necessari per la messa a sistema del Sistema Informativo Dipendenze regionale è stato istituito dall'AGC 20 un gruppo di coordinamento SID regionale (decreto dirigenziale n.69 del 5.05.2006, e successivamente modificato con decreto dirigenziale n.119 del 26.09.2007) nell'ambito del quale il coordinamento dell'intero Sistema Informativo Dipendenze è curato dall'AGC 20.

Successivamente è stato istituito un gruppo operativo SID territoriale (decreto dirigenziale n.49 del 12/06/2009) con il compito di accompagnare ed attuare in tutto il territorio regionale le direttive e gli indirizzi del gruppo di coordinamento per la completa implementazione del SID in Campania.

Con DGRC n.2107 del 31/12/2008 è stato finanziato il progetto SID2 "Estensione del sistema informativo dipendenze in Campania" con la finalità, tra l'altro, di monitorare, oltre al fenomeno della tossicodipendenza, anche il fenomeno dell'alcool dipendenza e migliorare gli aspetti di performance del SID con il passaggio ad un database oracle.

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

Per la delicatezza e riservatezza dei dati trattati dal Sistema Informativo Dipendenze, la Regione ha stipulato un protocollo d'intesa privacy (recepito con Decreto dirigenziale n.141 del 27.07.2006, stipulato in data 26.01.2007 ed, in seguito all'accorpamento delle AA.SS.LL. in attuazione della legge regionale n.16 del 28.11.2008, integrato con nota con prot. 28705 del 13.01.2012) condiviso formalmente da tutte le AA.SS.LL. della Regione, dall'Assessorato alla Sanità, dall'Assessorato alla Ricerca Scientifica e dalla Regione Toscana per regolamentare tutti gli aspetti, anche organizzativi, in materia di privacy.

Il Ministero della Salute, per la qualità del lavoro svolto dalla Regione in materia di privacy ha richiesto il protocollo d'intesa e le modalità organizzative ed attuative in materia di riservatezza dei dati e privacy per diffonderle come best practices anche alle altre regioni italiane.

La stessa Regione Toscana, da cui la Regione ha acquisito in riuso il sistema informativo dipendenze, ha richiesto quanto prodotto in materia di riservatezza e privacy, ivi incluso le modifiche architetturali richieste e commissionate al sistema informatico dipendenze dalla Regione che hanno fatto evolvere il SID verso una potente architettura modulare e centralizzata suggerita oggi anche a livello nazionale.

Nel Piano Sanitario Regionale, approvato con Decreto Commissariale n.22 del 22 marzo 2011, il SID è parte integrante del Sistema Informativo Sanitario Regionale:

Il Sistema Informativo Dipendenze implementa oggi una rete informativa, basata su standard europei e nazionali, sul fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcool dipendenza tra tutti i Ser.T. del territorio regionale e i dipartimenti Dipendenze, l'Osservatorio Regionale delle Dipendenze ed il Ministero della Salute, al quale fornisce i flussi ministeriali in modo automatico.

L'approccio scelto per l'informatizzazione dei Ser.T. è incentrato sul paziente, perciò il SID gestisce informazioni individuali che consentono di ricostruire il movimento del singolo utente (data di ammissione, tempo di presa in carico, data di dimissione, invio in comunità terapeutica, passaggio ad altro Ser.T., uscita spontanea dal sistema assistenziale), informazioni relative a diagnosi, patologie, trattamenti programmati e/o erogati dalle varie strutture assistenziali, dati di anamnesi o anche di ricovero che hanno interessato l'assistito e statistiche di diverse tipologie che insieme ad un sistema di statistiche, analisi e reporting, basato su Business Object, consentono all'Osservatorio Regionale Dipendenze e ai Dipartimenti Dipendenze di comprendere le dimensioni, il profilo dei consumatori di droga o alcool ed i loro modelli di consumo.

Per consentire una maggiore integrazione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Regionale tramite l'interoperabilità e la cooperazione applicativa e in un quadro di integrazione sociosanitaria sempre più necessario per garantire i LEA è previsto che il Sistema LeaSociosan acquisisca i dati sulle dipendenze dal Sistema Informativo Dipendenze SID.

Nel corso dell'anno 2012 la Regione ha ottemperato con esito positivo a tutti gli adempimenti del DM salute dell'11 giugno 2010 inerenti sia le relazioni al parlamento che l'inoltro di tutti i flussi informativi al sistema SIND del NSIS del Ministero della Salute.

Per l'anno 2013, in accordo al citato DM, si è provveduto ad inoltrare con successo e prima del termine di scadenza (31 gennaio di ogni anno) il flusso informativo "Strutture", relativo all'anno precedente a quello di rilevazione, al sistema NSIS del MdS. I successivi invii dei flussi informativi al Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) del NSIS del Ministero della Salute, che sono previsti nel citato decreto, sono:

- i flussi informativi "Personale", riferiti all'anno precedente a quello di rilevazione, da inoltrare entro il 15 aprile di ogni anno;
- i flussi informativi "Attività" , riferiti all'anno precedente a quello di rilevazione, da inoltrare entro il 15 aprile di ogni anno.

Anche tali flussi sono stati inviati con esaustività entro i termini previsti dal decreto soddisfacendo i criteri di adempienza LEA.

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

Si tenga conto che a partire dal 01.01.2013 si è proceduto all'avvio della seconda fase del SID e SIND secondo quanto previsto dal cronoprogramma ministeriale.

Risultati programmati

- Completamento seconda fase del SID e SIND secondo quanto previsto dal cronoprogramma ministeriale e relativo monitoraggio, entro il 31.12.2013;
- completamento dei progetti SIND e NIOD secondo quanto previsto dal crono-programma ministeriale, entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- Monitoraggio dell'infrastrutturazione come da indicazioni ministeriali.

Responsabili del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica;
- A.R.San.

Azione 4.2.9: Flusso SDO

Per quanto concerne il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) il Ministero della Salute ha rilevato e segnalato una percentuale elevata di schede nelle quali risultano non compilati o compilati in maniera erronea alcuni campi ed, in particolare, quelli che rilevano le "nuove informazioni" (livello di istruzione, data di prenotazione e classe di priorità) inserite nel tracciato con il DM 135/2010.

A tal fine l'A.R.San. ha già provveduto a modificare il programma informatico di controllo logico formale dei dati trasmessi dagli erogatori, con l'introduzione di verifiche più stringenti mirate al miglioramento dei dati acquisiti specificamente su tali campi.

E' però necessario intraprendere un ulteriore percorso di miglioramento affinché tutte le informazioni dei campi presenti sulla SDO siano costantemente e correttamente registrate.

Ulteriore criticità riguarda la corrispondenza tra codici di flusso SDO e anagrafica. E' quindi necessario effettuare interventi correttivi prima dell'invio periodico dei flussi.

Risultati programmati

- Implementazione delle attività di monitoraggio e analisi della completa e corretta compilazione dei campi presenti sulla SDO e delle eventuali criticità attraverso riunioni periodiche da tenersi presso l'A.R.San. con i referenti del flusso - con cadenza trimestrale, a partire da luglio 2013;
- emanazione di un disciplinare aggiornato per la codifica delle SDO, entro il 31.10.2013;
- correzione dei disallineamenti tra codici del flusso SDO e anagrafiche all'atto dell'invio conclusivo della banca dati del 2013 e dei successivi invii periodici anche al fine di corrispondere a quanto riportato nei modelli HSP 11 e HSP 12.

Indicatori di risultato

- Riduzione della percentuale di errori nella compilazione dei campi data di prenotazione, classe di priorità e livello di istruzione fino al raggiungimento in un biennio (2013-2014) di una percentuale di errore non superiore al 5%;
- eliminazione dei disallineamenti tra codici del flusso SDO e anagrafiche a partire dal flusso dell'anno 2013.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San.

Intervento 4.3: Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS

Azione 4.3.1: Flussi FAR e SIAD

In relazione ai flussi denominati FAR - Istituzione del sistema informativo sulle prestazioni residenziali per i soggetti adulti non autosufficienti - e SIAD - Banca dati per l'assistenza domiciliare- , istituiti con decreti ministeriali n.1 e n.2 del 17.12.2008 (riproposti con decreti del 6 agosto 2012), si rappresenta la necessità di ripercorrere rapidamente gli adempimenti definiti con vari atti da questa Amministrazione in tema di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie effettuate ai sensi dell'allegato 1/C del d.p.c.m. del 29.11.2001, con riferimento agli obblighi determinatisi per le amministrazioni regionali in applicazione dell'Intesa Stato-regioni del 23.3.2005.

A partire dalla delibera 2105/2008 "Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001, Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEASOCIOSAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEASOCIOSAN" quest'Amministrazione ha definito il proprio programma operativo in materia di rilevazione delle prestazioni sociosanitarie, a partire dalla stabilizzazione del sistema di rilevazione LEASOCIOSAN di cui sono responsabili per l'attuazione le direzioni strategiche e distrettuali. Nel sistema LEASOCIOSAN sono stati fatti confluire i flussi ministeriali FAR e SIAD.

Con il richiamato atto deliberativo si è provveduto a :

- recepire e validare la scheda unica di rilevazione delle prestazioni erogate a ciascun utente che abbia accesso alle unità operative distrettuali;
- definire le regole di arruolamento dei casi e le procedure per la rilevazione delle prestazioni, nonché piani di addestramento per gli operatori del distretto.

Sono stati definiti gli attori di tale processo di implementazione con questa distribuzione di ruoli e compiti:

- assessorato alla sanità – UOD interventi socio-sanitari: ruolo di regia del processo di implementazione dei flussi informativi regionali;
- Agenzia Regionale della Sanità: attività di supporto tecnologico, consulenziale nella definizione tecnica dei flussi e nella gestione. Garantisce l'interoperabilità dei diversi sistemi informativi e flussi che ad essa fanno capo e di cui è responsabile;
- Aziende Sanitarie Locali: responsabili del popolamento del sistema, della manutenzione della rete informativa aziendale, assicurano l'interoperabilità dei sistemi informativi aziendali con il LEASOCIOSAN, predispongono piani operativi di manutenzione, gestione del sistema e curano la formazione ed addestramento del personale.

Ciascuna Azienda sanitaria, in ottemperanza alle indicazioni fornite con determina dirigenziale n.11/2009, ha provveduto a definire ed approvare i piani operativi tesi alla stabilizzazione dei sistema informativo sui Lea sociosanitari.

Le AA.SS.LL. della Regione hanno presentato i piani operativi regolamentando come richiesto :

- costituzione di un team aziendale dedicato al monitoraggio LEASOCIOSAN;
- potenziamento ed ottimizzazione e manutenzione degli strumenti informativi ed informatici;
- formazione e aggiornamento del personale.

Gli Uffici dell'AGC 20 hanno inoltre predisposto con l'A.R.San. un "piano operativo per la stabilizzazione del sistema regionale di rilevazione denominato LEASOCIOSAN", finalizzato

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

all'adeguamento e reingegnerizzazione del sistema LEASOCIOSAN alle esigenze degli operatori e alle richieste di conferimento dei dati secondo le regole definite dal Ministero della Salute.

I dati richiesti come definiti dai due decreti istitutivi dei flussi sono relativi al set di informazioni legate alle prestazioni di assistenza domiciliare (esclusa l'assistenza domiciliare di tipo programmato e l'assistenza domiciliare sociale) e di prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

I flussi informativi, dettagliati nel disciplinare tecnico fanno riferimento alle seguenti informazioni:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione ovvero rivalutazione sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali, alla rivalutazione;
- dati relativi alla fase di erogazione (per il SIAD:dati riferiti agli accessi e i dati di prestazione per singola figura professionale);
- dati relativi alla sospensione della presa in carico;
- dati relativi alla dimissione dell'assistito.

Entrambi i flussi sono suddivisi in due gruppi di informazioni ricomprese nei TRACCIATI 1 e 2 , seguono proprie regole e tempistiche per l'invio.

In modo sintetico si riportano le informazioni che devono essere rilevate al verificarsi dei seguenti eventi:

- presa in carico;
- erogazione (con informazioni specifiche per il FAR e per il SIAD);
- sospensione (per l'assistenza domiciliare);
- rivalutazione;
- conclusione/dimissione.

Relativamente al flusso SIAD e FAR, la Regione si è avvalsa della possibilità prevista dall'articolo 6 del decreto ministeriale ed ha definito modalità e tempi per la implementazione della banca dati delle prestazioni residenziali, sottoponendo al Ministero il Piano di adeguamento nonché il piano di transcodifica dei sistemi di valutazione, regolarmente approvati.

Il piano di adeguamento dei flussi informativi è stato rispettato: ad oggi il 100% delle AA.SS.LL. conferiscono dati, anche se il livello di popolamento deve essere ulteriormente migliorato.

Si registra, infatti una criticità notevole relativa al governo aziendale dei flussi informativi che determina un livello di popolamento inferiore alla quantità di prestazioni effettivamente erogate a livello distrettuale, se si raffrontano e correlano i flussi FAR e SIAD con i dati conferiti attraverso i modelli di rilevazione FLS 21-riquadro H, STS 11 e 24.

In merito all'implementazione dei due flussi informativi NSIS, sono state definite e realizzate azioni di accompagnamento ed addestramento all'utilizzo del software. I destinatari degli interventi formativi a regia regionale sono stati i referenti/responsabili sociosanitari e informatici delle singole aziende, prevedendo nell'ordine:

- addestramento all'uso del nuovo software attraverso il potenziamento di strumentazioni adeguate per l'immissione dei dati;
- addestramento degli utenti dei vari livelli;
- addestramento del personale incaricato delle politiche di sicurezza.

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

Inoltre sono state realizzate azioni mirate al:

- raccordo con i sistemi informativi preesistenti (quali i flussi relativi alle prestazioni erogate dalle UOSM e dai Ser.T. i quali già utilizzano un proprio sistema informativo;
- modalità omogenee di generazione dei dati stessi (i criteri di arruolamento dei casi, classificazioni , codifiche, ect.).

In linea con quanto definito dal Ministero della salute, si è pianificata la realizzazione del sistema di analisi direzionale e di gestione statistica e reportistica integrato, per analisi multi dimensionali sui contenuti informativi,estrazione di indicatori e report direzionali. Ciò consentirà di valutare i dati specifici relativi alla quantità, qualità e costi dei livelli di assistenza erogati, nonché faciliterà i processi sistematici di valutazione dei risultati e la continuità di azione per consentire il progressivo ampliamento della base dati e quindi della capacità di elaborare misure sui diversi livelli di assistenza.

Al termine di questa prima fase di implementazione dei due flussi informativi, l'azione della Regione si sostanzierà in un attività di monitoraggio sulle attività delle aziende, nella manutenzione e adeguamento dei sistemi informativi a livello regionale, nella definizione di un modello di analisi della qualità dei dati conferiti attraverso la realizzazione del richiamato cruscotto.

Tutte le azioni che si realizzeranno saranno coerenti con la rimodellizzazione del SISR, pertanto potrebbero risentire anche dei tempi di attuazione di tali azioni.

Si precisa che tutti i risultati descritti sono individuati come conseguibili nell'ambito del piano di attività ulteriore che la Regione intende realizzare al fine di potenziare e migliorare il sistema informativo. Tuttavia tale piano è connesso alla rimodellizzazione sia del SISR (sistema informativo regionale) sia dei due flussi specifici per i quali è prevista la definizione e creazione di un cruscotto direzionale che faciliti l'analisi e la fruizione del dato, non incidendo con i tempi e le scadenze definiti dai decreti ministeriali.

Risultati programmati

A livello regionale:

- redazione delle linee guida per la gestione corrente del sistema informativo, entro il 30.06.2014;
- adeguamento continuo del sistema hardware e software per omogeneizzare le procedure nel triennio;
- accompagnamento/addestramento delle AA.SS.LL. nel triennio;
- realizzazione del cruscotto direzionale, entro il 30.06.2014;
- monitoraggio delle azioni delle AA.SS.LL./verifica semestrale stato di erogazione nel triennio.

A livello aziendale:

- applicazione delle linee guida per la gestione corrente del sistema informativo, entro il 31.12.2014;
- adeguamento continuo del sistemi aziendali al LEASOCIOSAN e alle caratteristiche funzionali dei flussi ministeriali, nel corso del triennio;
- rispetto della tempistica di invio dati;
- 100% della completezza e coerenza interna dei dati inviati entro il triennio;
- addestramento delle AA.SS.LL. nel triennio;
- 100% coerenza con le anagrafiche di riferimento e con i flussi aggregati esistenti (FLS 21-STS 11-STS 24).

Indicatori di risultato

- Report di monitoraggio;
- verifica attivazione procedure;

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

- verifica incremento popolamento dati;
- verifica coerenza interna dati;
- verifica coerenza 100% coerenza con le anagrafiche di riferimento e con i flussi aggregati esistenti (FLS 21-STS 11-STS 24);
- verifica rispetto tempistica;
- verifica allineamento piattaforme aziendali con sistema LEASOCIOSAN e flussi ministeriali SIAD e FAR.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.

Azione 4.3.2: Flusso Hospice

In relazione al flusso Hospice approvato con decreto ministeriale del 6 agosto 2012,che istituisce il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice, congiuntamente con l'A.R.San. è stato predisposto un piano di lavoro per la definizione di tale flusso informativo a livello regionale.

Il Sistema è alimentato con informazioni riguardanti l'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata presso gli Hospice, restano pertanto esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" alla persona.

Si intendono Hospice esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal Decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000.

L'assistenza sanitaria erogata presso le strutture Hospice è rilevata esclusivamente attraverso il sistema informativo Hospice anche per quelle ubicate all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

Il flusso ha finalità riconducibili al monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento.

Il flusso informativo, come dettagliato nel disciplinare tecnico allegato al decreto istitutivo, fa riferimento alle informazioni relative all'erogatore e ai seguenti dati personali riferiti all'assistito non direttamente identificativi ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196:

- caratteristiche dell'assistito;
- informazioni precedenti la fase di presa in carico;
- informazioni legate alla fase di presa in carico;
- informazioni relative all'inizio dell'assistenza;
- principali segni/sintomi oggetto di assistenza;
- tipologia delle prestazioni erogate;
- informazioni relative alla fase di conclusione.

La Regione ha inviato i dati di presa in carico degli Hospice per l'anno 2012, solo in seguito all'invio ai referenti aziendali delle regole per l'invio dei dati stessi, come indicato dal Ministero.

E' inoltre in fase di elaborazione il Piano di adeguamento per l'invio e la realizzazione del sistema informativo regionale relativo agli Hospice, come previsto dal decreto ministeriale.

Si precisa, che coerentemente con quanto definito dal Ministero, si ritiene opportuno implementare un cruscotto direzionale che avvalendosi delle informazioni conferite attraverso il SIAD e relative alle prestazioni di tipo domiciliare palliative rese ai pazienti terminali e non, correlerà tutte le informazioni

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

relative alle cure palliative. Tale flusso e il relativo cruscotto saranno integrati al sistema LEASOCIOSAN.

Inoltre, come definito dalla legge 38/2010 e dal successivo Accordo Stato-regioni del 16.12.2010 e dall'Intesa del 25 luglio 2012, che definiscono l'obbligo di istituire sistemi informativi dedicati alle cure palliative e la terapia del dolore, tale flusso sarà correlato ed integrato con i flussi che rilevano e monitorano l'erogazione di prestazioni di cure palliative e terapia del dolore.

Nell'ambito del Coordinamento regionale di cure palliative e terapia del dolore istituito con decreto del presidente di Giunta Regionale n.273/2012 presso l'area Assistenza sanitaria ha in previsione di elaborare le regole di un sistema informativo regionale di cure palliative e terapia del dolore – coerente con il SISR Sistema informativo regionale- che si prevede venga definito nel corso del 2014,ferme restando le regole di invio del flusso specifico Hospice previste dal Ministero.

Risultati programmati

- Avvio definizione del sistema informativo come previsto dal decreto ministeriale, entro il 31.10.2013;
- definizione del sistema informativo dedicato, entro il 30.06.2014;
- messa a regime del sistema informativo in tutte le AA.SS.LL. e AA.OO.RR.NN. in cui incidono gli Hospice, entro il 31.12.2013;
- correlazione con i sistemi informativi esistenti, entro il 30.06.2014;
- realizzazione del cruscotto direzionale sulle cure palliative, entro il 31.12.2014;
- 100% coerenza interna dati conferiti, entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- report di monitoraggio;
- verifica attivazione procedure;
- verifica incremento popolamento dati;
- verifica coerenza interna dati;
- verifica coerenza 100% coerenza con le anagrafiche di riferimento;
- verifica rispetto tempistica;
- verifica allineamento piattaforme aziendali;
- realizzazione cruscotto direzionale su cure palliative.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica;
- A.R.San.

Azione 4.3.3: Sistema Informativo Salute Mentale

Come noto, il decreto del Ministero della Salute del 15.10.2010, pubblicato sulla G.U. n.254 del 29 ottobre 2010, con cui il Ministero della Salute ha disposto l'istituzione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) individuando una serie di adempimenti cui devono rispondere i sistemi sanitari delle Regioni e delle Province autonome italiane per il perseguimento delle seguenti finalità (art.1):

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei DSM per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale.

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

Tra le novità introdotte dal citato decreto vi sono l'invio del flusso informativo personale (con cadenza annuale) i cui dati devono essere messi a disposizione entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione) e quello del flusso informativo attività (con cadenza semestrale) i dati del quale devono essere messi a disposizione entro sessanta giorni dalla fine del semestre di rilevazione (art.5).

A partire dal 2012 il conferimento dei dati è considerato "debito informativo" (art.6) ed è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005 (fondi CIPE).

In questi mesi Regione Campania, A.R.San. e Dipartimenti di Salute Mentale aziendali sono stati attivamente coinvolti, e hanno fattivamente collaborato, al superamento dello scenario frammentato e disomogeneo, nel corso del 2011, riguardante la raccolta dei dati (con conseguente diminuzione dello scarto dei flussi per errori in fase di validazione sulla piattaforma SISM ministeriale) riuscendo così a colmare, non senza sforzo, i ritardi nel conferimento dei flussi citati nonché a rispettare le scadenze di invio a partire proprio dal 2012.

Permangono, tuttavia, ancora problemi di infrastrutturazione informatica tra le varie unità presenti nel territorio (disponibilità computer e linee telefoniche/collegamenti, disponibilità di risorse umane, formazione del personale ecc.) nonché difformità nella modalità di raccolta dei dati e, quindi, nell'alimentazione dei relativi flussi.

In tale scenario non risulta ancora possibile un'estrapolazione dei dati immediata, coerente ed esaustiva, rispetto a quanto stabilito dal decreto ministeriale sul SISM, che rappresenta poi lo strumento di governance del sistema oltre che di monitoraggio/programmazione efficace ed efficiente della spesa pubblica. Tuttavia, la Regione ha puntualmente conferito secondo quanto previsto dal debito ministeriale i dati come si evince dagli esiti della piattaforma ministeriale riscontrati alla Regione con esito positivo.

Risultati programmati

- Programmazione piattaforma Sistema Informativo Salute Mentale Regionale, entro il 2013;
- Superamento criticità di codifica relativa a "id cittadino", entro il 31.12.2013;
- diffusione del SISMR, entro il 31.12.2014;
- infrastrutturazione del SISMR e messa a regime, entro il 31.12.2015.

Indicatori di risultato

- Progettazione/adozione di una piattaforma unica dei flussi informativi dedicati per il 2013;
- formazione del personale su popolamento e gestione dei flussi per il 2014;
- percentuale e tempestività di flussi informativi corretti per il 2015.

Responsabili del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.

Azione 4.3.4: Sistema informativo per il Monitoraggio della Rete di Assistenza

Ad oggi, il Ministero della Salute ha predisposto una bozza del Decreto relativamente il Sistema informativo per il Monitoraggio della Rete di Assistenza (di seguito MRA), con la quale stabilisce che il sistema MRA è l'unica anagrafe di riferimento a livello nazionale e tra le regioni, in ogni scambio informativo riguardante le strutture della rete di offerta sanitaria.

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

Tale sistema prevede il censimento delle entità che costituiscono la rete dell'offerta sanitaria regionale secondo due distinte dimensioni:

- organizzativa (titolari e centri di responsabilità);
- fisica (punti fisici di erogazione).

La Regione in merito all'implementazione del sistema informativo MRA, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha previsto la costituzione di un Gruppo di lavoro, composto da rappresentanti della Regione, dell'A.R.San. e delle Aziende sanitarie, al fine di valutare sia le ricadute economiche sulle Aziende sanitarie che l'impatto organizzativo sui sistemi gestionali delle stesse, per l'adeguamento delle procedure e dei flussi di lavoro al nuovo sistema di codifica.

Nel rispetto delle modalità e dei tempi di implementazione definiti dal Ministero della Salute, la Regione ha previsto di eseguire le seguenti attività:

- nel 2013, il sistema MRA dovrà essere alimentato dalle:
  - informazioni inerenti le tre entità: titolare, centro di responsabilità, punto fisico;
  - informazioni relative alle "attività svolte", risultante dall'associazione delle entità precedenti, la cosiddetta "tripletta";
  - informazioni relative ai "fattori produttivi", intesi come risorse abilitanti l'erogazione del servizio (es. posti letto);
- nel 2014, invio di tutti i flussi di attività utilizzando le codifiche delle strutture sanitarie attualmente utilizzate o le codifiche previste dal Sistema MRA;
- nel 2015 invio di tutti i flussi di attività utilizzando le codifiche previste dal Sistema MRA.

Il progetto di istituzione del sistema informativo MRA ha evidenziato la necessità da parte della Regione di definire sinergie e/o complementarietà con altri interventi, quali:

- Sistema Informativo Gestionale e Contabile: il progetto prevede la riorganizzazione e l'ammodernamento dei sistemi gestionali e contabili che facendo perno sia sulla struttura regionale, preposta al governo del Servizio Sanitario Regionale e al funzionamento della Gestione Sanitaria Accentrata, sia sulle strutture costituite dalle Aziende sanitarie ed Ospedaliere, si integrino fra loro per determinare la produzione di prodotti assistenziali completi, connettendo ed integrando professionalità ed esperienze utilizzando i fondi delle risorse del POR FESR 2007-2013, coerenti con le finalità dell'Obiettivo Operativo 5.3 "Sanità";
- attuazione art.79 L. 133/2008: esso è finalizzato alla raccolta sistematica dei dati necessari per il governo del disavanzo della spesa nel settore sanitario ed al monitoraggio dei Livelli Essenziali di assistenza, in attuazione delle disposizioni recate dall'art.79 comma 1 sexies della L. 133/08 che prevede, per le Regioni in Piano di Rientro, l'opportunità di utilizzare risorse ex art.20 da "investire" nella realizzazione di un programma finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, "per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale, in attuazione dei piani di rientro".

Risultati programmati

- Alimentazione del sistema MRA entro il 31.12.2013;
- invio di tutti i flussi di attività delle strutture sanitarie entro 31.12.2014;
- invio di tutti i flussi di attività utilizzando le codifiche previste dal Sistema MRA, entro il 31.12.2015.

Indicatori di risultato

- Corretta alimentazione del sistema MRA;
- corretto e completo invio dei flussi di attività.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica.

Intervento 4.4: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili. Implementazione nuovi flussi

La Regione ha evidenziato la necessità di un miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo e indirizzo del Sistema sanitario regionale nel suo complesso e a livello di singola Azienda.

E' necessario disporre delle metodologie di monitoraggio indispensabili per garantire che le azioni strategiche ed operative sviluppate siano orientate a migliorare il livello di assistenza fornito e siano al tempo stesso compatibili con obiettivi economici verso un più razionale impiego delle risorse finanziarie assorbite dal sistema sanitario.

Oltre, quindi, all'opportunità di avvio del percorso per addivenire alla certificazione del bilancio, è necessario disporre sia di dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi, sia di un sistema di controllo di gestione e di contabilità analitica adeguato ed affidabile.

Al fine di garantire la qualità dell'informazione prodotta, il Commissario ad Acta ha emesso il Decreto n.125 del 10 ottobre 2012, che ha approvato il Programma, concertato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, dell'intervento che la stessa intende attivare per migliorare il governo del Servizio Sanitario Regionale attraverso lo sviluppo delle funzioni gestionali e contabili sia a livello centrale che a livello locale.

Si intendono realizzare le azioni previste nel Programma suddetto, mediante un intervento finalizzato alla raccolta sistematica dei dati necessari per il governo del disavanzo della spesa nel settore sanitario e per monitorare i Livelli Essenziali di assistenza, in attuazione delle disposizioni recate dal già citato art.79 comma 1 sexies della L. 133/08.

I predetti interventi dovranno garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n.266, e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale. L'intervento si propone di realizzare un modello di monitoraggio coerente con la metodologia di analisi definita nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e con il modello individuato dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale.

La Regione sta attivando un complesso processo di riorganizzazione e innovazione che riguarda la capacità di governo del SSR e la capacità di monitoraggio delle politiche sanitarie per i cittadini anche in conseguenza degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione dell'Accordo per il rientro dal disavanzo stipulato con i Ministeri della Salute e dell'economia, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della L. n.311/04, approvato con DGRC n.460/07.

Al tal fine, si riscontra un patrimonio tecnologico del SSR inadeguato rispetto alle esigenze di governo dei servizi e della spesa sanitaria. Infatti, nell'attuale fase di valutazione degli strumenti di tutela della salute per i cittadini è possibile identificare un'area di intervento di rilevante valore strategico nell'ambito del "potenziamento tecnologico, organizzativo e strutturale del sistema informativo sanitario in ambito contabile e gestionale".

Per il triennio 2013-2015, va promosso un progetto per assicurare, in via programmatica, lo sviluppo e l'adeguamento del Sistema Informativo Gestionale e Contabile della Sanità utilizzando i fondi delle risorse del POR FESR 2007-2013, coerenti con le finalità dell'Obiettivo Operativo 5.3 "Sanità".

Va pertanto elaborato un progetto di integrazione ed implementazione dei Sistemi Informativi esistenti, finalizzato a sviluppare un coerente ed integrato Sistema Informativo Regionale della Sanità a partire dai Sistemi Informativi già disponibili presso Società Regionale Sanitaria, Agenzia Regionale Sanitaria e AA.SS. e dai flussi informativi già esistenti all'interno degli Enti suddetti.

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

L'intervento si prefigge di creare un output comune regionale su:

- flussi operativi e contabilità analitica, integrati nell'ottica di rilevazione dei punti elementari di erogazione delle prestazioni sanitarie, concepita a livello nazionale nel Nuovo Sistema Informativo del Ministero della Salute (cd. MRA – Monitoraggio della Rete di Assistenza, vedi intervento 4.2);
- programmazione degli acquisti e dei pagamenti e, quindi, informatizzazione degli ordini e delle fatture, programmazione finanziaria e relativo budget e reporting;
- flusso dei dati operativi e di contabilità analitica riguardanti il fattore lavoro (dipendente, ecc.);
- elaborazioni di contabilità puntuali, attendibili e uniformi a livello di singola azienda, di Gestione Sanitaria Accentrata e di Consolidato Regionale e relativo budget e reporting;
- integrazione con il Sistema Informativo Contabile della Regione (Titolo I del D.Lgs. n.118/2011);
- integrazione con il prossimo sistema informatico SIAR (Sistema Informativo dell'Amministrazione Regionale).

Risultati programmati

- Definizione dell'accordo di programma con i Ministeri competenti;
- avvio delle procedure ad evidenza pubblica, in funzione dell'accordo di programma;
- aggiudicazione bando di gara ad evidenza pubblica.

Indicatori di risultato

- Accordo di Programma con i Ministeri competenti;
- pubblicazione dei bandi ad evidenza pubblica;
- realizzazione intervento di integrazione ed implementazione dei Sistemi Informativi.

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San.;
- Dirigente UOD Sistema informativo sanitario e sanità elettronica.

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

Programma 5: Accreditamento

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza;
- definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi;
- definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'autorizzazione;
- definizione/aggiornamento e attivazione procedure per l'accreditamento definitivo (in caso di accreditamento istituzionale definitivo attuato);
- recepimento di ulteriori requisiti, anche derivanti da atti e intese adottati in Conferenza Stato-Regioni;
- modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente;
- modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti.

Accreditamento: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Accreditamento	**-**	**-**	**-**
Proseguimento del processo di accreditamento istituzionale	-	-	-
Processo di accreditamento istituzionale	-	-	-

Tabella 23 – Sintesi manovre

Le attività riportate nel presente Programma "Accreditamento", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2010: ah) Accreditamento;
- 2011: ah) Accreditamento.

Il processo di accreditamento introdotto dal D.Lg. 502/92 quale strumento di regolazione dei SSR si presenta, di per sé, alquanto difficoltoso, in particolare in una Regione, come la Campania che nell'ultimo quinquennio ha dovuto sostenere un percorso di risanamento finanziario in presenza di una forte riduzione degli organici a causa del blocco del *turn over* in costanza di piano di rientro e successivi programmi operativi.

A ciò va aggiunto l'elemento della numerosità delle strutture private in transitorio accreditamento ex art.6 L.724/94 soggette alla disciplina di cui alla legge 296/06.

Nel corso del 2011, nella consapevolezza che, scaduto il termine di cui all'art.1, comma 796, lettera t della legge 296/06, prorogato al 31.12.2010, per le strutture di ricovero ospedaliere ed ambulatoriali, dalla legge 191/09, la Regione ha normato il procedimento di accreditamento con legge regionale, più volte modificata, con l'obiettivo di recuperare i ritardi intervenuti nel passato.

Detta legge, a parte l'obiettivo fondamentale di assicurare il procedimento anche oltre i termini, è stata oggetto di interventi emendativi in consiglio regionale che, ai sensi della L. 191/09 il Commissario non ha eseguito chiedendone la modifica.

Parallelamente il governo ha posto la questione di legittimità costituzionale che è stata decisa con sentenza n.292/12 della Corte Costituzionale.

La Corte, con la sentenza citata ha statuito alcuni principi che hanno reso particolarmente critica la situazione. Ciò che rileva in particolare sono le considerazioni di cui al punto 5 della sentenza, di seguito riportate.

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

"Ciò premesso deve rilevarsi che i modificati commi 237-undecies e 237-duodecies dell'art.1 della legge regionale n.4 del 2011 prevedono una procedura di accreditamento che si articola in due fasi. La prima è rappresentata dalla conferma dell'accreditamento provvisorio mediante Decreto Commissariale di presa d'atto, per le domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica applicativa. La seconda è costituita dalla verifica dei requisiti di accreditamento, che avviene in un momento successivo alla presa d'atto. In tal modo si finisce per riconoscere l'accreditamento definitivo senza previa verifica dei "requisiti ulteriori" richiesti dal legislatore statale, la cui mancanza determina significativamente, ai sensi della normativa qui in discussione (art.1 comma 237-duodecies della legge regionale n.4 del 2011) la "revoca" dell'accreditamento, che perciò deve intendersi già riconosciuto sin dal momento della presa d'atto. Tale procedimento, che pospone la verifica dei requisiti al riconoscimento dell'accreditamento, confligge irrimediabilmente con il principio generale di cui all'art.8-quarter del D.Lg. n.502 del 1992, secondo cui l'accreditamento istituzionale definitivo può essere concesso solo dopo la verifica del possesso dei requisiti ulteriori".

Considerato che nel sistema sanitario campano il sistema privato rappresenta una forte percentuale di offerta di prestazioni, ovvero la quasi totalità per alcuni settings assistenziali, la portata della sentenza, nella sua interpretazione più rigida, avrebbe effetti di più grave violazione della Costituzione nella misura in cui impedirebbe il diritto alla salute ex art.32. ~~E' auspicabile pertanto un intervento normativo nazionale.~~

Conseguentemente con L.R. n. 5/2013 si è dovuto intervenire con integrazioni e modifiche alla precedente normativa regionale che hanno ridefinito il procedimento nel rispetto della garanzia dei requisiti e delle legittime aspettative degli operatori. Anche la norma così modificata è oggetto di contestazione del Governo, mentre il processo procede speditamente con le verifiche in loco delle strutture.

Intervento 5.1: Proseguimento del processo di accreditamento istituzionale

Sulla base della disciplina di cui alla citata L.R. 5/2013, la Regione con decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 30/5/2013, ha reiterato la presa d'atto (quale mero atto ricognitivo) degli elenchi delle istanze di accreditamento istituzionale presentate da soggetti privati aventi titolo ai sensi del vigente art. 1, comma 237 duodecies su piattaforma So.Re.Sa., che risultano ammissibili sotto gli aspetti di completezza e correttezza della domanda da un punto di vista informatico, già precedentemente trasmesse e inoltrate alle AA.SS.LL. per la verifica in loco del possesso dei requisiti.

Pertanto anche alla luce di quanto esposto si programmano le seguenti azioni ai fini del completamento del processo.

Azione 5.1.1: Processo di accreditamento istituzionale

I decreti di accreditamento saranno emessi a conclusione positiva del procedimento di verifica compiuto dalle Commissioni locali delle Aziende Sanitarie secondo le procedure previste dal vigente comma 237 duodecies della L.R. 4/2011, così come modificato dall'art.1, comma 36 della L.R. 5/2013.

Per ciascuna delle strutture che hanno conseguito la formale ammissibilità dell'istanza inoltrata è stata già avviata la successiva fase volta alla verifica del possesso dei requisiti necessari per l'adozione del provvedimento finale di concessione del titolo di accreditamento istituzionale.

In proposito, la Regione, con decreto del Commissario ad Acta n.90 del 9 agosto 2012, ha provveduto a disciplinare quanto segue:

- le specifiche modalità con le quali le commissioni locali istituite presso le AA.SS.LL. territorialmente competenti, di cui all'art.8 della L.R. 28 novembre 2008 n.16, devono procedere alle attività di verifica del possesso di tutti i requisiti di accreditamento istituzionale previsti dalla legge regionale n.23/2011;
- le istanze di accreditamento presentate attraverso la piattaforma informatica messa a disposizione da So.Re.Sa., ivi comprese le dichiarazioni di notorietà;

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

- la composizione e le funzioni del Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento (CCAA) e dei Nuclei di Valutazione per l'Accreditamento (NuVA) ed i criteri per la scelta dei valutatori;
- adozione di apposite check list, le quali rappresentano uno schema documentale di riferimento necessario affinché il Nucleo di Valutazione possa esprimere un giudizio analitico uniforme in merito all'organizzazione ed alla funzionalità di ciascuna struttura richiedente.

All'interno della procedura si provvederà ad una ricognizione, in unico provvedimento, dei fabbisogni di strutture/prestazioni, già individuati con il DC n.49/2010 e con ulteriori provvedimenti in modo da realizzare un unico documento di riferimento per la verifica della coerenza con la programmazione regionale.

Quanto alla verifica periodica dei requisiti, la disciplina vigente già contempla tale periodicità a cadenza quadriennale.

Per il triennio 2013-2015 seguirà l'aggiornamento del processo di accreditamento secondo normativa nazionale di recente emanazione (D.L. 13.09.2012 n.158, convertito dalla legge 8 novembre 2012, n.189) ed il contestuale adeguamento dei provvedimenti di riassetto della rete ospedaliera e territoriale.

Alla luce di una puntuale ricognizione dello stato dell'arte del processo di accreditamento in Regione Campania, emergono i seguenti dati:

- 1.536 istanze sono state presentate dalle Strutture sanitarie e socio-sanitarie private provvisoriamente accreditate utilizzando la piattaforma So.Re.Sa. , giusta iter procedimentale disciplinato dalla legge regionale n.4 del 15 marzo 2011 e successive modifiche ed integrazioni, i cui relativi elenchi sono stati recepiti dai Decreti Commissariali attuativi n.91/2012 e n.50 del 30 maggio 2013;
- Le Commissioni locali delle AASSLL previste dall'art.8 della legge regionale 28/11/2008 n.16 hanno effettuato le procedure di verifica delle istanze di accreditamento concernenti sia la veridicità delle dichiarazioni di notorietà che l'accertamento in loco del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale definitivo;
- a tutt'oggi, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali hanno complessivamente trasmesso ai competenti uffici regionali 1.172 delibere (pari al 76,30% del totale 1.536 istanze), di cui 59 delibere contenenti attestati di non accreditabilità , laddove risultano essere accreditabili in via definitiva 1.113 strutture sanitarie secondo lo schema tabellare che segue:

Strutture Sanitarie Distinte per Tipologia	Totale Istanze Pervenute da So.Re.Sa.	Delibere A.S.L. pervenute strutture accreditabili	Incidenza %
ATTIVITA' AMBULATORIALE	1.254	974	77,67%
RICOVERO OSPEDALIERO	73	29	39,72%
RSA	209	110	52,63%
Totale	**1.536**	**1.113**	

Tabella 24 – Strutture accreditabili

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

Di seguito si riporta il dettaglio delle strutture accreditabili distinte per tipologia:

Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie	Totale strutture accreditabili
CENTRO AMBULATORIALE RIABILITAZIONE	75
AMBULATORI/POLIAMBULATORI	179
RADIODIAGNOSTICA	117
MEDICINA DI LABORATORIO	513
CASE DI CURA RICOVERO OSPEDALIERO	29
CASE DI CURA AMBULATORI	9
RSA	110
FKT	81
Totale	**1.113**

Tabella 25 – Strutture accreditabili distinte per tipologia

Si fa presente, inoltre che, sono state oggetto di accreditamento istituzionale definitivo 92 Strutture sanitarie mentre sono in via di definizione e completamento ulteriori 81 procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo.

Risultati programmati

- Completamento del processo di accreditamento, entro il 30.06.2014 e, comunque, entro i termini di cui all'art. 7, comma 1-bis, del D.L. n.150/2013

Indicatori di risultato

- Adeguamento della normativa alle indicazioni ministeriali;
- verifica del possesso di tutti i requisiti di accreditamento istituzionale, entro centoquaranta giorni dall'adozione del Decreto Commissariale previsto dal comma 237 undecies della legge regionale n.4/2011;
- adozione dei formali provvedimenti di riconoscimento dell'accreditamento definitivo;
- attivazione immediata e completamento della procedura di accreditamento per gli Istituti religiosi, entro il 31.10.2014;
- verifica dei requisiti degli stabilimenti termali, entro il 30.06.2014 per la conferma dell'accreditamento definitivo.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private di concerto con A.R.San.;
- Direttori generali ASL.

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

Programma 6: Contabilità analitica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa;
- coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti;
- gradi di utilizzo della contabilità analitica;
- quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature;
- capacità di codificare e quantificare gli scambi interni;
- utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA;
- potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Contabilità analitica: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Contabilità analitica	**-**	**-**	**-**
Contabilità analitica	-	-	-

Tabella 26 – Sintesi manovre

Intervento 6.1: Contabilità analitica

L'obiettivo fondamentale è quello di definire a livello di Servizio Sanitario Regionale un modello di controllo unico che raccolga, elabori, analizzi e monitori i dati contabili e gestionali provenienti dai vari attori coinvolti quali Gestione Sanitaria Accentrata, Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e Enti/Società controllate o collegate dalla Regione quali ad esempio So.Re.Sa., A.R.San., ecc..

L'implementazione di un siffatto modello di controllo presuppone chiaramente un'omogeneità dei dati ed una uniformità di procedure amministrativo - contabili - gestionali da cui tali dati sono generati.

Già con l'avvio delle attività per l'attuazione del Piano di Rientro, le strutture regionali preposte hanno previsto interventi volti ad indirizzare lo sviluppo delle funzioni gestionali e contabili con quanto disposto dalle normative regionali e nazionali. Tra gli interventi di maggior rilievo finalizzati allo scopo di cui sopra sono senz'altro da rilevare l'emanazione dei Decreti Commissariali n.14/2009 e n.60/2011.

La Regione mediante l'adozione delle "Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle aziende del SSR" di cui al predetto Decreto n.14/2009 ha fornito precise indicazioni alle Aziende anche per l'adozione di un sistema di contabilità analitica coerente con il modello contabile della Regione (per la gestione accentrata) e delle aziende.

Con il decreto n.60/2011, invece, si provvede all'adozione di modelli relativi ai processi amministrativi e contabili del ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo cespiti, ciclo personale, ciclo planning, budget e reporting nonché alla modifica del Conti di contabilità generale unico regionale.

In tale ambito, la Regione ha l'obiettivo di effettuare i seguenti interventi:

- implementazione di strumenti di contabilità analitica (piano dei centri di costo e dei centri di responsabilità);
- definizione di procedure di contabilità analitica, intese sia come procedure amministrative e connesso flusso documentale necessario a garantire la disponibilità delle informazioni che consentano di dettagliare il dato della contabilità generale sia come procedure contabili volte a definire le regole di alimentazione del piano della contabilità analitica e dei connessi centri di costo.

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

I sistemi di contabilità analitica applicati nelle organizzazioni sanitarie pubbliche hanno 3 caratteristiche fondamentali:

- oggettività del sistema di rilevazione che è basato sul principio fondamentale della responsabilizzazione;
- articolazione del piano dei centri di costo rispetto alle responsabilità organizzative ed economiche, per cui si identifica almeno un centro di costo per ciascun centro decisionale autonomo;
- simultaneità rispetto al sistema di contabilità generale che è separato e alimentato da procedure di rilevazione diverse.

Allo stato attuale, l'applicazione a livello aziendale dei Decreti Commissariali n.14/2009 e n.60/2011 risulta essere molto limitata a causa sia dell'assenza di un adeguato contesto culturale - professionale sia delle condizioni gestionali che ne garantiscano la effettiva adozione.

In tale contesto la Regione, ha programmato con Decreto Commissariale n.125 del 10.10.2012, un progetto di investimento della durata triennale, con lo specifico utilizzo della contabilità analitica a supporto della pluralità dei soggetti coinvolti (le singole Aziende sanitarie, la GSA, le strutture regionali, So.Re.Sa.) e dalla pluralità degli ambiti di intervento interessati (le procedure amministrativo-contabili, i processi di raccolta, consolidamento dei dati contabili e gestionali, i meccanismi di monitoraggio e controllo di gestione, il controllo interno contabile, ecc.), avvalendosi della possibilità offerta dalla normativa vigente con riferimento a:

- realizzazione di un intervento finalizzato alla raccolta sistematica dei dati necessari per il governo del disavanzo della spesa nel settore sanitario e per monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza, in attuazione delle disposizioni recate dall'art.79 comma 1 sexies della L. n.133/08;
- realizzazione delle attività di accompagnamento della Regione e delle aziende nell'ambito di un processo che deve portare le stesse alla certificabilità dei bilanci del SSR (Bilancio consolidato, bilancio della gestione accentrata, bilanci individuali delle Aziende) in attuazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 70, della Legge n.191/09.

Lo sviluppo del progetto dovrà necessariamente essere articolato in fasi successive come segue:

Fase 1

Obiettivo specifico:

- completa attuazione, a livello di singola azienda, di quanto previsto nei predetti decreti commissariali n.14/2009 e n.60/2011 in materia di contabilità analitica, definizione del piano dei fattori produttivi, dei centri di responsabilità e di costo, raccordo del piano dei fattori produttivi con il piano dei conti unico regionale adottato con DCA n.277 del 10.10.2012.

Attività previste:

- ricognizione dello stato di attuazione dei predetti decreti al fine di evidenziare le eventuali criticità per una corretta impostazione della metodologia di controllo di gestione.

Risultati attesi:

- proposte alla direzione per il superamento dei punti critici rilevati e per l'organizzazione/adeguato funzionamento dell'U.O. controllo di gestione interna.

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

Fase 2

Obiettivo specifico:

- definizione di un adeguato ed efficiente sistema di reporting.

Attività previste:

- individuazione di report di routine in grado di fornire informazioni e notizie rilevanti ed utili al fine dell'interpretazione e della valutazione delle dinamiche gestionali;
- collegamenti tra dati di costo e dati di attività;

Risultati attesi:

- predisposizione, per ogni centro di costo, dei modelli di schede relative a:
  - conti economici;
  - variabili produttive;
- predisposizione delle schede della reportistica di routine per la Direzione, con l'indicazione della frequenza.

Risultati programmati

- Redazione e introduzione a livello aziendale/GSA delle procedure di contabilità analitica e delle regole di raccordo con la contabilità generale al fine di garantire la corretta imputazione ed elaborazione delle informazioni e l'omogeneità nella produzione dei risultati contabili, entro il 30.06.2014;
- sviluppo ed introduzione della funzione di controllo interno contabile e predisposizione della strumentazione di controllo, entro il 30.06.2014.

Indicatori di risultato

- Modello di rendicontazione;
- reporting e confronto periodico con il budget e gli standard di costo;
- raccordo e integrazione del modello di rendicontazione all'interno del sistema di monitoraggio.

Responsabile del procedimento attuativo

- Governo economico finanziario in raccordo con la dg risorse finanziarie.

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

Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione delle tariffe regionali per tutte le tipologie di assistenza ed eventuale rimodulazione delle stesse in relazione alla normativa nazionale;
- individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica;
- adozione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per l'assistenza sociosanitaria, così come prevista dal DPCM 29 novembre 2001;
- programma dei controlli di appropriatezza;
- programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO
- piano delle prestazioni e relativa tempistica;
- rapporti con gli erogatori privati accreditati:
  - individuazione dei volumi e dei relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal D.L. 95/2012;
  - schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione;
  - stipula di accordi e contratti.
- sperimentazioni gestionali: ove presenti, individuazione di percorsi di stabilizzazione o conclusione delle stesse;
- rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali.

Rapporti con gli erogatori: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Rapporti con gli erogatori	**24,2**	**61,8**	**67,2**
Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali	-	-	-
Compartecipazione alla spesa socio-sanitaria	-	-	-
Programma dei controlli di appropriatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO	-	-	-
Tetti di spesa e stipula intese e contratti	24,2	61,8	67,2
Assistenza ospedaliera	*-11,6*	*31,0*	*31,0*
Prestazioni specialistica ambulatoriale	*37,1*	*36,5*	*35,8*
Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA	*-1,3*	*-10,1*	*-4,0*
Assistenza termale, integrativa e protesicae file F	-	*4,4*	*4,4*
Sperimentazioni gestionali	-	-	-
Protocolli d'intesa Regione - Università	-	-	-

Tabella 27 – Sintesi manovre

Le attività riportate nella presente "Programma – Rapporti con gli erogatori", e programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2010: am) Controllo cartelle cliniche;
- 2011: am) Controllo cartelle cliniche.

Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali

Con i Programmi Operativi 2012 la Regione ha fissato l'obiettivo di completare l'adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a livello territoriale. L'obiettivo è stato rispettato con la definizione delle seguenti tariffe:

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

Provvedimento	Prestazione		Tariffa prestazione (€)	
			Fascia A	**Fascia B**
DC 81/2013	Assistenza riabilitativa estensiva ex Art. 26 RESIDENZIALE	Base	146,92	124,88
		Medio	155,72	132,36
		Grave	189,81	161,34
	Assistenza riabilitativa estensiva ex Art. 26 SEMIRESIDENZIALE	Medio	77,4	65,79
		Grave	92,92	78,98
	Ambulatoriale		43,62	37,08
	Domiciliare		48,22	40,99
	Ambulatoriale piccolo gruppo		14,54	12,36
			Fascia A	**Fascia B**
DC 92/2013	RSA Disabili	Alto	122,74	135,02
	RSA Disabili	Medio	109,4	99,45
	CD Disabili	Centro diurno	78,42	71,29
			Fascia A	**Fascia B**
DC 92/2013	RSA Anziani	Alto	125,02	113,65
	RSA Anziani	Medio	109,67	99,7
	CD Anziani	Centro diurno	66,26	60,23
	RSA Demenze		122,71	111,56
	CD Demenze	Centro diurno	72,09	65,53
DC 5/2011	Psichiatriche RES	Intensiva	142,2	
		Estensiva	126,86	
DGRC 666/2011 DC 41/2012		Comunità alloggio per persone con distrubi mentali	88,67	
DC 5/2011	Psichiatriche SEMIRES	Centro diurno psichiatrico	63,74	
DC 18/2010	Tossicodipendenza residenziale	Terapeutico riabilitativo	43,21	
		Pedagogico riabilitativo	27,88	
DC 94/2012	Tossicodipendenza residenziale	Accoglienza	80,75	
		Minore tossicodipendente	105,12	
		Doppia diagnosi	111,89	
		Minore con doppia diagnosi	123,42	
		Madrebambino	115,67	
DC 18/2010	Tossicodipendenza semiresidenziale	Terapeutico riabilitativo	25,78	
		Pedagogico riabilitativo	17,4	
DC 94/2012	Tossicodipendenza semiresidenziale	Accoglienza	42,65	
		Minore tossicodipendente	68,54	
		Doppia diagnosi	73,79	
		Minore con doppia diagnosi	84,97	
DC 4/2011	Hospice Adulti		252,15	
DC 128/2012	Centro residenziale di cure palliative per minori		358,73	
DC 70/2012	SUAP		179	

Tabella 28 - Ricognizione Tariffe

Relativamente alle tariffe concernenti l'assistenza riabilitativa estensiva ex art.26 Legge 833/78 e RSA e CD per anziani e disabili, con DC 81/2013 e DC 92/13 la Regione ha fissato le nuove tariffe sulla base della determinazione dei costi del personale derivanti dalla corretta classificazione dello stesso, del relativo trattamento economico e di tutti gli elementi che concorrono al calcolo della retribuzione.

A tal fine sono state individuate due fasce tariffarie in relazione alla tipologia di contratto applicato atteso che a parità di prestazioni i relativi oneri si differenziano in maniera rilevante, anche oltre il 20% tra un contratto e l'altro.

I Pareri dei Ministeri Economia e Salute nn. 449-P del 26/11/2013 (tariffe sociosanitarie) e 476-P del 24.12.2013 (tariffe riabilitazione), si sono espressi non favorevolmente sui predetti Decreti evidenziando quanto segue:

- non è possibile prevedere una differenziazione di rette per le varie strutture territoriali in relazione al tipo di CCNL applicato da ogni singola struttura;
- ai sensi dell'art. 8 sexies del Decreto Legislativo 502/1992 e s.m.i. le tariffe devono essere definite in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali su un campione rappresentativo di strutture accreditate. Le stesse tariffe devono essere quindi considerate come omnicomprensive dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni e, in nessun caso, possono remunerare singolarmente i fattori produttivi impiegati;

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

- la mancata esplicitazione dei criteri in base ai quali è stato determinato nel 7% l'incidenza dei costi generali e nel 5% quella relativa al margine di retribuzione;
- il richiamato art. 8 sexies del D.Lgs. 502/92, comunque, non prevede alcun "margine di retribuzione".

Inoltre, relativamente alle tariffe per la riabilitazione, con parere prot. 476 del 24.12.2013 il Ministero ha chiesto alla struttura commissariale di modificare la DGRC 6757/96 e prevedere l'abrogazione del protocollo d'intesa allegato, adeguandolo alla normativa nazionale vigente sulle tariffe.

La Regione intende adeguarsi alle indicazioni fornite con i Pareri suddetti. A tal fine ha richiesto e ottenuto la collaborazione tecnica dell'AGENAS, e programma di addivenire ad una nuova determinazione delle tariffe, presumibilmente entro il mese di maggio del 2014.

Nelle more della determinazione delle tariffe definitive, la struttura commissariale, in via cautelativa, ha già disposto con proprie note che le tariffe adottate con i DCA 81/2013 e DCA 92/2013 siano applicate in via provvisoria, con la previsione di possibili conguagli in positivi o negativi.

Inoltre ha programmato, di concerto con la Direzione Generale Tutela della Salute, le attività per la definizione ex novo delle tariffe secondo le indicazioni ministeriali del calcolo dei costi standard di produzione e di quote standard di costi generali su un campione rappresentativo di strutture accreditate e la predisposizione di un decreto provvisorio di tariffe col quale:

  - si approvano, in via provvisoria con la previsione di possibili conguagli in attivo o in passivo e nelle more della conclusione del processo di determinazione di nuove tariffe, tariffe valide almeno dal 2013, uniche per ogni singola tipologia di prestazione, assumendo un costo del personale pari alla media ponderata dei costi derivanti dai diversi CCNL applicati dalle strutture, sulla scorta dei dati forniti dalle AA.SS.LL. relativamente ai contratti applicati;
  - si dispone la costituzione di un gruppo tecnico di lavoro formato da uffici interni e esperti con competenze specifiche in metodologie per la ricerca, in campo socioeconomico e del management sanitario, in analisi e contabilità dei costi per la definizione delle nuove tariffe sulla base delle indicazioni e dei criteri forniti con i pareri ministeriali.
- Parallelamente al sopra riportato procedimento alcune organizzazioni rappresentative delle strutture hanno avanzato ricorso davanti al TAR Campania, lamentando la mancata considerazione di tutti gli oneri per il personale. Il TAR ha disposto un'istruttoria per la valutazione degli oneri del personale di concerto con la Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con la partecipazione degli operatori.
- Al contenzioso riguardante la determinazione delle tariffe si affianca quello in ordine alla retroattività delle stesse. Pertanto entro il prossimo mese di maggio si programma la rideterminazione delle tariffe e nel periodo immediatamente successivo la definizione delle questioni dei periodi pregressi.
- Tutta la problematica riguardante le tariffe della riabilitazione territoriale è sovrapponibile a quella riguardante le tariffe delle RSA e la relativa ridefinizione seguirà le medesime procedure.
- Resta fermo, invece, tutto il percorso di attuazione delle tariffe ex DM 12/10/2013, tempestivamente realizzato, per quanto riguarda l'attività ospedaliera e specialistica ambulatoriale.
- Per quanto riguarda la sola specialistica ambulatoriale bisognerà ancora definire l'attuazione dei decreti dei commissari ad acta nominati in sede di contenzioso per i quali pende la validazione ministeriale ed un giudizio davanti al TAR.

Risultati programmati

- Applicazione nuove tariffe nei limiti massimi di quelli ministeriali, entro il 31.12.2013;
- rideterminazione delle tariffe di riabilitazione, RSA e conseguente regolazione dei rapporti pregressi, entro il 31.05.2014 e 31.07.2014;
- definizione tariffe specialistica ambulatoriale anni pregressi all'esito della definizione del contenzioso, entro il 30.06.2014.

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

Indicatori di risultato

- Provvedimento, anche mediante accordi, per la definizione delle pendenze pregresse riferite alle tariffe, entro il 31.07.2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigenti competenti per settore.

Intervento 7.2: Compartecipazione alla spesa sociosanitaria

Con l'adozione della DGRC n.1267 del 16 luglio 2009 e del successivo Decreto Commissariale n.6/2010 si è proceduto a determinare le tariffe per le singole prestazioni compartecipate di cui al DPCM del 29 novembre 2001 sui LEA e all'approvazione delle "Linee di indirizzo sulla compartecipazione sociosanitaria" al fine di favorire l'introduzione a livello territoriale di criteri e modalità omogenee per la compartecipazione alla spesa per le prestazioni di cui trattasi, considerando quindi la prestazione tariffata unitaria in termini di offerta.

Il provvedimento commissariale citato decretava, tra l'altro, che i "Comuni/utenti dovranno versare all'ASL di competenza la quota di compartecipazione sociale con le modalità e secondo le apposite procedure che saranno comunicate dalla stesse Aziende Sanitarie Locali".

Con i successivi Decreti Commissariali n.77/2011 e n.81/2011 sono disciplinate le modalità di fatturazione della spesa e le procedure. Nello specifico con DC n.77/2011 sono state stabilite le modalità per la fatturazione disgiunta ASL-utente/Comune rispettivamente per la quota sanitaria e la quota sociale, secondo le percentuali previste dal DPCM del 29 novembre 2001. Con successivo DC n.81/2011, che integra quanto disposto con il decreto commissariale n.77/2011, la esecutività del DC n.77/2011 è stata subordinata all'adozione, da parte della Giunta Regionale entro 60 giorni,"di un provvedimento che individui la ripartizione finanziaria della quota a carico di enti locali/utenti sulla scorta della ricognizione effettuata dai competenti Uffici regionali e in ragione dei relativi fondi disponibili, al fine di approfondire le ricadute derivanti dall'immediata applicazione del DC n.77/2011 sul piano assistenziale ed organizzativo, nonché su quello economico e sociale".

Inoltre l'atto di giunta regionale n.50 del 28 febbraio 2012 con l'allegato 1 stabilisce che:

- per le prestazioni riferite al periodo 1° gennaio 2 010/31 dicembre 2011, la Regione eroga, per ciascun Ambito Territoriale, risorse volte a sanare completamente i debiti degli stessi ambiti territoriali nei confronti delle AA.SS.LL. di competenza - fatti salvi i livelli di compartecipazione degli utenti al costo delle relative prestazioni già applicato dagli ambiti territoriali e/o dalle AA.SS.LL. di riferimento - con risorse a valere sul Fondo Sociale Regionale così come costituito con il presente provvedimento e secondo quanto stabilito dal DPCM sui LEA. Tali risorse saranno erogate direttamente alle AA.SS.LL. creditrici non gravando, in tal modo, sui limiti imposti ai Comuni per il rispetto del patto di stabilità, salvo quelle atte a ristorare gli eventuali debiti già pagati dagli ambiti territoriali;
- per le prestazioni riferite al periodo decorrente dal 1° gennaio 2012 la Regione eroga, per ciascun Ambito Territoriale, risorse a valere sul Fondo Sociale Regionale costituito con il presente provvedimento e secondo quanto stabilito al punto 1, a copertura del 50% del costo della quota a carico dell'utente o del Comune. Il restante 50% della quota sociale compartecipata è a carico dell'utente o Comune.

Gli ambiti territoriali e le AA.SS.LL. stanno applicando la delibera n.50/2012 secondo le prescrizioni e gli obblighi definiti, pertanto nel triennio che segue l'azione da realizzare è quella di monitorare la corretta imputazione della spesa a carico del sistema sanitario, dell'ente locale e cittadino utente. Nel corso del triennio si potranno realizzare azioni favorenti il monitoraggio della spesa con la definizione di strumenti di rilevazione.

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

Per le prestazioni riferite al periodo decorrente dal 1° gennaio 2013 la Regione eroga, per ciascun Ambito Territoriale, risorse a valere sul Fondo Sociale Regionale secondo quanto verrà stabilito nel Piano Sociale Regionale e nelle deliberazioni di costituzione del Fondo Sociale Regionale.

Le risorse vengono programmate dagli Ambiti sociali nei Piani di Zona, che, per la parte socio-sanitaria sono controfirmati dalle ASL e coincidenti con i relativi strumenti di programmazione. Tali strumenti di programmazione individuano forme comuni di contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati specificando per le singole istituzioni - comuni associati ed ASL – le rispettive quote di compartecipazione per l'attuazione dei livelli essenziali assistenziali socio-sanitari, nonché le modalità di fatturazione delle risorse da parte dei soggetti coinvolti, nel rispetto del decreto commissariale n. 77 del 11.11.2011.

Risultati programmati

- Completa applicazione dei Decreti Commissariali n.77/2011 e n.81/2011 e DGRC n.50/2012, entro il 31.12.2013;
- stipula delle convenzioni per l'erogazione dei servizi ai sensi della DGRC n.50/2012, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Verifica e monitoraggio applicazione dei dispositivi di regolamentazione;
- verifica corretta imputazione della spesa sociosanitaria.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari di concerto con Dirigente UOD Governo economico finanziario in raccordo con la dg risorse finanziarie.

Intervento 7.3: Programma dei controlli di appropriatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO

Con Decreto Commissariale n.6/2011, la Regione ha emanato:

- le "Linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero", controlli intesi non solo come "controlli di appropriatezza", ma anche come "controlli di congruità" tra iter diagnostico-terapeutico documentato nella cartella clinica e sintesi clinico-amministrativa riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera;
- le "Linee guida per la corretta compilazione delle SDO", al fine di migliorare l'accuratezza dei dati registrati elemento fondante sia per le attività di programmazione, valutazione ed analisi epidemiologica, sia per la corretta attribuzione di ciascun episodio di ricovero al corrispondente DRG e relativa tariffa.

In tale Decreto, i controlli sono assegnati operativamente alle ASL territorialmente competenti, le quali individuano un responsabile unico della unità operativa SDO quale referente del flusso informativo SDO, nonché coordinatore delle attività di controllo sulle prestazioni di ricovero. Spetta, invece, all'A.R.San. il coordinamento delle attività di controllo, ivi compresi l'aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo e la formazione del personale delle ASL.

Pertanto, le ASL dovranno trasmettere all'A.R.San. i dati sull'attività dei controlli eseguiti indicando, in particolare:

- il numero dei controlli effettuati, che dovrà essere coerente con le soglie minime individuate dalla normativa nazionale e regionale;
- gli indicatori sulle non conformità riscontrate e sul livello di inappropriatezza delle prestazioni;

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

- l'impatto economico delle decurtazioni derivanti dalla diversa codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e quindi da una diversa classificazione delle prestazioni erogate;
- la quantificazione delle somme da recuperare a fronte delle decurtazioni previste.

Sarà compito dell'A.R.San. predisporre, conseguentemente, la reportistica di sintesi per la Regione, provvedendo anche ad avvalersi del sistema informativo allestito a tale scopo.

Tali report dovranno essere redatti nel rispetto delle tempistiche indicate stante la loro rilevanza ai fini della programmazione delle attività di controllo, ma soprattutto stante la loro rilevanza ai fini del monitoraggio degli obiettivi di riqualificazione del SSR e del comportamento degli erogatori.

Il report, previsto all'art. 3 comma 2 del DM del 10 dicembre 2009, sarà predisposto tenendo conto delle indicazioni riportate nella Circolare n. 5865 del 1 marzo 2013 ad integrazione della nota n. 3372 del 31.01.2011 e pertanto conterrà i dati sui controlli effettuati dalle ASL dettagliati per singola struttura erogatrice e per tipologia di anomalia rilevata.

Si sottolinea, infine, che l'eventuale accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno saranno:

- nelle strutture pubbliche: elemento di valutazione dell'operato dei Direttori Generali, dei Direttori Sanitari, e dei responsabili di unità operativa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione e il Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il dirigente, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabile di struttura semplice e/o complessa, e può comportare, nei modi e nelle forme di legge e, salve le responsabilità penali, la decadenza dalla nomina;
- nelle strutture private: elemento per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture medesime e per la determinazione dell'entità economica del rinnovo del "Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria locale e le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero" per l'anno successivo rispetto a quello dei controlli. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno, costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione e la struttura privata accreditata e può comportare conseguenze sull'entità economica nel rinnovo del contratto.

Risultati programmati

- Trasmissione da parte delle ASL dei dati sull'attività dei controlli eseguiti;
- predisposizione da parte dell'A.R.San. della reportistica di sintesi per la Regione.

Indicatori di risultato

- Stesura di un report A.R.San. sui controlli effettuati dalle aziende con cadenza semestrale (31 gennaio e 31 luglio);
- quantificazione del recupero delle somme corrispondenti alle decurtazioni calcolate in sede di controllo entro il 31 ottobre di ciascun anno;
- attuazione da parte delle aziende del numero minimo dei controlli previsti da normativa con particolare riferimento a quanto disposto dal Decreto Commissariale n. 6/2011 ed in conformità con quanto stabilito dalla Legge n.133/2008 (controllo analitico annuo del 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione), nonché con il DM 10.12.2009 che per quanto attiene al controllo delle sole "prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza" pone una soglia pari al 2,5% sul totale dei ricoveri complessivi della Regione.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San.

Intervento 7.4: Tetti di spesa e stipula intese e contratti

L'art. 8 quinquies del D.L. 502/1992 e s.m. e i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare:

- al comma 2: "in attuazione di quanto previsto dal comma 1, la Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

  a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
  b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
  c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
  d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
  e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies".

Nel rispetto di quanto sopra e delle disposizioni di cui al D.L. 95/2012, per ciascuna categoria di erogatore sarà preventivamente definito il volume prestazionale ed i tetti di spesa, modalità di controllo e remunerazione mediante schema tipo di accordo/contratto.

In mancanza della sottoscrizione del contratto è prevista la sospensione dell'accreditamento.

Pertanto, previa regolarizzazione del percorso di accreditamento, come esplicitato nel Programma 5, si procederà alla definizione dei rapporti come di seguito riportato.

Azione 7.4.1 Assistenza ospedaliera

I rapporti con gli erogatori nella Regione hanno caratterizzazione piuttosto anomala, in particolare per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera. In sede regionale attraverso un complesso e difficoltoso rapporto dialettico con le organizzazioni rappresentative, finalizzato a ravvicinare le posizioni mediante concessioni da una parte e rinuncia a pretese dall'altra, si perviene ad intese regionali ex art.8 quinquies citato. Dette intese prevedono la rinuncia o il ritiro del contenzioso eventualmente attivato.

Di fatto, però, un'alta percentuale delle singole case di cura si rifiuta di sottoscrivere tali accordi o li sottoscrive al solo fine di evitare il procedimento di sospensione, riservandosi, però, l'attivazione di contenzioso ovvero avanza tempestivamente ricorso verso i provvedimenti che recepiscono le intese regionali e definiscono volumi economici riconoscibili.

Sembra mancare la consapevolezza che, pur trattandosi di prestazioni sanitarie, i soggetti erogatori operano in un regime di mercato controllato con la produzione di beni e servizi in un contesto, comunque, di attività imprenditoriale soggetto alla relativa alea. A ciò si aggiunge quanto previsto dall'art.8 quarter, comma 8, del D.Lgs. 502/92 secondo il quale, la Regione pone a carico del SSR un volume di attività non superiore alla programmazione sanitaria nazionale.

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

La giurisprudenza in materia è ormai consolidata nell'orientamento del principio della sussistenza dell'autorità potestativa della Regione nella determinazione dei tetti di spesa nel rispetto dei vincoli programmatori e finanziari.

Tale situazione è stata resa ancor più complessa dall'intervento del D.L. 95/2012, convertito dalla legge 135/2012, che ha introdotto vincoli alla determinazione dei tetti di spesa per il 2012 anche a modifica dei contratti già sottoscritti.

Le evidenze di cui sopra sono alla base delle determinazioni da assumere per il prossimo triennio nei rapporti con gli erogatori, tenendo altresì conto di ulteriori considerazioni.

Per quanto sopra, il Programma 2013 dovrà contemplare:

Case di cura accreditate

Le case di cura di fatto stanno sopperendo alle criticità del sistema pubblico causate dal blocco del *turn over* e dalla riconversione in strutture territoriali di alcuni piccoli ospedali. Le stesse stanno erogando prestazioni a tariffe che sono al di sotto di quelle ministeriali.

Nel 2011, a fronte di un tetto di spesa regionale di 645 milioni sono stati erogati volumi di prestazioni pari a 714 milioni, con una notevole eccedenza di prestazioni non riconosciute e conseguenti contenziosi. Di fatto è anche accaduto che nel percorso autorizzazione-accreditamento alcune strutture hanno dovuto sospendere o ridurre l'attività erogando volumi inferiori ai tetti di spesa mentre altre hanno sopperito superando i tetti di spesa con prestazioni in gran parte non riconosciute. Analoga circostanza si ritiene sia stata causata dalla pregressa chiusura delle case di cura Villa Russo e Villa Alba con spostamento delle relative prestazioni verso le altre strutture.

Il D.L. 95/2012 nel prevedere, per il 2012, una riduzione dei volumi 2011 per una percentuale da determinarsi da parte della Regione (quantificata nell'1,73%) ha imposto un'ulteriore riduzione. Ciò ha reso ancora più conflittuale il rapporto con gli erogatori non consentendosi, così, di concretizzare una definitiva intesa con le associazioni rappresentative. Con tale intesa si sarebbe dovuto utilizzare un accantonamento di 10 milioni, disposto nei Programmi Operativi da destinare alle funzioni di emergenza-urgenza nonché provvedere alla redistribuzione di una quota di economie sui tetti di spesa accantonata.

Attesa la mancata produzione degli effetti previsti dagli accordi regionali a causa del contenzioso e la cogenza del D.L. 95/2012 per il 2013 si dovrà procedere necessariamente applicando la riduzione complessivamente prevista dal D.L. 95/2012 con atti regionali di determinazione dei tetti di spesa e stipula dei contratti da parte delle ASL, indipendentemente da accordi regionali, qualora questi non fossero perfezionati e, comunque, all'interno della programmazione regionale.

Sarà, ancora una volta, valutata la possibilità di riavviare confronti con le organizzazioni rappresentative nella prospettiva che auspicabili intese abbiano poi effetti concreti.

Parallelamente, però, nell'ottica della garanzia dei LEA e considerato che le disposizioni del D.L. 95 si applicano in aggiunta alle manovre regionali, i tetti dovranno essere integrati come segue:

- ripristino dei volumi prestazionali di lungodegenza, garantiti dalla cessata struttura Villa Russo. Ciò è dovuto in considerazione del fatto, più volte rappresentato, che nella Regione è oltremodo carente lo specifico livello assistenziale e verosimilmente ciò ha contribuito a determinare, pro quota, il superamento dei tetti di spesa 2012;
- la previsione di risorse da destinare alla remunerazione dell'attività per acuti svolta dalle case Villa Russo e Villa Alba a seguito di riaffidamento del volume storico, nonché la casa di cura Ruesch, riaccreditata a seguito di un contenzioso della durata ultra decennale, nella complessiva misura di ca. 12 €/mln. Anche tale impegno dovrà determinare la riduzione dell'over tetto prodotto dalle altre case di cura;

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

- per gli Istituti religiosi, si applica pedissequamente la previsione normativa degli abbattimenti ex D.L. 95/2012;
- per le strutture neuropsichiatriche, rientranti all'interno del complesso della case di cura, verrà confermato prudenzialmente il volume di spesa così come da contratti sottoscritti nel 2012 e dall'accordo regionale. Dette strutture territoriali dovranno essere oggetto di riconversione in strutture neuropsichiatriche territoriali ovvero in altre tipologie di attività di cui è presente fabbisogno. I volumi economici saranno, pertanto, trasferiti ai fini della remunerazione delle nuove attività;
- le due case di cura sede di pronto soccorso ed alcune strutture della rete di emergenza cardiologica hanno rilevanti difficoltà a rientrare nei tetti di spesa in quanto la maggioranza dei pazienti perviene alle strutture tramite 118. Ne sono derivate vertenze giudiziarie e minacce di sospensione delle attività di emergenza rappresentando un grave rischio per l'assistenza. Per fronteggiare tale situazione verrà utilizzata l'ulteriore residua quota di 4 €/mln all'interno dell'accantonamento disposto nel 2012;
- per gli Istituti Maugeri e Don Gnocchi si procederà con applicazione DM 95.

Per le strutture che assicurano funzioni ex art.8 sexies del D.Lgs. 502/92 e s.m. sono definite le modalità di calcolo a costo standard, in modo conforme per tutte le strutture pubbliche e private.

Risultati programmati

- Riavvio dei confronti con le organizzazioni rappresentative, entro il 31.07.2013;
- fissazione tetti di spesa, con definizione schema tipo di contratto con indicazione della modalità di remunerazione delle funzioni;
- stipula contratti con le case di cura;
- stipula accordi con gli istituti religiosi;
- relativamente agli anni 2014 e 2015 i tetti di spesa dovranno essere definiti entro il 31.03 ed i contratti stipulati entro il 30.06 di ciascuna delle due annualità.

Indicatori di risultato

- Provvedimento regionale di determinazione dei tetti di spesa e fissazione degli schemi di contratto, entro il 31.08.2013;
- stipula dei contratti, entro il 30.09.2013;
- stipula accordi entro il 31.07.2013 con gli istituti religiosi e IRCCS.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- Dirigente UOD Assistenza Ospedaliera.

Azione 7.4.2: Prestazioni specialistica ambulatoriale

Per le prestazioni di attività specialistica ambulatoriale accreditata il tetto di spesa 2012 ammonta a ca. 580 €/mln.

Lo stesso viene ridotto nel 2013, secondo quanto previsto nel D.L. 95/2012, fatto salvo il settore dialisi per il quale va tenuto conto dell'incremento medio annuale dei pazienti pari a ca. il 2%, quale saldo dei nuovi pazienti e dei deceduti, per cui va proporzionalmente incrementato il tetto di spesa.

Per tale settore va valutata la compatibilità con le indicazioni riduttive di cui al D.L. 95/12, salva la possibilità di utilizzare economie delle altre branche.

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

La Regione ha provveduto ad emanare i relativi decreti commissariali che fissano i tetti di spesa per l'anno 2013, in particolare:

- DC n.88/2013 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi e fisiokineterapia;
- DC n.102/2013 per le prestazioni di riabilitazione ex art. 44;
- DC n.89/2013 per le prestazioni di dialisi.

Risultati programmati

- Convocazione incontri con le organizzazioni rappresentative per la realizzazione delle intese regionali;
- stipula intesa regionale;
- stipula contratti con gli erogatori;
- relativamente agli anni 2014 e 2015 i tetti di spesa dovranno essere definiti entro il 31.03 ed i contratti stipulati entro il 30.06 di ciascuna delle due annualità.

Indicatori di risultato

- Provvedimento regionale di approvazione dell'intesa, determinazione tetti di spesa e dello schema di contratto;
- stipula almeno 80% dei contratti entro il 30.09.2013 e 100% entro il 31.10.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

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

Azione 7.4.3: Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA

Per l'anno 2012 si era pervenuti ad un accordo regionale col quale si fissavano i volumi riconoscibili.

Nel settore era intervenuto il DC 68/2012 che aveva previsto:

- di confermare per l'esercizio 2012 i volumi finanziari e di prestazioni per singola struttura assegnati nel 2011;
- di poter attribuire ai singoli centri privati i limiti di spesa per l'esercizio 2012 diversi da quelli relativi al 2011, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL;
- la fatturazione separata per le prestazioni soggette a compartecipazione. In particolare la quota per la componente sanitaria è fatturata all'ASL mentre quella sociale all'utente/Comune;
- nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti per ciascun soggetto giuridico (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art.44 e socio sanitarie RSA) la possibilità di effettuare un'osmosi tra le tre branche.

Quest'ultima disposizione è stata oggetto di osservazione da parte dei Ministeri affiancati che hanno evidenziato l'opportunità di evitare tale possibilità di compensazione, che farebbe venire meno la correlazione fra tetti di spesa per branca e bisogno di prestazioni.

In tal senso per l'anno 2013, fermo restando il volume complessivo, che potrà essere oggetto di rivisitazione in riduzione in relazione a quello riconosciuto per il 2012, si è dato esecuzione a quanto osservato dai Ministeri con la netta separazione tra la branca afferente medicina fisica e riabilitativa, la branca della riabilitazione estensiva territoriale e la branca afferente il socio sanitario comprensiva di RSA, salute mentale e dipendenze patologiche.

Una notazione a parte è necessaria per quanto riguarda le RSA. Trattasi di un setting assistenziale, diverso dalla riabilitazione territoriale, che storicamente è risultato essere caratterizzato da carenza di

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

offerta nella Regione e comunque di minore intensità assistenziale rispetto alla riabilitazione territoriale.

La Regione ha provveduto ad emanare i relativi decreti commissariali che fissano i tetti di spesa per l'anno 2013, in particolare:

- DC n.102/2013 per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e per la macro area salute mentale e socio-sanitario.

Risultati programmati

- Stipula intesa con le associazioni rappresentative;
- stipula contratti con gli erogatori;
- relativamente agli anni 2014 e 2015 i tetti di spesa dovranno essere definiti entro il 31.03 ed i contratti stipulati entro il 30.06 di ciascuna delle due annualità.

Indicatori di risultato

- Provvedimento regionale di approvazione dell'intesa e dello schema di contratto.
- stipula almeno 80% dei contratti entro il 30.09.2013 e 100% entro 31.10.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Governo economico finanziario in raccordo con la dg risorse finanziarie di concerto con Dirigente UOD Interventi socio-sanitari.

Azione 7.4.4 Assistenza termale, integrativa, protesica e file F

Per il file F sono confermati i tetti del 2012, per l'assistenza integrativa e protesica è confermato il valore rilevato a Consuntivo 2012 incrementato di un tasso di crescita annuo del 2% (basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel D.F.P., aumentato prudenzialmente dello 0,5%) mentre per l'assistenza termale è stato emanato il DC 104/2013.

Per l'assistenza termale:

Risultati programmati

- Avvio delle attività, secondo un piano da condividersi con il Ministero dell'Economia ed il Ministero delle Salute, per la rilevazione e il controllo delle prestazioni tramite il sistema TS;
- convocazione Federterme, stipula intesa regionale e contratti entro il 15.10.2013;
- per gli anni 2014 e 2015 l'intesa con Federterme dovrà essere stipulato entro il 31.03.2014.

Indicatori di risultato

- Provvedimento regionale di approvazione dell'intesa entro 15.07.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Governo economico finanziario in raccordo con la dg risorse finanziarie.

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

Di seguito viene riportato uno schema riepilogativo dei tetti di spesa per il triennio 2013-2015, per ogni tipologia di assistenza.

Rispetto a quanto riportato nei DC 88, 89, 100, 102 e 104/2013 si è considerato un ulteriore budget per il servizio di radioterapia-radiochirurgia stereotassica per l'ASL Salerno (pari a ca. 3,5 €/mln per il 2013, 3,6 €/mln per il 2014, 4,3 €/mln per il 2015).

Nella Tabella 29 si riportano:

- per il 2013: nella colonna C i tetti così come sanciti dai relativi Decreti sopra riportati;
- per il 2014: nella colonna D i tetti derivanti dall'applicazione delle disposizioni previste dal D.L. 95/12 (Spending Review), nella colonna E l'effetto della riconversione delle Case di Cura Neuropschiatriche che comporta la riclassifica del budget di spesa previsto dal setting dell'assistenza ospedaliera al setting salute mentale e sociosanitario; nella colonna F l'effetto delle manovre di riconversione e/o attivazioni relative alle strutture eroganti prestazioni di assistenza riabilitativa e socio-sanitaria (trattate nel Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio);
- per il 2015: in assenza di normativa vigente la Regione intende confermare i tetti 2014, così come riportato in colonna H, a cui si somma l'effetto delle manovre di riconversione e/o attivazioni (colonna I) relative alle strutture eroganti prestazioni di assistenza riabilitativa e socio-sanitaria (trattate nel Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio).

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

€/000	Tetti 2012	di cui funzioni	Tetti 2013 al netto delle riconversioni	di cui funzioni	impatto manovra territoriale	Tetti 2013	Tetti 2014 al netto delle riconversioni	di cui funzioni	riconversione CdC Neuropsichiatriche	impatto manovra territoriale	Tetti 2014	Tetti 2015	di cui funzioni	impatto manovra territoriale	Tetti 2015
			A		B	C = A+B	D		E	F	G = D+E+F	H		I	L = H+I
Assistenza Ospedaliera:	**810.990**	**33.892**	**826.262**	**36.377**	**-**	**826.262**	**818.024**	**36.038**	**-42.516**	**-**	**775.509**	**775.509**	**36.038**	**-**	**775.509**
Case di cura private	645.087	11.575	658.840	11.721	-	658.840	652.252	11.604	(42.516)	-	609.736	609.736	11.604	-	609.736
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli NA	37.375	7.156	37.176	7.120	-	37.176	36.804	7.049	-	-	36.804	36.804	7.049	-	36.804
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli BN	48.139	8.179	47.853	8.137	-	47.853	47.374	8.056	-	-	47.374	47.374	8.056	-	47.374
Ospedali Classificati: Villa Betania	36.441	6.682	36.242	6.648	-	36.242	35.880	6.581	-	-	35.880	35.880	6.581	-	35.880
Ospedali Classificati: Camilliani	16.042	300	15.933	300	-	15.933	15.774	297	-	-	15.774	15.774	297	-	15.774
Totale Classificati	**137.997**	**22.316**	**137.204**	**22.204**	**-**	**137.204**	**135.832**	**21.982**	**-**	**-**	**135.832**	**135.832**	**21.982**	**-**	**135.832**
IRCCS privati	18.670	-	18.576	-	-	18.576	18.390	-	-	-	18.390	18.390	-	-	18.390
Altri (Don Gnocchi)	9.237	-	9.190	-	-	9.190	9.098	-	-	-	9.098	9.098	-	-	9.098
Accantonamento	-	-	2.452	2.452	-	2.452	2.452	2.452	-	-	2.452	2.452	2.452	-	2.452
Funzioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza Specialistica	**579.854**	**-**	**526.300**	**-**	**-**	**526.300**	**521.230**	**-**	**-**	**-**	**521.230**	**521.891**	**-**	**-**	**521.891**
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli NA	451	-	459	-	-	459	454	-	-	-	454	454	-	-	454
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli BN	1.954	-	1.989	-	-	1.989	1.969	-	-	-	1.969	1.969	-	-	1.969
Ospedali Classificati: Villa Betania	702	-	714	-	-	714	707	-	-	-	707	707	-	-	707
Ospedali Classificati: Camilliani	1.203	-	1.224	-	-	1.224	1.212	-	-	-	1.212	1.212	-	-	1.212
Totale Classificati	**4.310**	**-**	**4.386**	**-**	**-**	**4.386**	**4.342**	**-**	**-**	**-**	**4.342**	**4.342**	**-**	**-**	**4.342**
DIALISI	123.468	-	126.068	-	-	126.068	124.807	-	-	-	124.807	124.807	-	-	124.807
FKT*	59.350	-	36.137	-	-	36.137	35.776	-	-	-	35.776	35.776	-	-	35.776
Altre Branche della Specialistica*	392.727	-	359.709	-	-	359.709	356.306	-	-	-	356.306	356.966	-	-	356.966
IRCCS privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza Riabilitativa ex art. 26	**272.945**	**-**	**290.212**	**-**	**-**	**290.212**	**290.212**	**-**	**-**	**(26.691)**	**263.521**	**290.212**	**-**	**(45.401)**	**244.811**
Accantonamento	776	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salute mentale e Socio Sanitario	**107.016**	**-**	**112.561**	**-**	**-**	**112.561**	**112.561**	**-**	**42.516**	**98.193**	**253.270**	**155.077**	**-**	**135.886**	**290.963**
di cui: salute mentale	29.291	-	30.809	-	-	30.809	30.809	-	31.887	(2.778)	59.917	62.695	-	(5.150)	57.545
di cui: socio san.	77.725	-	81.752	-	-	81.752	81.752	-	10.629	100.971	193.352	92.381	-	141.036	233.417
Assistenza Termale	**22.000**	**-**	**21.500**	**-**	**-**	**21.500**	**21.500**	**-**	**-**	**-**	**21.500**	**21.500**	**-**	**-**	**21.500**
Distribuzione diretta FILE F	**4.422**	**-**	**4.422**	**-**	**-**	**4.422**	**4.422**	**-**	**-**	**-**	**4.422**	**4.422**	**-**	**-**	**4.422**
Totale	**1.967.227**	**-**	**1.951.258**	**-**	**-**	**1.951.257**	**1.937.950**	**-**	**-**	**71.502**	**2.009.452**	**1.938.611**	**-**	**90.485**	**2.029.096**

(*) Per l'anno 2012 il valore del tetto di spesa è considerato al netto del ticket, dello sconto e al lordo quota ricetta. A partire dal 2013 si riporta il valore del tetto di spesa al netto del ticket, dello sconto e della quota ricetta

Tabella 29 – Riepilogo tetti di spesa per tipologia di assistenza

Intervento 7.5: Sperimentazioni gestionali

Con deliberazione n.1336 del 15 ottobre 2005, ai sensi dell'articolo 9 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., la Regione ha autorizzato il progetto di sperimentazione "radioterapia - radiochirurgia stereotassica" proposto dall'ASL Salerno 3, finalizzato allo sviluppo di un programma di ricerca e sperimentazione per l'utilizzo ai fini terapeutici in ambito oncologico della tecnologia radiochirurgica, costituita da microacceleratori di ultima generazione con telaio stereotassico.

La costituzione della società mista "Malzoni Radiosurgery Center - Centro Studi e Ricerche Raffaele Carola s.r.l.", per l'attivazione del servizio di radioterapia-radiochirurgia stereotassica, ha avuto luogo in data 5 febbraio 2009.

A conclusione del primo triennio, l'ASL di Salerno, socio pubblico maggioritario, ha presentato il bilancio delle attività svolte, evidenziando una perdita della gestione, ed ha proposto la proroga della durata della gestione sperimentale della "radioterapia – radio chirurgia stereotassica" per un ulteriore triennio, al fine, anche, di poter distribuire in un periodo più lungo l'incidenza degli ammortamenti dei costosi investimenti effettuati e, soprattutto, di continuare le attività a fronte della positiva ricaduta assistenziale e dei successi terapeutici, prospettando una netta redditività per il futuro.

La struttura commissariale ha chiesto, in proposito, parere al Ministero della Salute.

Nelle more, con Decreto Commissariale n.88 del 03.08.2012, si è disposta la proroga del progetto di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis del D.Lgs. 502/92.

In data 27.09.2012, con prot. 364-p, il Ministero ha reso parere negativo e ha richiesto l'approfondimento di una serie di elementi.

Al fine di poter assolvere a tale richiesta, la struttura commissariale ha invitato l'ASL Salerno a relazionare in merito alle osservazioni ed ai rilievi formulati dai Ministeri.

Avendo avuto un riscontro esaustivo dall'ASL, con nota prot. 920/DG del 23.01.2013, la struttura commissariale ha trasmesso con nota n.1586 del 15.03.2013 la relazione al Ministero.

In data 28.05.2013, con prot. 214-P, il Ministero ha reso un nuovo parere col quale vengono sollevate le seguenti criticità:

- il mutamento dei termini della originaria sperimentazione, rispetto a quanto previsto nella deliberazione n.126/2005, della ASL Sa/3, essendo venuta meno la collaborazione essenziale del prof. Blomgren;
- la necessità di verificare se il Malzoni Radiosurgery Center sia da annoverare tra le "società che svolgono servizi di interesse generale" che ai sensi dell'art. 4, comma 3 del D.L. 95/2012, come modificato in sede di conversione dalla Legge 135/2012, vengono escluse dalle procedure di scioglimento e alienazione delle partecipazioni;
- la necessità di chiarire l'offerta prestazionale del Malzoni Radiosurgery Center e come esso risponda al fabbisogno regionale;
- la necessità di chiarire la struttura dei costi reali connessi all'incrementata offerta prestazionale del Malzoni Radiosurgery Center, anche in considerazione del fatto che nella relazione predisposta dall'ASL Salerno, per l'anno 2014 non è indicato alcun costo per la voce ammortamenti Immobilizzazioni immateriali.

La Regione, sulla base di una nuova relazione trasmessa dall'ASL, ha predisposto la risposta alle osservazioni dei Ministeri affiancanti, evidenziando, nell'ordine:

- che le mutate condizioni della gestione sperimentale rendono opportuno considerare il nuovo periodo un rinnovo alle mutate condizioni e non semplicemente proroga;

- sulla verifica ai sensi dell'art. 4, comma 3 del D.L. 95/2012, come modificato in sede di conversione dalla Legge 135/2012, ha evidenziato che l'ASL Salerno ha già espresso il suo parere, riportato nella citata relazione di riscontro prot n.1586 del 15.03.2013. Nella sua relazione l'ASL ha richiamato la sentenza del T.A.R. Piemonte, Torino, sez. II, sent. n. 3686 del 14.12.2007, nella quale viene, precisato, in relazione a una struttura sanitaria privata accreditata, che "*indubitabilmente si è in presenza di una fattispecie relativa all'erogazione di pubblico servizio a favore di cittadini tramite strutture private in regime di accreditamento*". L'ASL ha, quindi, sostenuto che tale orientamento del Giudice amministrativo porterebbe a configurare le società che erogano prestazioni sanitarie, tra cui il Malzoni Radiosurgery Center, nel novero delle società che svolgono servizi di interesse generale, nei confronti delle quali non si applicano le disposizioni di cui al comma 1 dello stesso art. 4. In ogni caso, e al fine di dissipare ogni dubbio, la struttura commissariale richiederà un apposito parere all'Avvocatura Regionale;
- in merito all'offerta prestazionale del Malzoni Radiosurgery Center, nella citata relazione prot n.1586 del 15.03.2013 si sono descritti natura e risultati dell'attività di radioterapia stereotassica innovativa esercitata dal Malzoni Radiosurgery Center, nonché l'ampliamento dell'offerta sanitaria, riportando le proiezioni economiche per il biennio 2013/2014 delle due attività. Parimenti, si sono riportati dati sull'entità del fabbisogno regionale non coperto dall'offerta sanitaria, desunti dall'elevato numero di pazienti residenti nel territorio di competenza dell'ASL Salerno che ha chiesto prestazioni di radioterapia in altre strutture, pubbliche e private, ubicate nelle altre province campane e/o in altre Regioni;
- sull'ultimo punto, a fronte dell'incremento dell'attività prevista, nella struttura dei costi rappresentata dall'ASL Salerno, si rileva invero una crescita dei costi per materie prime, per salari e stipendi e degli ammortamenti per immobilizzazioni materiali. Risulta, invece, che la voce "Ammortamento immobilizzazioni immateriali" sia rimasta, sostanzialmente, invariata nel 2013 e si sia annullata nel 2014. Ciò in contrasto con la necessità per i due acceleratori lineari Elekta "di implementazioni soprattutto sulla parte software". La struttura commissariale ha chiesto chiarimenti all'ASL Salerno. L'ASL ha prodotto una nuova relazione che tiene conto dei nuovi investimenti, materiali ed immateriali, e fornisce un maggior dettaglio delle motivazioni economiche che dovrebbero consentire di migliore l'economicità della gestione. L'ASL ha chiarito, in generale, che la mancata proporzionalità tra ricavi e costi di gestione scaturisce proprio dalla struttura dei costi del Centro, nella quale vi è una grossa prevalenza dei costi fissi (ammortamenti, costi personale, compenso organi sociali, canone di locazione). Ne consegue che variazioni dei ricavi, sia in riduzione che in aumento, non siano accompagnate da analoghe variazioni dei costi. A ciò si aggiunga che il C.d.A. del Centro, a partire dall'ultimo trimestre del 2012, ha varato una più stringente politica di razionalizzazione dei costi. In particolare, il costo del personale è stato indicato in misura costante nella considerazione che l'upgrade degli investimenti effettuati dovrebbe comportare oltre che un incremento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni anche un minor utilizzo di personale. Il compenso degli organi sociali è stato ridotto del 40%. Nel fornire la rappresentazione delle prospettive economiche del prossimo triennio del Malzoni Radiosurgery Center, l'ASL ha evidenziato di aver tenuto conto, oltre delle politiche di efficientamento già intraprese e dei nuovi investimenti, anche dell'andamento gestionale, aggiornato ai dati reali del primo trimestre del 2013.

Risultati programmati

- Rinnovo del progetto di sperimentazione "radioterapia - radiochirurgia stereotassica", per un ulteriore triennio fino al 31.12.2015, alle mutate condizioni;
- maggiore capacità della società mista "Malzoni Radiosurgery Center - Centro Studi e Ricerche Raffaele Carola srl" di soddisfare il fabbisogno dei residenti attraverso l'ampliamento dell'offerta sanitaria, entro il 31.12.2015;
- contributo economico positivo all'ASL Salerno, socio maggioritario della sperimentazione, derivante dal riparto degli utili di gestione, entro il 31.12.2015;
- contributo economico diretto per la gestione economica dell'ASL Salerno per l'introito del canone di locazione della sede dell'attività, di proprietà dell'ASL stessa, entro il 31.12.2015.

Indicatori di risultato

- Formalizzazione del rinnovo della sperimentazione;

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

- incremento ricavi per prestazioni.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- Direttore Generale ASL.

Intervento 7.6: Protocolli d'intesa Regione-Università

Gli schemi di decreto, di cui ai prot. 62A e 63A recepiscono i protocolli d'intesa con l'Università di Napoli Federico II e la Seconda Università di Napoli. Tali protocolli annullano e sostituiscono quelli approvati con i decreti commissariali 60 e 61 del 15 ottobre 2010. Nelle premesse si precisa che tale costituzione è avvenuta per adeguare i testi alle prescrizioni del Tavolo tecnico interministeriale.

In merito a tali protocolli, nell'ultima riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 14 aprile 2010, il Ministero aveva evidenziato la "necessità di valutare gli aspetti relativi a particolari categorie di personale e di integrare la documentazione trasmessa con gli elenchi del personale". La struttura commissariale si era, quindi, impegnata ad inviare una relazione di chiarimenti ed ad integrare la documentazione trasmessa con gli elenchi del personale.

A seguito dell'invio della documentazione richiesta, il Ministero ha preso atto del fatto che gli elementi forniti e le modifiche apportate al testo dei protocolli consentono di superare i profili di criticità evidenziati.

A seguito del parere ministeriale, vi è stata la sottoscrizione tra le parti.

Con prot. n. 220 del 03.06.2013 il Ministero della Salute ha rimesso in discussione l'efficacia dei Protocolli, in quanto, dal documento trasmesso dalla Regione, con nota prot. n. 1111/C, emerge che i protocolli con l'Università Federico II e il SUN sono stati sottoscritti sulla base dell'articolo2, comma 2, lettera a), decreto legislativo 517/1999, si tratterebbe, dunque, di sperimentazioni quadriennali di azienda ospedaliera, costituite in seguito alla trasformazione di policlinici universitari a gestione diretta denominati " Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN".

Tavolo e Comitato, nel rinviare a successivo parere, rilevano che la fase sperimentale, avviata con i Protocolli 2003-2004, avrebbe dovuto concludersi, per la Federico II nel luglio 2007, e per il SUN nel luglio 2008. Alla scadenza del quadriennio avrebbe dovuto trovare applicazione, ex articolo 2, comma 2, lett. b) decreto legislativo 517/99, la trasformazione delle "Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN" in "Aziende ospedaliere integrate con l'Università", con le dovute conseguenze pratiche in termini di disciplina applicabile.

E' stato, quindi, richiesto alla Regione di chiarire se vi sia stato il predetto passaggio delle aziende al modello di cui lettera b) del decreto legislativo 517 e, in tal caso, di modificare quelle parti dei Protocolli 2012-2013 che sono in contrasto con quanto disposto a regime dal decreto legislativo 517 e dal relativo DPCM 2011.

Per quanto riguarda l'università di Salerno con Decreto Commissariale n. 136 del 19 Ottobre 2012 è stata proposta ai competenti Ministeri, la costituzione della A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana.

Con Decreto Commissariale n. 143 del 26.11.2012, è stato approvato il relativo Protocollo d'Intesa sottoscritto tra le parti.

Con successivo Decreto Commissariale n. 31 del 27.03.2013 si è dato atto che, ai sensi di quanto stabilito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31.01.2013, è stata costituita in Regione Campania la AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana.

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

Risultati programmati

- Chiarimenti e perfezionamento Protocolli con SUN e Federico II;
- avvio della attività quale A.O.U. Ruggi.

Indicatori di risultato

- Adozione atto aziendale entro 120 giorni dalla nomina del Direttore Generale A.O.U. Ruggi (immesso nelle funzioni in data 20.12.2013).

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- Direttore Generale A.O.U.

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

Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Intervento 7.4: Tetti di spesa e stipula intese e contratti

Azione 7.4.1: Assistenza ospedaliera

La Regione con DC n.100/2013 ha fissato il tetto di spesa per l'anno 2013, nel rispetto di quanto previsto dal D.L. 95/2012 (*Spending review*), pari a ca. 826,3 €/mln.

Tale tetto di spesa è al netto del processo di riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche, di seguito dettagliato, che comporterà un risparmio stimato pari a:

- ca. 42,5 €/mln nel 2014.

Di conseguenza considerando i budget di spesa fissati con DC 100/2013, il processo di riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e un accantonamento prudenziale di ca. 2,5 €/mln per gli Istituti classificati sede di Pronto Soccorso il rispetto dei Tetti Programmatici 2013-2015 comporterà:

- maggiori costi per ca. 19,9 €/mln nel 2013;
- risparmi per ca. 22,7 €/mln nel 2014;
- risparmi per ca. 22,7 €/mln nel 2015.

Di seguito si analizza nel dettaglio il processo di riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche, disposto dal DC 53/2012, per il quale si è stimato il risparmio sopra riportato.

Il Decreto Commissariale n. 53 del 9 maggio 2012 ad oggetto: "Approvazione Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012", prevedeva la riconversione di 800 PL presenti presso le Case di Cura Neuropsichiatriche in:

- 100 PL in strutture residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili;
- 100 PL in strutture residenziali e semiresidenziali in RSA per cittadini ultrassessantacinquenni non autosufficienti, cittadini affetti da demenza senile o Alzheimer;
- 600 PL in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali.

Da una più puntuale analisi dell'offerta in argomento effettuata nel percorso di accreditamento emerge l'opportunità di rimodulare tale ipotesi di riconversione contemplando la possibilità di coprire anche il fabbisogno di riabilitazione ospedaliera (cod. 56) non neuropsichiatrica, lungodegenza post acuzie di cui la Regione è carente, ovvero altre discipline delle quali vi è fabbisogno non coperto.

La valorizzazione degli interventi previsti nell'ambito di tale azione si basa sul numero di PL per i quali sono previste le riconversioni per il triennio 2013-2015.

Per tale attività sono stati considerati i seguenti elementi:

- tetti di spesa 2013 (Decreto Commissariale 100/2013);
- avvio del processo di riconversione a partire dal 1 gennaio 2014;
- nelle more le strutture indicate nella tabella seguente continuano ad essere remunerate sulla base del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera.

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

Struttura	Tetti 2013
CASA DI CURA VILLA DEI PINI	4.055
VILLA DEGLI ULIVI	3.998
CASA DI CURA COLUCCI	7.836
CASA DI CURA VILLA CAMALDOLI	12.805
CASA DI CURA ' VILLA ELISA '	1.390
CASA DI CURA LA QUIETE SRL	5.036
CASA DI CURA VILLA CHIARUGI	7.825
TOTALE	**42.945**

Tabella 30 – Sintesi riconversione PL RIA ex art.26

La Tabella 30 riporta i tetti di spesa 2013 comprensivi dell'effetto *spending review*, così come previsto dal Decreto Commissariale n.123/2012, distinto per singola struttura o Casa di Cura privata, che eroga prestazioni di disciplina psichiatrica.

Considerando quindi l'inizio delle attività assistenziali a partire dal 1 gennaio 2013, come precedentemente riportato il risparmio stimato sul valore complessivo dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera da Case di Cura private è stimabile in:

- ca. 42,5 €/mln nel 2014.

Azione 7.4.2: Prestazioni specialistica ambulatoriale

La Regione ha fissato il tetto di spesa 2013 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi e fisiokineterapia con DC n.88/2013 a ca. 356,2 €/mln, quello delle prestazioni di riabilitazione ex art. 44 con DC n.102/2013 a ca. 36,1 €/mln e quello delle prestazioni di dialisi con DC n.89/2013 a ca. 126 €/mln. Tali tetti sono stati determinati nel rispetto di quanto previsto dal D.L. 95/2012 (*Spending review*).

Occorre considerare inoltre un incremento del limite di spesa imputabile al servizio di radioterapia-radiochirurgia stereotassica per l'ASL Salerno (pari a ca. 3,5 €/mln per il 2013, 3,6 €/mln per il 2014, 4,3 €/mln per il 2015).

Di conseguenza considerando i budget di spesa fissati con i suddetti DC il rispetto dei Tetti Programmatici 2013-2015 comporterà risparmi pari a:

- ca. 14,5 €/mln nel 2013;
- ca. 14,2 €/mln nel 2014;
- ca. 13,5 €/mln nel 2015.

Azione 7.4.3: Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA

La Regione con DC n.102/2013 ha fissato il tetto di spesa per l'anno 2013 pari a ca. 290,2 €/mln per le prestazioni di assistenza riabilitativa ex art.26 e pari a ca. 112,6 €/mln per le prestazioni afferenti alle macro-aree salute mentale e sociosanitario.

Sul programmatico per queste tipologie di assistenza agiscono due differenti manovre, una derivante dal processo di riconversione della rete di assistenza territoriale, trattato nel Programma 14, ed una necessaria a garantire il rispetto dei budget di spesa prefissati con atti regionali.

Nello specifico, il processo di riconversione, illustrato nel Programma 14, comporterà maggiori costi:

- per ca. 71,5 €/mln nel 2014;
- per ca. 90,5 €/mln nel 2015.

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

Di conseguenza considerando i budget di spesa fissati con DC 102/2013 ed il processo di riconversione il rispetto dei Tetti Programmatici 2013-2015 comporterà:

- maggiori costi per ca. 1,3 €/mln nel 2013;
- maggiori costi per ca. 81,6 €/mln nel 2014;
- maggiori costi per ca. 94,7 €/mln nel 2015.

Azione 7.4.4 Assistenza termale, integrativa, protesica e file F

Per quanto riguarda il file F, la Regione per l'anno 2013 intende confermare i budget di spesa del 2012 mentre per quanto riguarda le prestazioni di assistenza termale con DC 104/2013 è stato fissato un tetto pari a ca. 21,5 €/mln.

Di conseguenza il rispetto dei Tetti Programmatici 2013-2015 comporterà:

- maggiori costi per ca. 0,02 €/mln nel 2013;
- un risparmio pari a ca. 4,4 €/mln nel 2014;
- un risparmio pari a ca. 4,4 €/mln nel 2015.

Per quanto riguarda l'assistenza integrativa e protesica il valore programmato per il triennio 2013-2015 prudenzialmente è stato stimato pari al valore rilevato a Consuntivo 2012 incrementato di un 2% annuo.

Definizione dei tetti di spesa per l'anno 2013					
	Tendenziale 2013	Manovre territoriali	Riclassifiche CdC Neuropsichiatriche	Manovre	Tetti di spesa
	A	B	C	D	E=A-B-C-D
Assistenza ospedaliera	806.326	-	-	-19.936	826.262
Assistenza specialistica	540.844	-	-	14.544	526.300
Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA	401.498	-	-	-1.275	402.773
Assistenza termale e File F	25.903	-	-	-19	25.922
Totale	**1.774.571**	**-**	**-**	**-6.686**	**1.781.257**

Definizione dei tetti di spesa per l'anno 2014					
€/000	Tendenziale 2014	Manovre territoriali	Riclassifiche CdC Neuropsichiatriche	Manovre	Tetti di spesa
	A	B	C	D	E=A-B-C-D
Assistenza ospedaliera	798.223	-	42.516	-19.801	775.509
Assistenza specialistica	535.409	-	-	14.179	521.230
Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA	435.210	-71.502	-42.516	32.437	516.791
Assistenza termale e File F	30.291	-	-	4.369	25.922
Totale	**1.799.133**	**-71.502**	**-**	**31.183**	**1.839.452**

Definizione dei tetti di spesa per l'anno 2015					
€/000	Tendenziale 2015	Manovre territoriali	Riclassifiche CdC Neuropsichiatriche	Manovre	Tetti di spesa
	A	B	C	D	E=A-B-C-D
Assistenza ospedaliera	798.223	-	-	22.714	775.509
Assistenza specialistica	535.409	-	-	13.518	521.891
Riabilitazione territoriale, salute mentale e RSA	441.100	-90.485	-	-4.189	535.774
Assistenza termale e File F	30.291	-	-	4.369	25.922
Totale	**1.805.023**	**-90.485**	**-**	**36.413**	**1.859.095**

Tabella 31 – Limiti di spesa programmati per l'assistenza da privato

Rispetto a quanto riportato nei DC 88,89, 100, 102 e 104/2013 si è considerato un ulteriore budget per il servizio di radioterapia-radiochirurgia stereotassica per l'ASL Salerno (pari a ca. 3,5 €/mln per il 2013, 3,6 €/mln per il 2014, 4,3 €/mln per il 2015). Il budget dell'assistenza ospedaliera tiene conto del limite di spesa assegnato alla Casa di Cura Ruesch S.p.a. per 3 mensilità, considerato che alla

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

data di emanazione del Decreto la struttura non aveva ancora ripreso ad erogare prestazioni (si veda nota 1, allegato 2 DC 100/2013).

Nella colonna B sono evidenziate le manovre di riconversione/attivazione relative alle strutture eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera, riabilitativa e socio-sanitaria (trattate nel PO 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio).

Nella colonna C è evidenziato l'effetto derivante dalla riconversione delle Case di Cura Neuropschiatriche che comporta, per il 2014, la riclassifica del budget di spesa previsto dal setting dell'assistenza ospedaliera al setting salute mentale e sociosanitario.

Nella colonna D sono riportati i maggiori costi e/o risparmi derivanti dal rispetto dei tetti programmatici 2013-2015.

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

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione (Tabelle 18 e 19);
- promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie;
- attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini;
- piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico).

Formazione e comunicazione ai cittadini: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Formazione e comunicazione ai cittadini	**-**	**-**	**-**
Formazione del personale	-	-	-
Promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie e azioni finalizzate alla rilevazione della qualità percepita dagli utenti/citadini	-	-	-

Tabella 32 – Sintesi manovre

Intervento 8.1: Formazione del personale

L'impiego delle risorse umane sempre più si caratterizza quale fattore critico di successo per la soddisfazione dei bisogni di salute del cittadino, da perseguire comunque attraverso un attento impiego delle risorse disponibili. Alla luce di ciò, la "formazione" costituisce una delle leve strategiche per il conseguimento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari.

In un settore in rapida e continua evoluzione, quale quello sanitario, la formazione non può essere circoscritta al conseguimento iniziale di un titolo professionale, ma deve necessariamente essere accompagnata da una formazione che, durante tutto l'arco della vita, consenta agli operatori sanitari di aggiornare il proprio know-how per rispondere ai continui mutamenti delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e all'evoluzione della domanda sanitaria.

E' compito specifico delle regioni definire la politica formativa, individuando le finalità da perseguire e le modalità di attuazione, in linea con gli obiettivi del PSN e del PSR ed il fabbisogno formativo delle diverse figure professionali.

Le azioni operative con cui la Regione intende intervenire per qualificare il sistema della formazione attengono: l'Educazione Continua in Medicina, la Formazione Manageriale, la Formazione Universitaria Specialistica, e la Formazione Specifica in Medicina Generale.

Risultati programmati

- Attivazione, a carattere sperimentale, di un corso di Formazione Manageriale di cui al D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i, che preveda, fra l'altro, tematiche relative a sistemi di job evaluation, formazione continua, performance measurement e incentivazione, entro il 30.06.2015,
- aggiornamento della rete formativa e anagrafe dei patti di collaborazione, in relazione alla Formazione Universitaria Specialistica, entro il 30.06.2014;
- istituzione del Comitato Tecnico Scientifico del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, entro il 31.12.2014;
- monitoraggio dei provider ECM e della relativa offerta formativa ECM, entro il 31.12.2014;
- Decreto di attivazione, presso AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS, di corsi su tematiche relative a: sistemi di job evaluation, formazione continua, performance measurement e incentivazione e relativo monitoraggio, entro il 31.12.2015;

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

- realizzazione di iniziative formative regionali ed aziendali, nell'ambito degli specifici programmi propri della competenza della Gestione del Rischio Clinico, per l'utilizzo diffuso e standardizzato di alcuni strumenti tipici e definitiva adozione e diffusione di metodi e strumenti come la Root Cause Analysis (RCA); nell'ambito del programma per la sorveglianza della mortalità materna, realizzazione della formazione dei referenti della specifica rete regionale sui temi dell'audit clinico, entro il 31.12.2015.

Indicatori di risultato

- Spesa sostenuta per attività di formazione su spesa 2013-2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Intervento 8.2: Promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie e azioni finalizzate alla rilevazione della qualità percepita dagli utenti/cittadini

Il processo di miglioramento dei servizi sanitari iniziato con "Le linee guida sulla carta dei servizi sanitari" emanate dal Ministero della Sanità nel 1995, si è poi sviluppato in una serie di indicazioni che vede nel contesto attuale il sistema sanitario regionale impegnato nell'applicazione della riforma della pubblica Amministrazione.

Il D.Lgs. 150/09 evidenzia, nelle linee programmatiche, la necessità di migliorare la qualità dei servizi pubblici, promuovendo una gestione orientata al miglioramento continuo delle performance, l'adozione di standard di riferimento e la misurazione della soddisfazione degli utenti.

Collocati al centro della programmazione e della valutazione dei servizi erogati, i cittadini non sono più considerati unicamente come consumatori, ma anche come finanziatori e partner nell'erogazione del servizio ed in quanto tali, devono poter accedere a tutte le informazioni necessarie ad una partecipazione attiva.

In tale ottica la trasparenza e l'integrità intese come accessibilità totale, da parte dei cittadini alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, assurgono a fattori chiave dell'azione amministrativa, alla luce anche delle norme sull'anticorruzione.

Con la legge 4 marzo 2009, n.15 e con il Decreto Legislativo di attuazione (n.150/09) della medesima legge, si evidenzia la necessità di una profonda revisione dei processi produttivi delle amministrazioni per ottenere risparmi economici e maggiore soddisfazione dei cittadini.

L'obiettivo da perseguire è quello di raggiungere, nell'arco di 3/5 anni gli standard internazionali in termini di:

- migliore organizzazione del lavoro;
- progressivo miglioramento delle prestazioni erogate al pubblico;
- adeguamento dei livelli di produttività del lavoro pubblico;
- adozione di sistemi di valutazione dell'operato dei dirigenti e del personale, moderni e trasparenti, finalizzati al riconoscimento del merito.

Per orientare il SSR a raggiungere tali standard la normativa prevede l'attivazione del ciclo generale di gestione della performance, che consente di organizzare le attività in un'ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi.

Il processo per la definizione e misurazione degli standard di qualità va collocato all'interno dell'impianto metodologico che le amministrazioni pubbliche devono attuare per sviluppare il ciclo di gestione della performance.

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

Uno degli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa è, infatti proprio la qualità del servizio (come indicato dall'art.8 del D.L.gs. n.150/2009) nella sua ottica multidimensionale.

E', quindi, necessario che la Regione promuova e garantisca in maniera uniforme su tutto il territorio regionale azioni in coerenza con le indicazioni nazionali, anche promuovendo le linee guida della Commissione Indipendente per la Valutazione della Trasparenza e dell'Integrità – Autorità Nazionale Anti Corruzione.

Risultati programmati

- Garantire e promuovere metodologie per l'individuazione degli standard di qualità per l'elaborazione della carta della qualità per ogni AA.SS.LL. e AA.OO., entro il 31.12.2014;
- garantire e promuovere Carte della qualità/Guida ai Servizi/Carte degli impegni per Aree di Bisogno Sanitario e Sociosanitario, entro il 31.12.2014;
- sperimentare esperienze di audit civico con metodologia concordata con le associazioni di rappresentanza dei cittadini dei consumatori, entro il 31.12.2014;
- sperimentare strumenti per il monitoraggio della qualità percepita per area di bisogno e/o per livello essenziale di assistenza (ad esempio questionario unico regionale per il monitoraggio della qualità percepita per l'assistenza domiciliare) , entro il 31.12.2014;
- promuovere un corso di formazione, che in primis veda coinvolto tutto il management del SSR ed anche dei responsabili della Comunicazione Istituzionale, delle Relazioni con il Pubblico, Referenti aziendali della Trasparenza e dell'Integrità e referenti aziendali dell'Anti corruzione, entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- Costituzione gruppo di Lavoro regionale costituito da esperti della materia presenti nel SSR con l'obiettivo principale di promuovere, anche attraverso riunioni, formazione e breefing la nuova cultura verso la P.A. di qualità, entro il 30.09.2013;
- proposta di regolamento unico aziendale per il SSR per la gestione dei reclami, entro il 30.09.2013;
- adozione da parte di tutte le AA.SS.LL. della Carta della Qualità, entro il 31.12.2014;
- le AA.SS.LL. e le AA.OO. dovranno presentare a tutti i portatori di interesse carte di qualità per almeno due aree di bisogno, entro il 30.06.2014;
- proporre metodologia unica regionale per sperimentazioni di audit civico, evidenziando esperienze locali laddove esistenti, entro il 31.12.2014;
- proporre la Carta della Qualità del Sistema Sanitario regionale, entro il 30.06.2015;
- presentare il link della Trasparenza del Sistema Sanitario Regionale sul portale della R.C., entro il 31.12.2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Programmazione e pianificazione sanitaria.

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

4. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- pianificazione poliennale sugli acquisti – Analisi e governo dei fabbisogni;
- aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto;
- centralizzazione degli acquisti – Attivazione di sistemi di e-procurement regionali – Adesione a Consip;
- riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente (prezzi di riferimento, contratto quadro, livelli di servizio, attivazioni di penali, ecc.);
- attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (D.L. 98/2011 e D.L. 95/2012);
- assistenza farmaceutica: Distribuzione diretta e per conto;
- modalità di approvvigionamento farmaci;
- Health Technology Assessment;
- monitoraggio dei tempi di pagamento.

Razionalizzazione spesa: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Razionalizzazione spesa	**1,0**	**2,0**	**3,0**
Ottimizzazione acquisto beni e servizi	-	-	-
Riorganizzazione Centrale Acquisti	-	-	-
Riduzione della spesa sanitaria	-	-	-
Riduzione della spesa sanitaria (Dispositivi medici)	-	-	-
Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	-	-	-
Assistenza farmaceutica	1,0	2,0	3,0
Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC)	1,0	2,0	3,0
Health Technology Assessment	-	-	-
Monitoraggio dei tempi di pagamento	-	-	-

Tabella 33 – Sintesi manovre

Intervento 9.1: Ottimizzazione acquisto beni e servizi

La Regione intende continuare nell'azione di riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi, affrontando tale aggregato di costo sia mediante una riorganizzazione del sistema di acquisti centralizzati, sia concentrando l'attenzione sulle voci di spesa più importanti in termini di rilevanza economica con il contributo sia delle Aziende sanitarie sia di So.Re.Sa.

Azione 9.1.1: Riorganizzazione Centrale Acquisti

Con legge regionale n. 41 del 31.12.2012 il Consiglio regionale all'art.1 ha statuito che la So.Re.Sa. "costituisce centrale di committenza regionale che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi, destinati alle ASL e AO, ai sensi dell'articolo 3, comma 34 e dell'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE - Codice degli Appalti)."

La trasformazione del ruolo della So.Re.Sa., già prefigurata con Decreto Commissariale n. 122 del 5.10.2012, da "Centrale di Acquisto" a "Centrale di Committenza", ha da subito fatto rilevare alcuni profili di criticità connessi alla mancata previsione di una disciplina transitoria, che garantisse la

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

continuità delle azioni e delle procedure in corso. Pertanto, con successivo decreto commissariale n. 11 del 31.1.2013, al fine di favorire il graduale passaggio della Società da "centrale di acquisto" a "centrale di committenza", è stato richiesto al Consiglio Regionale di prevedere la disciplina transitoria applicabile per gli acquisti centralizzati, demandando a So.Re.Sa., nelle more, il completamento delle procedure di gara già indette alla data di entrata in vigore della L.R. n. 41/2012 con la modalità dell'acquisto dei beni e dei servizi.

Alla luce del nuovo inquadramento normativo ed al fine di evitare problemi di diritto transitorio sui contratti in fase di stipula, la So.Re.Sa. ha previsto le seguenti linee di azione:

- il Consiglio di Amministrazione della Società, nella seduta del 6.11.2012, ha stabilito di fissare, nelle gare a farsi nel corso del 2013, una durata delle forniture in un anno, eventualmente rinnovabile di un ulteriore anno,
- nella gestione delle autorizzazioni alle Aziende all'esperimento di autonome procedure di gara, ai sensi dell'art. 6, comma 15-bis, della L.R. n. 28/2003 ed ove ricorrano le condizioni richieste dal decreto commissariale n.58/2011, al fine di contenere le iniziative delle singole Aziende entro limiti temporali compatibili con le iniziative da programmare e consentire una rapida adesione alle convezioni che saranno stipulate dopo l'aggiudicazione delle gare centralizzate, So.Re.Sa. rilascia l'autorizzazione condizionata alla previsione nei capitolati predisposti dalle singole Aziende di clausola risolutiva espressa in caso di intervenuto affidamento della medesima fornitura/servizio da parte di So.Re.Sa.;
- in caso di accertata indisponibilità di contratto centralizzato da parte di So.Re.Sa., le autorizzazioni sono rilasciate con l'invito alle Aziende di avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP, ai sensi di quanto previsto dall'art. 15, comma 13, lett. d) del D.L. 95/2012, convertito dalla legge n. 135/2012.

In aggiunta, la suddetta trasformazione del ruolo della So.Re.Sa. in centrale di committenza ha richiesto una revisione degli atti di gara, già predisposti per alcune iniziative, al fine di adeguarsi alle mutate funzioni e responsabilità.

Alla luce del nuovo inquadramento normativo si è reso necessario riconsiderare il modello di acquisti centralizzati, definendo la fase ascendente del processo di acquisti in capo a So.Re.Sa. e la fase discendente di esecuzione della fornitura di competenza delle Aziende Sanitarie.

Il modello elaborato prevede i seguenti steps:

- raccolta fabbisogni e definizione dei quantitativi dell'iniziativa;
- stipula Convenzione So.Re.Sa. - Fornitori;
- invio a So.Re.Sa. di Delibera di adesione alla Convenzione da parte delle Aziende Sanitarie con impegno contabile sia in termini di quantità che di valore;
- verifica di So.Re.Sa. della coerenza della delibera di adesione delle Aziende Sanitarie con riferimento al fabbisogno comunicato, finalizzata al rilascio del nullaosta da parte di So.Re.Sa. all'Azienda per l'acquisto;
- trasmissione da parte dalle Aziende Sanitarie dell'atto di adesione ai Fornitori, unitamente al nullaosta So.Re.Sa., con il quale si comunica la volontà di acquisire le prestazioni oggetto della Convenzione, impegnando il Fornitore all'esecuzione della prestazione richiesta. Tale atto deve essere trasmesso anche a So.Re.Sa.;
- emissione di validi ordinativi di fornitura da parte dell'Azienda Sanitaria dopo 10 giorni dall'invio dell'atto di adesione.

Inoltre, per ogni iniziativa di gara conclusa, viene elaborato un *Vademecum* per le Aziende Sanitarie nel quale la So.Re.Sa., oltre a comunicare il modello di adesione alle Convenzioni/Accordi Quadro al fine di facilitare il processo di adesione, definisce l'insieme delle attività in capo alle aziende per la corretta esecuzione delle forniture/servizi così come previste in convenzione/accordo quadro.

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

Il mutato contesto normativo ha comportato altresì la necessità di definire un nuovo modello per il monitoraggio delle forniture/servizi per il periodo transitorio in vista dell'acquisizione ed implementazione del Sistema Informativo Amministrativo-Contabile.

Tale modello prevede l'invio mensile a So.Re.Sa. da parte dei Fornitori di *Report* contenenti gli ordini emessi dalle Aziende Sanitarie per i singoli prodotti in Convenzione e delle relative consegne.

Al termine di tale processo di rivisitazione degli atti di gara e di definizione delle nuove procedure per la corretta esecuzione delle forniture, a partire dal mese di marzo, la Centrale di Committenza è entrata a pieno regime indicendo le nuove procedure di gara finalizzate alla stipula di Convenzioni/Accordi Quadro.

In coerenza con il sopra indicato decreto commissariale n. 11 che definisce la disciplina transitoria, ad oggi restano ancora in capo a So.Re.Sa. i contratti stipulati per la categoria merceologica dei farmaci, per i quali nel 2011 è stato istituito per il periodo di quattro anni il Sistema Dinamico di Acquisizione, con il rilancio di successivi confronti concorrenziali nel corso del quadriennio di durata del sistema.

Si riassumono nella seguente tabella le iniziative di gara concluse nel 2013 e quelle ancora in corso, per le quali la centrale di committenza regionale ha utilizzato lo strumento della Convenzione o dell'Accordo Quadro:

Iniziative di gara	**Stato**
Procedura aperta per la conclusione di un accordo quadro per la fornitura in noleggio di comunicatori ad alta tecnologia a controllo oculare per malati affetti da SLA	aggiudicato
Procedura aperta per la conclusione di un accordo quadro per la fornitura di Stomie, dispositivi per incontinenza a raccolta e medicazioni per piaghe da decubito	aggiudicato
Procedura aperta per l'affidamento della fornitura di sistemi di prelievo ematico sotto vuoto predeterminato	aggiudicato
Procedura aperta per la fornitura di sistemi diagnostici per immunochimica	in corso
Procedura aperta per la fornitura di garze ed altri dispositivi medici per medicazione	aggiudicato
Procedura aperta per la fornitura di frigoriferi, congelatori, frigo-emoteche per le AA.SS. della Regione Campania	aggiudicato
Procedura aperta per l'affidamento della fornitura biennale di siringhe	aggiudicato
Procedura aperta per l'affidamento della fornitura triennale di radiofarmaci e kit di controllo-indizione	aggiudicato
Procedura aperta per sistemi analitici automatici dedicati alla ricerca dell'emoglobina umana nelle feci	in corso
Procedura aperta per la conclusione di un accordo quadro con più operatori economici per la fornitura di mezzi di contrasto e dispositivi di somministrazione	in corso
Procedura aperta per la conclusione di una convenzione per la fornitura di vaccini	in corso

Tabella 34 – Iniziative di gara

Risultati programmati

- Raccolta fabbisogni e definizione dei quantitativi dell'iniziativa;
- stipula Convenzione So.Re.Sa. - Fornitori;
- invio a So.Re.Sa. di Delibera di adesione alla Convenzione da parte delle Aziende Sanitarie con impegno contabile sia in termini di quantità che di valore;

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

- verifica di So.Re.Sa. della coerenza della delibera di adesione delle Aziende Sanitarie con riferimento al fabbisogno comunicato, finalizzata al rilascio del nullaosta da parte di So.Re.Sa. all'Azienda per l'acquisto;
- trasmissione da parte dalle Aziende Sanitarie dell'atto di adesione ai Fornitori, unitamente al nullaosta So.Re.Sa., con il quale si comunica la volontà di acquisire le prestazioni oggetto della Convenzione, impegnando il Fornitore all'esecuzione della prestazione richiesta;
- emissione di validi ordinativi di fornitura da parte dell'Azienda Sanitaria dopo 10 giorni dall'invio dell'atto di adesione.

Indicatori di risultato

- Analisi dei fabbisogni e definizione della strategia di intervento alla luce della nuova configurazione So.Re.Sa.;
- predisposizione degli atti di gara per l'aggiudicazione dei servizi da erogare.

Responsabile del procedimento attuativo

- So.Re.Sa.

Azione 9.1.2: Riduzione della spesa sanitaria

Nel corso del primo trimestre del 2013 la Regione Campania ha avviato la progettazione di un complesso ed articolato intervento per la realizzazione del "Sistema Informativo Gestionale e Contabile della Sanità della Regione Campania", un sistema integrato di monitoraggio e controllo della spesa basato sull'integrazione dei dati gestionali e contabili finalizzato a:

- governo, a livello regionale, di un modello di analisi dei dati ispirato a logiche di lettura integrata delle fonti informative
- consentire il controllo delle variabili chiave a livello aziendale: fabbisogni, consumi, debito, flussi finanziari.

Per ridurre la complessità dell'intervento, che coinvolge tutti gli attori del sistema sanitario regionale, ed ottenere tangibili risultati intermedi in grado di indurre benefici fin dal breve-medio termine sono stati individuate quattro aree di sviluppo progettuale asincrono, che saranno progressivamente integrate attraverso l'utilizzo di standard tecnologici internazionali (paradigma SOA).

Le aree di sviluppo riguardano:

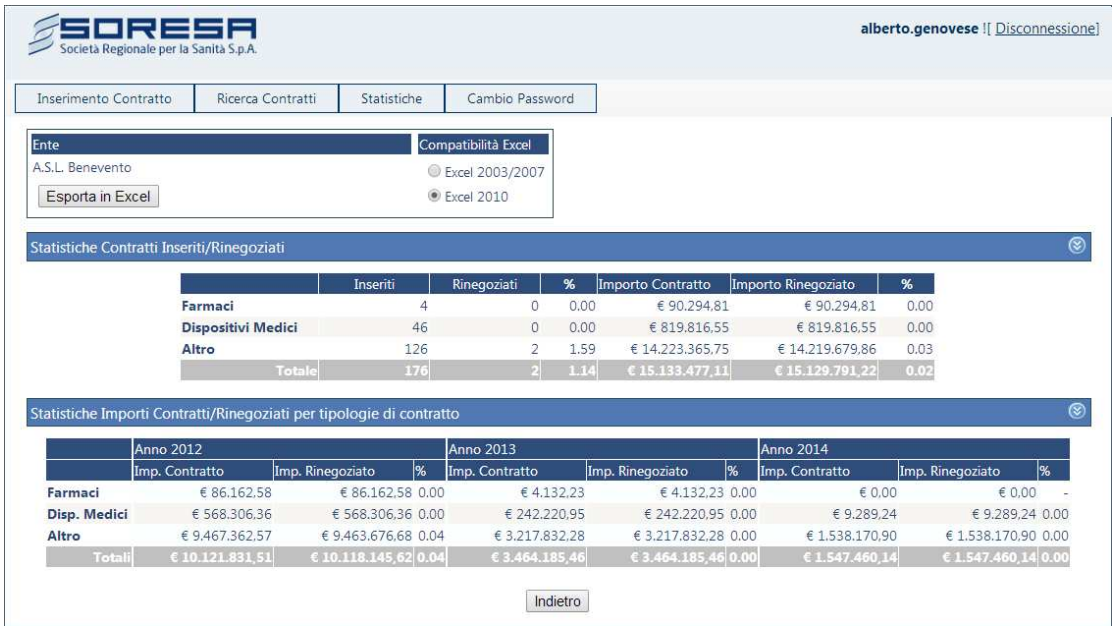
- il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) che, nell'immediato, unifica i cicli passivi completi di tutti i 17 enti del servizio sanitario regionale e condivide l'intero ciclo contabile di quattro enti del SSR e di So.Re.Sa., realizza la Banca Dati Unificata regionale di beni, servizi e fornitori, nonché la copertura dei ruoli di So.Re.Sa. di Centrale Committenza e Centrale Pagamento;
- il Sistema Informativo Appalti Pubblici Sanità (SIAPS), per la realizzazione di una piattaforma per la gestione dei processi di acquisizione di beni e servizi in ambito sanitario, che dovrà costituire uno strumento di razionalizzazione, ottimizzazione e sviluppo evolutivo e trasparente per le procedure di approvvigionamento e per i relativi adempimenti amministrativi di So.Re.Sa., per gli acquisti centralizzati, e di tutti gli enti del SSR, per i processi di acquisizione eseguiti in modo autonomo;
- il Sistema Unico Regionale Acquisizione Fatture Sanità (SURAFS), per la definizione di un unico processo di acquisizione documentale per la sanità regionale, predisposto per assolvere al ruolo di intermediario, secondo quanto previsto dal Decreto del 3 aprile 2013 n.55 del Ministero dell'Economia e delle Finanze (fatturazione elettronica), e per la conservazione sostitutiva;
- la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e il Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA), per la gestione degli aspetti contabili e la produzione del bilancio della GSA e del bilancio consolidato sanitario, nonché la costituzione di un modulo di integrazione e reporting che integri le

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

informazioni di natura contabile con quelle di natura statistica di area sanitaria, necessarie per il governo del SSR e l'assolvimento del debito informativo nei confronti del NSIS.

Nelle more della realizzazione dei suddetti interventi, in ottemperanza a quanto previsto dal Decreto Commissariale n. 126/2012, So.Re.Sa. ha realizzato e messo a disposizione delle aziende del SSR, a partire dal 30/10/2012, una apposita piattaforma (Spending Review) per il monitoraggio di quanto da esse eseguito in ottemperanza al D.L. 6/7/2011 n. 98, convertito dalla L.111/2011, come modificato dall'art.15, comma 13, lett. b) del D.L. n.95/2012, convertito dalla L.135/2012.

Tale piattaforma è in esercizio e mette a disposizione degli organi di controllo una serie di strumenti per il monitoraggio dei dati immessi dagli enti. Sono disponibili statistiche di sintesi ed è possibile analizzare i dati a diversi livelli di dettaglio, anche di singolo contratto.


SORESA
Società Regionale per la Sanità S.p.A.

alberto.genovese ![Disconnessione]

Inserimento Contratto | Ricerca Contratti | Statistiche | Cambio Password

Ente: A.S.L. Benevento — Esporta in Excel

Compatibilità Excel: Excel 2003/2007 / Excel 2010

Statistiche Contratti Inseriti/Rinegoziati

	Inseriti	Rinegoziati	%	Importo Contratto	Importo Rinegoziato	%
Farmaci	4	0	0.00	€ 90.294,81	€ 90.294,81	0.00
Dispositivi Medici	46	0	0.00	€ 819.816,55	€ 819.816,55	0.00
Altro	126	2	1.59	€ 14.223.365,75	€ 14.219.679,86	0.03
Totale	176	2	1.14	€ 15.133.477,11	€ 15.129.791,22	0.02

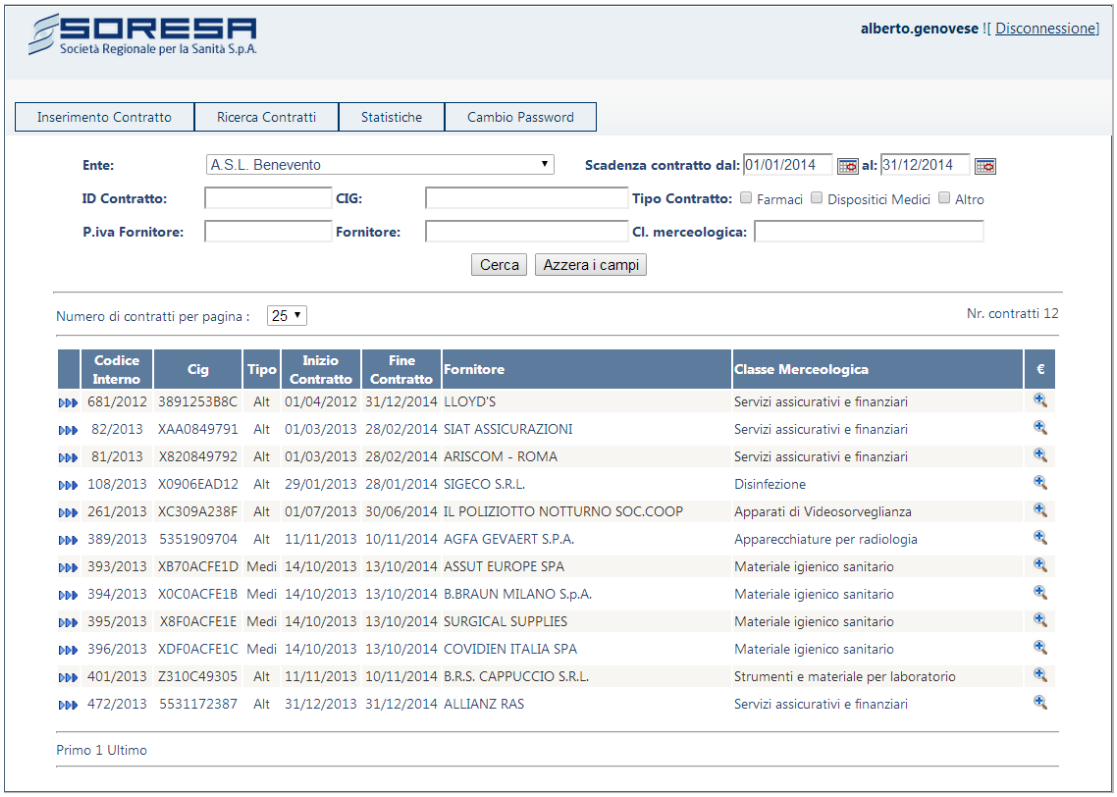
Statistiche Importi Contratti/Rinegoziati per tipologie di contratto

	Anno 2012			Anno 2013			Anno 2014		
	Imp. Contratto	Imp. Rinegoziato	%	Imp. Contratto	Imp. Rinegoziato	%	Imp. Contratto	Imp. Rinegoziato	%
Farmaci	€ 86.162,58	€ 86.162,58	0.00	€ 4.132,23	€ 4.132,23	0.00	€ 0,00	€ 0,00	-
Disp. Medici	€ 568.306,36	€ 568.306,36	0.00	€ 242.220,95	€ 242.220,95	0.00	€ 9.289,24	€ 9.289,24	0.00
Altro	€ 9.467.362,57	€ 9.463.676,68	0.04	€ 3.217.832,28	€ 3.217.832,28	0.00	€ 1.538.170,90	€ 1.538.170,90	0.00
Totali	€ 10.121.831,51	€ 10.118.145,62	0.04	€ 3.464.185,46	€ 3.464.185,46	0.00	€ 1.547.460,14	€ 1.547.460,14	0.00

Indietro

Figura 1 – Riepilogo per ente

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



Codice Interno	Cig	Tipo	Inizio Contratto	Fine Contratto	Fornitore	Classe Merceologica	€
681/2012	3891253B8C	Alt	01/04/2012	31/12/2014	LLOYD'S	Servizi assicurativi e finanziari	
82/2013	XAA0849791	Alt	01/03/2013	28/02/2014	SIAT ASSICURAZIONI	Servizi assicurativi e finanziari	
81/2013	X820849792	Alt	01/03/2013	28/02/2014	ARISCOM - ROMA	Servizi assicurativi e finanziari	
108/2013	X0906EAD12	Alt	29/01/2013	28/01/2014	SIGECO S.R.L.	Disinfezione	
261/2013	XC309A238F	Alt	01/07/2013	30/06/2014	IL POLIZIOTTO NOTTURNO SOC.COOP	Apparati di Videosorveglianza	
389/2013	5351909704	Alt	11/11/2013	10/11/2014	AGFA GEVAERT S.P.A.	Apparecchiature per radiologia	
393/2013	XB70ACFE1D	Medi	14/10/2013	13/10/2014	ASSUT EUROPE SPA	Materiale igienico sanitario	
394/2013	X0C0ACFE1B	Medi	14/10/2013	13/10/2014	B.BRAUN MILANO S.p.A.	Materiale igienico sanitario	
395/2013	X8F0ACFE1E	Medi	14/10/2013	13/10/2014	SURGICAL SUPPLIES	Materiale igienico sanitario	
396/2013	XDF0ACFE1C	Medi	14/10/2013	13/10/2014	COVIDIEN ITALIA SPA	Materiale igienico sanitario	
401/2013	Z310C49305	Alt	11/11/2013	10/11/2014	B.R.S. CAPPUCCIO S.R.L.	Strumenti e materiale per laboratorio	
472/2013	5531172387	Alt	31/12/2013	31/12/2014	ALLIANZ RAS	Servizi assicurativi e finanziari	

Figura 2 – Dettaglio contratti

Dai dati rilevati al 03/02/2014, e relativi al triennio 2012-2014, risultano inseriti 3.654 contratti, di cui 1.302 rinegoziati.

Il valore complessivo dei contratti immessi è pari a € 440.580.811,93, rinegoziati per € 420.244.701,51, per un risparmio complessivo pari al 4,62%.

Sistema Informativo Amministrativo Contabile

La realizzazione del SIAC è stata avviata il 22/10/2013, a seguito dell'espletamento della procedura di gara e della sottoscrizione del contratto con il raggruppamento temporaneo d'impresa aggiudicatario.

L'avvio in esercizio del sistema prevede due fasi. La prima, che realizza la sostituzione del sistema di So.Re.Sa. e di tutti i cicli passivi delle aziende del SSR, si concluderà entro il terzo trimestre del 2014, la seconda, che attiva i sistemi contabili completi di quattro aziende del SSR, si concluderà entro la fine dell'anno.

Poiché uno dei razionali fondamentali del sistema SIAC è l'erogazione dei servizi in modalità "cloud", già al termine della prima fase l'intera spesa corrente del SSR potrà essere monitorata e controllata in tempo reale, anche in termini di impegni, permettendo un agevole confronto con i budget di spesa.

I risultati economici attesi, in termini di risparmio, vanno analizzati su molteplici segmenti di spesa, alcuni direttamente connessi all'economia di scala realizzata attraverso l'adozione di un sistema centralizzato ed altri relativi ad un complesso di azioni sui processi di acquisizione, contabili ed amministrativi.

Più in particolare:

- la centralizzazione dei sistemi contabili completi di So.Re.Sa. e dei quattro enti del SSR, e la centralizzazione dei cicli passivi dei rimanenti enti del SSR, comporta un abbattimento dei costi di

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

acquisizione e manutenzione dei sistemi informativi sostenuti dai singoli enti che è stimato prudenzialmente in circa 3 milioni di euro su base quinquennale;

- i processi di acquisizione, sia centralizzati che autonomi, potranno beneficiare delle informazioni contenute nella banca dati unificata regionale, realizzando il progressivo allineamento dei prezzi di acquisto dei beni e servizi (non centralizzati), fornendo informazioni più complete per un processo più accurato di definizione e raccolta dei fabbisogni e per l'analisi delle voci di spesa candidate ad essere oggetto di gare centralizzate. Questi benefici vanno inquadrati nell'obiettivo regionale di estendere le acquisizioni centralizzate ai 4/5 del fabbisogno regionale (a fronte degli attuali 2/5);
- i processi contabili ed amministrativi, oltre ad essere oggetto di standardizzazione in ossequio al DC 60/2011 (ciclo passivo) e al D.Lgs. 118/2011 (piano dei conti), saranno fortemente efficientati, riducendo in modo sensibile i tempi e i costi di lavorazione. Dall'analisi di diversi studi sull'argomento emerge che difficilmente il costo medio di lavorazione di una fattura cartacea è inferiore a 13 €. Partendo da tale assunto, un risparmio prudenziale di 0,8 euro a fattura quale conseguenza della standardizzazione e dal miglioramento dei processi di lavorazione comporterebbe un risparmio annuo di circa mezzo milione di euro, in considerazione del volume di fatture (oltre 600.000) che interessa il sistema sanitario regionale.

Sistema Unico Regionale Acquisizione Fatture Sanità

La progettazione del SURAFS è stata completata, ed è stata sottoposta al Gruppo di Lavoro regionale costituito con Decreto Presidenziale n. 52 del 19/02/2013, così come modificato ed integrato dal Decreto n. 469/2013, in data 28/12/2013.

È ragionevole ipotizzare l'avvio operativo del progetto nel corso del terzo trimestre 2014, al termine dell'iter di approvazione da parte del GD.L. e dell'esperimento della gara.

La messa in esercizio è prevista a nove mesi dall'avvio, quindi nel corso del secondo/terzo trimestre 2015.

Il progetto prevede la definizione di un unico processo di acquisizione documentale con diversi canali di interfaccia verso i fornitori, realizzando la riconciliazione automatica fatture-ordini indipendentemente dal canale con cui pervengono le fatture. Il sistema include la predisposizione per la creazione di un soggetto intermediario per la futura fatturazione elettronica (Decreto del 3 aprile 2013 n. 55 del Ministero dell'Economia e delle Finanze) e la conservazione sostitutiva dei documenti acquisiti.

Anche in questo caso, la valutazione dei benefici economici riguarda la riduzione del costo medio di lavorazione delle fatture, in questo caso prudenzialmente stimabile dell'ordine di due euro a fattura, per un risparmio annuo per il SSR dell'ordine di 1,2 milioni di euro.

Sistema Informativo Appalti Pubblici Sanità

Anche in questo caso la progettazione del SIAPS è stata completata, ed è stata sottoposta al Gruppo di Lavoro regionale costituito con Decreto Presidenziale n. 52 del 19/2/2013, così come modificato ed integrato dal Decreto n. 469/2013, in data 28/12/2013.

È ragionevole ipotizzare l'avvio operativo del progetto nel corso del terzo trimestre 2014, al termine dell'iter di approvazione da parte del GD.L. e dell'esperimento della gara.

La messa in esercizio è prevista a nove mesi dall'avvio, quindi nel corso del secondo/terzo trimestre 2015.

Come evidenziato da recenti studi sull'argomento, gare e aste elettroniche portano benefici significativi legati non solo al risparmio economico ma anche al deciso miglioramento del processo di acquisto, attraverso lo snellimento delle procedure, la riduzione dei tempi e la diminuzione del fabbisogno di risorse.

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

Ai benefici appena elencati, evidentemente tangibili ancorché non facilmente quantificabili, si aggiungono ulteriori elementi positivi quali l'aumento della trasparenza e una spinta verso una maggiore concorrenza e apertura del mercato.

Anche in questo caso i benefici vanno inquadrati nell'obiettivo regionale di estendere le acquisizioni centralizzate ai 4/5 del fabbisogno regionale.

Gestione sanitaria accentrata e monitoraggio della rete di assistenza

La progettazione del sistema è in corso e si stima di sottoporlo al GD.L. per la sua valutazione entro il primo trimestre di quest'anno.

È ragionevole ipotizzare l'avvio operativo del progetto nel corso del quarto trimestre 2014, al termine dell'iter di approvazione da parte del GD.L. e dell'esperimento della gara.

La messa in esercizio è prevista a nove mesi dall'avvio, quindi nel corso del quarto trimestre 2015.

L'intervento è volto a dotare la Regione Campania di:

- un sistema informatico amministrativo-contabile specifico per la gestione sanitaria accentrata di tipo economico-patrimoniale volto a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate al servizio sanitario regionale e di un sistema di controllo regionale ed aziendale, che garantisca la produzione di informazioni contabili attendibili e omogenee per tutte le AA.SS. e la comparabilità delle stesse;
- un sistema di consolidamento integrato con le dinamiche contabili delle gestione sanitaria accentrata e degli enti del SSR e con meccanismi di raccordo e riconciliazione con il bilancio regionale;
- un sistema di Business Intelligence in grado di elaborare le informazioni contabili e gestionali del SSR attraverso l'istituzione di meccanismi di integrazione con gli altri sistemi informatici già in uso a livello locale (aziende sanitarie e ospedaliere) e a livello centrale (Arsan) e con il prossimo sistema informatico regionale SIAR (Sistema Informativo dell'Amministrazione Regionale).

Il sistema informativo dovrà essere in grado di rispondere agli obiettivi di governo e monitoraggio del SSR nonché assolvere agli obblighi di informazione lungo l'asse Aziende – Regione – NSIS, garantendo la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS) e con quelli previsti dal D.Lgs. n. 118/2011. Il progetto, unitamente alle altre iniziative avviate, dovrà consentire alla Regione di disporre di informazioni contabili affidabili e tempestive per il monitoraggio e il governo del SSR, oltre che gestire i flussi di alimentazione e le codifiche previste nell'ambito del sistema MRA.

Gli interventi previsti nell'ambito dell'azione "9.1.2: Riduzione della spesa sanitaria" e precedentemente illustrati costituiscono un quadro modulare e sinergico di sistemi finalizzati a conseguire risultati economici rilevanti, in parte quantificati nel corso dell'esposizione ed in parte da valutare di concerto con quanto previsto dall'azione "9.1.1: Riorganizzazione Centrale Acquisti", specie in termine di risparmi attesi a seguito dell'incremento delle gare centralizzate.

In aggiunta ai risultati economici tangibili e quantificabili, per quanto rilevanti, è opportuno evidenziare una serie di risultati che, pur non immediatamente quantificabili in termini economici, comportano benefici di immagine, credibilità e affidabilità all'intero SSR, con conseguenti possibili vantaggi economici nel breve/medio periodo.

In particolare si segnalano:

- mantenimento e riduzione degli attuali tempi di pagamento ai fornitori della centrale acquisti, in conseguenza dell'avvio della centrale di committenza – riduzione dei rischi di consolidamento del

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

debito, mantenimento del livello di partecipazione e concorrenza nelle gare, consolidamento dell'immagine, trasparenza dell'azione contabile e amministrativa;
- tempestivo e puntuale assolvimento dell'obbligo informativo enti-regione-ministero;
- spostamento del focus dalle attività operative verso le attività di monitoraggio, controllo e governo;
- consolidamento di best pratices regionali in tema di fatturazione elettronica e conservazione sostitutiva;
- sviluppo di un sistema a rete regionale in tema di acquisti.

Risultati programmati

- Realizzazione del SIAC;
- realizzazione SUFARS;
- realizzazione SIAPS;
- realizzazione sistema monitoraggio GSA e rete di assistenza.

Indicatori di risultato

- Sostituzione del sistema di So.Re.Sa. e di tutti i cicli passivi delle aziende del SSR, entro il 30.09.2014;
- attivazione dei sistemi contabili completi di quattro aziende del SSR, entro il 31.12.2014;
- abbattimento dei costi di acquisizione e manutenzione dei sistemi informativi sostenuti dai singoli enti;
- avvio del progetto SUFARS, entro il 30.09.2014;
- messa in esercizio del SUFARS, entro il 30.09.2015;
- riduzione del costo medio di lavorazione delle fatture;
- avvio operativo del progetto SIAPS, entro il 30.09.2014;
- messa in esercizio SIAPS, entro il 30.09.2015;
- avvio operativo del progetto di monitoraggio GSA e rete di assistenza, entro il 31.12.2014;
- messa in esercizio entro il 31.12.2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- So.Re.Sa.

Azione 9.1.3: Riduzione della spesa sanitaria (Dispositivi medici)

L'obiettivo è quello di descrivere l'attività di governo e monitoraggio sui dispositivi medici che consentano di definire le eventuali azioni di risparmio in base ai tetti di spesa determinati dal D.L. 95/2012 convertito con legge 135/2012 (4,9% per il 2013; 4,8% per il 2014).

Al tal fine ci si avvarrà del contributo fattivo fornito sia dal Gruppo di lavoro di esperti in materia, costituito ex decreto assessorile n. 432/2007 e s.m.i., sia dall'Osservatorio sulla Spesa Farmaceutica Regionale, costituito ex D.D. n. 92/2010 e s.m.i. presso il Settore Farmaceutico. Tali Gruppi di Lavoro, così articolati e coordinati dai referenti regionali designati dal Settore Farmaceutico si occuperanno dello sviluppo di una metodologia per la redazione di una reportistica trimestrale ad hoc e per l'attribuzione di una valutazione complessiva sintetica per ciascun'Azienda sanitaria.

Gli strumenti disponibili sono:

A. Flusso informativo NSIS per il monitoraggio dei consumi e contratti dei dispositivi medici

- Valutazione del rapporto consumo/spesa :
- Per ogni Azienda sanitaria saranno elaborati degli indicatori per il monitoraggio e valutazioni dei dati di spesa. I dati di bilancio (modelli CE per le ASL/AO/AOU/IRCCS) relativi ai dispositivi

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

medici ed i valori di consumo rilevabili dal flusso NSIS saranno rapportati ai tetti di spesa programmati e previsti dalla normativa statale e regionale;
- Valutazione della qualità della spesa delle aziende attraverso l'utilizzo della reportistica sviluppata dal Settore Farmaceutico sulla fonte dati del sistema NSIS per il monitoraggio sui consumi dei dispositivi medici. Sulla base dei risultati conseguiti e con cadenza trimestrale, in occasione delle verifiche presso l'Assessorato alla Sanità con i referenti aziendali, i dati rilevati saranno condivisi e trasmessi ai direttori generali delle aziende.

Risultati programmati

- Monitoraggio annuale dei costi e delle quantità di dispositivi con il supporto del sistema NSIS;
- incontri con il Gruppo Tecnico regionale (D.A 432/2007) al fine di monitorare lo stato dell'arte sul governo dei dispositivi medici e valutare i dati di spesa regionale rilevati attraverso il periodico report sviluppato dal Settore farmaceutico. A tal riguardo saranno vagliate proposte operative di ottimizzazione della spesa per i dispositivi medici e programmazione di relativi interventi;
- formalizzazione degli obiettivi di dettaglio per le Aziende sanitarie;
- predisposizione di una reportistica sul posizionamento delle Aziende sanitarie rispetto ai risultati individuati dagli indicatori elaborati;
- monitoraggio sul progressivo miglioramento dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie rispetto alle annualità precedenti.

Indicatori di risultato

- Elaborazione di una specifica metodologia alla base della reportistica e delle valutazioni contenenti, tra l'altro, i confronti tra le voci di bilancio del conto economico (CE) con il flusso dei consumi e le funzioni di previsione di spesa a breve e medio termine;
- report di verifica dell'applicazione del tetto di spesa per l'acquisto dei dispositivi medici.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

In molte realtà regionali si assiste ad una sempre maggior attenzione al modello logistico in uso nelle diverse realtà locali (Aziende sanitarie); in particolare è in atto un ripensamento del Modello Logistico anche attraverso la sua centralizzazione.

La Regione vuole esplorare questa strada anche considerando i seguenti fattori:

- revisione della rete di assistenza attraverso la chiusura/ riconversione delle strutture;
- presenza di numerosi magazzini e punti di stoccaggio nelle strutture spesso non adatti a un funzionale ed efficiente servizio;
- blocco del *turn over* che implica anche un ripensamento delle figure oggi operanti nella logistica e nella distribuzione.

Modello logistico inteso sia nella sua componente Macro (acquisti, stoccaggio, trasporto), che dal fornitore arriva a reparto o punto di utilizzo, ma anche nella sua componente Micro, ovvero interno alle Strutture Assistenziali (Reparto - Paziente) e alla Logistica di ritorno relativamente alla Gestione degli scarti o Rifiuti.

Attraverso una revisione del Modello, è possibile un maggior efficientamento ed una riduzione delle Scorte di Magazzino con considerevole diminuzione dei consumi di Prodotti, attraverso l'organizzazione dei Processi di Ordine, Gestione delle Scorte di Magazzino e Governo del trasporto. L'integrazione deve poi arrivare anche ad una modalità di revisione dei Sistemi di Gestione delle Scorte di reparto.

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

L'area che principalmente si presta a quest'analisi e valutazione sulla revisione del Modello Logistico, è senz'altro rappresentata dai comparti farmaci e dispositivi medici.

Gli Obiettivi che la Regione si pone, con la revisione del Processo Amministrativo e Logistico degli Acquisti sono:

- ottenere risparmi economici e finanziari attraverso l'ottimizzazione delle scorte;
- migliorare l'efficienza e recuperare costi;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e risparmiare attraverso una riduzione dei FTE;
- liberare tempo per attività a maggiore valore aggiunto (si pensi in particolare ad infermieri e farmacisti);
- rendere i processi più funzionali alle esigenze del reparto (impatto anche su sicurezza).

Risultati programmati

La Regione intende dunque predisporre uno studio di fattibilità anche con il supporto dell'Advisor volto all'individuazione di elementi conoscitivi utili allo sviluppo di una strategia di riorganizzazione della gestione della logistica del farmaco e dei dispositivi medici che abbia come obiettivi:

- l'analisi della situazione del sistema logistico;
- l'identificazione delle sinergie ottenibili dalla gestione condivisa della logistica e dei beni tra le aziende;
- la definizione di scenari alternativi e degli interventi necessari;
- il disegno di un nuovo e più razionale modello logistico di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici;
- la valutazione di massima dei risultati attesi in termini di costi e benefici.

Indicatori di risultato

- Studio di fattibilità entro il 30.11.2013:
  - assessment della situazione attuale;
  - definizione della situazione a tendere;
- progetto di revisione del sistema logistico regionale entro il 28.02.2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Coordinatore Assessorato Sanità.

Intervento 9.3: Assistenza farmaceutica

Azione 9.3.1: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC)

L'attuale sistema di distribuzione dei farmaci del PHT è caratterizzato da un'elevata eterogeneità: alcune Aziende hanno sottoscritto accordi di DPC con le Federfarma provinciali, altre utilizzano la distribuzione diretta, altre utilizzano sistemi misti. I contratti di DPC vigenti sono, a loro volta, eterogenei, come evidenziato nella Tabella 35; alcuni prevedono la remunerazione a pezzo, altri la remunerazione in percentuale sul prezzo al pubblico al netto IVA, con prezzi e percentuali, anch'essi, differenziate.

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

	Tipologia di contratto
ASL AV	Farmacie 5,99 € + iva a pezzo
ASL BN	7% sul prezzo al pubblico al netto dell'iva
ASL CE	4,4% sul prezzo al pubblico al netto dell'iva
ASL NA1	Farmacie 6 € + IVA a pezzo
ASL NA2	Farmacie 6 € + IVA a pezzo
ASL NA3	Farmacie 6,30 € + IVA a pezzo
ASL SA	Limitata alla distribuzione diretta

Tabella 35 – Tipologia dei contratti in essere per la DPC

La principale criticità del sistema risiede nella quota di farmaci distribuita ogni anno in regime di convenzione dalle farmacie convenzionate, che rappresenta la modalità di distribuzione più onerosa per il SSR. Dall'analisi effettuata, attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, è emerso che una delle principali motivazioni è la spedizione della ricetta in mobilità, ovvero in ASL diversa da quella dove risulta sottoscritto l'accordo di DPC. Altra motivazione è da ricondurre alla mancanza nel magazzino centrale della distribuzione del farmaco prescritto.

Per incrementare l'efficienza del sistema di distribuzione, la Regione prevede di elaborare un sistema unico di remunerazione di DPC mediante un accordo quadro con i rappresentati delle farmacie convenzionate e pubbliche (Federfarma Campania e Assofarm), valutando la convenienza tra sistema di remunerazione a quota fissa, a quota variabile o misto, prevedendo comunque tariffazioni uniche per tutte le Aziende.

Nell'ambito del confronto in atto con le organizzazioni di categoria si cercherà di addivenire ad un accordo di DPC regionale, laddove emerga la possibilità di ottenere ulteriori economie, sul piano complessivo, garantendo i necessari controlli sull'appropriatezza prescrittiva.

Risultati programmati

- Omogeneizzazione del sistema di distribuzione e di remunerazione dei farmaci del PHT su tutto il territorio regionale, identificando nuove modalità di remunerazione e le relative tariffe;
- stipula dell'accordo tra Regione e Federfarma Campania, entro il 31.12.2013;
- rafforzamento della Distribuzione per Conto, al fine di poter utilizzare parte dei farmacisti attualmente impiegati nella distribuzione diretta in attività di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva;
- riduzione della quota dei farmaci PHT distribuita in regime di convenzione con tendenza all'azzeramento;
- riduzione della spesa dei farmaci PHT distribuiti.

Indicatori di risultato

- Stipula dell'accordo con Federfarma Campania;
- variazione del consumo farmaci PHT distribuiti in regime di convenzione rispetto all'anno precedente;
- variazione costo totale farmaci PHT;
- variazione valore farmaci PHT distribuito in regime di convenzione.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

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

Intervento 9.4: Health Technology Assessment

L'Health Tecnology Assessment (HTA) costituisce non solo lo strumento adottato da molti decisori politici nei paesi maggiormente industrializzati per realizzare la valutazione sistematica e tempestiva delle innovazioni tecnologiche da introdurre nelle organizzazioni sanitarie e di supporto al processo decisionale per l'allocazione delle risorse dedicate alle innovazioni "tecnologiche", ma rappresenta il settore che studia, in maniera multidisciplinare, le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, uso e diffusione delle tecnologiche sanitarie e che fornisce un supporto esaustivo e tempestivo ai decisori sull'introduzione di una innovazione tecnologica.

Tale strumento è applicato in relazione alle "tecnologie" nell'accezione più ampia, interessa, infatti, qualsiasi prodotto o procedura in campo sanitario quali farmaci, apparecchiature elettromedicali, dispositivi medici, procedure, percorsi diagnostico-terapeutici, tecniche di riabilitazione, screening, sistemi organizzativi.

La continua implementazione di dispositivi medici consente il costante miglioramento delle tecniche mediche e chirurgiche, riducendo tempi e costi delle metodologie stesse oltre che condizionando in senso favorevole la qualità di vita dei pazienti. Analogamente in campo farmacologico si assiste ad una crescente offerta di nuovi farmaci ad alto costo, in grado di conseguire notevoli giovamenti nella terapia di particolari patologie ma a costi spesso difficilmente sostenibili dal Servizio sanitario regionale.

Alla luce di tali circostanze su richiesta della Regione, sono stati approvati dal Ministero della Salute progetti concernenti lo sviluppo di strumenti gestionali innovativi di Governance, specificatamente nell'ambito della Health Technology Assessment.

La Regione ha quindi constatato l'esigenza di realizzare strumenti per l'implementazione della metodologia HTA come supporto decisionale, quali modelli organizzativi per la gestione dell'HTA che siano adeguati ai diversi livelli di complessità delle strutture sanitarie regionali, e per esse sostenibili, che contemplino anche la condivisione delle competenze; questionari mini-HTA; metodiche di valutazione multidimensionale per stabilire la priorità delle richieste. Oltre che la necessità di predisporre delle linee guida per l'implementazione dell'HTA all'interno delle Aziende sanitarie, ospedaliere ed ospedaliero – universitarie, da adottarsi con atto formale.

Si ritiene opportuno attivare un network regionale, che funga anche da osservatorio per il monitoraggio delle sperimentazioni effettuate nella Regione, che gestisca un database alimentato dalle strutture sanitarie regionali, e sia inoltre in grado di interagire laddove opportuno con l'AGENAS, con le Società scientifiche, con l'Università ed i Centri di Ricerca, in maniera da promuovere e contribuire ad effettuare un Horizon Scanning efficace e tempestivo;

La Giunta Regionale con Deliberazione n.64 del 7 Marzo 2011 avente come oggetto: "Implementazione dello strumento innovativo gestionale Health technology Assessment e dell'horizon scanning nelle strutture sanitarie a supporto delle decisioni di politica sanitaria", ha previsto l'istituzione di una Commissione, con il compito di supportare l'AGC Assistenza sanitaria per l'adozione di un piano di formazione che utilizzi sia metodiche tradizionali, che a distanza e di stage presso strutture idonee, da rendere disponibili sia ai team operativi aziendali, che al management aziendale.

Ci si prefigge la diffusione, all'interno delle Aziende sanitarie regionali e dei competenti Settori regionali, della cultura dell'Health Tecnology 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, dando mandato al Presidente della Giunta regionale di individuare esperti in possesso di particolari competenze in materia integrata con i referenti dei team delle singole Aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie della Regione.

Con decreto presidenziale n.313 del 31.12.2011 sono stati individuati e nominati i componenti della predetta Commissione, assegnando alla stessa anche la verifica della coerenza delle

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

implementazioni del parco tecnologico delle Aziende sanitarie con l'allocazione territoriale così come indicato nel decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro n.58 del 18.7.2011.

Dopo una prima fase di lavori, si è evidenziata la necessità di conferire maggiore impulso operativo alla Commissione nominata con il Decreto Presidenziale n.313/2011, procedendo a riorganizzarne e rimodularne la composizione e prevedendo figure professionali coerenti con la definizione dei diversi percorsi applicativi individuati.

La Regione ha quindi predisposto:

- la revoca della deliberazione di Giunta regionale n.64/2011 ed il relativo decreto presidenziale n.313/2011;
- l'istituzione di una Commissione che esprima specifiche professionalità.

Alla costituenda Commissione vengono assegnati i seguenti obiettivi:

- identificazione di uno o più modelli organizzativi a supporto dell'implementazione della metodologia HTA, che siano adeguati ai diversi livelli di complessità delle strutture sanitarie regionali;
- realizzazione di modelli e strumenti tecnologici di supporto alla metodologia HTA, quali questionari mini-HTA, metodiche di valutazione multidimensionale per la prioritizzazione delle richieste, modalità di condivisione delle competenze;
- redazione di linee guida coerenti con i modelli organizzativi di cui sopra, per l'implementazione dell'HTA all'interno delle Aziende sanitarie, ospedaliere ed ospedaliero - universitarie da adottarsi con atto formale;
- un piano di formazione che utilizzi formazione frontale, a distanza e con stage dedicato ai team aziendali da costituirsi da parte delle strutture sanitarie, ed al management aziendale;
- creazione di una rete per l'HTA regionale, che supporti anche un database delle sperimentazioni effettuate nella Regione;
- individuazione di un framework di collaborazione con le Università ed i Centri di Ricerca relativamente all'Horizon Scanning;
- il processo di verifica della coerenza delle implementazioni del parco tecnologico con l'allocazione territoriale delle funzioni assistenziali incardinato presso l'AGC n.20, che agirà in raccordo con l'AGC n.019 P.S.R. e le Aziende sanitarie.

La Commissione è inoltre tenuta a identificare tempi adeguati alla consistenza degli impegni da svolgere, con la programmazione e l'effettuazione di sedute periodiche (settimanali o bisettimanali), e costante monitoraggio dell'attività.

Con delibera di Giunta regionale n.622 del 13/11/2012, la Regione ha istituito un coordinamento tecnico dotato di competenze specifiche, che funga da un lato come riferimento sul territorio per l'articolazione dei percorsi integrati di cura, organizzazione e gestione adeguata dei dati socio-sanitari condivisi per le strutture del territorio, e dall'altro garantisca una attiva presenza sui tavoli Europei ed ai lavori della commissione europea nell'ambito di EIP-AHA, al fine di rappresentare le istanze della Regione.

Il coordinamento sarà gestito da uno specifico Team che persegua obiettivi di Strategic Implementation Plan, quali:

- migliorare lo stato di salute e la qualità di vita dei cittadini Europei, con particolare focus alle condizioni di vita della popolazione ultra sessantacinquenne;
- migliorare la sostenibilità nel lungo termine dei sistemi socio-sanitari;
- promuovere lo sviluppo dell'industria sanitaria attraverso il supporto alla ricerca sanitaria ;
- promuovere la crescita e l'espansione di nuovi mercati nel campo della prevenzione e dell'adozione di corretti stili di vita.

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

Ad oggi, tale processo ha determinato la convenzione tra la Regione e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, la quale si impegna a realizzare le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivo suddetti.

Risultati programmati

- Coordinamento da parte di un Team che persegua obiettivi di Strategic Implementation Plan;
- elaborazione di uno o più modelli organizzativi per la gestione dell'HTA che siano adeguati ai diversi livelli di complessità delle strutture sanitarie regionali, e per esse sostenibili;
- elaborazione di uno o più modelli di questionari mini-HTA;
- individuazione di metodiche di valutazione multidimensionale per la prioritizzazione delle richieste;
- redazione di linee guida per l'implementazione dell'HTA all'interno delle Aziende sanitarie, ospedaliere ed ospedaliero -universitarie;
- elaborazione, coordinamento ed implementazione di un Progetto Formazione;
- progettazione ed implementazione di un network regionale dedicato all'HTA.

Indicatori di risultato

- Modelli organizzativi;
- modelli di questionario mini-HTA;
- linee guida per l'implementazione dell'HTA.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigenti componenti la Commissione valutatrice.

Intervento 9.5: Monitoraggio dei tempi di pagamento

Si rinvia al Programma 19 avente ad oggetto "Attuazione del piano dei pagamenti".

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

Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9.2: Assistenza farmaceutica

Azione 9.2.1: Omogeneizzazione dei sistemi di Distribuzione per conto (DPC)

Per il triennio 2013-2015 i risparmi derivanti dall'omogeneizzazione dei sistemi di distribuzione per conto terranno conto della quota dei farmaci PHT distribuibili direttamente o in DPC con i vantaggi dell'acquisto diretto.

L'obiettivo programmato nel triennio 2013-2015 è 5 €/mln. Prudenzialmente per il biennio 2014-2015 si stima di realizzare un risparmio pari a ca. 2 €/mln, così ripartito :

- 1 €/mln per l'anno 2014;
- 2 €/mln per l'anno 2015.

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

Programma 10: Gestione del personale

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni macro di contenimento della spesa per il personale (Blocco del *turn over*, personale a tempo determinato, determinazione tetti di spesa per il personale, Programmazione delle Risorse Umane e regolamento per la mobilità, ridefinizione unità operative ex art.12 Patto per la Salute 2010-2012);
- azioni di governance sulle seguenti tematiche, anche in coerenza con le norme nazionali adottate e da adottarsi:

  - tempo indeterminato
  - tempo determinato:

    - misure di contenimento;
    - proroga contratti a tempo determinato del personale sanitario ai sensi dell'art.4, comma 5, D.L. 158/2012.
    - sospensione conferimento/rinnovo incarichi ex art.15-septies fino a realizzazione della riduzione dei posti letto ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. c), D.L. 95/2012;
    - rispetto dei limiti percentuali di cui all'art.4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter), D.L. 158/2012.

  - fondi contrattuali:

    - allineamento della quota fondi pro-capite per la contrattazione integrativa alla media nazionale attraverso la ridefinizione dei fondi aziendali a seguito della ridefinizione delle dotazioni organiche e degli atti aziendali e relativa rinegoziazione sindacale;
    - invio da parte di ciascuna ASL della consistenza annuale dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale ;
    - rendiconto analitico periodico (per singola ASL e complessivo della Regione) relativo alle modalità di utilizzo dei singoli fondi aziendali;
    - situazione circa l'emanazione di linee guida regionali per uniforme applicazione disposizioni CCNL nell'ambito degli accordi integrativi aziendali e relativo monitoraggio;
    - applicazione delle disposizioni di cui all'art.9, comma 2-bis, del D.L. 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011.

  - prestazioni aggiuntive;
  - attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;
  - ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione;
  - ridefinizione dotazioni organiche (art.2, comma 72, lett. a), L. 191/2009):

    - stato di attuazione;
    - emanazione regolamenti di mobilità del personale a seguito di ristrutturazione;
    - rispetto disposizioni di cui all'art.1, comma 8, D.L. 158/2012;
    - adeguamento dotazioni organiche dei presidi ospedalieri ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. c), D.L. 95/2012.

  - analisi costo medio del personale:

    - analisi dei dati di Conto Economico al fine di determinare l'incidenza del costo del personale (in valore percentuale) con raffronto al valore medio nazionale (riferimenti dati conto annuale tabella 5);
    - analisi sulla composizione della dotazione organica: incidenza percentuale del personale dirigente;

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

- dirigenza sanitaria e governo clinico:
  - provvedimenti di nomina e di risoluzione dei direttori generali, quando ne ricorrano i presupposti di legge;
  - strumenti valutazione dei dirigenti medici e sanitari;
- bilanciamento del mix comparto-dirigenza conseguente al completamento delle procedure di ridefinizione degli atti aziendali e di adeguamento delle piante organiche rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete di assistenza;
- contenimento costi apparati amministrativi (art.6 D.L. 78/2010):
  - spese di missione (andamento e definizione obiettivo di riduzione);
  - commissioni e altri organismi (contenimento numero, gratuità partecipazione, contenimento spese di funzionamento);
- personale con contratti atipici e personale convenzionato;
- consulenze (sanitarie e non sanitarie);
- altro;
- compilazione tabelle allegate (Allegati 4 e 5).

Gestione del personale: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	**2014**	**2015**
Gestione del personale	**99,9**	**47,9**	**93,4**
Contenimento della spesa per il personale	99,9	47,9	93,4
Attivazione sblocco del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015	*95,8*	*43,7*	*79,0*
Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale	*4,1*	*4,2*	*14,4*
Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa	-	-	-
Prestazioni aggiuntive	-	-	-
Interventi derivanti dal DL 6 luglio 2012, n.95	-	-	-
Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane	-	-	-
Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)	-	-	-
Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione	-	-	-
Contenimento costi apparati amministrativi e consulenze	-	-	-

Tabella 36 – Sintesi manovre

Le attività riportate nel presente Programma "Gestione del Personale", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2010: aaa) Certificazione in merito al blocco automatico del *turn over* del divieto di effettuare spese non autorizzate;
- 2011: ag) Contenimento spesa per il personale 2011;
- aaa) certificazione in merito al blocco automatico del *turn over* del divieto di effettuare spese non autorizzate.

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azioni 10.1.1: Attivazione sblocco del *turn over* e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015

Fin dalla sottoscrizione del Piano di rientro (marzo 2007) sono state dettate disposizioni dirette alla riduzione della spesa del personale del SSR con particolare riferimento a procedimenti di limitazione dei reclutamenti (prima in misura percentuale e poi, dall'ottobre 2010, in misura di blocco totale) e ad interventi sulla rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale, da calcolarsi in

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

riduzione per effetto della diminuzione delle dotazioni organiche e del riallineamento alle medie regionali.

Le suddette disposizioni hanno determinato una consistente riduzione della spesa per il personale, che oggi risulta anche in linea con le disposizioni portate dalle più recenti leggi finanziarie dello Stato (-1,4% della corrispondente spesa per l'anno 2004), ma hanno comunque procurato situazioni di criticità per le attività dirette ad assicurare i livelli minimi di assistenza per effetto della riduzione del personale in servizio di oltre 8.186 unità dal 2007 al 2012.

Pertanto si ritiene opportuno prospettare, per il prossimo triennio, nuove politiche di gestione del personale di ruolo del SSR in Campania, che tengano conto di tutte le circostanze intervenute ad oggi dal varo del Piano di rientro e in particolare:

- il costo del personale ormai ricondotto anche oltre i limiti degli obiettivi di risparmio già fissati dal Piano di rientro;
- il procedimento per la determinazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale che vede le aziende campane avviate a procedure corrette ed uniformi sotto la regia centrale dell'Assessorato regionale alla sanità, assicurando il pieno rispetto delle norme contrattuali vigenti e delle più recenti disposizioni di legge succedutesi in materia;
- la riorganizzazione delle rete assistenziale ospedaliera e territoriale in via di attuazione nell'intera Regione, che è passata attraverso la riduzione e l'accorpamento di Aziende sanitarie Locali, la rimodulazione in diminuzione dei Distretti sanitari, la nuova organizzazione *in progress* della rete ospedaliera ed i conseguenti interventi sui posti letto, pubblici e privati, la nuova strutturazione della rete laboratoristica pubblica, che consentono oggi di avviare migliori pratiche di utilizzo del personale secondo principi di efficienza, efficacia ed appropriatezza, ma che presuppongono, nel contempo, di promuovere l'ingresso di nuove forze, per non pregiudicare il decollo ed il funzionamento del più moderno e razionale sistema di offerta sanitaria che si sta delineando;
- il ricorso che talvolta in alcune realtà è stato operato a forme surrettizie per attenuare i rigori delle politiche di blocco del *turn over*, quali l'acquisto di prestazioni da terzi (agenzie interinali, uso non appropriato delle prestazioni aggiuntive), sempre rapportato alla necessità di assicurare i LEA;
- l'esigenza di offrire un miglioramento della qualità dell'assistenza promuovendo e valorizzando le eccellenze, che riduca il fenomeno della mobilità passiva.

Tutte queste circostanze costituiscono il fondamento della convinzione per cui una riduzione percentuale progressiva del blocco del *turn over* non sia più procrastinabile ma debba trovare una accorta e monitorata attuazione nel triennio che si va ad affrontare.

Del resto, segnali in questa direzione sono stati, di recente, già offerti dal legislatore nazionale, in occasione della più recente produzione normativa.

In vero, mentre l'art.2, comma 2 bis del D.L. 125 del 08 Agosto 2010 convertito in L. 163 del 01 ottobre 2010, ha disposto per le Regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi sanitari ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311, il blocco automatico del *turn over* del personale per un biennio, il successivo art.1 comma 52 Legge 13 dicembre 2010 n.220 ha inserito la seguente disposizione "Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010 non operano le citate misure del blocco automatico del *turn over* nel limite del 10% e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

Sono ancora da ricordare la legge 15 luglio 2011 n.111 (art.17 comma 4 lett. f) e la legge 14 settembre 2011 n.148 (art.1 comma 23 bis) che hanno previsto ulteriori deroghe al blocco totale del *turn over*, tenendo presente la necessità di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza e di conseguire risparmi derivanti dalla corrispondente riduzione di prestazioni di lavoro straordinario o in regime di auto convenzionamento.

Da ultimo si deve segnalare che la legge 8 novembre 2012 n.189, di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012 n.158 (c.d. decreto Balduzzi), prevede all'art.4 bis la possibilità di reclutare per il 2012 personale nella misura percentuale del 15% rispetto a quello cessato nell'anno precedente ove

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

sia accertato dagli organismi ministeriali competenti il raggiungimento anche parziale degli obiettivi previsti nel Piano di rientro.

Infine, si ricorda quanto disposto dal D.L. n. 101/2013, convertito con modificazioni dalla Legge n. 125/2013 con particolare riferimento ai processi diretti al superamento del precariato.

Considerato quanto esposto, al fine primario di garantire la salvaguardia dei Livelli Essenziali di Assistenza, si ritiene di prevedere, per il triennio 2013-2015, per le Aziende sanitarie della Regione Campania:

- divieto di procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato, fatta salva la possibilità di operare reclutamenti nel limite del 15% di quello cessato nell'anno precedente per il 2012 e 2013, nonché secondo quanto previsto dalle norme vigenti nel 2014 e 2015, e comunque nel rispetto degli obiettivi di costo per il personale del SSR fissati nel presente Programma Operativo e nelle legislazioni statali di settore;
- divieto di procedere alla stipula di nuovi contratti a tempo determinato, dando piena attuazione a quanto disposto dall'art.4 ter del D.Lgs. 6 settembre 2001 n.368, come introdotto dall'art.4 della citata legge 8 novembre 2012 n.158;
- divieto di acquisire in *outsourcing* servizi finalizzati all'espletamento di funzioni e attività oggetto dei divieti di cui sopra.

La Regione ha espresso, con nota trasmessa ai Ministeri affiancati, la volontà di avvalersi di quanto previsto dalla legge 158/2012, art. 4 bis procedendo a fornire una relazione di dettaglio relativamente il personale da assumere nel rispetto della misura percentuale del 15% di quello cessato nell'anno 2011.

Con Decreto interministeriale del 10/01/2014 i Ministeri competenti hanno autorizzato la Regione Campania ad effettuare deroghe per l'assunzione di personale nel numero di 208 unità di personale da inquadrare principalmente nell'area emergenza-urgenza.

Le 208 unità di personale approvate con Decreto interministeriale, risultano così distinte:

- rete emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera (118, PPI, PS, DEA I livello, DEA II livello):
  - 125 unità di personale dirigente;
  - 75 unità di personale di comparto;
- livello di assistenza territoriale:
  - 1 unità di personale dirigente;
  - 4 unità di personale di comparto;
- dipartimento di prevenzione:
  - 3 unità di personale dirigente.

A seguito delle osservazioni avanzate dal MEF relativamente le discordanze tra Conto Annuale e Tabella 2, necessarie alla deroga del blocco del turn over del 15% nell'anno 2011, la Regione ha svolto un'analisi finalizzata ad allineare i dati del personale presente tra Conto Annuale e Tabella 2 per il consuntivo 2011.

Dall'analisi svolta si sono rilevati dati difformi tra quanto riportato in Conto Annuale e Tabella 2 allegata al conto economico, con riferimento ai dati relativi ai dipendenti a tempo indeterminato.

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

Sulla base dei risultati dell'analisi sopra indicata, si è proceduto a stimare il numero di assunti, nella misura del 15% del numero di personale cessato nell'anno 2011, ciò ha determinato il numero di 301 unità di personale reclutabile.

L'analisi dei dati da Tabella 2 e Conto Annuale è stata svolta anche in riferimento al numero di cessati nell'anno 2012, la stima degli assunti sulla base dei cessati nell'anno 2012 è pari a 306 unità di personale reclutabile.

Il complesso delle disposizioni dirette al contenimento della spesa per il personale deve tener conto della circostanza che il trattenimento in servizio oltre il limite ordinario, ove consentito, viene equiparato ad una nuova assunzione, allo stato condizionata dal blocco del *turn over*.

Per l'attuazione dell'intervento in oggetto si prevede:

- l'inserimento tra gli obiettivi di tutti i Direttori Generali del rispetto delle indicazioni di cui sopra;
- 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 percentuali sopra stabiliti;
- la struttura commissariale, con il supporto tecnico ed istruttorio degli uffici dell'Assessorato alla Sanità, procede a monitorare la completa gestione del processo di reclutamento sopra riferito, e si riserva il compito di analizzare ogni singola richiesta di reclutamento da parte delle Aziende, e di procedere a preventiva autorizzazione con insindacabile giudizio del richiesto reclutamento tenendo a riferimento:

  - l'osservanza della percentuale consentita rispetto ai cessati dell'anno precedente;
  - il rispetto degli obiettivi di risparmio di cui alla manovra per il contenimento della spesa per il personale;
  - l'obbligo di assicurare Livelli Essenziali di Assistenza;
  - la corrispondenza alla programmazione regionale riferita al completamento del riassetto della rete ospedaliera e territoriale;

- la definizione di una procedura che rilevi tempestivamente tutte le informazioni necessarie alla gestione dell'equilibrio di bilancio sanitario (ad es. le Aziende sanitarie dovranno fornire trimestralmente informazioni sulle assunzioni eseguite, indicando ruolo e profilo nonché l'unità operativa presso cui è in forza oltre che ai relativi dati di costo del lavoro), al fine di creare un database che consenta un monitoraggio tempestivo.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali; a tal proposito questi ultimi dovranno fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Risultati Programmati

- Riduzione del costo del personale per effetto del blocco anche parziale del *turn over* garantendo l'equilibrio di bilancio sanitario, entro il 31.12.2014;
- creazione di un database regionale per il monitoraggio della spesa per il personale, entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- Variazione economica in relazione della consistenza numerica del personale dipendente del SSR.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.2: Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale

Con riguardo ai medici specialisti ambulatoriali, nel triennio 2010-2012 sono stati adottati decreti che, nell'intento di coniugare la garanzia dell'assistenza sanitaria sul territorio con le esigenze di contenimento dei costi della specialistica ambulatoriale, hanno disposto il divieto di:

- trasformare i contratti a tempo determinato in contratti a tempo indeterminato;
- attivare e mettere a bando nuovi turni o conferimenti di nuovi incarichi per ore di attività;
- ampliare i turni in atto attraverso la copertura di quelli divenuti vacanti;
- conferire incarichi provvisori;
- conferire a qualsiasi titolo ore divenute vacanti.

Tuttavia l'andamento della spesa della specialistica ambulatoriale nel predetto periodo non ha registrato risultati significativi in ordine agli obiettivi di risparmio dei costi (tra i motivi la necessità di garantire la sicurezza alimentare e la sanità animale in ragione delle emergenze registrate in Campania, quali la brucellosi, alla quale si è data risposta con il convenzionamento di specialisti veterinari, la cui figura è assolutamente carente tra il personale di ruolo, sia l'esigenza di assicurare l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari). Inoltre si sono registrate iniziative tendenti a sopperire con tali professionisti alcune gravi lacune dovute la blocco del *turn over* che potevano determinare reali rischi per l'assistenza oltre che garantire la funzionalità dei distretti.

Di seguito la tabella illustrativa dell'andamento della spesa complessiva relativa agli specialisti ambulatoriali dal 2009 al 2013 (i dati del 2013 si riferiscono al IV Trimestre).

CODICE	VOCE MODELLO CE (€/000)	CE 2009	CE 2010	CE 2011	CE 2012	CE IV Trim 2013
BA0530	***B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale***	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**
BA0570	*B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI*					
201	*ASL AV*	5.674	6.014	5.780	5.502	5.551
202	*ASL BN*	6.588	6.874	6.980	7.273	7.024
203	*ASL CE*	18.465	17.635	17.571	18.219	18.714
204	*ASL NA1*	78.850	81.395	80.402	74.576	73.543
205	*ASL NA2*	27.679	30.631	31.936	34.091	33.749
206	*ASL NA3*	20.879	26.200	23.374	23.057	25.868
207	*ASL SA*	20.996	23.309	21.031	20.527	21.837
901	*AO CARDARELLI*	173	179	170	206	186
902	*AO SANTOBONO*	603	1.199	2.840	3.566	3.718
903	*AO DEI COLLI*	734	1.665	4.052	4.705	5.117
904	*AO S.GIOV. SA*	970	2.318	3.367	4.467	4.774
905	*AO MOSCATI AV*	-	-	-	-	-
906	*AO RUMMO BN*	-	-	-	-	-
907	*AO OSP.CIVI. CE*	-	-	-	-	-
908	*AOU SUN*	828	879	1.330	1.666	1.604
909	*AOU F 2°*	5.329	5.645	6.818	7.414	6.769
910	*IRCCS PASCALE*	-	-	-	-	-
	Totale	**187.768**	**203.943**	**205.651**	**205.269**	**208.454**

Tabella 37 – Spesa SUMAI

Tanto rende necessaria una nuova politica che disciplini la materia, assicurando una compiuta assistenza sanitaria nei distretti sanitari del territorio che tenga, comunque, sotto controllo la spesa.

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

A tal fine, si prevede l'adozione di un decreto che, confermando per il triennio a venire i divieti sopra riportati, preveda altresì una riduzione percentuale della spesa per la specialistica ambulatoriale rispetto a quella del IV Trimestre 2013 da effettuarsi nell'ambito della gestione dei contratti a tempo determinato, pari al 2% per il 2014 ed il 5% per il 2015, in collegamento e a decorrere dello sblocco del *turn over* riferito all'arco temporale.

Pertanto, le eventuali istanze di deroga ai predetti divieti che dovessero pervenire al Commissario ad Acta dovranno necessariamente attestare la tendenza annuale alla diminuzione di spesa sopra prevista, anche mediante apposito documento di pianificazione. La struttura commissariale potrà valutare la sussistenza delle condizioni per la concessione della deroga anche in presenza di rinnovi ci rapporti a T.D. con riduzione di ore o di riconversioni di discipline per documentate esigenze con riduzione di almeno il 20% delle ore relativi ai rapporti scaduti.

Le dette istanze saranno valutate e decise dalla Struttura Commissariale sulla scorta dell'esame istruttorio prodotto dall'apposita Commissione all'uopo costituita con Decreto Commissariale n.27/2010 ovvero con diverse modalità operative da individuare con apposito decreto.

Risultati programmati

- Monitoraggio della spesa per la specialistica ambulatoriale erogata trimestralmente;
- monitoraggio trimestrale per tutte le AA.SS. che presentano costi significativi e verifica del rispetto degli obiettivi indicati nelle relazioni predisposte al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta.

Indicatori di risultato

- Riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale rispetto a quella dell'anno precedente pari al 2 per cento per il 2014;
- riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale rispetto a quella dell'anno precedente pari al 5 per cento per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

La Regione ha svolto attività relative al monitoraggio, controllo ed indirizzo nei confronti delle Aziende sanitarie per la costituzione e/o rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale.

Essa ha ritenuto di dover procedere alla costituzione di un apposito Organismo Regionale, di seguito Commissione Fondi (costituito con il Decreto Commissariale n.72 del 2 dicembre 2010, pubblicato sul BURC n.81 del 13 febbraio 2010), al fine di verificare l'esatta applicazione del Decreto Commissariale n.63/2010, che prevede:

- l'applicazione delle linee di indirizzo per la determinazione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale per definire procedure omogenee tra le Aziende sanitarie;
- la razionalizzazione della spesa del personale con particolare riferimento al blocco del *turn over*;
- la corretta determinazione dei fondi al fine che gli stessi non possano essere superiori rispetto a quelli dell'anno precedente.

La verifica dell'applicazione di tali disposizioni, a livello regionale, ha permesso di isolare le riduzioni dei fondi contrattuali già eseguite dalle Aziende sanitarie regionali relative agli interventi previsti dal piano di rientro e dalla DGRC n.887/2007, evidenziando le riduzioni ancora da eseguire.

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

La Regione ha raggiunto l'obiettivo di contenere la spesa per il personale del SSR relativamente ai fondi della contrattazione integrativa per le finalità di contenimento del trattamento economico complessivo - come previsto nei programmi operativi 2011-2012 - mediante le seguenti attività:

- analisi dei questionari sulla corretta applicazione degli istituti contrattuali;
- emanazione delle linee guida sulla corretta contabilizzazione delle voci stipendiali relative alla spesa gravante sui fondi contrattuali;
- analisi sull'andamento della Mobilità Intraregionale;
- contabilizzazione fondi con l'ausilio del programma informatico;
- determinazione fondi delle competenze accessorie per l'anno 2011 e 2012;
- monitoraggio trimestrale relativamente lo scostamento tra valore deliberato e valore erogato dei fondi delle competenze accessorie.

Per il triennio 2013-2015, la Regione continuerà 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, tenendo conto di:

- applicare l'art.9 comma 2 bis, L. 122/2010 che stabilisce che sino al 31 dicembre 2013 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio;
- offrire una soluzione alle difficoltà sia di natura interpretativa che applicativa della DGRC n.887/2007, in relazione al punto 2.c, e delle pregresse delibere di DGRC n.1580 e n.1581 del 2005, mediante la definizione di una procedura volta al riallineamento delle risorse relative alle competenze accessorie di ogni singola AA.SS. alla media regionale;
- ottemperare alle indicazioni presenti nella circolare del MEF n.12 del 2011, che prevede di ridurre i fondi in maniera proporzionale rispetto al personale cessato, avendo riguardo di applicare tale tipologia di intervento anche ai Fondi di Posizione e di Fasce.

Il triennio passato e la consolidata attività della Commissione Fondi evidenzia la specifica criticità offerta dallo sforamento del Fondo di Disagio con particolare riferimento alla voce di straordinario. Alla luce di tanto, sarà avviata una più puntuale attività di indirizzo e monitoraggio diretta a verificare la corrispondenza al vero delle consuete giustificazioni portate dalle direzioni generali sull'argomento con riferimento alla necessità di sopperire con l'istituto dello straordinario alle carenze di personale.

Alla luce di una percentuale riduzione del blocco del *turn over* ed al fine di avviare processi di ridimensionamento del fenomeno dello sforamento dello straordinario sarà richiamata la responsabilità del Direttore Generale alla verifica dell'appropriatezza delle componenti che determinano la corretta costituzione del Fondo di Disagio e al rigoroso controllo dell'andamento del Fondo medesimo nel corso dell'anno.

La Regione eseguirà un monitoraggio anche al fine di armonizzare il dato della spesa dei fondi contrattuali in base alle linee guida sulla corretta contabilizzazione delle voci stipendiali relative alla spesa gravante sui fondi contrattuali emesse con prot. n.6630 del 27 ottobre 2011 e un controllo in merito al costo del personale per la contrattazione integrativa confrontando le voci stipendiali alla corrispondente voce economica del piano dei conti regionale vigente.

Per il triennio 2013-2015, tale procedura sarà operativa in modo da garantire il corretto monitoraggio dei Conti Economici consuntivi. In caso di scostamento tra l'importo dei fondi deliberati ed i costi sostenuti per la retribuzione accessoria del personale, si chiederà alla singola Azienda una relazione che indichi le misure adottate per l'esercizio al fine di evitare che tale fenomeno si ripeta.

Laddove si verifichino scostamenti rilevanti o situazioni anomale sono previste visite in loco da parte di personale regionale supportato dall' Advisor, al fine di effettuare verifiche approfondite e prevedere azioni correttive.

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

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali; a tal proposito questi ultimi dovranno fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Risultati programmati

- Monitoraggio del valore dei fondi della contrattazione integrativa erogato trimestralmente;
- verifica della corretta rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali per gli anni 2013, 2014 e 2015;
- 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;
- verifica annuale nelle aziende che presentino dati significativi da parte dell'Advisor regionale.

Indicatori di risultato

- Delibere di adeguamento dei fondi contrattuali alle risultanze della verifica regionale;
- procedura di monitoraggio dei fondi della contrattazione integrativa erogato trimestralmente;
- scostamento economico tra erogato di competenza e deliberato.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.4: Prestazioni aggiuntive

E' disposto a livello regionale un progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive nella misura del 30% del costo sostenuto nel 2012, da realizzarsi entro il 2015, al fine di ottenere la copertura totale del costo sostenuto per le ore erogate in regime di prestazioni in auto convenzionamento.

Le Aziende sanitarie devono svolgere un'attività di monitoraggio volta a:

- verificare che tali attività devono essere espletate al di fuori dell'orario di servizio;
- implementare nel sistema informativo un processo di rilevazione automatico delle presenze mediante codici di identificazione del ruolo, profilo e unità operative/dipartimentali del personale;
- procedere ad una progressiva riduzione di tale voce di costo in presenza di attivate procedure di reclutamento di nuovo personale.

La liquidazione delle prestazioni svolte è correlata al rispetto di quanto sopra.

Al fine di assicurare l'effettiva implementazione in ciascuna struttura dell'intervento descritto, ai Direttori generali saranno assegnati obiettivi coerenti con quanto sopra previsto.

Risultati programmati

- Riduzione progressiva di spesa per prestazioni aggiuntive;
- monitoraggio trimestrale regionale della spesa per prestazioni aggiuntive.

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

Indicatori di risultato

- Riduzione del costo contabilizzato nella voce "B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000" per effetto della riduzione dei costi sostenuti per prestazioni aggiuntive.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.5: Interventi derivanti dal D.L. 6 luglio 2012, n.95

In applicazione del D.L. 6 luglio 2012, n.95, la Regione dovrà verificare il rispetto dell'obiettivo di contenimento della spesa complessiva di personale fino al 2015.

A decorrere dall'anno 2013 le Aziende sanitarie devono verificare il rispetto della riduzione del costo del personale nella misura dell'1,4% rispetto alla spesa del 2004 con esclusione dal relativo computo dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al medesimo anno.

Per quanto riguarda le società che operano con oneri a carico del SSR, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di risparmio, a decorrere dal 2014 eventuali acquisizioni di nuovo personale potranno essere effettuate solo compatibilmente con la realizzazione dell'equilibrio economico del SSR e delle singole aziende. I relativi trasferimenti finanziari saranno rimodulati in relazione al conseguimento dell'obiettivo di risparmio annualmente affidato.

Risultati Programmati

- Riduzione spesa dell'1,4 per cento rispetto alla spesa del 2004.

Indicatori di risultato

- Spesa personale 2013, 2014 e 2015 nei limiti previsti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.6: Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane

Le Aziende dovranno procedere ad iniziative di riorganizzazione al fine di garantire lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità esistenti, individuando per ogni qualifica e ruolo il numero complessivo di personale in modo da aggiornare costantemente la dotazione organica.

Le Aziende 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.

L'affidamento di nuovi incarichi, posizioni e coordinamenti, potrà avvenire nel rispetto dei seguenti principi:

- rispetto del limite di fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale e dal 1 gennaio 2011, secondo le disposizioni dell'art.9 comma 2 bis L. 122/2010;
- rideterminazione della dotazione organica che tenga conto degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN come definiti dal Comitato LEA.

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

In connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento, il contenimento della spesa di personale degli enti del SSN passa anche attraverso la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa.

Così come previsto dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, la Regione è tenuta ad emanare delle apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale al fine di determinare il numero delle strutture semplici e complesse, secondo i parametri definiti dal Comitato LEA e recepiti dai Decreti Commissariali di riferimento e in corso di adozione.

Per il monitoraggio dell'intervento, saranno attivate specifiche rilevazioni ad hoc, le cui informazioni saranno raccolte in un database regionale al fine di monitorare *in progress* lo stato di attuazione degli interventi presso ciascuna Azienda.

Il Responsabile dei Servizi del Personale aziendale compilerà gli schemi predisposti per la rilevazione di tali informazioni e insieme al Direttore Generale ne certificherà la correttezza.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati, così come verrà rilevato dalla Regione in fase di monitoraggio, costituirà comunque inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali.

Risultati Programmati

- Predisposizione dei nuovi Atti Aziendali, entro il 31.12.2013;
- ridefinizione delle dotazioni organiche di ciascuna Azienda, entro il 31.12.2014;
- individuazione delle strutture complesse ospedaliere, strutture complesse non ospedaliere e strutture semplici nel rispetto dei parametri suddetti, entro il 31.12.2014;
- definizione di un *database* a livello regionale e di flussi di alimentazione per il monitoraggio sistematico della transizione dalle attuali configurazioni organizzative a quelle definite nei nuovi atti Aziendali, entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- Adozione, da parte delle Aziende, dei nuovi Atti Aziendali e delle dotazioni organiche;
- 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;
- avvenuta predisposizione del *database* del personale in servizio.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.7: Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)

Relativamente all'esercizio del diritto alla mensa è stata individuata, come iniziativa di razionalizzazione, la verifica della corretta applicazione dei CCNL al fine di razionalizzare la spesa e generare maggiori economie.

Risultati programmati

- Verifica della corretta applicazione dei CCNL Comparto e CCNL Aree dirigenziali in relazione alle risorse finanziarie disponibili e all'articolazione dell'orario di lavoro, entro il 31.12.2013;

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

- elaborazione di linee guida regionali che definiscano criteri uguali per tutte le Aziende per il diritto alla fruizione del servizio mensa, entro il 31.12.2013;
- predisposizione, da parte delle Aziende, di un regolamento per la corretta gestione del suddetto diritto, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Avvenuta emanazione delle linee guida.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.8: Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione

E' disposta la verifica delle situazioni di esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza e la restituzione, qualora sussistessero le condizioni, dei dipendenti allo svolgimento dei compiti propri del profilo professionale di inquadramento.

Le Aziende dovranno trasmettere alla Regione gli esiti della verifica per poter avviare il processo di mobilità verso attività compatibili nei casi di evidente inidoneità alle proprie mansioni e di impossibilità di ricollocazione.

Al fine di garantire l'implementazione dell'intervento, l'espletamento delle procedure di verifica della corretta assegnazione dei dipendenti alle effettive mansioni di appartenenza sarà inserito tra gli obiettivi dei Direttori Generali e dei Commissari straordinari.

Risultati programmati

- Riassegnazione dei dipendenti del SSR alle effettive mansioni di appartenenza.

Indicatori di risultato

- Avvenuta trasmissione di elenco di personale in situazione di inidoneità alle proprie mansioni da ricollocare nonché dell'elenco del personale non ricollocabile all'interno dell'Azienda ovvero dichiarazione di non sussistenza di tale fenomeno in Azienda entro il 31.10.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

Azione 10.1.9: Contenimento costi apparati amministrativi e consulenze

La Regione svolgerà attività di controllo e di monitoraggio sull'attività di contenimento dei costi relativi agli apparati amministrativi e alle consulenze svolte presso le Aziende sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari ed IRCSS.

In particolar modo si procederà ad una verifica puntuale del rispetto delle disposizioni di legge e delle linee guida regionali in materia, garantendo il contenimento dei costi relativamente a:

- spese di missione;
- commissioni e altri organismi: le attività saranno rivolte a ridurre il numero e le relative spese di funzionamento;
- consulenze sanitarie e non sanitarie.

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

Si intende in particolare accertare se le Aziende abbiano avviato le procedure per monitorare i costi per le attività suddette garantendo la tenuta di una gestione di contabilità analitica che tenga conto di tutti i costi diretti ed indiretti garantendo l'equilibrio economico delle attività svolte.

Risultati programmati

- Monitoraggio trimestrale dell'effettivo equilibrio economico delle attività svolte.

Indicatori di risultato

- Attivazione gestione di contabilità analitica;
- attivazione monitoraggio semestrale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR.

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

Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale

Intervento 10.1: Gestione del personale

Azioni 10.1.1: Attivazione sblocco del *turn over* e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015

Ai fini del calcolo delle cessazioni per gli anni 2013-2015, si è ipotizzato:

- per il 2013: di considerare i dati riportati in Tabella 2 allegata al Conto Economico;
- per gli anni 2014/2015: di considerare una percentuale di incidenza dei cessati rispetto ai presenti del medesimo anno pari al 2%, ciò a seguito del DL 2012/2011 art. 4 (c.d. riforma Fornero) che ha comportato la riduzione del tasso medio di cessazioni rilevato nel periodo 2005-2012.

Cessati 2005-2012										
	Media % Cessati su Presenti (2005-2012)	Cessati 2005	Cessati 2006	Cessati 2007	Cessati 2008	Cessati 2009	Cessati 2010	Cessati 2011	Cessati 2012	Cessati 2013
Cessati al netto della mobilità intraregionale										
Dirigenti medici	*2%*	535	490	516	487	452	601	372	351	184
Dirigenti non medici	*2%*	116	143	132	92	85	94	68	66	31
Comparto	*2%*	1.800	1.724	2.170	1.531	1.670	1.641	1.565	1.623	866
Cessati netto mobilità	***2%***	**2.451**	**2.357**	**2.818**	**2.110**	**2.207**	**2.336**	**2.005**	**2.040**	**1.081**

Tabella 38 - Andamento cessati 2005-2012

Tali percentuali medie di cessazione sono state calcolate per ruolo, area contrattuale e figura professionale.

Nel dettaglio i cessati del 2014-2015 sono stati stimati applicando una percentuale di cessazioni medie annue prudenziale pari al 2% con riferimento ai presenti al 31/12 rilevate nelle Tabelle 1 del Conto Annuale.

Dai cessati e dagli assunti è stato depurato il dato relativo alla mobilità intra-Regione del personale cessato perché trasferito in altre Amministrazioni dello stesso comparto in seguito a processi di mobilità, accorpamenti e passaggi di distretti tra ASL, per quanto esposto dalle Aziende in Tabella 5 del Conto Annuale.

Per gli anni 2011 e 2012, a seguito delle osservazioni avanzate dal MEF relativamente le discordanze tra Conto Annuale e Tabella 2, necessarie alla deroga del blocco del turn over del 15% nell'anno 2011, la Regione ha svolto un'analisi finalizzata ad allineare i dati del personale presente tra Conto Annuale e Tabella 2.

Dall'analisi svolta si sono rilevati dati difformi tra quanto riportato in Conto Annuale e Tabella 2 allegata al conto economico, con riferimento ai dati relativi ai dipendenti a tempo indeterminato.

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

In Tabella 39 è riportato in dettaglio quanto sopra:

Qualifica	% Cessati medi annui	2012		2013(*)		2014(*)		2015(*)	
		Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
Dirigenti medici	2%	351	-	184	-	206	108	204	28
Dirigenti non medici	2%	66	-	31	-	30	20	30	5
Comparto	2%	1.623	-	866	-	671	478	667	130
Totale	**2%**	**2.040**	**-**	**1.081**	**-**	**907**	**607**	**901**	**162**

Tabella 39 - Stima cessati per anno

Con riguardo agli assunti del 2014, si precisa che il numero è calcolato applicando la quota consentita dal c.d. Decreto Balduzzi (legge 8 novembre 2012 n.189, di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012 n.158, art.4 bis) nella misura percentuale del 15% rispetto al cessato degli anni 2011 e 2012.

Con riguardo agli assunti del 2015, si precisa che il numero è calcolato applicando la quota consentita dal c.d. Decreto Balduzzi (legge 8 novembre 2012 n.189, di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012 n.158, art.4 bis) nella misura percentuale del 15% rispetto al cessato degli anni 2013.

Con riguardo agli assunti del triennio 2013-2015, si precisa che in considerazione del fatto che i Ministeri competenti (Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport) abbiano, ad oggi, autorizzato con decreto interministeriale la disapplicazione del blocco del turn-over per l'anno 2011, autorizzando deroghe per l'assunzione di personale nel numero di 208 unità mentre in riferimento agli assunti per l'anno 2012 l'applicazione del c.d. Decreto Balduzzi, in base ad una analisi effettuata dalla regione determinerebbe 306 unità di personale reclutabile, si ipotizza che i reclutamenti verranno eseguiti nel 2014 e comunque nel rispetto degli obiettivi di costo per il personale del SSR fissati nel presente Programma Operativo e nelle legislazioni statali di settore, determinando:

- 607 unità di personale assumibili nel 2014, pari al 15% dei cessati nel 2011, pari a 301 unità, e 15% dei cessati nel 2012, pari a 306 unità;
- 162 unità di personale assumibili nel 2015, pari al 15% dei cessati nel 2013.

Il costo medio annuo è stato calcolato considerando le Tabelle 12 e 13 del Conto Annuale dell'anno 2012 al netto degli arretrati anni precedenti, le quali espongono il costo annuo sostenuto per le competenze fisse e accessorie corrisposte per le relative mensilità (vedi Tabella 40), riscontrato anche nel Decreto interministeriale.

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra sul saldo calcolato come differenza tra cessati ed assunti per anno come riportato in Tabella 41. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato 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:

Costo medio da CA 2012	
Qualifica	**Costo medio annuo**
Dirigenti medici	**106.528**
Dirigenti non medici	**92.591**
Comparto	**44.345**

Tabella 40 – Costo medio annuo del personale per ruolo

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

I dati di cui sopra saranno oggetto di futura rivalutazione in relazione ad ulteriori attività di verifica e riconciliazione dei dati del Conto Annuale e quelli della Tabella 2 allegata al Conto Economico consolidato, richieste dai ministeri competenti, nonché alla eventualità di cessazione del blocco del turn over che comporterà necessariamente una riprogrammazione.

Stima impatto manovra				
	2012	**2013**	**2014**	**2015**
Stima unità di personale al 01.01 da CA	46.434	45.353	45.053	44.314
Stima unità di cessati	2.040	1.081	907	901
Stima unità di assunti	-	-	607	162
Stima saldo	**2.040**	**1.081**	**300**	**739**
Stima saldo dirigenti medici	**351**	**184**	**97**	**176**
Stima saldo dirigenti non medici	**66**	**31**	**10**	**25**
Stima saldo comparto	**1.623**	**866**	**193**	**538**
Valorizzazione 2012	57.737.205	57.737.205		
Valorizzazione 2013		30.437.159	30.437.159	
Valorizzazione 2014			9.923.114	9.923.114
Valorizzazione 2015				22.469.009
Valorizzazione	**57.737.205**	**88.174.364**	**40.360.272**	**32.392.123**

Tabella 41 – Stima impatto manovra – blocco del *turn over*

Il risparmio stimato è pari a:

- la manovra rispetto al tendenziale per il 2013 ha comportato un risparmio per oltre **88,2 €/mln**;
- rispetto al tendenziale 2014, i risparmi conseguibili saranno pari a **40,4 €/mln**;
- rispetto al tendenziale 2015, i risparmi conseguibili saranno pari a **72,8 €/mln** (40,4 €/mln del 2014 e 32,4 €/mln del 2015).

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota di imposta pari all'8,55% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un ulteriore risparmio di 7,5 €/mln nel 2013, 3,5 €/mln nel 2014 e 6,3 €/mln nel 2015 (3,5 €/mln nel 2014 e 2,8 €/mln nel 2015).

IRAP			
	Manovra 2013	**Manovra 2014**	**Manovra 2015**
IRAP (8,55% della manovra)	7.538.908	3.450.803	2.769.527
Totale	**7.538.908**	**3.450.803**	**2.769.527**

Tabella 42 - Stima impatto manovra IRAP

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa per il personale determinerà una manovra di risparmio di 95,7 €/mln rispetto al tendenziale 2013, una manovra complessiva di 43,9 €/mln rispetto al tendenziale 2014 e una manovra complessiva di 79,1 €/mln rispetto al tendenziale 2015 (43,9 €/mln del 2014 e 35,2 €/mln del 2015).

Azione 10.1.2: Personale Convenzionato per la specialistica ambulatoriale

Ai fini del calcolo del risparmio potenziale per il personale convenzionato per la specialistica ambulatoriale, è stata considerata una riduzione percentuale della spesa per singola AA.SS., rispetto a quella dell'anno precedente.

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

Codice BA0570	Voce modello CE (€/000) B.2.A.3.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato- Medici SUMAI	CE 2012	Stima 2013	Risparmio 2013	CE IV Trim 2013	Stima 2014	Risparmio 2014	Stima 2015	Risparmio 2015
		A	B	A-B	C	D	C-D	E	D-E
201	ASL AV	5.502	5.392	110	5.551	5.440	111	5.168	272
202	ASL BN	7.273	7.128	145	7.024	6.884	140	6.539	344
203	ASL CE	18.219	17.855	364	18.714	18.340	374	17.423	917
204	ASL NA1	74.576	73.084	1.492	73.543	72.072	1.471	68.469	3.604
205	ASL NA2	34.091	33.409	682	33.749	33.074	675	31.420	1.654
206	ASL NA3	23.057	22.596	461	25.868	25.351	517	24.083	1.268
207	ASL SA	20.527	20.116	411	21.837	21.400	437	20.330	1.070
901	AO CARDARELLI	206	202	4	186	182	4	173	9
902	AO SANTOBONO	3.566	3.495	71	3.718	3.644	74	3.461	182
903	AO DEI COLLI	4.705	4.611	94	5.117	5.015	102	4.764	251
904	AO RUGGI	4.467	4.378	89	4.774	4.679	95	4.445	234
905	AO MOSCATI	-	-	-	-	-	-	-	-
906	AO RUMMO	-	-	-	-	-	-	-	-
907	AO SAN SEBASTIANO	-	-	-	-	-	-	-	-
908	AOU SUN	1.666	1.633	33	1.604	1.572	32	1.493	79
909	AOU FEDERICO II	7.414	7.266	148	6.769	6.634	135	6.302	332
910	IRCCS PASCALE	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE		**205.269**	**201.164**	**4.105**	**208.454**	**204.285**	**4.169**	**194.071**	**10.214**

Tabella 43 - Stima impatto manovra personale convenzionato per la specialistica ambulatoriale

Il risparmio stimato per il 2014 e 2015 è stato calcolato considerando i dati riportati dalle singole Aziende nel CE IV Trimestre 2013 della voce "B.2.A.3.4) Acquisiti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato-Medici Sumai", pari a ca. 208,5 €/mln.

Applicando la percentuale del 2% per il biennio 2013/2014 ed il 5% per l'anno 2015, il risparmio stimato è pari a:

- la manovra rispetto al tendenziale 2013 ammontava a ca. 4,1 €/mln per il 2013;
- la manovra rispetto al tendenziale 2014 ammonterà a ca. 4,2 €/mln per il 2014;
- la manovra rispetto al tendenziale 2015 ammonterà a ca. 14,4 €/mln per il 2015.

Azione 10.1.3: Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

I risparmi derivanti dalla determinazione dei fondi della contrattazione integrativa in ragione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2 bis, della L. 122/2010, sono ricompresi nel risparmio del personale precedentemente valorizzato nell'Azione 10.1.1.

Al fine di evidenziare l'effetto che la manovra sul blocco del *turn over* e la contestuale corretta determinazione dei fondi della contrattazione integrativa comporteranno sui costi del personale in

Costo medio da CA 2012				
Qualifica	**Competenze fisse**	**Competenze accessorie**	**Oneri riflessi**	**Costo medio annuo**
Dirigenti medici	55.587	28.294	22.648	**106.528**
Dirigenti non medici	52.518	20.398	19.676	**92.591**
Comparto	24.634	10.284	9.428	**44.345**

Tabella 44 si riporta il costo medio annuo suddiviso per le competenze fisse, competenze accessorie e oneri riflessi.

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:

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

Costo medio da CA 2012				
Qualifica	**Competenze fisse**	**Competenze accessorie**	**Oneri riflessi**	**Costo medio annuo**
Dirigenti medici	55.587	28.294	22.648	**106.528**
Dirigenti non medici	52.518	20.398	19.676	**92.591**
Comparto	24.634	10.284	9.428	**44.345**

Tabella 44 - Stima impatto manovra – blocco del *turn over* dettaglio voci di costo

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

Considerando il costo medio delle competenze accessorie, per ruolo ed area contrattuale, si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra sui fondi della contrattazione integrativa sul saldo calcolato come differenza tra cessati ed assunti per anno. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato 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.

Stima impatto manovra - Competenze accessorie				
	2012	**2013**	**2014**	**2015**
Stima unità di personale al 01.01 da CA	46.434	45.353	45.053	44.314
Stima unità di cessati	2.040	1.081	907	901
Stima unità di assunti		-	607	162
Stima saldo	**2.040**	**1.081**	**300**	**739**
Stima saldo dirigenti medici	**351**	**184**	**97**	**176**
Stima saldo dirigenti non medici	**66**	**31**	**10**	**25**
Stima saldo comparto	**1.623**	**866**	**193**	**538**
Valorizzazione 2012	13.983.860	13.983.860		
Valorizzazione 2013		7.372.010	7.372.010	
Valorizzazione 2014			2.470.572	2.470.572
Valorizzazione 2015				5.513.406
Valorizzazione	**13.983.860**	**21.355.870**	**9.842.582**	**7.983.978**

Tabella 45 – Stima impatto manovra – Competenze accessorie

Il risparmio stimato sui fondi della contrattazione integrativa è pari a:

- la manovra rispetto al tendenziale per il 2013 ha comportato un risparmio per oltre **21,4 €/mln**;
- rispetto al tendenziale 2014, i risparmi conseguibili saranno pari a **9,8 €/mln**;
- rispetto al tendenziale 2015, i risparmi conseguibili saranno pari a **17,7 €/mln** (9,8 €/mln del 2014 e 7,9 €/mln del 2015).

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota di imposta pari all'8,55% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un risparmio di 1,8 €/mln nel 2013, 0,8 €/mln nel 2014 e 1,5 €/mln nel 2015 (0,8 del 2013 del 2014 e 0,7 del 2015).

IRAP			
	Manovra 2013	**Manovra 2014**	**Manovra 2015**
IRAP (8,55% della manovra)	1.825.927	841.541	682.630
Totale	**1.825.927**	**841.541**	**682.630**

Tabella 46 - Stima impatto manovra IRAP

Nota di attenzione: Si fa presente che a differenza rispetto agli schemi ministeriali per tendenziale e programmatico (Tabella 13), è dovuta alla diversa riclassifica di questi ultimi nei quali i costi del personale non comprendono la quota IRAP, le prestazioni SUMAI e l'accantonamento per il personale.

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

5. Area “Livelli Essenziali di assistenza”

Le attività riportate nella presente Area “Livelli Essenziali di assistenza”, programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2010: e) Erogazione LEA;
- 2011: e) Erogazione LEA.

5.1. “Prevenzione”

Programma 11: Sanità pubblica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione;
- qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, ecc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Sanità pubblica: valorizzazione manovre (€/mln)	2013	2014	2015
Sanità pubblica	**-**	**-**	**-**
Attività di prevenzione rivolta alle persone	-	-	-
Corso di formazione: declinare localmente il piano regionale di prevenzione, monitorando e valutando i progetti	-	-	-
Estensione e consolidamento dei programmi di screening oncologico di provata efficacia	-	-	-
Corso di formazione: comunicare la salute per realizzare il piano regionale di prevenzione in Campania	-	-	-
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	-	-	-

Tabella 47 – Sintesi manovre

Intervento 11.1: Attività di prevenzione rivolta alle persone

Con Delibera della Giunta Regionale n.309 del 21 giugno 2011 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, predisposto secondo indicazioni elaborate dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute. Al momento la Regione è stata certificata dal Ministero della Salute circa il raggiungimento del livello programmato degli obiettivi previsti dallo stesso piano per il 2010 e il 2011.

È stata approvata, in sede di Conferenza Stato-Regioni-PA, la proroga della vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 a tutto il 2013. Tale approvazione prevede la possibilità di rimodulazione parziale delle progettualità inserite nei Piani Regionali, tenuto conto delle criticità evidenziate nel triennio in corso. Inoltre è stato avviato l’iter per la stesura del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, che vede impegnate tutte le Regioni nella definizione dei contenuti.

Per promuovere la piena realizzazione delle progettualità inserite nel Piano stesso da parte delle AA.SS.LL. della Regione, presso l’AGC 20 “Assistenza Sanitaria” è stato istituito, con Decreto Dirigenziale n.115 dell’08.06.2012, un “Nucleo operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione”. Tale Nucleo, presieduto dal Coordinatore dell’Area 20, è composto dal Dirigente del Servizio Osservatorio Epidemiologico Regionale, dagli operatori individuati dal Coordinatore dell’AGC 20 che hanno partecipato ai corsi di formazione organizzati dal

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

Ministero della Salute – CCM presso l'Istituto Superiore di Sanità, dai referenti regionali dei sistemi di sorveglianza sui comportamenti e stili di vita (PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla salute, HBSC), dai referenti aziendali individuati da ciascuna ASL per la realizzazione del Piano nel territorio di propria competenza. Al Nucleo operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione è stato affidato il compito di individuare le maggiori criticità che hanno ostacolato la piena realizzazione degli obiettivi prefissati e la definizione dei compiti operativi del referente aziendale del PRP.

Il Nucleo Operativo Regionale di Coordinamento, Monitoraggio e Valutazione del PRP, in accordo al Decreto Dirigenziale n.115 dell'08.06.2012, con il quale è stato istituito, ha individuato le principali criticità che impediscono un'efficace realizzazione del PRP. Nella tabella che segue sono elencate in modo schematico le principali criticità riscontrate.

Documento "Criticità del PRP 2010-2013": una visione d'insieme		
	Criticità PRP 2010-13	**Suggerimenti e proposte per il PRP 2014-18**
1. Complessità del PRP	1.1 Eccessiva numerosità e frammentazione dei progetti	1.1.2 Avviare i lavori per la rielaborazione del PRP 2014-18
2. Problemi di organizzazione e di governo dei progetti all´interno dell´Azienda Sanitaria	2.1 Complessità della gestione del PRP nelle singole Aziende Sanitarie	2.1.1 Individuare operatori specifici per la gestione dei progetti nell'Azienda Sanitaria.
	2.2 Difficoltà di contestualizzazione del PRP a livello locale	2.2.1 Istituire un Nucleo Operativo di Coordinamento Aziendale del PRP (NOA)
		2.2.2 Produrre un Piano Aziendale della Prevenzione
		2.2.3 Prevedere una conferenza annuale in cui i DD.GG delle Aziende Sanitarie si confrontino sui progressi del Piano nelle diverse realtà aziendali
3. Bassa efficacia dei progetti nel medio - lungo termine	3.1 Necessità di assicurare la sostenibilità del Piano a livello delle Aziende Sanitarie	3.1.1 Favorire nel PRP 2014-18 la sostenibilità dei progetti a livello aziendale e, quindi, regionale
		3.1.2 Individuare a livello aziendale le risorse necessarie per assicurare la sostenibilità
		3.1.3 Inserire nei sotto-piani elementi utili per favorirne fattibilità e sostenibilità nelle singole realtà aziendali
	3.2 Necessità di prevedere operazioni di Monitoraggio e Valutazione per ciascun sotto-piano del PRP	3.2.1 Prevedere un Piano di Monitoraggio per ciascun sotto-piano del PRP
4. Criticità nella disponibilità, nell´utilizzo e nella gestione delle risorse	4.1 Garantire la certezza e la continuità delle azioni previste dal PRP, per favorire la fattibilità e la sostenibilità dei progetti, attraverso una migliore definizione delle modalità di erogazione delle risorse da parte della Regione, delle modalità di acquisizione e di utilizzo delle stesse da parte delle Aziende Sanitarie	4.1.1 Comunicare ai DDGG, in tempo utile per un'efficace programmazione, le modalità di acquisizione e di utilizzo delle risorse previste dal PRP, oltre che la loro entità e i tempi per poterne disporre
		4.1.2 Definire criteri oggettivi di riparto del fondo destinato al PRP (dalla Conferenza Stato-Regioni e dagli obiettivi di piano) per le Aziende Sanitarie
	4.2 Necessità di vincolare i finanziamenti al raggiungimento di specifici risultati	4.2.1 Individuare indicatori di performance dei progetti che consentano di verificare la potenzialità che il progetto ha di assicurare benefici concreti per i destinatari e per il sistema (pertinenza e sostenibilità)
	4.3 Necessità di garantire la continuità delle attività di prevenzione, favorendo una gestione appropriata delle risorse	4.3.1 Assicurare la continuità delle azioni tra un Piano e il successivo
	4.4 Necessità di prevedere e mobilitare, a livello aziendale, le risorse disponibili nel medio periodo per garantire la sostenibilità di nuove linee progettuali	4.4.1 Si ritiene utile che, ancor prima di realizzare un nuovo progetto, i decisori aziendali prevedano la disponibilità di risorse necessarie per la continuazione delle attività anche dopo il termine cronologico del progetto stesso
5. Mandato istituzionale	5.1 Necessità di una committenza politico-istituzionale chiara ed esplicita	5.1.1 Si ritiene opportuno, tenuto conto dell'attuale contesto campano, che venga efficacemente ribadito ai decisori aziendali un mandato esplicito relativo alla necessità di favorire un'immediata ed efficace realizzazione del PRP

Tabella 48 – Criticità del PRP 2010-2013

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

Per far fronte alle suddette criticità si ritiene necessario realizzare le azioni specifiche di seguito riportate.

- garantire la certezza e la continuità delle azioni previste dal PRP, per favorire la fattibilità e la sostenibilità dei progetti, attraverso una migliore definizione delle modalità di erogazione delle risorse da parte della Regione, delle modalità di acquisizione e di utilizzo delle stesse da parte delle Aziende Sanitarie, dandone tempestiva comunicazione ai Direttori Generali, in tempo utile per un'efficace programmazione aziendale;
- migliorare la gestione del PRP nelle singole Aziende Sanitarie attraverso l'individuazione di funzioni adeguate allo scopo;
- migliorare il governo del PRP a livello regionale. E' innanzitutto auspicabile che venga efficacemente condiviso con i Direttori Generali aziendali il mandato esplicito relativo alla necessità di favorire una tempestiva ed efficace realizzazione del PRP. A tale scopo è stato istituito il Nucleo Operativo Regionale di Coordinamento, Monitoraggio e Valutazione del PRP (Decreto Dirigenziale n.115 dell'08.06.2012);
- istituzione di un Nucleo Operativo di Coordinamento Aziendale (NOA) del PRP che possa recepire, analizzare, traslare e contestualizzare le linee progettuali contenute nel PRP nella realtà epidemiologica, socio-economica, amministrativa e organizzativa di ciascuna Azienda Sanitaria. Al NOA, che ha le funzioni di attivare, coordinare, monitorare e valutare le attività aziendali proposte da PRP per assicurarne fattibilità e sostenibilità nel tempo, partecipano il Direttore Generale, gli esperti delle Aree Tematiche del PRP, il referente aziendale del PRP, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, i Direttori di Distretto, i rappresentanti dei MMG e dei PdF. Il NOA, che si riunisce trimestralmente e che si avvale della collaborazione di una segreteria organizzativa, si confronta su progressi e criticità del PRP a livello aziendale, discute sulla modalità di coinvolgimento dei principali Gruppi di Interesse sanitari ed extra-sanitari, formula proposte da inoltrare al Nucleo Operativo Regionale di Coordinamento del PRP al quale partecipa con il suo referente aziendale del PRP;
- è necessario inoltre che la direzione strategica aziendale si doti di una propria funzione di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, con esperienza e competenze in epidemiologia valutativa e/o clinica, con compiti di indirizzo e coordinamento dei sistemi di sorveglianza e degli interventi di prevenzione integrati, principalmente quelli discendenti da Guadagnare Salute, incluso la promozione di stili di vita sani e gli screening oncologici; i dirigenti titolari di tali funzioni nelle singole Aziende Sanitarie partecipano al Coordinamento Regionale dei Referenti per le Sorveglianze e la Prevenzione delle Malattie Croniche, a sua volta coordinato dall'OER;
- è infine necessario che in ciascuna Azienda Sanitaria il NOA, preso atto delle indicazioni del PRP, produca un Piano Aziendale della Prevenzione. Tale strumento rappresenta un mezzo privilegiato non solo per gestire in maniera più sistematica e coordinata le attività di prevenzione, ma anche per promuovere a livello aziendale una "visione di piano" degli interventi di prevenzione; in tal modo ci si avvierebbe verso un superamento della frammentazione dei singoli progetti, al fine di creare un contesto culturale dentro il quale attori e Gruppi di Interesse -sanitari e non sanitari- possano efficacemente interagire e "promuovere la salute in tutte le politiche". Il confronto intra-aziendale all'interno del Piano Aziendale della Prevenzione sarebbe, inoltre, il luogo ideale ove ideare interventi adeguati per la riduzione delle disuguaglianze in salute tra le diverse classi socio-economiche.

Azione 11.1.1: Corso di formazione: declinare localmente il piano regionale di prevenzione, monitorando e valutando i progetti

Per favorire una concreta ed efficace realizzazione del PRP, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, con il supporto del "Nucleo operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione", ha ideato e organizzato un percorso formativo per gli operatori delle ASL. Tale esperienza formativa, tuttora in corso di svolgimento, è caratterizzata da 6 incontri, della durata di 8 ore ciascuno, che si svolgono nel corso di 3 mesi; tali incontri teorico-pratici sono intervallati dalla realizzazione nelle singole aziende di progetti pilota inclusi nel PRP, tra i quali quelli relativi all'implementazione degli screening oncologici, in particolare l'avvio dello screening del colon retto.

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

Il corso, che rientra nel Progetto di assistenza alle regioni da parte del CNESPS per il PNP, è orientato a migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi delle Aziende sanitarie per ciò che attiene alle azioni previste dal Piano di Prevenzione Regionale Campano, attraverso un miglioramento della performance della struttura sanitaria delle aziende. Il know-how che gli operatori acquisiscono durante l'esperienza formativa consentirà ai partecipanti di realizzare le seguenti azioni:

- descrivere, sulla scorta dell'analisi di contesto ai livelli regionale e ASL, i problemi di salute target del PRP;
- programmare interventi sanitari regionali, da attuare a livello aziendale, efficaci e partecipati da parte della popolazione destinataria a beneficiaria;
- pianificare e realizzare il monitoraggio e la valutazione degli interventi, sia a livello regionale che aziendale, anche attraverso l'Istituzione di un Nucleo Operativo di Coordinamento Aziendale del PRP che, nel recepire il PRP, lo contestualizzi nella realtà locale in un Piano Aziendale della Prevenzione;
- rimodulare il PRP campano, anche nella prospettiva della definizione del PRP 2014-18.

Risultati Programmati

- Realizzazione di un Corso di formazione "Declinare localmente il Piano Regionale di Prevenzione, monitorando e valutando i progetti" entro il 31.10.2013;
- programmazione di interventi sanitari regionali, da attuare a livello aziendale, efficaci e partecipati da parte della popolazione destinataria a beneficiaria entro il 31.10.2013;
- approvazione di un Decreto Commissariale per gli indirizzi operativi ed organizzativi alle Aziende sanitarie, con l'istituzione di un Nucleo Operativo di Coordinamento Aziendale del PRP (NOA) entro il 31.10.2013;
- pianificazione e realizzazione del monitoraggio e della valutazione degli interventi, sia a livello regionale che aziendale, con rimodulazione del PRP campano entro il 31.10.2013.

Indicatori di risultato

- Realizzazione di un Corso di formazione "Declinare localmente il Piano Regionale di Prevenzione, monitorando e valutando i progetti" entro il 31.10.2013;
- rimodulazione del PRP campano entro il 31.10.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e lavoro

Azione 11.1.2: Estensione e consolidamento dei programmi di screening oncologico di provata efficacia

Tra le azioni comprese nel Piano regionale di Prevenzione 2010-12 vi sono quelle relative al consolidamento degli screening oncologici della sfera genitale femminile (mammella e cervice uterina), già attivi dall'inizio degli anni 2000, e l'estensione dello screening del colon-retto, per ora limitato a pochi territori della Regione.

Per quanto riguarda i primi due programmi, attualmente tutte le ASL della Regione hanno un programma attivo di screening, tuttavia la "copertura" reale della popolazione target è largamente insufficiente, seppure con rilevanti differenze interaziendali, sia se si considerano le persone raggiunte dal programma, sia se si tiene conto anche della quota di popolazione che accede volontariamente al di fuori degli stessi programmi (complessivamente circa la metà per la mammella e poco più della metà per la cervice).

Relativamente allo screening del colon-retto la situazione attuale evidenzia che il programma è attivo solo in 2 ASL su 7, con buoni risultati raggiunti in particolare in una di queste.

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

Le criticità principali riscontrate nel corso della valutazione del PRP da parte del Nucleo operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione, riguardano fondamentalmente tre ordini di problemi:

- criticità nella disponibilità, nell´utilizzo e nella gestione delle risorse: fino ad oggi le attività sono state vincolate alla disponibilità aziendale delle risorse previste per gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e, a partire dal 2005, del piano regionale di prevenzione, ma i vincoli introdotti dal piano di rientro, principalmente con il blocco del *turn over*, hanno di fatto reso impossibile il reclutamento di personale dedicato;
- problemi di organizzazione e di governo dei progetti all´interno dell´Azienda Sanitaria: l'offerta aziendale è risultata carente, oltre che per la scarsità di risorse umane (vedi punto precedente), anche per la scarsa definizione organizzativa;
- problemi di organizzazione e di governo a livello regionale: le funzioni centrali hanno manifestato un carente livello di realizzazione delle attività previste, specie per quel che riguarda l'organizzazione di una adeguata campagna informativa. Inoltre alcuni problemi si sono riscontrati a livello dello sviluppo e della diffusione del sistema informativo regionale dedicato.

Pertanto devono essere predisposte specifiche iniziative per migliorare le performance dei programmi di screening oncologici mediante l'adeguamento della "capacità di produzione" intesa come adeguamento dei livelli e della qualità dell'erogazione degli stessi programmi.

L'osservazione che, all'interno della Regione, alcune realtà di ASL già ottengono risultati apprezzabili o francamente positivi rende evidente che l'obiettivo regionale debba rivolgersi prevalentemente alla omogeneizzazione della capacità di ottenere risultati operativi da parte di tutte le Aziende sanitarie affinché sia uniformemente riconosciuta la priorità del rispetto di tale LEA. Pertanto verranno realizzati, a cura dello specifico gruppo di Area Tematica previsto nel Nucleo operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione, documenti di indirizzo, anche usufruendo delle migliori esperienze intraregionali e utilizzando strumenti di incentivo/disincentivo nei confronti delle Direzioni aziendali.

È necessario inoltre realizzare una reingegnerizzazione della organizzazione aziendale, all'interno del principio della sostenibilità evidenziando quindi la relazione tra modello organizzativo e uso delle risorse disponibili. A tale scopo potranno essere utilizzate esperienze condotte in altre Regioni.

Infine, allo scopo di migliorare il livello di governo centrale, si ricorrerà al supporto offerto alle Regioni da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening. Sarà inoltre realizzata la partecipazione attiva al progetto coordinato da Age.Na.S. "Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non" destinato alla individuazione delle criticità sia di governance che di programmazione operativa intraregionali.

Risultati Programmati

- Approvazione protocollo di intesa con l'Osservatorio Nazionale Screening per il supporto operativo entro 31.10.2013;
- adesione al progetto coordinato da Age.Na.S. "Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non" entro il 31.10.2013;
- realizzazione documenti di indirizzo regionali per il miglioramento delle performance dei programmi di screening aziendali, a cura dello specifico gruppo di Area Tematica previsto nel Nucleo operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Realizzazione documenti di indirizzo regionali per il miglioramento delle performance dei programmi di screening aziendali, a cura dello specifico gruppo di Area Tematica previsto nel Nucleo operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione, entro il 31.12.2013.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e lavoro

Azione 11.1.3: Corso di formazione: comunicare la salute per realizzare il piano regionale di prevenzione in Campania

E' in fase di organizzazione un seconda esperienza formativa teorico-pratica finalizzata all'acquisizione, da parte di operatori sanitari regionali e aziendali, di competenze specifiche in tema di comunicazione. Tale progettualità si è resa necessaria dal momento che il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 della Regione prevede la realizzazione di numerosi progetti basati su attività di comunicazione a varie tipologie di target (sanitari e non sanitari). Lo sviluppo e l'evoluzione dei Sistemi di Sorveglianza regionali e nazionali (OKkio alla Salute, HBSC, PASSI e Passi D'Argento), inoltre, per poter produrre la massima efficacia, necessitano di un'indispensabile fase di comunicazione dei risultati ai principali Gruppi di Interesse. L'esperienza formativa sarà realizzata da un'Agenzia di Comunicazione con consolidata esperienza nell'ambito della comunicazione per la salute e si gioverà della consulenza scientifica dell'ISS.

Le competenze principali che i partecipanti aziendali e regionali acquisiranno durante il corso, che si realizzerà nel corso dell'anno 2013, riguarderanno le seguenti azioni:

- definire e realizzare piani di comunicazione;
- valutare efficacia dei piani di comunicazione;
- formare gli operatori ASL alla Comunicazione.

Risultati Programmati

- Realizzazione Corso di formazione "Comunicare la salute per realizzare il Piano Regionale di Prevenzione in Campania" entro il 31.12.2013;
- rendicontazione PRP per certificazione ministeriale per gli anni 2012 e 2013 rispettivamente entro il 31.10.2013 e il 31.03.2014.

Indicatori di risultato

- Realizzazione Corso di formazione "Comunicare la salute per realizzare il Piano Regionale di Prevenzione in Campania" entro il 31.12.2013;
- certificazione ministeriale per gli anni 2012 e 2013 rispettivamente entro il 31.10.2013 e il 31.03.2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e lavoro

Intervento 11.2: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

La Conferenza Stato-Regioni, in data 1 agosto 2007, ha sottoscritto un accordo denominato "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", che ha fissato, per le Regioni e le Province Autonome, una serie di obiettivi strategici che sono diretti a razionalizzare gli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, accordo reso esecutivo con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2007, DPCM 17 dicembre 2007.

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

Il Patto sottolinea l'esigenza di una maggiore omogeneità delle attività di vigilanza sul territorio nazionale, al fine di garantire il raggiungimento di standard minimi definiti a livello nazionale ed il potenziamento delle attività di iniziativa dei Servizi pubblici, privilegiando la programmazione di piani di intervento strutturati ed a valenza territoriale ampia per raggiungere i seguenti obiettivi nazionali:

- effettuazione di n. 250.000 interventi ispettivi/anno, ripartiti tra le Regioni e PP.AA. in relazione al numero di unità locali delle imprese attive nei rispettivi territori;
- espletamento dell'attività di vigilanza, pari alla quota del 5% delle unità locali, ripartita tra le Regioni e le PP.AA. in relazione al numero di unità locali delle imprese, attive nei rispettivi territori;
- potenziamento operativo dei Servizi delle AA.SS.LL. di cui si è rilevato l'assetto organizzativo e produttivo, in rapporto ai LEA, ai bisogni ed alle esigenze territoriali della struttura.

Il Coordinamento Tecnico Interregionale ha definito gli indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi regionali, come di seguito si precisano:

- obiettivo 1: percentuale di copertura del 5% delle unità produttive regionali da ispezionare, calcolandolo a partire dal numero di PAT regionale, con almeno n.1 dipendente o equiparato;
- obiettivo 2: il numero degli interventi ispettivi da effettuare in ogni Regione tiene conto della percentuale delle PAT presenti nella Regione, con almeno un dipendente o equiparato, rispetto a quelle presenti nel territorio nazionale. Il numero degli interventi ispettivi complessivamente effettuati si ottiene sommando i risultati delle voci riportate nelle schede della sopraccitata rilevazione: n. sopralluoghi complessivamente effettuati in cantieri – prima visita, rivisita, sopralluogo per dissequestro, ecc, n. sopralluoghi complessivamente effettuati in aziende agricole, n. sopralluoghi complessivamente effettuati in aziende.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con DPR 23 maggio 2003, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili, in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo 8 agosto 2001 tra Stato, Regioni e Province Autonome, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002-2003, nonché nei limiti ed in coerenza con i livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

La Regione, a partire dal 2007, in adempimento al DPCM 17 dicembre 2007, si è impegnata al raggiungimento del LEA "Prevenzione salute nei luoghi di lavoro", adottando piani specifici e mettendo in atto azioni finalizzate al raggiungimento di detti obiettivi.

In data 21 giugno 2011, con delibera della Giunta regionale n.309, la Regione ha adottato il Piano Regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, in coerenza con il vigente Piano Sanitario Nazionale, trasmettendo al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, la documentazione relativa al piano Regionale delle Prevenzione della Regione 2010-2012 relativo, tra gli altri, ai seguenti progetti: "Progetti di Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo", che ha, tra gli altri indici, il numero di Aziende ispezionate sul totale previsto.

In data 24 aprile 2012, con Decreto n.50 il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro ha adottato il piano, relativo all'anno 2012, di Attività di Vigilanza delle AA.SS.LL. per la Prevenzione nei luoghi di lavoro, definendo, per ogni ASL, il Piano straordinario di vigilanza, relativo all'anno 2012.

Con il succitato decreto, è stato stabilito che presso l'AGC 20 "Assistenza Sanitaria" venga istituito un gruppo di lavoro regionale, deputato al controllo dei dati per il raggiungimento degli obiettivi fissati per le AA.SS.LL. e degli adempimenti riguardanti la verifica ed il popolamento delle banche dati dei progetti nazionali CCM "Sbagliando s'impara" e CCM "MaIPro". Detto gruppo operativo è deputato al coordinamento, monitoraggio e valutazione *in progress* del Piano Straordinario di Vigilanza per il raggiungimento dei LEA 2012 della Regione.

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

Lo stesso decreto stabilisce che detto gruppo di lavoro è presieduto dal Coordinatore dell'AGC 20 ed è composto:

- dai dirigenti e dagli operatori individuati dal Coordinatore dell'AGC 20 con Decreto dell'AGC 20;
- dai referenti aziendali, individuati da ciascun Direttore Generale, per informare la Regione dello stato di avanzamento delle attività e per coordinare e realizzare il Piano nel territorio di propria competenza.

In sede di valutazione del decreto 50/2012 il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno approvato il Piano Straordinario di Vigilanza della Regione ed hanno precisato che "si resta in attesa degli esiti del monitoraggio e valutazione *in progress* del piano straordinario di vigilanza per il raggiungimento dei LEA 2012".

Conseguentemente è stato istituito un Gruppo Operativo Regionale di coordinamento, monitoraggio e valutazione *in progress* del Piano Straordinario di Vigilanza per il raggiungimento dei LEA 2012 della Regione, individuando come operatore di riferimento per l'AGC 20 il referente regionale della Sicurezza sul Lavoro e referente dei "Progetti di Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo" che ha partecipato ai corsi di Formazione per operatori impegnati nei progetti dei Piani Regionali di Prevenzione organizzati dal Ministero della salute – CCM presso l'Istituto Superiore della sanità, nonché tutti gli altri componenti.

Risultati Programmati

- Predisposizione, nella fase di programmazione delle attività di un sistema di monitoraggio delle progettualità aziendali, in attuazione del Piano Straordinario di Vigilanza e messa a punto di strumenti, anche informatizzati, per individuare tempestivamente aree di criticità regionali e aziendali;
- realizzazione, nella fase attuativa del Piano Straordinario di Vigilanza, delle seguenti azioni: coordinamento, monitoraggio e valutazione *in progress* del Piano stesso per il raggiungimento degli standards di assicurazione dei LEA;
- analisi dei risultati ottenuti attraverso i principali indicatori del Piano stesso; descrizione degli out come previsti dalle attività del Piano e delle attività LEA della Prevenzione;
- predisposizione e realizzazione di un programma di verifica, con le singole ASL, dei risultati raggiunti;
- riunioni del Gruppo di lavoro con periodicità almeno bimestrale;
- relazione dei referenti aziendali che compongono il Gruppo Operativo Regionale a cadenza trimestrale sulle attività poste in essere per la realizzazione del Piano Straordinario di Vigilanza.

Indicatori di risultato

- Percentuale di unità controllate sul totale previsto nei LEA ((n. aziende oggetto di ispezioni/ n. aziende con almeno 1 dipendente + n. aziende artigiane con > 1 artigiano)*100) N.B. il numeratore è costruito sommando le voci: (n. aziende oggetto di ispezione comp. Edilizia) + (n. aziende oggetto di ispezione sett. Agricoltura) + (n. aziende oggetto di ispezione altri comparti) + (n. aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri);
- percentuale n. cantieri ispezionati sul totale da controllare;
- percentuale aziende agricole sul totale da controllare.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e lavoro

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

Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- rimodulazione del sistema organizzativo regionale: istituzione dell'area di coordinamento in materia di igiene degli alimenti, sicurezza alimentare e nutrizione;
- coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014;
- definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale;
- miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali;
- assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa;
- adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.

Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	**-**	**-**	**-**
Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	-	-	-
Riorganizzazione del "nodo" regionale	-	-	-
Attuazione Piano Regionale Integrato	-	-	-
Certificazione ISO 9001/2008 delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	-	-	-
Consolidamento dello stato di accreditamento per Malattia Vescicolare del Suino (MVS) delle aziende suinicole campane – Raggiungimento dello stato di Accreditamento regionale per MVS	-	-	-
Piano Gestione del randagismo e igiene urbana veterinaria (IUV)	-	-	-

Tabella 49 – Sintesi manovre

Intervento 12.1: Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Azione 12.1.1: Riorganizzazione del "nodo" regionale

Il Settore Veterinario regionale risulta attualmente dotato di un assetto organico tale da garantire gli adempimenti oggetto di verifica da parte del Comitato LEA ed il raggiungimento degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale. Di contro la struttura regionale di riferimento per i Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) presenta notevoli carenze in termini organizzativi e di risorse dedicate. Già in occasione dell'audit del Ministero della Salute del novembre 2009 sul sistema sanitario della Regione dedicato alla prevenzione in materia di sanità veterinaria e alimentare, nel rilevare l'adeguatezza organizzativa del Settore veterinario, veniva riportata nelle raccomandazioni della relazione conclusiva l'esigenza di adeguare le risorse dedicate al Servizio 06 del Settore Assistenza Sanitaria, giudicate insufficienti per assicurare gli adempimenti di livello regionale previsti dal Piano Nazionale Integrato (PNI) in attuazione dell'art. 41 del Reg. (CE) 882/2004.

Va evidenziato a tale proposito che il Regolamento regionale n. 12/2012, nel definire il nuovo modello di organizzazione regionale, non solo non risolve le predette criticità relative alla struttura di riferimento per i SIAN, ma prevede anche una drastica riduzione delle strutture dedicate alle attività di sanità veterinaria e sicurezza alimentare rispetto a quelle in essere in attuazione del precedente ordinamento amministrativo (Legge Regionale n. 11 del 4 luglio 1991), costituendo un'unica Unità Operativa Dirigenziale denominata "Prevenzione e sanità pubblica veterinaria" e rendendo ancora più critico il perseguimento dei risultati programmati.

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

E', altresì, rilevante che in tale contesto critico relativo all'organizzazione del "nodo regionale" interviene l'Accordo n. 46*/CSR del 7 febbraio 2013 sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, con il quale vengono dettate Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale 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 le Linee guida e costituisce, tra l'altro, adempimento ai fini della verifica da parte del Comitato LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regione. Il documento prevede standard di funzionamento per tutti i tre livelli dell'autorità competente compreso, quindi, il livello regionale che in Campania presentano le citate carenze organizzative introdotte dal nuovo ordinamento.

Per superare le criticità conseguenti al nuovo assetto delle strutture della Giunta regionale previsto dal regolamento regionale 12/2011 e garantire, quindi, l'adeguamento agli standard nazionali ed il raggiungimento degli obiettivi strategici in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare, è necessario modificare i provvedimenti attuativi del regolamento regionale 12/2011 e prevedere nell'ambito della Direzione Generale per la "tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale" la costituzione di un Ufficio di Staff con funzioni di supporto tecnico-operativo per il coordinamento delle attività delle seguenti quattro Unità Operative Dirigenziali (U.O.D.):

- Sanità animale;
- Igiene e sicurezza degli alimenti e della nutrizione;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- Igiene Urbana Veterinaria e prevenzione del randagismo.

Risultati programmati

- Modifica del vigente ordinamento amministrativo della Giunta regionale con l'istituzione nell'ambito della Direzione Generale "tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale" di un Ufficio di Staff tecnico-operativo e di quattro Unità Operative Dirigenziali dedicati esclusivamente alle funzioni di livello regionale in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

Indicatori di risultato

- Proposta alla Giunta regionale di modifica delle strutture ordinamentali ai sensi del regolamento n. 12/2011 con la costituzione delle nuove strutture competenti in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e sanità pubblica veterinaria.

Azione 12.1.2: Attuazione Piano Regionale Integrato

La Regione ha definito e approvato il secondo Piano Regionale Integrato (PRI 2011-2014) che prevede l'adeguamento alle linee di attività del vigente Piano Nazionale Integrato (PNI) oltre alle specificità proprie della Campania, attuate attraverso Piani di monitoraggio regionali sui rischi presenti nel territorio.

Sulla base delle disposizioni contenute nel PRI 2011-2014 e degli obiettivi dello stesso è stato avviato l'adeguamento dell'accreditamento delle prove analitiche funzionali ai controlli previsti dallo stesso Piano. L'ampliamento del bacino di metodiche accreditate si pone a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali.

Gli obiettivi contenuti nel PRI 2011-2014 sono stati assegnati ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. con DC n.9/2011 e conseguentemente, è stata attribuita loro la responsabilità delle attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

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

Tali attività sono monitorate trimestralmente attraverso i sistemi informativi regionali e l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare (ORSA) da un apposto nucleo di monitoraggio istituito con il predetto Decreto Commissariale.

Al fine di verificare l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli ufficiali su animali vivi, mangimi e alimenti in tutte le fasi della produzione, trasformazione e distribuzione previste dal PRI la Regione Campania, a partire dal 2010, attua programmi annuali di audit sulle AA.SS.LL. attraverso un Nucleo regionale per i controlli ufficiali (Nu.Re.C.U.).

Risultati programmati

- Attuazione obiettivi strategici ed operativi del PRI 2013-2015;
- conclusione dell'accreditamento delle prove analitiche funzionale all'attuazione dei piani di monitoraggio previsti dal PRI presso i laboratori ufficiali.

Indicatori di risultato

- Monitoraggio trimestrale sulle attività svolte dai servizi territoriali e sugli obiettivi del PRI.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e sanità pubblica veterinaria.

Azione 12.1.3: Certificazione ISO 9001/2008 delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, per favorire il raggiungimento degli obiettivi operativi del Piano Regionale Integrato (PRI) dei controlli

Nel corso dell'attuazione del Programma Operativo 2011/2012 sono emerse alcune difficoltà certamente attribuibili alla disomogeneità degli interventi ed all'assenza di procedure standard per l'erogazione degli stessi.

Per ovviare a tale fattore critico è stato disposto un programma che prevede la certificazione ISO delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria e, a medio/lungo termine, l'accreditamento ad opera dell'Ente unico nazionale ACCREDIA delle strutture regionali che consenta alle stesse di assurgere al ruolo di certificatore dei servizi territoriali al fine di:

- garantire omogeneità sul territorio regionale nelle procedure attinenti le attività di controllo ufficiale nelle materie previste dal vigente Piano Regionale Integrato;
- certificare il sistema qualità per garantire ai fruitori che il livello di qualità del proprio modello organizzativo risponde a requisiti riconosciuti a livello internazionale;
- organizzare tutto il complesso sistema documentale, informatico ed organizzativo, centrale e periferico, già esistente in un unico sistema integrato maggiormente fruibile e chiaro.

Si riportano di seguito i risultati ad oggi conseguiti relativamente al processo di certificazione dei Servizi AA.SS.LL. e dei Settori regionali:

- condivisione del progetto in ambito territoriale con coinvolgimento delle strutture dei "Sistema qualità" territoriali delle AA.SS.LL;
- individuazione in ambito regionale e territoriale dei referenti aventi il ruolo e le funzioni di "responsabili della qualità" per il progetto;
- elaborazione della documentazione propedeutica alla stesura dei manuali e di alcune delle procedure operative (PG-Procedura Gestionale; POS-Procedura Operativa Standard);
- formazione del personale referente regionale e delle Aziende sanitarie Locali;

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

- predisposizione di una piattaforma web definita “CE.SE.SA.RE” attiva sul sito dell’Osservatorio regionale per la Sicurezza Alimentare (ORSA) utilizzata dai referenti della qualità per le necessarie interazioni e per l’ottimizzazione del flusso di informazioni e di materiale inerenti il processo;
- predisposizione degli organigrammi/funzionigramma delle sedi da certificare.

Sono state, tuttavia, evidenziate nel corso del monitoraggio del progetto in causa alcune criticità che attengono sia alle possibili interferenze del progetto sugli obiettivi degli operatori del controllo ufficiale, che al ruolo dell’Ente Regione quale certificatore dei servizi territoriali che comporterebbe oggettive difficoltà operative nonché di natura giuridica legate a tale funzione.

Si è, pertanto, provveduto a rimodulare gli obiettivi ed il cronoprogramma del progetto con l’esclusione dell’accreditamento della Regione quale ente certificatore, nonché il differimento dei relativi tempi di attuazione al fine di evitare un programma troppo intenso che possa influire sulle ordinarie attività dei Servizi coinvolti.

La realizzazione di tale azione risulta essere funzionale a quello che è il processo di riorganizzazione e riqualificazione del “nodo regionale”, che resta ancora un aspetto critico relativo al Settore Assistenza Sanitaria dell'AGC 20.

Risultati programmati

- Conseguimento entro il 31.12.2013 della certificazione ISO 9001:2008 delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria.

Indicatori di risultato

- Ulteriore attività di formazione specifica sulle norme della ISO 9001:2008 per il personale delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria e dei Servizi assicurazione qualità elle AA.SS.LL. entro il 30.09.2013;
- elaborazione della documentazione di sistema necessaria (Manuale, procedure, ecc) entro il 30.09.2013;
- avvio di sopralluoghi presso le sedi da Certificare entro il 31.07.2013;
- completamento di almeno quattro verifiche ispettive interne a campione entro settembre 2013;
- conseguimento della certificazione ISO 9001:2008 per le strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria entro il 31.12.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e sanità pubblica veterinaria.

Azione 12.1.4: Consolidamento dello stato di accreditamento per Malattia Vescicolare del Suino (MVS) delle aziende suinicole campane – Raggiungimento dello stato di Accreditamento regionale per MVS

Attraverso il regolare monitoraggio delle attività delle ASL il livello regionale consente la verifica costante sul rispetto dei tempi e delle modalità di controllo sierologico delle singole aziende suinicolo, ai fini del mantenimento dello stato di accreditamento aziendale nei confronti della Malattia Vescicolare del Suino e il riaccreditamento in tempi brevi in eventuale caso di riscontro di sieropositività.

A tale monitoraggio si aggiunge quello sulla conformità e la costanza dei controlli effettuati dai Servizi Veterinari delle ASL ai fini della verifica del possesso di requisiti di biosicurezza delle aziende suinicole campane, previsti dal Decreto Commissariale n. 93/2011, che contribuisce alla mitigazione del rischio di introduzione della malattia negli stessi allevamenti. La diffusione del “sistema suinicolo campano” di cui al Decreto Commissariale n. 39/2012, con il relativo obbligo di marcatura individuale

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

di tutti i suini introdotti negli allevamenti da ingrasso e di quelli da movimentare per le altre tipologie di allevamento, rappresenta un ulteriore elemento di controllo della malattia.

Altro elemento di controllo e lotta alla contraffazione è rappresentato da un programma di identificazione elettronica degli animali sottoposti al controllo per MVS, unitamente a controlli a campione sulla tipizzazione genetica (DNA) dei campioni conferiti al laboratorio al fine di garantire l'assenza di errori nella fase di campionamento a cura delle ASL.

L'attività sopra descritta e la progressiva razionalizzazione dell'allevamento suinicolo, in uno con l'auspicata assenza di focolai di malattia conclamata per un periodo definito dalle norme internazionali, ha come obiettivo l'ottenimento della qualifica di "Regione Accreditata" per MVS con riconoscimento a livello nazionale e comunitario.

Risultati programmati

- Mantenimento della qualifica di "Azienda Accreditata per MVS" per tutti gli allevamenti suinicoli regionali a carattere commerciale, attraverso il monitoraggio puntuale dell'attività di verifica annuale effettuata dai Servizi Veterinari delle ASL;
- ottenimento della qualifica di "Regione Accreditata per MVS".

Indicatori di risultato

- Ottenimento della qualifica di "Regione Accreditata per MVS", riconoscimento di tale qualifica da parte del Ministero della Salute e dalla Commissione europea a mezzo di apposita Decisione entro il 31.12.2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e sanità pubblica veterinaria.

Azione 12.1.5: Piano Gestione del randagismo e igiene urbana veterinaria (IUV)

La disomogeneità degli interventi in materia di IUV sul territorio regionale ha determinato una condizione diversificata per cui si rende necessario armonizzare i comportamenti e le azioni al fine di apportare correttivi e garantire il medesimo livello delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL, in conformità ai Livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29.11.2001. Questa è la missione primaria del Centro di Riferimento Regionale di Igiene Urbana Veterinaria (CRIUV), istituto attraverso un protocollo d'intesa tra la Regione Campania, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno e l'Università Federico II di Napoli. Il Centro rappresenta lo strumento operativo dell'Assessorato Regionale alla Sanità. Tale azione viene esercitata in particolare attraverso una capillare opera di sensibilizzazione degli operatori del SSR coinvolti, che si estrinseca con opportuni incontri tecnici, riunioni di servizio, note ed istruzioni operative, sempre documentate. L'azione, oltre che di tipo informativo, consiste molto più spesso in interventi di assistenza e supporto nelle relazioni con gli Enti locali, quali ad esempio i Comuni, od anche sulle stesse Amministrazioni reggenti le singole Aziende sanitarie Locali, che non sempre mostrano livelli di attenzione uniforme nei confronti della problematica. Nel corso di tali incontri sul territorio, inoltre, è costantemente monitorata la locale disponibilità delle risorse umane, delle dotazioni strumentali, nonché la qualità e quantità delle prestazioni erogate. Tanto al fine di standardizzare le azioni in materia di prevenzione del randagismo ed offrire nel contempo proposte di modelli operativi attuabili nelle singole realtà territoriali analizzate ricorrendo, nel caso, anche a forme di collaborazione interaziendali qualora si rilevino situazioni di carenze o emergenziali. L'azione di standardizzazione del livello prestazionale trova maggiore sensibilità nei vertici aziendali, cui con il Decreto Commissariale n. 9/2011 sono stati attribuiti gli obiettivi del PRI ivi compresi quelli di igiene urbana veterinaria.

Per il tramite di una delle Aree Funzionali, il CRIUV coordina ed attua a livello regionale una linea di attività di diagnostica necroscopica degli animali a vita sinantropica, finalizzata all'acquisizione di informazioni epidemiologiche sulle malattie, infettive e non, nonché sulle cause di morte di detti animali. Tale attività viene esercitata da parte dai Servizi Veterinari territoriali e dalle Sezioni

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

dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno (IZSM), in forma congiunta e con l'ausilio della competenza specialistica di rappresentanti del Dipartimento di Patologia e Sanità Animale dell'Università Federico II di Napoli. Il CRIUV emana, a tal riguardo, procedure ed istruzioni operative, al fine di assicurare al meglio il coordinamento di livello regionale di tale linea di attività.

Il CRIUV è, inoltre, sede del Registro Tumori Animali (RTA) della Campania che opera in correlazione con il registro tumori animali nazionale, coordinato dal centro nazionale di referenza per l'oncologia veterinaria e comparata, presso la sezione di Genova dell'IZS del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta.

In materia di gestione del randagismo e di IUV, è prevista, tra le altre, l'attività di formazione articolata nelle seguenti materie:

- formazione rivolta agli operatori finalizzata all'approfondimento delle attività di prevenzione del randagismo ed igiene urbana veterinaria;
- informazione e campagne di sensibilizzazione finalizzate ad incentivare le adozioni degli animali senza padrone.

Si riporta di seguito il programma di formazione per il triennio 2013/2015, in parte già avviato negli anni 2011 e 2012:

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

SETTORE	DESTINATARI	ARGOMENTO
IGIENE URBANA VETERINARIA E LOTTA AL RANDAGISMO	VETERINARI E TECNICI DELLA PREVENZIONE	I Sistemi Informativi Regionali: L'anagrafe canina regionale e Il Sistema GISA, strumenti indispensabili delle attività veterinarie ufficiali da svolgere nei canili pubblici e privati censiti e sui cani padronali
	VETERINARI E TECNICI DELLA PREVENZIONE	La normativa vigente per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie ai sensi della DGR 593/96
	VETERINARI E TECNICI DELLA PREVENZIONE	Aggiornamenti sulla normativa che regola le movimentazioni commerciali e non commerciali degli animali d'affezione
	VETERINARI E TECNICI DELLA PREVENZIONE	Il controllo igienico-sanitario delle colonie feline: censimento e controllo delle zoonosi
	VETERINARI	Tecnica delle necroscopie e diagnostica cadaverica veterinaria, finalizzata alla formazione specialistica degli operatori che si occuperanno della specifica linea di attività.
	OPERATORI TECNICI	Riqualificazione del personale tecnico delle AASSLL, addetto alla cattura, contenimento e trasporto, in condizioni di sicurezza e benessere animale, degli animali a vita sinantropica.
	OPERATORI TECNICI	La raccolta ed il trasporto dell'animale ferito: dal territorio al ricovero
	VETERINARI E TECNICI DELLA PREVENZIONE	La valutazione degli indicatori di benessere nei concentramenti di animali di affezione.
	VETERINARI	Tecniche di sterilizzazione chirurgica quale metodica di controllo delle popolazioni vaganti.
	VETERINARI	Interventi di primo soccorso per gli animali senza padrone. L'ausilio delle Tecniche diagnostiche di laboratorio e di quelle strumentali
	VETERINARI	Nuove co-terapie: le attività assistite con gli animali d'affezione
	VETERINARI - OPERATORI DELLA POLIZIA MUNICIPALE	L'educazione sanitaria mirata alla conoscenza del corretto rapporto uomo-animale-ambiente
	VETERINARI	Elementi di analisi del rischio nel campo della sperimentazione animale e procedure di categorizzazione
	VETERINARI	I contaminanti ambientali ed i piani di monitoraggio nei SIN.

Tabella 50 – Programma di formazione per il triennio 2013/2015

Di seguito il programma di informazione/sensibilizzazione:

DESTINATARI	OBIETTIVO	STRUMENTI
Aggregazione di cittadini, utenti, consumatori in piazze, mercati, centri commerciali, consultori, farmacie, studi medici, ambulatori veterinari	Campagna di sensibilizzazione sull'adozione degli animali senza padrone e l'applicazione dei microchip sui cani padronali	Produzione ed Utilizzo di materiale audiovisivo, cartaceo, supporto informatico, Sportello adozioni
Popolazione scolastica (docenti, discenti, famiglie)	Programmi di informazione su tematiche di educazione sanitaria: il corretto rapporto uomo-animale-ambiente	Produzione ed Utilizzo di materiale audiovisivo, cartaceo, supporto informatico

Tabella 51 - Programma di informazione/sensibilizzazione

Per quanto riguarda la gestione del randagismo, l'anagrafe canina regionale *on line* è operativa dal giugno 2008, attraverso un sistema espressamente sviluppato in modo da poter gestire le vari fasi delle attività delle ASL, quali la gestione delle catture, le adozioni da canile, i trasferimenti di proprietà sia entro i confini del territorio campano sia verso le altre regioni italiane e l'estero. Al momento l'invio dei dati per l'allineamento con l'anagrafe nazionale avviene con cadenza mensile.

Il Sistema Anagrafe Canina della Regione è alimentato dai Veterinari del SSN e dai Veterinari Liberi Professionisti accreditati mediante l'iscrizione di tutti i cani sia di proprietari privati e sia di proprietà dei Sindaci del Comune di cattura, consentendo la registrazione di tutti i trasferimenti e le movimentazioni al fine di avere sempre la tracciabilità del soggetto. Il Sistema prevede la registrazione di tutti i *microchips* acquistati che alimentano la BDR a priori che consente anche la

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

verifica a monte sulla tracciabilità dello specifico identificativo. L'implementazione dell'anagrafe canina avverrà anche attraverso la predisposizione, da parte del Centro regionale, di un programma di anagrafe "itinerante", proposto alle singole AA.SS.LL. prevedendo postazioni fisse e/o mobili di anagrafe, dislocate sul territorio.

Attraverso un'azione di monitoraggio delle condizioni strutturali dei canili e di mantenimento dei cani ricoverati, è stata completata la categorizzazione del rischio in tutte le strutture di ricovero per cani, valutabile attraverso il Sistema Informativo Regionale GISA.

Nel corso delle suddette attività, inoltre, si è proceduto nel contempo alla verifica della corretta identificazione ed allineamento dell'iscrizione in BDR di tutti i cani ospitati presso le strutture di ricovero pubbliche e private.

E' stato definito un progetto regionale di sterilizzazione dei cani randagi di durata biennale teso al raggiungimento dell'obiettivo del 100% di sterilizzazione degli animali ospitati nei canili.

E' stata inoltre avviata un'attività di monitoraggio delle condizioni strutturali degli esercizi commerciali di vendita degli animali da compagnia e di mantenimento degli animali ivi ospitati, mediante un sistema di sorveglianza per la categorizzazione del rischio, valutabile attraverso il Sistema Informativo Regionale GISA.

Risultati programmati

- Standardizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL, in conformità ai Livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29/11/2001 in materia di prevenzione del randagismo, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, entro il 31.12.2015;
- completamento e mantenimento delle attività di formazione degli operatori e di sensibilizzazione, entro il 31.12.2015;
- incremento del numero di iscrizioni di cani in BDR, attraverso programmi di anagrafe "itinerante", entro il 31.12.2013;
- completamento della verifica della corretta identificazione ed allineamento dell'iscrizione in BDR di tutti i cani ospitati presso le strutture di ricovero pubbliche e private censite, entro il 31.12.2013;
- completamento del progetto regionale di sterilizzazione dei cani randagi ospitati nei canili censiti, entro il 31.12.2014;
- completamento del sistema di sorveglianza per la categorizzazione del rischio degli esercizi commerciali di vendita degli animali da compagnia censiti, entro il 31.12.2014;
- coordinamento tra le strutture che svolgono la diagnostica necroscopica nel territorio regionale, entro il 31.12.2013;
- implementazione dei controlli territoriali nel campo della prevenzione del randagismo da parte delle polizie locali.

Indicatori di risultato

- Verifica e valutazione del livello prestazionale in materia di prevenzione del randagismo nel 100% delle AA.SS.LL. e definizione del livello standard regionale in relazione alle specificità riscontrate entro il 31.12.2013;
- adeguamento del livello prestazionale in materia di prevenzione del randagismo agli standard definiti a livello regionale nel 100% delle AA.SS.LL entro il 31.12.2015;
- attuazione del 50% delle attività formative e di sensibilizzazione programmate per il triennio 2013/2015 entro il 31.12.2013 e del 100% entro il 31.12.2015;
- decremento dell'indice dato dal rapporto tra il n. "cani vaganti catturati non identificati" ed il n. cani "vaganti catturati restituiti ai proprietari" per singola ASL, calcolato al 31.12.2014 nei confronti di quello calcolato nel biennio precedente;
- iscrizioni con relativo allineamento in BDR, del 100% dei cani ospitati presso le strutture di ricovero pubbliche e private censite entro il 31.12.2013;
- sterilizzazione del 100% dei cani randagi ospitati nei canili censiti entro il 31.12.2014;

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

- esecuzione degli interventi di sorveglianza per la categorizzazione del rischio nel 100% degli esercizi commerciali di vendita degli animali da compagnia censiti, entro il 31.12.2014;
- preparazione di un documento programmatorio/operativo per il coordinamento tra le strutture che svolgono la diagnostica necroscopica nel territorio regionale, entro il 31.12.2013;
- esecuzione di incontri finalizzati alla corretta gestione degli animali in ambito urbano presso il 50% dei Comuni singoli o associati nel corso del triennio.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Prevenzione e sanità pubblica veterinaria coadiuvato dal Direttore del Centro regionale di Riferimento per l'Igiene Urbana Veterinaria CRIUV.

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

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento;
- definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

Reti assistenziali per intensità di cure: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Reti assistenziali per intensità di cure	**-**	**-**	**-**
Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke	-	-	-
Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche	-	-	-
Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del disease management. Individuazione della rete assistenziale regionale	-	-	-
Percorso nascita	-	-	-

Tabella 52 – Sintesi manovre

Le attività riportate nel presente Programma "Reti assistenziali per intensità di cure", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2011: as) Percorso nascita.

Intervento 13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke

La programmazione della Regione, in questi anni di gestione commissariale, ha dedicato ampio spazio alla predisposizione di soluzioni organizzative che individuano i presidi secondo il modello Hub & Spoke, utilizzando la logica dell'intensità delle cure. Tali soluzioni sono state ampiamente dettagliate nel Decreto 49/2010 col quale si sono predisposte azioni di riorganizzazione della rete emergenza-urgenza, in particolare per le patologie complesse tempo dipendenti quali le reti cardiologica, ictus e trauma.

Il coordinamento Regionale del sistema integrato dell'Emergenza, con il supporto del tavolo tecnico istituito con DCA n.23 del 9/3/1012 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 con il DCA n. 49/2010, nonché le caratteristiche tecnologiche e le modalità di acquisto necessarie per la trasmissione dei referti. Il Coordinamento Regionale del sistema integrato dell'Emergenza ha attivato i tavoli tecnici provinciali previsti dal DCA n.63 del 19.06.2012 delle Province di Avellino e Benevento, territori prescelti per l'avvio della sperimentazione attuativa che inizierà dal 01.03.2014 e che comprenderà una fase di formazione del personale della durata di 3 mesi e che si realizzerà durante lo svolgimento della gara in atto presso So.Re.Sa. per l'acquisto delle tecnologie necessarie per la trasmissione dei referti. Entro il 31.12.2014 è prevista la piena operatività della intera rete.

Sulla base delle proposte elaborate del Gruppo di Lavoro istituito con nota del Sub-Commissario ad acta viene preparato ed emanato il DCA 44/2013 nel quale sono indicati il modello e le linee guida di sviluppo della rete. Per la rete ictus è prevedibile l'attivazione entro il 31.10.2014 relativamente alle province di Avellino, Benevento, Napoli, Salerno, e successivamente Caserta, entro il 31.12.2014.

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

Per la rete trauma è prevedibile l'attivazione entro il 31.12.2014 previa costituzione di apposito gruppo di lavoro.

Il Decreto 49/2010 (par. H) ha inoltre delineato le linee essenziali per lo sviluppo di una rete oncologica regionale. Tali principi vanno declinati operativamente definendo da un lato i nodi ospedalieri di tale rete, mediante una metodologia che, a partire dai dati disponibili (SDO, prestazioni diagnostiche, prestazioni ambulatoriali, indici epidemiologici di incidenza, prevalenza e sopravvivenza, ove disponibili) con l'attribuzione a ciascuno della propria capacità operativa per livello di cure, ed i percorsi dei pazienti che necessitano tali cure; dall'altro stabilendo i rapporti della rete ospedaliera con le attività territoriali di prevenzione, di assistenza primaria, privilegiando, ove previsti, i percorsi che dai programmi di screening oncologico (mammella, utero, colon retto), attraverso le attività diagnostiche di II livello, conducono alle attività ospedaliere di diagnosi e cura. In tal senso, tenuto conto della complessità intrinseca del percorso attuativo e del contesto regionale, composto da numerosi erogatori pubblici e privati accreditati, spesso con bassi volumi di attività, si ritiene opportuno prevedere una graduale attivazione della rete regionale, mediante una prima definizione e attivazione di una rete oncologica specifica per il Ca del colon retto. A tale scopo verrà costituito uno specifico gruppo di lavoro, di supporto agli uffici regionali, per la realizzazione di una rete oncologica specifica per il Ca del colon retto.

La Regione, con delibera di Giunta Regionale n.1362 del 21.10.2005, ha individuato i presidi di riferimento per le malattie rare, istituendo un Centro regionale di Coordinamento presso l'Università Federico II. Nel corso degli anni sono state condotte diverse progettualità che hanno consentito, oltre che a definire la rete dei presidi ospedalieri, la realizzazione del registro regionale delle malattie rare (in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la Regione Veneto) e la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici per circa 20 malattie rare di origine genetica, con particolare riferimento alle sindromi malformative e alle malattie metaboliche ereditarie. Del tutto recentemente, al fine di supportare adeguatamente la programmazione regionale, infine è stato istituito il Gruppo tecnico di lavoro di esperti in Malattie Rare (DD n. 277 del 10/12/2012). In tale ambito, tenuto conto dei dati preliminari del registro regionale, è in atto la discussione per la definizione di criteri per la rimodulazione della attuale rete, nella previsione della istituzione di centri di esperienza e di eccellenza secondo quanto previsto dagli indirizzi europei (European Reference Network).

Risultati programmati

- Costituzione di un gruppo di lavoro per la realizzazione di una rete oncologica specifica per il Ca del colon retto, con la messa a regime di un programma regionale di screening oncologico del colon retto a cura delle ASL ed individuazione dei presidi di riferimento di II e III livello, entro il 31.12.2013;
- ridefinizione/aggiornamento della rete delle malattie rare alla luce dei dati del registro regionale, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- approvazione di un Decreto Commissariale per la definizione di una rete oncologica specifica per il Ca del colon retto e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici;
- approvazione di un Decreto Commissariale per l'aggiornamento della rete dei presidi delle malattie rare.

Responsabile del procedimento attuativo

- Rete oncologica: Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza ai Servizi dell'emergenza 118;
- reti trapiantologica e delle malattie rare: Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria.

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

Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle principali patologie croniche

Le patologie croniche rappresentano uno dei maggiori determinanti nel consumo di risorse in termini di assistenza, ripetuti ricoveri ospedalieri e uso di farmaci; il continuo aumento di malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie croniche, impone una revisione del modello assistenziale che preveda un forte coinvolgimento delle strutture territoriali e l'utilizzo di nuovi strumenti operativi.

Per tali motivi, l'area assistenziale di riferimento, nella definizione dei percorsi diagnostici-terapeutici, è quella relativa alle persone con patologie croniche e la modalità operativa è quella della gestione integrata, intesa come la partecipazione congiunta dello specialista e del medico di medicina generale (MMG) in un programma stabilito d'assistenza in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente.

L'obiettivo del modello integrato è quello di disegnare percorsi diagnostici e terapeutici condivisi, mettendo al centro dell'organizzazione assistenziale il paziente affetto da patologia cronica, favorire l'appropriatezza delle prestazioni e l'equità dell'accesso sulla base della valutazione del livello di complessità, ottimizzare l'utilizzo delle risorse, migliorando la cura ambulatoriale e limitando l'accesso al Pronto Soccorso ed il ricorso ai ricoveri ospedalieri, e ottenere risparmi attraverso la prevenzione delle complicanze e delle riacutizzazioni per elevata spesa di assistenza ospedaliera da queste determinate.

I soggetti affetti da patologie croniche necessitano di continuità assistenziale, di follow-up sistematici più o meno intensi a seconda della gravità clinica, di informazione e sostegno al fine di raggiungere la massima autogestione possibile.

Da ciò nasce l'esigenza di nuovi modelli organizzativi assistenziali, basati su di un approccio sistemico e integrato che implichi un'azione coordinata tra tutti gli attori del sistema assistenziale (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali, MMG, personale infermieristico), che con responsabilità diverse sono chiamati a sviluppare interventi mirati verso comuni obiettivi su un "patto di cura" condiviso con il cittadino e i suoi eventuali, e auspicati, caregivers.

Per attuare un tale intervento - disease management - è fondamentale disporre di processi di identificazione della popolazione target (dati epidemiologici riferiti, ricavati da sistemi di sorveglianza, e misurati, derivati dai flussi regionali), di linee guida basate su prove di efficacia, di strumenti educativi per supportare l'autogestione dei pazienti, di indicatori per la valutazione di processo e di esito, di sistemi informativi che facilitino non solo la comunicazione tra medici ma anche tra medici, pazienti e familiari per ottenere un'assistenza coordinata e a lungo termine. La presa in carico prevede l'inserimento del paziente in un percorso clinico-assistenziale basato su evidenze scientifiche dove, a seconda delle fasi della malattia, il medico specialista e/o il MMG, in accordo con il paziente (patto di cura), stabiliscono l'intervento più appropriato.

In particolare i percorsi diagnostici-terapeutici relativi alle patologie croniche riguardano i soggetti portatori di diabete, scompenso cardiaco, ipertensione e BPCO. Tali percorsi hanno l'obiettivo di assicurare livelli di assistenza adeguati e saranno definiti sulla base delle raccomandazioni formulate a livello nazionale e internazionale.

Pertanto, alla luce della elevata prevalenza, che si stima peraltro in aumento a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, non possono essere più considerate vincenti strategie assistenziali "attendiste" e "sintomatiche", che, per quanto tradizionalmente consolidate, dovranno necessariamente essere abbandonate a favore di un approccio più propriamente prognostico e preventivo, attraverso una medicina di iniziativa, e quindi con la strutturazione di percorsi assistenziali integrati, in grado di prevenire le fasi di riacutizzazione della malattia, responsabili dei ricoveri ripetuti, attraverso la presa in carico complessiva della persona affetta da patologia cronica. Tali percorsi saranno supportati da programmi educativi mirati al raggiungimento di uno stile di vita adeguato, che comprenda gli aspetti nutrizionali e l'esercizio fisico. Evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato, che i pazienti che ricevono un assistenza integrata e un supporto educativo al self-management e al follow-up, migliorano clinicamente e meno frequentemente ricorrono alle cure ospedaliere.

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

Deve, quindi, essere previsto un modello organizzativo di presa in carico nel quale il cittadino, al centro del sistema, reso esperto da opportuni interventi di informazione ed addestramento (empowerment), interagisca, attraverso un piano assistenziale personalizzato e condiviso, con il team multiprofessionale composto da MMG, specialisti, infermieri e operatori sociosanitari.

Spetta alle Cure Primarie il compito di curare la pianificazione e il coordinamento degli interventi a favore dei malati cronici attraverso una medicina di iniziativa, allo scopo di garantire ai pazienti e ai loro familiari una migliore qualità di vita e la possibilità di gestire al meglio la malattia, attraverso l'adozione di corretti stili di vita, il monitoraggio dei parametri fisici e il corretto uso dei farmaci.

Il redigendo ACN della Medicina Generale della Regione prevede uno specifico percorso per la Gestione Integrata del Diabete, così come previsto dal recente Piano Nazionale Diabete, mentre nell'ambito dello sviluppo del governo clinico e dell'appropriatezza permetterà l'attuazione di modelli organizzativi per la presa in carico delle altre cronicità: scompenso cardiaco, BPCO ed Ipertensione.

I percorsi assistenziali basati su protocolli condivisi e programmati ospedale-territorio per la gestione del paziente con patologia cronica, dovranno essere funzionali, agevoli e personalizzati, nonché strutturati attraverso l'integrazione tra risorse professionali e strumentali ospedaliere e potenzialità assistenziali territoriali, al fine di rispondere ai bisogni dei pazienti in ogni particolare fase della malattia secondo una rete integrata di cure.

Le patologie croniche prevedono setting assistenziali correlati alle varie classi di gravità della malattia pertanto per ognuna andranno individuate varie fasi operative:

- presa in carico;
- formazione;
- comunicazione anche strutturata attraverso l'adozione di strumenti informatizzati;
- aspetti organizzativi;
- valutazione periodica delle attività attraverso l'uso di indicatori ed audit.

Il setting assistenziale per ogni patologia prevederà un percorso specifico e diversificato per livello di complessità, tale da assicurare la continuità delle cure attraverso il coinvolgimento costante di tutti gli attori coinvolti: MMG, specialisti territoriali, specialisti ospedalieri.

Tutte le modalità di integrazione dovranno essere ben strutturate attraverso specifiche procedure, condivise e formalizzate. Nell'ambito dello sviluppo del modello assistenziale, fondamentale, pertanto, sarà la parte organizzativa per la individuazione di canali dedicati sia a livello di ASL, che di AO, specialmente per quanto attiene le prenotazioni, che attraverso la pianificazione di tutto il percorso assistenziale, consentiranno di evitare al paziente le liste di attesa, generate dalle prenotazioni ordinarie. Tale organizzazione mira ad evitare che il paziente esca dal percorso organizzato e si rivolga, in maniera non coordinata ad una rete di offerta il più delle volte inappropriata e poco efficace.

Ai Distretti sociosanitari è affidato il coordinamento delle cure per l'integrazione tra i MMG e gli specialisti territoriali; nonché il raccordo con le strutture di ricovero dimettenti al fine di assicurare la continuità assistenziale, i Presidi Ospedalieri di ASL o di AO dovranno organizzare le fasi di dimissione, anche protetta, e di affidamento al territorio in maniera strutturata e programmata. Ovviamente andranno previsti anche percorsi prioritari per le urgenze attraverso l'individuazione di una rete con le strutture di riferimento.

Pertanto, la formulazione dei percorsi diagnostico-terapeuti deve essere tarata sul livello di complessità della malattia ed essere condivisa tra gli operatori coinvolti e per ogni percorso deve essere previsto:

- la formazione degli operatori sia sugli aspetti comunicativi e procedurali di gestione del modello che sui contenuti scientifici del trattamento;
- la realizzazione di vie preferenziali di comunicazione tra MMG e specialisti e/o la definizione di precisi strumenti di comunicazione e di condivisione dei dati;

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

- la valutazione periodica delle attività attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato;
- la realizzazione di modalità di integrazione territorio-ospedale.

Ogni percorso diagnostico-terapeutico dovrà almeno contenere:

- le modalità di presa in carico;
- la formazione degli operatori;
- gli aspetti operativi: elementi clinico-diagnostici e terapeutici, follow-up, canali di interazione tra MMG-Specialista ambulatoriale/ospedale;
- la valutazione periodica delle attività audit;
- le modalità di comunicazione.

Risultati programmati

- Costituzione di gruppo di lavoro coordinato a livello centrale;
- adozione formale di un "Protocollo Regionale per la Gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (Diabete, Scompenso cardiocircolatorio, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)", entro il 31.12.2013;
- promozione dell'empowerment e miglioramento della compliance attraverso l'addestramento del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato, finalizzato all'autogestione consapevole ed efficace della malattia, onde consentire il rallentamento del decorso e di affrontare adeguatamente l'insorgenza di condizioni acute;
- attivazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici basati su una forte integrazione tra Medicina Generale, specialistica territoriale e ospedaliera, volti ad ottimizzare l'assistenza al paziente cronico, rendendola sempre più uniforme e qualificata, al miglioramento della qualità della vita ed alla riduzione dei ricoveri ospedalieri alle situazioni di stretta necessità, individuando ASL e AO quali aziende pilota (almeno 3 ASL e 3 AO) entro 31.12.2013; estensione delle attività a tutti i distretti delle ASL della Regione entro 31.12.2015;
- standardizzazione dei percorsi di presa in carico e di erogazione dell'offerta assistenziale attraverso la strutturazione di classi di pazienti omogenee per rischio, grado di complessità e bisogni assistenziali, entro 31.12.2013;
- promozione di un approccio integrato nella gestione del paziente cronico attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell'ambito del team multiprofessionale cui è demandata la presa in carico globale del paziente;
- ottimizzazione della cura attraverso l'applicazione di linee guida basate su EBM;
- adeguamento dei programmi di gestione informatizzata;
- riduzione della % dei ricoveri per le Patologie Croniche individuate, entro il 31.12.2014;
- riduzione della % di ricoveri ripetuti, entro il 31.12.2014;
- miglioramento degli esiti per le Patologie Individuate, entro il 31.12.2015;
- individuazione delle AO come strutture di III livello per le patologie individuate, entro 31.12.2015.

Indicatori di risultato

Entro il 31.12.2013:

- report sull'indagine di prevalenza;
- elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici per il Diabete, Scompenso Cardiaco, Ipertensione e BPCO;
- adozione del Protocollo con atto deliberativo o Decreto Dirigenziale;
- report di avvio delle attività nelle 3 ASL e 3 AO individuate;
- n. distretti con percorsi assistenziali attivati/tot. Distretti x ASL;
- n. MMG aderenti ai Percorsi per ASL;
- n. AO aderenti ai Percorsi assistenziali/totale AO coinvolte;
- valutazione dell'andamento dei ricoveri per le patologie croniche individuate (ultimi 3 anni).

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

Entro il 31.12.2014:

- report sullo stato di avanzamento delle attività;
- report in ordine alla valutazione degli indicatori:
- n. di soggetti con patologia cronica in gestione integrata (Fonte MMG), suddivisi per età, sesso e patologia;
- % di soggetti in trattamento;
- % di soggetti che hanno abbandonato i percorsi;
- % di soggetti in gestione integrata che hanno effettuato almeno un ricovero per le patologie croniche individuate;
- numero dei ricoveri per le patologie croniche individuate/anno (valutazione annuale);
- numero di ricoveri ripetuti/anno per le patologie croniche individuate;
- numero degli accessi in PS per i pazienti in GI /anno;
- n. di dimissioni con percorso integrato per le patologie individuate/ Tot. delle dimissioni per le patologie individuate per PO coinvolto di ASL o di AO;
- valutazione dell'impatto economico per farmaci, prestazioni, diagnostiche, ricoveri dei PDTA.

Entro il 01.12.2015:

- report sullo stato di avanzamento delle attività;
- report in ordine alla valutazione delle attività ed agli indicatori su individuati.

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San. di concerto con la struttura assessorile.

Intervento 13.3 : Prevenzione del piede diabetico attraverso l'attuazione del disease management. Individuazione della rete assistenziale regionale

Fra le complicanze del Diabete la più critica è il "Piede Diabetico", per la frequenza di ricovero, per i costi sanitari e per il notevole impatto sulla qualità di vita, soprattutto se determina amputazione. Il piede diabetico è un problema economico di rilevanti proporzioni, specie nel caso in cui un'amputazione comporti prolungati periodi di ospedalizzazione e di riabilitazione, nonché maggiore necessità di assistenza a domicilio e di servizi sociali.

La più frequente manifestazione del Piede Diabetico è l'ulcera. Le ulcere colpiscono il 10-15% dei diabetici dopo più di 20 anni di malattia, e sono particolarmente subdole perché decorrono a lungo senza sintomi a causa della neuropatia sensitiva; durante la fase acuta richiedono quasi sempre il ricovero, con una guarigione molto lenta, in genere dai 2 ai 6-8 mesi.

Lo spettro delle lesioni ai piedi è strettamente dipendente dalle differenti condizioni socio economiche, e dall'adesione agli standard di cura.

Il piede diabetico, una volta manifestatosi, non è suscettibile di guarigione completa; una sua caratteristica è il ripetersi di manifestazioni ulcerose la cui frequenza e gravità dipendono esclusivamente dall'igiene e dalla sorveglianza da parte del paziente o dei familiari, dall'uso di presidi di prevenzione domiciliare (scarpe o tutori di scarico, plantari), dalla opportunità di usufruire di cure podologiche frequenti e dalla prontezza nel riconoscimento e nell'intervento sulle lesioni iniziali (attraverso personale sanitario specificamente addestrato).

La Regione ha uno dei più alti tassi di amputazione in diabetici e negli ultimi 10 anni, al contrario di quanto è successo nella maggioranza delle restanti regioni, non si è osservata alcuna riduzione di tale tasso. L'analisi effettuata sulla banca dati SDO riporta oltre seicento amputazioni non traumatiche degli arti connesse alla patologia diabetica /anno.

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

Le Linee Guida internazionali indicano per la cura del Piede Diabetico la necessità di un approccio multidisciplinare integrato, articolato su diversi livelli di intensità di cura, come si evince nella Tabella seguente.

	ATTIVITÀ GARANTITE	EQUIPE OPERANTE
I livello	AMBULATORIO: - attività di prevenzione e terapia educativa; - attività di diagnosi del piede diabetico.	MMG, diabetologo, personale infermieristico dedicato.
II livello	CAD territoriale o ospedaliero: attività di diagnosi, e cura e prevenzione delle eventuali complicanze e disabilità: - medicazioni; - piccola chirurgia; - scarico delle lesioni neuropatiche plantari.	Diabetologo, personale infermieristico dedicato, podologo, tecnico ortopedico, chirurgo
III livello	STRUTTURA DI RICOVERO: Procedure di rivascolarizzazione distali endoluminali e chirurgiche, interventi di chirurgia sia di urgenza sia di elezione	Diabetologo, personale infermieristico dedicato, cardiologo interventista, chirurgo vascolare, chirurgo plastico, ortopedico, radiologo interventista

Tabella 53 - Organizzazione dei livelli di assistenza per il piede diabetico

Secondo le indicazioni dell' Allegato Tecnico n.2 al Piano Nazionale Diabete:

- sembra opportuno programmare servizi multidisciplinari di III livello per la cura del Piede Diabetico almeno ogni 50.000 pazienti censiti come affetti da diabete (circa ogni milione di persone residenti);
- tali Servizi possono essere realizzati all'interno del sistema o come percorso intra-ospedaliero dedicato, con la disponibilità di posti letto di degenza specifici, o in strutture appositamente definite e accreditate che riuniscano tutte le tecnologie e le competenze, in strettissima relazione con la restante rete degli altri due livelli di assistenza;
- ogni servizio di questo tipo dovrebbe poter seguire nell'arco di un anno un minimo di 200-300 casi complessi, fino a un massimo di 500-600. Stando alle evidenze presenti in letteratura, questo tipo di programmazione, è in grado di ridurre di circa l'85% le amputazioni maggiori.
- le strutture di III Livello devono essere strettamente integrate con la rete territoriale delle Cure Primarie e soprattutto dei Servizi di Diabetologia, in grado di recuperare al follow-up i pazienti sottoposti ai trattamenti intensivi, e di mettere in atto i provvedimenti di prevenzione secondaria e terziaria.

In Regione non erano stati individuati ad oggi Centri altamente specializzati per la prevenzione e la cura del piede diabetico (centri di III livello) integrati attraverso specifici percorsi assistenziali con i centri territoriali.

Alla luce di tale criticità si è reso necessario individuare una rete assistenziale a differente intensità, che comprenda: Centri di III livello altamente specializzati per la gestione del piede diabetico complesso, UO di PO che intercettano i casi attraverso i ricoveri, centri territoriali antidiabete, medici di medicina generale. Tale organizzazione a rete ha l'obiettivo di garantire che da qualunque punto avvenga l'accesso del "caso" (PS, UO non specializzate, ecc.) esso venga ricondotto all'interno dei percorsi individuati, al fine di garantire la qualità dell'intero processo assistenziale.

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

Al fine di consentire un percorso di cura appropriato e completo, che comprenda tutte le discipline coinvolte in questo complesso intervento assistenziale, le strutture di III livello devono essere allocate presso presidi ospedalieri ove siano presenti le seguenti specialità: Diabetologia, Ortopedia, Chirurgia Vascolare, Radiologia interventistica e possibilmente Chirurgia plastica ed in grado di espletare una completa diagnostica radiologica.

Poiché la Regione ha circa 5,8 milioni di abitanti devono essere previste minimo 5 Strutture di III livello allocate in Presidi Ospedalieri con le succitate specialità, e pertanto, oltre al potenziamento delle strutture dell'AORN Cardarelli, che presenta la maggiore casistica regionale di trattamento di tali casi, si è reso è necessario individuare un centro di III livello per Provincia, individuandone un secondo (oltre l'AORN Cardarelli) per la Provincia di Napoli, considerando l'alta densità abitativa, uno per la Provincia di Caserta, uno per la Provincia di Salerno, uno per le Provincie di Benevento - Avellino.

L'assistenza di I livello (Medicina generale) e II livello (Centri antidiabete territoriali distrettuali) è in fase di riorganizzazione sia per le azioni specifiche definite all'interno del redigendo ACN della Medicina generale, che per quanto riguarda l'individuazione dei punti di accesso territoriali alle cure di II livello, con l'integrazione tra i livelli a differente intensità, atti a garantire la continuità delle cure attraverso la presa in carico della persona con tale patologia (Piano di Prevenzione per le complicanze del Diabete. Progetto di Gestione Integrata/IGEA).

La Regione ha inteso intraprendere un'attività specifica mirata per la prevenzione del piede diabetico con una linea operativa dedicata all'interno del Piano Regionale di Prevenzione, Progetto 7: Prevenzione delle complicanze del diabete: percorso educativo assistenziale per la prevenzione del piede diabetico (Quadro d'insieme n. 3.3.1.1) DGRC 309 del 2011.

Per consentire la fase di organizzazione in data 4.11.2013 si è attivato un apposito gruppo di lavoro, costituito da esperti del settore per definire il percorso operativo da attuare per il raggiungimento degli obiettivi nei tempi sotto riportati che, considerate le criticità attualmente presenti, non sono comprimibili.

Il gruppo di lavoro, attraverso la raccolta ed analisi dei dati relativi alle strutture presenti su territorio, ha individuato gli ospedali candidabili al ruolo di strutture di III livello:

- AO Cardarelli (Napoli);
- AO Monaldi (Napoli);
- A.O.U.P. Federico II (Napoli);
- A.O.U.P. SUN;
- AO Ruggi (Salerno);
- AO Moscati (Avellino);
- AO Rummo (Benevento);
- Ospedale Civile S. Sebastiano (Caserta).

In tali strutture sono, infatti, garantite le discipline previste dal Programma operativo 13.2 ed in particolare Diabetologia/Medicina Interna, Ortopedia, Chirurgia Vascolare ed applicabilità di procedure di Radiologia interventistica (procedura SDO 39.90).

Nelle fasi di riorganizzazione saranno definiti sia eventuali protocolli di intesa che successivi atti programmatori.

L'obiettivo generale perseguito è la riduzione delle amputazione, dei ricoveri, e della disabilità conseguente a patologie del piede nei diabetici, al fine di raggiungere tale obiettivo ci si prefigge quanto segue:

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

Risultati programmati

- Riduzione della frequenza di re-ulcerazione in pazienti a rischio altissimo;
- riduzione del numero di ricoveri specifici per tale patologia;
- riduzione del numero delle amputazioni sia maggiori che minori (da rapportare alla prevalenza della popolazione diabetica nella ASL).

Entro il 31.12.2013:

- coordinamento delle strutture e degli operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del modello operativo del progetto;
- acquisizione dei dati relativi all'attuale offerta assistenziale e relativa analisi dei bisogni,
- definizione di indicazioni per la realizzazione di protocolli d'intesa e degli atti programmatori;
- definizione dei percorsi clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali;
- formazione continua degli operatori.

Entro il 31.12.2014:

- informatizzazione delle attività;
- attuazione del percorso;
- analisi annuale dei dati reperiti;
- valutazione annuale degli indicatori;
- analisi annuale dei risultati con eventuali modifiche in progress;
- preparazione dei reports annuali delle attività.

Entro il 31.12.2015:

- analisi annuale dei dati reperiti;
- valutazione annuale degli indicatori;
- analisi annuale dei risultati con eventuali modifiche in progress;
- diffusione e discussione dei risultati delle attività svolte.

Indicatori di risultato

- N. centri di III livello attivati/n. centri di III livello individuati;
- proporzione ASL/AO che hanno attivato un percorso per il piede diabetico;
- proporzione CD che attuano il percorso/totale n. CAD per ASL;
- n. di operatori che hanno ricevuto una formazione specifica;
- n. amputazioni/entro i primi sei mesi dalla attivazione del percorso (rete in fase di avvio) rispetto allo storico di 600 amp./anno;
- n. amputazioni/entro il primo anno dalla attivazione del percorso (rete a regime) rispetto allo storico di 600 amp./anno;
- n. pazienti con piede diabetico presi in carico dal I, II e III livello/ anno;
- riduzione dei ricoveri inappropriati per tale patologia (ricoveri per medicazioni, ricoveri 0-1 giorno, ricoveri non seguiti da intervento chirurgico, ricoveri ripetuti);
- n. amputazioni minori per diabete / totale amputazioni per diabete;
- n. amputazioni maggiori / totale amputazioni per diabete;
- valutazione dei costi assistenziali diretti sostenuti per diagnostica e terapia (Farmaceutica, Ricoveri, e Riabilitazione).

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San. di concerto con la struttura assessorile.

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

Intervento 13.4: Percorso Nascita e Promozione del parto spontaneo

Con deliberazione n. 532 del 29/10/2011, la Giunta regionale ha recepito l'Accordo 137/CU concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", approvato nella seduta della Conferenza Unificata Stato Regioni nella seduta del 16 dicembre 2010.

Con riferimento alle linee di azioni in cui è articolato l'Accordo, la Regione ha attivato le seguenti azioni:

- sono stati disattivati i punti nascita dei seguenti presidi:
  - P.O. Criscuoli di S. Angelo dei Lombardi;
  - P.O. Di Cerreto Sannita;
  - P.O. S. Maria Capua Vetere;
  - P.O. Cav. Apicella di Pollena;
  - P.O. Maresca di Torre del Greco;
  - P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra;
  - P.O. Mauro Scarlato di Scafati;
  - Villa delle Margherite di Napoli.

In base ai risultati delle attività ospedaliere, così come rilevati dai sistemi informativi specifici (SDO e CEDAP) al 31.12.2013, risultano destinati a chiusura o accorpamento i punti nascita riportati in Tabella 54:

AASS	STRUTTURA	COMUNE	NUMERO PARTI
ASL AV	Casa di Cura S. Rita s.p.a.	Atripalda	260
	PO Ariano Irpino	Ariano Irpino	347
	Ospedale Landolfi	Solofra	368
ASL CE	Ospedale Civile Maddaloni	Maddaloni	419
	Presidio Ospedaliero S. Rocco	Sessa Aurunca	258
	Ospedale Civile Ave Gratia Plena	Piedimonte Matese	183
	Casa di Cura S. Maria della Salute	S. Maria Capua Vetere	167
ASL NA 1	Po San Gennaro	Napoli	458
	PO Capilupi	Capri	88
ASL NA 2	Ospedale Anna Rizzoli	Lacco Ameno - Ischia	351
	Ospedale Civile Albano Francescano	Procida	1
ASL NA 3	Casa di Cura Trusso	Ottaviano	386
	Casa di Cura S. Lucia	San Giuseppe Vesuviano	422
	PO Ospedale Civile di Boscotrecase	Boscotrecasa	366
ASL SA	Ospedale Maria SS. Addolorata	Eboli	448
	Casa di Cura Tortorella	Salerno	429
	Ospedale Dell'Immacolata	Sapri	327
	Ospedale San Luca	Vallo della Lucania	320
	PO di Polla	Polla	361
AOU RUGGI	G. Fucito	Mercato S. Severino	447
	S. Maria Incoronata dell'Olmo	Cava dei Tirreni	350

Tabella 54 – Strutture con numero di nati inferiore a 500

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

Si evidenzia come, dei suddetti punti nascita, la Regione intenda mantenere in attività:

- il P.O. Capilupi di Capri, trattandosi di punto nascita situato su territorio isolano;
- il P.O. Anna Rizzoli di Ischia, trattandosi di punto nascita situato su territorio isolano;
- l'Ospedale Civile Albano Francescano di Procida, trattandosi di punto nascita situato su territorio isolano;
- il P.O. Dell'Immacolata di Sapri, in quanto la chiusura di tale PO causerebbe mobilità verso le regioni limitrofe.

Per la programmazione della chiusura o dell'accorpamento degli ulteriori presidi sia pubblici che privati accreditati – per questi ultimi anche all'esito dell'accreditamento istituzionale in itinere - si provvederà nel corso del primo semestre del 2014.

- è stata svolta l'attività di diffusione ed implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute e di strumenti per la sicurezza del percorso nascita attraverso l'adesione della Regione al progetto nazionale coordinato dall'ISS e relativo alla prevenzione della mortalità materna;
- sono stati disposti controlli mirati sulle dimissioni per parto per l'anno 2011 sulle strutture ove sono stati rilevati valori estremamente atipici sulla base dei risultati del Programma Nazionale Esiti. Tali attività hanno avuto un riscontro da parte delle Aziende Sanitarie che hanno contestato le schede di ricovero con conseguente abbattimento della tariffa ed applicazione di quella prevista per il parto vaginale. Per l'anno 2012, sotto il coordinamento della Commissione regionale per la promozione dell'appropriatezza, sono stati attivati i Nuclei Operativi di Controllo aziendali che stanno procedendo al monitoraggio ed al controllo delle cartelle cliniche; si è in attesa di ricevere l'esito delle attività intraprese ai fini dell'adozione delle azioni consequenziali;
- è in corso l'adozione del provvedimento di nomina dei componenti del Comitato Percorso Nascita Regionale, in linea con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità con nota di prot.n.0024768 del 21/07/2011.

La Regione intende, inoltre, realizzare le seguenti azioni:

a) Requisiti autorizzazione, accreditamento, rete punti nascita:

In relazione alle reti punti nascita, come detto, sta avvenendo in progress ed è in via di completa attuazione la chiusura dei punti nascita al di sotto dei 500 parti come disposto da normativa. Inoltre nel 2014 si programma:

- revisione requisiti di personale;
- definizione linee guida regionali e formazione (anche su base regionale) circa le modalità di esecuzione dei controlli nelle strutture (rispondenza e congruità dei turni dei medici presenti in struttura; verifica personale medico operativo in struttura, auditing personale di guardia/personale reperibile, ecc);
- requisiti circa la localizzazione della sala operatoria e sulla presenza di ecografi adeguati al numero di parti;
- sussistenza delle condizioni per l'accreditamento della patologia neonatale, fermo restando il rispetto del fabbisogno.

b) Tariffe e epidurale

Disciplina del parto con epidurale e revisione delle tariffe del parto spontaneo e del neonato sano all'interno delle tariffe massime ministeriali.

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

c) Formazione ed informazione degli operatori della programmazione (Regione, ASL, Agenzie), erogatori, consultori e società scientifiche di riferimento

L'inversione di tendenza non può che essere graduale ed accompagnata.

Si programma la costituzione di un gruppo regionale (Agenas, A.R.San., ASL, consultori e migliori erogatori di parto spontaneo) per:

- la definizione di protocolli condivisi (es. distocia, parti pregressi), consensi informativi da diffondere e formare;
- l'indicazione da parte delle strutture che devono ridurre da cesareo a spontaneo di personale medico ed ostetrico che abbia come esperienza un numero consistente di parti spontanei all'anno;
- 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);
- l'introduzione e comunicazione di buone pratiche cliniche con impegno di diffusione (es. indicazione da parte della Regione di buona pratica e possibilità da parte della struttura di diffondere l'attestazione);
- la definizione, formazione, sanzioni e circolarizzazione di un piano di controlli unico a livello regionale su cartelle cliniche e su rapporto personale presente e personale reperibile in struttura;
- 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.

d) Informazione e formazione delle donne

Il cambiamento parte soprattutto da una donna consapevole ed informata. Anche l'OMS ha verificato che non bastano cambiamenti strutturali (rete) e sulla classe medica (second opinion) per portare il cambiamento, esso, infatti, passa dall'informazione e dalla conoscenza dell'utenza.

Al fine di promuovere tale informazione e conoscenza si programma:

- in una prima fase, da realizzare entro il 2014, 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;
- le ASL e l'ARSAN hanno il compito di diffondere e comunicare vantaggi, indicazioni, diritti sul parto spontaneo e diffondere la cultura che un parto spontaneo è sicuro in centri con più di 500 nati e con personale adeguate per numero e per esperienza, e con tecnologia in linea con indicazioni scientifiche;
- 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.

e) Assicurazione

Costituzione di un gruppo regionale per la negoziazione di accordi quadro di assicurazione condivise con gli le società di riferimento.

Risultati programmati

- Programmazione della chiusura o dell'accorpamento degli ulteriori presidi pubblici o privati;
- modifica tariffe del parto spontaneo;
- formazione ed informazione degli operatori della programmazione, erogatori, consultori e società scientifiche di riferimento;
- promozione dell'informazione rivolta alle donne.

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

Indicatori di risultato

- Programmazione della chiusura o dell'accorpamento degli ulteriori presidi pubblici o privati, entro il 31.03.2014;
- modifica tariffe del parto spontaneo;
- promozione di almeno 3 incontri all'anno di informazione sul parto spontaneo e di conoscenza della rete.

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

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Il presente programma, così come predisposto dalle linee di indirizzo ministeriali, si articola in tre macro aree:

- Rete ospedaliera e riconversioni;
- Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico;
- Assistenza territoriale.

Le attività riportate nel presente Programma "Riequilibrio Ospedale-Territorio", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2010: f) Posti letto; r) Riduzione assistenza ospedaliera;
- 2011: f) Posti letto; r) Riduzione assistenza ospedaliera; ak) Riorganizzazione rete laboratoristica; ao) Cure palliative; aah) Cure primarie.

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento);
- riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse;

- emanazione, o aggiornamento, delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali, che contengano specifiche indicazioni relativamente a: razionalizzazione delle strutture operative semplici e complesse, istituzione di particolari funzioni di coordinamento con il territorio, dipartimentalizzazione, ecc.

Rete ospedaliera e riconversioni: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Rete ospedaliera e riconversioni	-	-	-
Rete ospedaliera e riconversioni	-	-	-
Dismissione e riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività	-	-	-
Riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)	-	-	-
Riconversione dei presidi ospedalieri per acuti in ospedali ad indirizzo riabilitativo	-	-	-
Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti	-	-	-
Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali	-	-	-

Tabella 55 – Sintesi manovre

Azione 14.1.1: Dismissione e riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività

La Regione con il Decreto Commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 ha ridisegnato l'assetto della rete ospedaliera e territoriale utilizzando, per quanto riguarda la rete ospedaliera, una metodologia di analisi delle prestazioni erogate in regime di ricovero al fine di ridefinire il fabbisogno di prestazioni ospedaliere appropriate e quindi l'indice programmatico di posti letto per 1.000 abitanti sulla base del quale procedere al riassetto della rete. Tale indice è stato fissato a 3,4 posti letto per mille abitanti (di

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

cui 0,5 per riabilitazione e/o lungodegenza). Il valore di tale indice programmatico riflette il fabbisogno di posti letto, pubblici e privati, idoneo a soddisfare la domanda appropriata di ricovero della Regione.

Con il decreto di cui sopra, si è proceduto ad una complessiva riorganizzazione di tutti i presidi e aziende ospedaliere del territorio. Per ciascuna delle strutture di ricovero pubbliche sono stati definiti, per singola disciplina, i posti letto distinti in posti letto ordinari e a ciclo diurno. Sono stati inoltre individuati i presidi ospedalieri destinati alla dismissione stante la loro non rispondenza ai principi e ai criteri fissati dal decreto stesso tra cui, principalmente, l'inadeguatezza della soglia minima di operatività delle strutture pubbliche, definita pari a 100 posti letto per le strutture per acuti e pari a 80 posti letto per le strutture di riabilitazione e lungodegenza (criterio della "congruità dimensionale"), necessaria per garantire qualità e sicurezza.

Ad oggi, come si evince dalla Tabella che segue, tale processo di dismissione è stato realizzato quasi totalmente.

ASL	Descrizione presidio	Comune	Attuazione
AVELLINO	P.O. DI GUGLIELMO	Bisaccia	dismesso
BENEVENTO	P.O. DAN GIOVANNI DI DIO	S'Agata dei Goti	dismesso
	P.O. MARIA SS. DELLE GRAZIE	Cerreto Sannita	dismesso
	P.O. SAN BARTOLOMEO IN GALDO	San Bartolomeo in Galdo	dismesso
CASERTA	P.O. F. PALASCIANO	Capua	dismesso
	P.O. TEANO	Teano	dismesso
NAPOLI 1	P.I. LORETO CRISPI NA OVEST	Napoli	dismesso
SALERNO	P.I. ITALIA GIORDANO	Castiglione di Ravello	vedi testo
	P.O. ROCCADASPIDE	Roccadaspide	vedi testo
	P.O. DI AGROPOLI	Agropoli	dismesso

Tabella 56 – Stato d'attuazione processo di dismissione

Per quanto riguarda il PO Italia Giordano di Castiglione di Ravello, con DCA 17 del 16.03.2011, è stato annesso all'Azienda Ospedaliera Universitaria Ruggi d'Aragona di Salerno. Lo stesso DCA ha previsto il rinvio della pianificazione di dettaglio delle funzioni della struttura polifunzionale per la salute, ivi programmata con DCA 49/2010, all'adozione, da parte della Azienda Ospedaliera Universitaria, del proprio Atto Aziendale che sostituisce la pianificazione attuativa e che definisce pertanto modalità e tempi di attuazione del processo di riconversione.

Per quanto riguarda il PO di Oliveto Citra, Roccadaspide, Eboli, Battipaglia ed Agropoli, in base a quanto disposto dal DCA 49 del 27.09.2010 e dal DCA 73 del 24.10.2011 "confluiranno in una unica struttura ospedaliera la cui realizzazione è da prevedersi nel programma di interventi per l'edilizia sanitaria (ex art. 20 L 67/88)". Con DCA 138 del 26 ottobre 2012 è stata definita la programmazione degli investimenti in edilizia ed in tecnologie con le risorse dell'art. 20 della L. 67/88 necessari anche per realizzare alcune scelte strategiche insite nel piano di riassetto della rete ospedaliera. Attraverso un percorso condiviso con le Aziende sanitarie, si è effettuato il processo di identificazione degli obiettivi del Programma. La realizzazione dell'Ospedale della Valle del Sele è programmata tra gli obiettivi non prioritari. Pertanto l'Azienda Sanitaria Locale di Salerno dovrà proporre una nuova organizzazione delle strutture di che trattasi, tenendo conto comunque della destinazione ad esse attribuita dal DCA 49/2010 mai modificato per questa parte e, per quanto, in particolare, concerne l'accorpamento dei presidi di Eboli e Battipaglia che è previsto conservino il ruolo di presidi ospedalieri inseriti nella rete dell'emergenza - urgenza di provvedere con tempestività a realizzare l'accorpamento delle funzioni.

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San. di concerto con la struttura dell'assessorato.

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

Azione 14.1.2: Riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)

Per tutte i presidi ospedalieri dismessi il decreto 49/2010 sancisce anche che, laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale, consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini, potranno essere attivate negli stabilimenti dei presidi dismessi strutture territoriali attrezzate denominate "Strutture Polifunzionali per la Salute" (SPS) con l'obiettivo di offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sulle cure primarie e volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute.

Le SPS si identificano con una sede fisica nella quale è possibile allocare servizi e prestazioni di assistenza extraospedaliera.

Le Aziende sanitarie Locali, nell'adottare le loro pianificazioni attuative, secondo quanto disposto dal DCA 49/2010, hanno programmato l'attivazione nelle SPS delle strutture assistenziali che hanno ritenuto meglio rispondenti ai bisogni di salute della popolazione. La tabella sottostante, pertanto, riporta, per ciascun presidio ospedaliero dismesso, quali servizi e prestazioni sono state programmate negli spazi resisi disponibili al fine di offrire ai cittadini forme di assistenza alternative al ricovero. L'ultima colonna a destra della tabella indica quali delle strutture programmate sono state già realizzate e quali no. Per queste ultime strutture si è in attesa di ricevere dai Direttori Generali una dettagliata analisi degli ostacoli che ne hanno impedito la realizzazione. Sulla base delle dichiarazioni sarà formulato un nuovo cronoprogramma con le azioni pianificate e i relativi tempi.

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

Riconversioni di presidi in Strutture Polifunzionali per la salute				
Descrizione presidio	**Comune**	**Tipologia di riconversione**	**Pianificazione attuativa**	**Stato del processo**
P.O. Di Guglielmo	Bisaccia	SPS	20 P.L. di RSA	NO
			10 P.L. di Hospice	NO
			20 P.L. SIR	SI
			Centro diurno psichiatrico	SI
			Day service (chi. Ambul.)	SI
			Ambulatorio radiologico	SI
			PSAUT CMR	NO
P.O. San Giovanni	Sant'Agata dei Goti	SPS	20 P.L. SIR	SI
P.O. S.Maria delle Grazie	Cerreto Sannita	SPS	10 P.L. Hospice	NO
			16 P.L. Ospedale di Comunità	NO
			PSAUT	SI
			Ambulatorio radiologia	SI
			Farmacia distrettuale	SI
			Unità Complessa di Cure	SI
			Percorso protetto maternità	NO
P.O San Bartolomeo in Galdo	San Bartolomeo in Galdo	SPS	20 P.L. Ospedale di Comunità	NO
			Laboratorio di analisi	SI
			Ambulatori specialistici	SI
			Unità Complesse di Cure	NO
			PSAUT	SI
			Percorso protetto maternità	NO
P.O. Palasciano	Capua	SPS	Ambulatori specialistici	SI
			PSAUT	NO
			20 P.L. Ospedale di Comunità	SI
			Chirurgia ambulatoriale	SI
P.O. Teano	Teano	SPS	Ambulatori specialistici	SI
			PSAUT	SI
			20 P.L. Ospedale di Comunità	SI
PSI Loreto Crispi	Napoli	SPS	Attività ambulatoriali	SI
			Chirurgia ambulatoriale	SI
P.O. Agropoli	Agropoli	SPS	PSAUT	SI

Tabella 57 - Riconversioni di presidi in Strutture Polifunzionali per la Salute

Azione 14.1.3: Riconversione dei presidi ospedalieri per acuti in ospedali ad indirizzo riabilitativo

L' incremento di posti letto destinati alla assistenza riabilitativa ospedaliera costituisce uno degli obiettivi della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale programmata con il DCA 49/2010 che assume, peraltro come valore tendenziale, un indice programmatico di posti letto per riabilitazione e lungodegenza di 0,5 per mille abitanti.

Nella tabella che segue sono riportati i Presidi ospedalieri che, secondo quanto programmato con il DCA 49/2010, escono dalla rete dell'emergenza per riconvertirsi in ospedali ad indirizzo riabilitativo.

Considerato che la riconversione dei presidi per acuti in strutture ospedaliere ad indirizzo riabilitativo costituisce, insieme alla attivazione di nuove strutture territoriali nell'ambito delle SPS, la parte della programmazione regionale che trova maggiori difficoltà per la sua attuazione e che pertanto nessuna struttura risulta complessivamente riconvertita, nella tabella si riferisce intanto sullo stato del processo di dismissione dei Pronto Soccorso. Anche per queste ultime strutture si provvederà a richiedere ai

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

Direttori Generali una dettagliata analisi degli ostacoli che ne hanno impedito la riconversione. Sulla base delle dichiarazioni sarà formulato un nuovo cronoprogramma con le azioni pianificate e i relativi tempi.

Riconversioni di presidi in ospedali con funzioni riabilitative				
Descrizione presidio	Comune	Tipologia di riconversione	Pianificazione attuativa	Stato del processo
P.O. San Felice a Cancello	San Felice a Cancello	H Riabilitativo	Disattivazione Pronto Soccorso	SI
P.O. Cav. Apicella	Pollena	H Riabilitativo	Disattivazione Pronto Soccorso	SI
P.O. Maresca	Torre del Greco	H Riabilitativo	Disattivazione Pronto Soccorso	NO
P.O. San Francesco	Oliveto Citra	H Riabilitativo	Disattivazione Pronto Soccorso	NO
P.O. Mauro Scarlato	Scafati	H Riabilitativo	Disattivazione Pronto Soccorso	SI

Tabella 58 - Riconversioni di presidi in ospedali con funzioni riabilitative

Risultati programmati

- Analisi da parte dei Direttori Generali delle principali difficoltà che ostacolano il processo di completamento della rete assistenziale programmata, entro il 30.09.2013;
- definizione da parte dei Direttori Generali, negli atti aziendali da adottarsi nel rispetto delle linee di indirizzo di cui al DCA 18 del 18.02.2013, delle nuove dotazioni organiche per i servizi da attivarsi presso le strutture dismesse e da riconvertire in SPS o in ospedalieri ad indirizzo riabilitativo, entro il 30.09.2013;
- verifica e trasmissione agli uffici regionali preposti del numero e della tipologia di personale che si libereranno a valle del percorso di dismissione/riconversione, entro il 30.09.2013;
- predisposizione da parte dei Direttori Generali di un nuovo cronoprogramma per l'attivazione dei nuovi servizi previsti dal processo di riconversione, entro il 31.10.2013;
- adozione da parte del Direttore Generale della ASL di Salerno del piano di accorpamento delle funzioni dei PO di Eboli e Battipaglia, entro il 30.11.2013.

Nel caso in cui si verifichi la mancanza, presso le strutture riconvertite, delle competenze necessarie per l'attivazione dei nuovi servizi assistenziali la Struttura Commissariale valuterà la congruenza tra la dotazione comunicata e le funzioni assistenziali, nonché le misure di ricollocazione intra-aziendale attuate dai Direttori Generali. Sarà quindi valutato il ricorso a procedure di reclutamento nei limiti del *turn over* secondo le procedure previste dal programma operativo relativo alla razionalizzazione della gestione del personale.

Indicatori intermedi di processo

- Trasmissione da parte dei Direttori Generali di un report contenente l'analisi delle principali difficoltà che ostacolano in processo di completamento della rete assistenziale programmata;
- definizione da parte dei Direttori Generali, negli atti aziendali delle nuove dotazioni organiche per i servizi da attivarsi presso le strutture dismesse e da riconvertire in SPS o in ospedalieri ad indirizzo riabilitativo;
- verifica e trasmissione agli uffici regionali preposti del numero e della tipologia di personale che si libereranno a valle del percorso di dismissione/riconversione;
- predisposizione da parte dei Direttori Generali di un nuovo cronoprogramma per l'attivazione dei nuovi servizi previsti dal processo di riconversione.

Indicatori di risultato

- Numero strutture di ricovero che completano il processo di dismissione dell'attività ospedaliera per acuti;
- completamento del processo di ricognizione del personale delle strutture ancora da riconvertire e successivo avvio del processo di verifiche presso tali strutture;

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

- numero strutture di ricovero riconvertite sul totale delle riconversioni ancora da attuare;
- numero di nuove funzioni assistenziali attivate sul numero di funzioni programmate.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà misura di inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali. A tal proposito questi ultimi dovranno fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San. di concerto con la struttura dell'assessorato.

Azione 14.1.4. Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali di cui al decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni nella legge 7 agosto 2012 n. 135 e dell'emanando regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Il decreto-legge 6 luglio 2012 n.95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c) ha disposto che, le Regioni, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi che saranno definiti con apposito regolamento, adottino provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti comprensivi di 0,7 posti letto per abitanti per la riabilitazione, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione di posti letto è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse.

Ai fini dell'attuazione della normativa di cui sopra lo schema di regolamento recante la "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", in discussione presso la Conferenza Stato-Regioni, individua un percorso metodologico per il calcolo della dotazione di posti letto per ciascuna Regione, definisce i livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti ed il relativo bacino di utenza, individua le reti che le regioni devono definire per assicurare idonea assistenza e continuità delle cure ai pazienti ed introduce standard qualitativi indicatori di volumi ed esiti per migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere un uso appropriato dell'ospedale.

E' evidente che l'applicazione di tali vincoli programmatici e di tali standard impone sostanziali modifiche della rete ospedaliera regionale pubblica e privata, la cui realizzazione è peraltro ancora in fase di completamento, e che una tale riprogrammazione del sistema dell'offerta non può essere effettuata in un tempo compatibile con l'approvazione del presente programma.

Pertanto, all'atto della entrata in vigore del Regolamento, la Regione adotterà, entro 90 giorni, gli atti programmatici per adeguare la rete ospedaliera agli standard di posti letto, individuare le strutture di degenza ed i servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pubblica e privata in relazione ai bacini di utenza, ridefinire, quindi, il modello organizzativo dei singoli presidi assicurando modalità di integrazione tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure e adottare gli standard qualitativi individuati per migliorare assistenza ed esiti.

Gli atti saranno corredati dai cronoprogrammi degli interventi atti a raggiungere gli obiettivi prefissati nell'arco temporale dei presenti Programmi Operativi.

Nell'anno 2013 saranno inoltre adottati specifici provvedimenti volti a ridurre il tasso di ospedalizzazione, che peraltro ha già assunto negli ultimi anni un andamento in costante decremento, e a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero sia ordinario che

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

diurno con l'obiettivo fra l'altro di ridurre il numero di ricoveri in DH la cui percentuale è attualmente superiore allo standard programmato dal decreto legge 95/2012.

Risultati programmati

- Adozione di provvedimenti volti garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni ed in particolare delle prestazioni erogate in regime di ricovero continuativo e diurno, entro 31.12.2013;
- adozione degli atti programmatici finalizzati ad adeguare la rete ospedaliera agli standard di cui al Decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni nella legge 7 agosto 2012 n. 135 e al regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", entro 90 giorni dall'approvazione del regolamento stesso;
- adozione da parte delle Aziende sanitarie dei piani attuativi, entro 90 giorni dall'adozione degli atti di programmazione regionale;
- attuazione degli interventi di adeguamento della rete ospedaliera agli standard di cui al Decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni nella legge 7 agosto 2012 n. 135 e al regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", entro l'arco temporale di vigenza dei presenti Programmi Operativi.

Indicatori di risultato

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione a 160 per mille abitanti;
- raggiungimento della percentuale del 25% di ricoveri diurni;
- adeguamento della rete ospedaliera agli standard di assistenza ospedaliera di cui al Decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni nella legge 7 agosto 2012 n. 135 ed a quelli che saranno definiti con il Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Responsabile del procedimento attuativo

- A.R.San. di concerto con la struttura dell'assessorato.

Azione 14.1.5: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18 febbraio 2013 sono state approvate le linee di indirizzo per la adozione da parte delle Aziende sanitarie della Regione degli Atti aziendali ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1-bis, del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Nell'ultima sezione degli indirizzi "articolazioni delle unità operative", sono riportati i parametri standard, per l'individuazione delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, definiti dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Comitato LEA), approvato nella seduta del 26 marzo 2012, così come declinati dalla Regione in funzione delle specificità tecnico-assistenziali, ovvero tecnico-scientifiche delle Aziende che svolgono attività di alta specializzazione o di ricerca traslazionale, o ancora attività didattiche e formative.

Si è ritenuto infatti opportuno articolare i parametri per la programmazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero, in modo da tener conto del diverso ruolo svolto dalle strutture ospedaliere nell'ambito del servizio sanitario regionale e della maggiore o minore complessità dell'articolazione interna che si determina in funzione del numero e della rilevanza delle funzioni attribuite.

Pertanto i parametri fissati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture complesse in ambito ospedaliero sono stati così articolati:

- per le U.O.C. in ambito ospedaliero:

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

- presidi ospedalieri di ASL una struttura complessa ogni 22 posti letto;
- Aziende Ospedaliere una struttura complessa ogni 16 posti letto;
- Aziende Ospedaliere Universitarie e IRCCS di diritto pubblico una struttura complessa ogni 14 posti letto.

Tale ipotesi deve intendersi quale indicatore "di norma" ferma restando sia in sede di confronto in ambito aziendale, con conseguenti proposte alla Regione, sia in sede di valutazione complessiva regionale, la possibilità di deroghe per singoli ambiti o presidi comunque nel rispetto dello standard regionale:

- per le U.O.C. in ambito territoriale:
  - il parametro per l'individuazione delle strutture complesse, territoriali è quello definito dal Comitato LEA pari a 1 struttura complessa ogni 13.515 residenti;
- per le U.O.S e U.O.S.D. in ambito ospedaliero e territoriale:
  - il parametro per la individuazione delle strutture semplici e semplici dipartimentali, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, è 1,31 strutture semplici o semplici dipartimentali per ogni struttura complessa.

Le linee guida per gli atti aziendali forniscono inoltre indirizzi alle aziende in merito alla costituzione e al funzionamento dei dipartimenti che, in rapporto alla caratterizzazione organizzativo-funzionale, possono essere:

- dipartimenti strutturali: aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica;
- dipartimenti funzionali: aggregazione di strutture con il compito dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi. Il Dipartimento funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica. Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre che del proprio Dipartimento strutturale. Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.

Entrambe le tipologie di dipartimenti possono a loro volta articolarsi in:

- dipartimenti trasmurali: che stabiliscono l'interazione tra i presidi ospedalieri e/o quelli territoriali;
- dipartimenti integrati: che stabiliscono interazioni tra Aziende sanitarie esclusivamente nell'ambito dell'emergenza sanitaria.

Sono anche definiti i principali compiti che i Dipartimenti devono garantire:

- l'organizzazione e la pianificazione della produzione (pianificazione operativa);
- rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività/del valore, di concerto con i Direttori di Distretto;
- la valutazione di efficacia;
- l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e quelle distrettuali e/o ospedaliere;
- la collaborazione alla definizione del budget distrettuale;
- la partecipazione alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione:
  - degli indirizzi strategici;
  - dell'analisi della domanda;
  - dell'individuazione degli indicatori critici di performance.

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

Risultati programmati

- Invio degli Atti aziendali da parte delle Aziende alla Struttura commissariale per la verifica della conformità alle linee di programmazione regionale e alle linee di indirizzo per gli atti aziendali, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Allineamento dell'assetto organizzativo delle aziende a quanto programmato negli atti aziendali nel corso del triennio di competenze dei presenti Programmi operativi.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Personale del SSR;
- A.R.San.

Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Rete di Terapia del dolore, Rete di Cure palliative, Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica:
  - recepimento di indicazioni nazionali su organizzazione e accreditamento, con specifica identificazione delle strutture territoriali (Hospice) e domiciliari dedicate;
  - identificazione tramite delibera dei centri hub, spoke e costituzione delle AFT con un MMG formato sulla tematica del dolore;
  - programmi di formazione;
  - programmi di informazione rivolti ai cittadini.

Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	**-**	**-5,7**	**-8,0**
Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	-	-5,7	-8,0
Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico	-	-	-
Attivazione di strutture per Hospice adulti	-	*-5,7*	-8,0
Centri residenziali per le cure palliative per minori	-	-	-

Tabella 59 – Sintesi manovre

Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Con Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro n.4/2011, la Regione ha approvato le linee di indirizzo, requisiti e standard in materia di cure palliative. Il documento approvato prevedeva i requisiti strutturali ed organizzativi della rete di cure palliative per adulti, con riferimento alle cure domiciliari; inoltre sono stati definiti e ribaditi i requisiti dell'Hospice adulti e la relativa tariffa; per ciò che riguarda i pazienti pediatrici sono stati individuati i requisiti del Centro residenziale di cure palliative per minori, e la relativa tariffa.

Con successivo Decreto n.128/2012 avente ad oggetto "Presa d'atto del parere ministeriale n.146 del 18.05.2011. Modifica del decreto 4 del 10 gennaio 2011 "Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale. Rif. punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24.07.2009 e approvazione del documento recante Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali", è stato modificato il decreto n. 4 secondo le indicazioni del Ministero e si è provveduto a:

- recepire l'Intesa Stato-regioni del 25 luglio 2012 rep. atti CSR 151;

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

- istituire presso le AA.SS.LL. le Unità di cure palliative con il compito di curare la presa in carico dei pazienti nell'ambito della rete aziendale di cure palliative, ovvero di dover istituire équipe palliative dedicate a tale tipologia di assistiti con funzione e con compiti di consulenza specialistica e presa in carico dei pazienti terminali sia in regime residenziale che domiciliare;
- attribuire alle direzioni strategiche delle AA.SS.LL. l'obiettivo di istituire le strutture di coordinamento della rete di cure palliative e di terapia del dolore, come definite dall'Accordo Stato-regioni del 16.12.2010 recepito con delibera di giunta regionale n.275/2011;
- dare mandato alla struttura Commissariale di definire il percorso per la istituzione del Centro di riferimento per le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica;
- dare, altresì, quale obiettivo alle direzioni strategiche di attivare forme di collaborazione e protocolli procedurali specifici per la presa in carico del paziente in età pediatrica anche con l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon.

Nello specifico, il richiamato decreto 128/2012 ha ribadito i requisiti strutturali e organizzativi del centro residenziale per pazienti in età pediatrica rideterminando la tariffa che è stata adeguata all'assistenza erogata; è stato inoltre definito il centro di riferimento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore per i pazienti in età pediatrica, indicandone anche le funzioni all'interno della rete.

I due decreti richiamati definiscono i nodi della rete di cure palliative in età pediatrica ed adulti e le relative funzioni, in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 25.07.2012.

I due dispositivi, ricalcando l'Intesa già citata e quanto indicato dalla legge 38/2010, hanno fornito indicazioni in materia di programmi di formazione, obbligo di istituire le strutture di Coordinamento aziendale in materia di cure palliative e terapia del dolore.

Con DGRC 276/2011 è stato recepito l'Accordo Stato-regioni del 16.12.2010 ed è stata istituita la struttura di coordinamento regionale di cure palliative e terapia del dolore, i cui componenti sono stati nominati con decreto del Presidente della giunta regionale n.273/2012. La struttura di coordinamento che si suddivide in due diverse sezioni dedicate, la prima alle cure palliative e la seconda alla terapia del dolore, si è insediata in seduta di prima convocazione il giorno 22 gennaio 2013.

Con DGRC 275/2011 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni del 29.10.2011 relativo al Comitato ospedale-territorio senza dolore.

In continuità con la delibera di giunta regionale n.41/2011 che ha approvato il documento tecnico "il sistema delle cure domiciliari" in coerenza con il documento ministeriale "Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari", il decreto 1/2013 fornisce indicazioni sulla definizione dei profili di cura e sugli accessi suddivisi per tipologia di figura professionale. Inoltre, individua i percorsi di cura e di assistenza per tutte le tipologie di cure domiciliari, associandole ai costi determinati mediante il sistema dell'analisi dei costi di produzione.

La Regione intende realizzare la rete di cure palliative e terapia del dolore, completando l'intero processo di implementazione e di definizione dei nodi della rete entro il triennio di applicazione del presente piano, dando piena attuazione ai provvedimenti già riportati e definendo specifici percorsi per il pazienti in età pediatrica.

Si rappresenta che in data 22.04.2013, la struttura regionale di coordinamento di cure palliative e terapia del dolore ha approvato un programma di lavoro della durata di 18 mesi nel quale vengono descritte le azioni e le attività da perseguire.

Nel programma di lavoro suddetto è dato grande rilievo a:

- formazione delle équipe dedicate ai pazienti pediatrici;
- promozione delle attività svolte nelle strutture coinvolte;
- definizione dei criteri per i piani di formazione per i pazienti in età adulta e pediatrica.

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

Inoltre, si segnala che sarà avviato con l' AORN Santobono-Pausilipon un tavolo di lavoro per l'attuazione del decreto commissariale n.128/2012 che prevede l'individuazione della struttura dei presidi aventi ruolo di hub e di spoke come riferimento regionale per le cure palliative per il paziente pediatrico e l'attivazione di posti letto dedicati al paziente in età pediatrica definendo i relativi collegamenti funzionali tra le diverse strutture.

Nell'ambito del percorso assistenziale si ritiene indispensabile un coinvolgimento attivo del MMG e dei PLS.

Nello specifico, l'art.26 bis dell'ACN della Medicina Generale prevede l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) al fine di perseguire l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG per il perseguimento di obiettivi di assistenza. In particolare rappresentano, attraverso momenti di audit interno e di condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, uno strumento per la promozione e diffusione di percorsi di appropriatezza clinica ed organizzativa.

In tale quadro la Regione ritiene essenziale promuovere specifici programmi di aggiornamento e formazione sulla tematica del dolore attraverso il coinvolgimento dei MMG che fanno parte delle AFT per valorizzare la qualità degli interventi e promuovere la diffusione e l'applicazione di buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine".

Risultati programmati

Al fine di realizzare la rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore, di seguito i risultati programmati nel triennio, relativi ai pazienti in età pediatrica:

- costituzione delle strutture regionali e aziendali di coordinamento della terapia del dolore e cure palliative per adulti e pazienti pediatrici entro il 31.12.2013;
- formare e organizzare èquipe di cure domiciliari palliative per adulti e pazienti pediatrici entro il 31.12.2014;
- individuare il centro di riferimento regionale, ed individuare la struttura di cure palliative per pazienti pediatrici, entro il 31.12.2013;
- censire le attività aziendali di cure palliative pediatriche, entro il 31.12.2013;
- avviare campagne di informazione alla cittadinanza e agli operatori del settore sanitario e sociale, entro il 31.12.2013;
- definire piani di formazione per le équipe di cure palliative pediatriche, prevedendo il coinvolgimento dei PLS, entro il 31.12.2014;
- attivare équipe domiciliari in ogni AA.SS.LL., entro il 31.12.2014;
- attivare l'Hospice pediatrico, entro il 31.12.2014;
- definire la rete delle cure palliative e di terapia del dolore pediatriche, entro il 31.12.2014;
- attivare il centro di riferimento regionale di cure palliative e terapia del dolore per pazienti in età pediatrica, entro il 31.12.2015.

Al fine di realizzare la rete di cure palliative e terapia del dolore per pazienti adulti, di seguito i risultati programmati nel triennio:

- implementare il sistema delle cure domiciliari come definito dal decreto commissariale n.1/2013, entro il 31.12.2013;
- definire criteri dei piani di Formazione continua prevedendo il coinvolgimento dei MMG, entro il 31.12.2013;
- censire le strutture hub e spoke di terapia del dolore, le unità di cure palliative, entro il 31.12.2013;
- definire requisiti per le strutture hub e spoke di terapia del dolore, entro il 31.12.2013;
- individuare i centri hub e spoke di terapia del dolore, entro il 31.12.2013;
- attivare équipe/unità operative cure palliative aziendali, nel rispetto degli standard del d.m. n.43/2007, entro il 31.12.2014;
- avviare campagne di informazione alla cittadinanza e agli operatori del settore sanitario e sociale, entro il 31.12.2014;

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

- implementare la rete di terapia del dolore per almeno il 50% della copertura regionale, entro il 31.12.2014;
- implementare la rete di terapia del dolore per almeno il 80% della copertura regionale, entro il 31.12.2015.

Indicatori di risultato

- Report di monitoraggio;
- verifica attivazione procedure;
- verifica attivazione campagne informative;
- verifica erogazione prestazioni;
- verifica attivazione posti letto;
- verifica attivazione della rete di terapia del dolore per adulti per almeno il 50% della copertura regionale, entro il 2014;
- verifica attivazione della rete di cure palliative e terapia del dolore per adulti per almeno il 80% della copertura regionale, entro il 2015;
- verifica dell'attivazione èquipe di cure domiciliari palliative per adulti e pazienti pediatrici;
- verifica attivazione strutture di coordinamento;
- verifica incremento numero di giornate annue di prestazioni di tipo domiciliare.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari.

Azione 14.2.2: Attivazione di strutture di Hospice adulti

Il complesso piano di riqualificazione della rete territoriale, in attuazione del Decreto 49/2010, ha previsto la determinazione dei fabbisogni di posti letto, ottenuti analizzando l'offerta sanitaria e sociosanitaria sia pubblica che privata (in relazione ai dati disponibili) incrociati e riletti con gli indici di fabbisogno.

Il fabbisogno di PL individuato per le prestazioni in strutture di Hospice adulti è pari a 289 PL, determinato applicando l'indice di 0,5 PL ogni 10.000 abitanti, pubblicato sul sito del Ministero della Salute (fonte: Commissione tecnico-scientifica Ministero della Salute - sito "*www.salute.gov.it*").

L'analisi eseguita per la determinazione dei PL da attivare ha tenuto in considerazione:

- il fabbisogno di PL individuato secondo il criterio suddetto;
- la legge 39/99 con la quale sono stati definiti attivabili 89 PL;
- decreto del commissario ad acta n.49/2010, che prevedeva la riconversione dei piccoli presidi di Bisaccia (AV) e Cerreto Sannita (BN) per un totale di n.20 PL Hospice che sono da sommare ad ulteriori 10 PL pubblici già attivi, funzionanti e rilevati col modello STS 11 (Il Giardino dei Girasoli di Eboli);
- istanze di accreditamento definitivo regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica So.Re.Sa. prodotte da strutture per l'erogazione di prestazioni in Hospice, sono risultati ammessi a verifica n.75 PL;
- Decreto n. 158/2012 che ha accreditato 35 PL presso l'ASL Caserta.

Si consideri che il numero di PL presenti su piattaforma NSIS sono riscontrabili (Tabella 60) nei dati riportati nei PL pubblici da Legge 39/99 e STS 11 nonché nei PL riconvertiti da attuazione DC 49/2010, i quali rappresentano oltre ai posti letto attivi anche quelli da attivare di natura pubblica.

Il fabbisogno è espresso su base aziendale, pertanto per definire il numero di PL necessari a completare il fabbisogno si considerano - oltre ai posti letto attivi o da attivare di natura pubblica - le

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

istanze presenti in piattaforma So.Re.Sa. alla data del 31.12.2012 e ripartiti secondo i territori delle AASSLL.

Nel caso in cui l'Azienda rappresenta un numero di posti letto pubblici (Legge 39/99 e DC 49/2010) e posti letto da istanze ammissibili per accreditamento So.Re.Sa., maggiore rispetto al fabbisogno determinato, non avrà posti letto da attivare come indicato in Tabella 60.

Dal confronto del fabbisogno su base aziendale e le istanze delle strutture prodotte su piattaforma So.Re.Sa. risulta che:

- ASL Avellino non attiverà PL in considerazione della saturazione del fabbisogno di n.22 PL in base a quelli programmati con legge 39/99 e STS 11 (pari a 11 PL), dalla riconversione ex decreto 49/2010 (pari a 10 PL);
- ASL Benevento non attiverà alcun PL in considerazione della saturazione del fabbisogno di n.14 PL coperti da quelli programmati con legge 39/99 e STS 11 (pari a 6 PL) e dalla riconversione ex decreto 49/2010 (pari a 10 PL);
- ASL Caserta non attiverà alcun PL in considerazione della saturazione del fabbisogno di n.45 PL coperti da quelli programmati con legge 39/99 e STS 11 (pari a 10 PL) e dalle istanze ammissibili per accreditamento So.Re.Sa. di n.68 PL di cui 35 PL già accreditati con Decreto n. 158/2012.

Dall'analisi effettuata risulterebbero da attivare ancora n.124 PL, da distribuire su base aziendale.

	ISTAT	PL (5 ogni 10.000 ab.)	PL pubblici da Legge 39/99 e STS 11	PL riconvertiti da attuazione DC 49/2010	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)	PL accreditati con DC 158/2012	PL da attivare/ riconvertire*
		A	B	C	D	E	F = (A- B- C- D-E)
ASL	Popolazione 2012	Fabbisogno	RES	RES	RES	RES	RES
AV	428.855	22	11	10	30	-	-
BN	284.560	14	6	10	-	-	-
CE	905.188	45	10	-	33	35	-
NA1	974.468	50	20	-	-	-	30
NA2	1.019.805	51	20	-	-	-	31
NA3	1.058.974	52	-	-	12	-	40
SA	1.092.574	55	32	-	-	-	23
Totali	**5.764.424**	**289**	**99**	**20**	**75**	**35**	**124**

* Il valore è calcolato su base aziendale

Tabella 60 – Posti letto in Hospice adulti

Le tariffe utilizzate per l'attivazione dei posti letto sono le seguenti

Provvedimento	Prestazione	Tariffa	Fabbisogno	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)	PL accreditati con DC 158/2012	PL riconv. da piccoli presidi (DC 49/2010)	PL da attivare/riconvertire
DC 4/2011 DC 128/2012	Hospice	252,15	289	75	35	119	124

(*) Per l'attivazione dei posti letto è stata considerata la base regionale

Tabella 61 – Tariffe posti letto in Hospice adulti

Risultati programmati

- Attivazione di posti letto in strutture per Hospice adulti.

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

Indicatori di risultato

- Verifica dell'attivazione di posti letto in strutture per Hospice, pari al 50% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica dell'attivazione di posti letto in strutture per Hospice, pari al 20% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

Azione 14.2.3 Centri residenziali per le cure palliative per minori

Si segnala inoltre, che con il Decreto Commissariale n.128 del 10 ottobre 2012 è stata determinata la tariffa giornaliera pari a € 358,73 per il centro residenziale di Cure palliative per minori.

Il fabbisogno di posti letto calcolato per la Regione Campania è di n.10 PL, con provvedimenti successivi saranno individuate le modalità di attivazione di questi posti letto.

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012:
  - unità di cure primarie e studi multi professionali;
  - presidi residenziali di assistenza primaria (cd. Ospedali di comunità);
- accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo;
- assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento);
- piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria.

Assistenza primaria: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	**2014**	**2015**
Assistenza primaria	**-9,0**	**-9,0**	**-9,0**
Assistenza primaria	-9,0	-9,0	-9,0
Accordi MMG/PLS	-	-	-
Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie	-	-	-
Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo	*-9,0*	*-9,0*	-9,0
Perfezionamento rete laboratoristica pubblica	-	-	-
Riorganizzazione rete laboratoristica privata	-	-	-
Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa	-	-	-

Tabella 62 – Sintesi manovre

Azione 14.3.1: Accordi MMG/PLS

Al fine di meglio evidenziare la centralità del ruolo di medico di medicina generale, nel presente intervento sono trattati obiettivi ed azioni che si intersecano con quelli della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi, costituendone integrazione e completamento.

Di seguito sono riportate, pertanto, azioni che riguardano tale riorganizzazione, nella quale è interessato il medico di medicina generale, che saranno oggetto di trattazione nello stipulando accordo integrativo regionale.

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

Azione 14.3.1.1: Requisiti e funzioni minime dell'unità complessa delle cure primarie (UCCP)

Il piano di riorganizzazione della rete territoriale prevede lo sviluppo di forme organizzative complesse (UCCP) al fine di realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente.

In particolare, accanto alla ridefinizione delle forme associative dei MMG, che prevedono in particolare lo sviluppo della medicina di gruppo in h12 con sede unica dei MMG costituenti il gruppo di lavoro e presenza di personale amministrativo ed infermieristico, si prevede l'attivazione di forme organizzative più complesse, di seguito delineate.

Presidio Ambulatoriale Distrettuale

Il Presidio Ambulatoriale Distrettuale costituisce il punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h24.

Si tratta di ambulatori distrettuali gestiti dai Medici di Assistenza Primaria per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente, a regime, in strutture individuate dalle ASL:

- situati in aree distanti da presidi ospedalieri;
- situati presso aree ad alta densità abitativa e/o aree di interesse turistico;
- almeno uno per distretto sanitario.

Tale struttura dovrebbe essere localizzata vicino ad una postazione di ambulanze del 118, al fine di poter trasferire il paziente presso l'Ospedale di riferimento, qualora se ne verificasse la necessità, ovvero nella stessa struttura, anche per ottimizzare i costi, purché il personale sia differenziato e ciascuno svolga il proprio compito.

Le prestazioni erogabili sono quelle tipiche dell'ambulatorio del medico di MMG e del PLS: visita medica, prescrizione di farmaci salvavita, certificazione per turnisti, medicazioni, prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso, prestazioni di particolare impegno (di cui all'allegato D dell'ACN della MG). In tale ambito possono essere fornite anche prestazioni infermieristiche.

Per ogni turno deve essere presente almeno una unità medica e una unità di personale infermieristico.

All'ambulatorio possono accedere non soltanto gli assistiti ma tutti i cittadini, compresi i non residenti e l'accesso può avvenire anche tramite invio da parte del Pronto Soccorso di riferimento dopo effettuazione del Triage (codici bianchi).

Nel Presidio Ambulatoriale Distrettuale si può prevedere la pronta disponibilità di Medici Specialisti Ambulatoriali Interni per prestazioni di primo intervento per alcuni gruppi di patologie.

L'unità di base di questa struttura è rappresentata da una aggregazione di MMG che già operano in studi singoli od associati e che potrebbero far parte di AFT che verranno costituite secondo quelle che saranno le indicazioni del prossimo ACN in attuazione dell'art. 1 comma 6 del D.L. 158/2012 convertito in L. 189 /2012.

Presidio Ambulatoriale Territoriale Integrato

Il Presidio Ambulatoriale Territoriale Integrato si fonda su una collaborazione fra più professionisti che rende possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, la condivisione di spazi e attrezzature per una loro ottimale fruizione, la garanzia di una copertura oraria h24, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile con possibilità di visite e altre prestazioni su prenotazione.

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

Presso il Presidio Ambulatoriale Territoriale Integrato possono essere erogate:

- visite ambulatoriali comunemente svolte dai MMG, dai PLS e dagli specialisti ambulatoriali interni;
- analisi diagnostiche di primo livello (da tecnologie elementari fino alla telemedicina);
- consulenze specialistiche;
- prestazioni infermieristiche.

Inoltre, possono essere svolte attività correlate, quali raccolta prelievi, prenotazione di prestazioni specialistiche e/o di ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Rappresenta una evoluzione organizzativa delle attuali strutture poliambulatoriali presenti sul territorio che verrebbero integrate con la presenza dei MMG/PLS, dei Medici di Continuità Assistenziale ed ove possibile con il servizio 118.

Tale evoluzione organizzativa:

- garantisce un'efficace continuità dell'assistenza mediante una gestione integrata del paziente, la riduzione dei ricoveri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali con conseguente diminuzione del ricorso al pronto soccorso per prestazioni che sarebbero classificate come codici bianchi o verdi;
- contribuisce a realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio propedeutico ad una ridistribuzione delle risorse, basata sull'individuazione del livello di assistenza e della sede per l'erogazione della prestazione appropriata in considerazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché dei principi etici;
- persegue il coordinamento funzionale dell'attività della Medicina Generale, dei Pediatri di libera scelta, degli Specialisti Ambulatoriali Interni con le attività del distretto;
- garantisce un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del MMG, che rappresenta il primo dei poli della rete integrata di assistenza socio-sanitaria;
- realizza forme di maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle attività territoriali da parte dei cittadini;
- utilizza gli strumenti della rete e della telemedicina per la gestione del paziente nelle località disagiate, montane e nelle isole minori;
- diventa il punto di riferimento dell'assistenza territoriale al fine di intercettare la domanda, soddisfarla per quanto è possibile, governarne successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di appropriatezza.

Strutture Polifunzionali per la Salute

Le Strutture Polifunzionali per la Salute (di seguito SPS) si identificano con una sede fisica e rappresentano un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Le AA.SS.LL. provvederanno ad offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sui sistemi di "cure primarie" volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute.

Il modello SPS, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del distretto sociosanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il SSR e il cittadino, nonché a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria propri del distretto.

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

Nell'ambito delle SPS possono essere pertanto allocati:

- ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale;
- la sede del coordinamento delle attività comuni a tutti i medici di famiglia, sia che agiscano all'interno sia che mantengano gli studi medici al di fuori della ex struttura ospedaliera e per attività quali: raccolta di dati epidemiologici, definizione di programmi e di protocolli terapeutici, approfondimenti sui temi specifici quali uso dei farmaci, interventi di educazione alla salute dei cittadini;
- la sede della attività di continuità assistenziale;
- la sede delle attività di PSAUT, ovvero Punti di Primo Intervento (emergenza territoriale – 118). Per tali presidi si dovranno garantire i collegamenti con la rete delle elisuperfici;
- ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati;
- ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione, e che utilizzano specialisti convenzionati;
- ambulatori di radiologia e laboratori di analisi;
- la sede del coordinamento delle cure domiciliari;
- le strutture di degenza territoriale (Ospedale di Comunità, Residenza Sanitaria, Centro dei disturbi alimentari, Hospice, ecc.);
- i servizi sociosanitari che possono essere variamente rappresentati dai diversi bisogni delle comunità in funzione dei vincoli di programmazione.

Lo sviluppo delle Strutture Polifunzionali della Salute è descritto nell'Azione 14.1.2 "Dismissione e riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività"

Risultati programmati

- Definizione dei requisiti ed individuazione dei Presidi Ambulatoriali Distrettuali da attivare, entro il 30.06.2014;
- definizione dei requisiti ed individuazione dei Presidi Ambulatoriali Territoriali, entro il 30.06.2014;
- definizione dei requisiti e delle funzioni del SPS, entro il 30.06.2015.

Indicatori di risultato

- Emanazione di un documento programmatico per la definizione dei requisiti ed individuazione del Presidio Ambulatoriale Distrettuale da attivare entro il 30.06.2014;
- emanazione di un documento programmatico per la definizione dei requisiti ed individuazione del Presidio Ambulatoriale Territoriale da attivare entro il 30.06.2014;
- emanazione di un documento programmatico per la definizione dei requisiti e delle funzioni del SPS entro il 30.06.2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza territoriale.

Azione 14.3.1.2: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale

Con la riorganizzazione e il potenziamento del sistema informativo sanitario regionale, la Regione vuole dare un assetto sistematico ed omogeneo alle frammentarie iniziative di informatizzazione attualmente esistenti, ponendosi innanzitutto l'obiettivo della messa a sistema del Fascicolo Sanitario Elettronico del Progetto Informativo Regionale on line, delle attività connesse al progetto Tessera Sanitaria, all'integrazione dei Sistemi Informativi Aziendali/Regionali già esistenti nonché il potenziamento del CUREP ed una maggiore automatizzazione e qualità dei flussi che la Regione

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

conferisce al sistema NSIS del Ministero della Salute, dando al contempo anche una risposta alle priorità espresse nei piani regionali e nei programmi operativi.

Tali obiettivi prevedono l'individuazione di percorsi correlati all'appropriatezza e al conseguimento di obiettivi predefiniti condivisi con gli attori coinvolti nel percorso assistenziale.

Il suddetto percorso passa attraverso la valorizzazione della dimensione professionale del MMG, correttamente letta come un processo più che come un obiettivo, e che individua come imprescindibile per il suo perseguimento, l'avvio di percorsi tendenti ad un miglioramento continuo della qualità della prestazione professionale offerta al paziente.

In tale quadro di riferimento concettuale, fondamentale è la raccolta continua e sistematica dei dati prescrittivi sulla base della motivazione diagnostica e introducendo il codice di diagnosi (ICD-9), al fine di offrire ad ogni MMG la possibilità di un confronto costante del proprio operato con i propri colleghi di distretto, di Azienda Sanitaria e tra Aziende a livello regionale e nazionale. Sulla base di tale confronto sarà possibile avviare tutta una serie di iniziative comparative e di *audit*, finalizzate al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva.

La Regione nell'ambito dei percorsi di appropriatezza ha approvato il progetto di "Gestione Integrata del paziente diabetico" definendo il Percorso diagnostico-terapeutico per il follow-up del paziente diabetico tipo 2 privo di complicanze d'organo e realizzando quanto individuato nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012 ed in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale Diabete. Tale modello assistenziale viene individuato come l'unica modalità assistenziale perseguita in Regione relativamente alla patologia diabetica.

Risultati programmati

- Raccolta continua e sistematica dei dati prescrittivi sulla base della motivazione diagnostica, comprensivi del codice di diagnosi.

Indicatori di risultato

- Percentuale di ricette trasmesse, sul totale delle ricette emesse, tramite Sistema Informativo Regionale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza territoriale in collaborazione con A.R.San.

Azione 14.3.2: Perfezionamento rete laboratoristica pubblica

Le azioni di dismissione e accorpamento delle strutture pubbliche a bassa produzione, in ottemperanza del Decreto n.55/2010, sono in fase di avanzata realizzazione per cui entro il 2013 dovrà essere completata l'attività di dismissione e accorpamento delle strutture pubbliche per la parte ancora non realizzata.

Il Decreto n.55/2010 definisce, in coerenza con quanto stabilito dalle Linee guida del Ministero della Salute (DGRC n.1246/2007) e dal Piano di Fattibilità Regionale (DGRC n.1777/2008), gli interventi, le azioni progettuali che devono essere intraprese in ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera e il relativo cronoprogramma.

Secondo quanto stabilito dalla DGRC n.1.777/2008, la riorganizzazione prevede un sistema di Laboratori pubblici integrato su scala provinciale, da realizzarsi mediante la costituzione di una rete integrata di punti di Laboratorio dell'Azienda sanitaria che elimini duplicazioni di servizi ad alto investimento tecnologico.

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

Il piano di azione per il triennio 2013-2015, mira alla prosecuzione di quanto stabilito nel Decreto Commissariale n.55/2010, pertanto per la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici si dovrà:

- completare la disattivazione e l'accorpamento delle strutture entro il 2013;
- monitorare semestralmente la spesa per beni e servizi legata alle modalità di acquisizione dei sistemi diagnostici e all'ottimizzazione dei sistema di trasporto dei campioni biologici;
- completare la rete regionale dei servizi di medicina di laboratorio Aziendali (Laboratorio Logico Unico-LLU) e le sub reti di specialità (rete diagnostica microbiologica, reti di diagnostiche speciali, ecc.);
- attivare in ciascuna Azienda un sistema informativo dotato di un *server* centrale in grado di raccogliere le informazioni degli utenti provenienti dalle varie strutture di accettazione periferiche e dai Laboratori di produzione, al fine di realizzare l'integrazione con gli altri servizi informatici, rendendo possibile la condivisione delle richieste e dei risultati e la diffusione on-line dei referti;
- implementare e portare a regime un sistema informativo unico per ciascun Dipartimento di Medicina di laboratorio, garantendo l'integrazione dei sistemi informativi aziendali.

Intanto la Regione ha completato la ricognizione della rete laboratoristica e dei servizi con specifico riferimento alle reti di anatomia patologica, di genetica e di medicina trasfusionale, non inclusi nel Decreto Commissariale n. 55/2010.

Sintesi interventi di riassetto della rete laboratoristica pubblica: Dismissioni

Area	Sede di Laboratorio	Nuova Sede		
Avellino				
	P.O. di Bisaccia	P.O. S. Angelo dei Lombardi	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto di Avellino	P.O. di Solofra	✓	Dismissione avvenuta
	Casa Circondariale	P.O. di Solofra	✗	Dismissione non avvenuta, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
Benevento				
	Distretto di Montesarchio	P.O. S. Agata de' Goti	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto di Telese Terme	P.O. S. Agata de' Goti	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto di Morcone	P.O. S. Agata de' Goti	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto di Benevento	AORN G. Rummo	✓	Dismissione avvenuta
Caserta				
	P.O. Maddaloni	P.O. di Marcianise	✓	Dismissione avvenuta
	SPS F. Palasciano	P.O. S. Maria Capua Vetere	✓	Dismissione avvenuta
	SPS S. Felice a Cancello	P.O. di Marcianise	✓	Dismissione avvenuta
	SPS S. Felice a Cancello (Ematologia)	P.O. Aversa	✓	Dismissione avvenuta
	SPS Teano	P.O. Sessa Aurunca	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto di Teano (tossicologia)	-		-
	Distretto di Caserta	P.O. di Marcianise	✓	Dismissione avvenuta (modifica sede)
Salerno				
	SPS di Scafati	P.O. di Sarno	✗	Dismissione non avvenuta, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
	Hospice Agropoli	P.O. di Roccadaspide	✗	Dismissione non avvenuta, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
	Distretto di Salerno (tossicologia)	P.O. di Nocera Inferiore	✗	Dismissione non avvenuta, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
	Distretto di Vallo della Lucania	P.O. di Vallo della Lucania	✗	Dismissione non avvenuta, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
Napoli (provincia)				
	Distretto di Pozzuoli	P.O. di Pozzuoli	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto di Frattamaggiore	P.O. di Frattamaggiore	✗	Dismissione non avvenuta, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
	P.O. di Torre del Greco	P.O. di Boscotrecase	✗	Dismissione non avvenuta, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
	Ottavian	P.O. di Pollena Trocchia	✓	Dismissione avvenuta
	Pomigliano	P.O. di Pollena Trocchia	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto di Torre del Greco	P.O. di Boscotrecase	✓	Dismissione avvenuta
Napoli (città)				
	PSI Elena d'Aosta	P.O.S. Giovanni Bosco	✓	Dismissione avvenuta
	PSI Elena d'Aosta (med. nucleare)	P.O. Ascalesi	✓	Dismissione avvenuta
	PSI Loreto Crispi (diagnostica virologic	P.O. Ascalesi	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto 24	P.O. Loreto Crispi	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto 25	P.O. S. Paolo	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto 27	Distretto 28	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto 29	P.O. S. Giovanni Bosco	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto 30	Distretto 28	✓	Dismissione avvenuta
	Distretto 33	PSI Napoli Est	✓	Dismissione avvenuta
	P.O. S.Genanro	P.O. Ascalesi	✓	Dismissione avvenuta

Tabella 63 – Sintesi interventi di riassetto della rete laboratoristica pubblica: dismissioni

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

Per i laboratori dei P.O. Battipaglia, Eboli, Oliveto Citra e Roccadaspide della provincia di Salerno, per i quali era previsto dal DCA 49/2010 l'accorpamento nell'edificando P.O."Valle del Sele", l'Azienda sanitaria Locale di Salerno dovrà proporre un piano di accorpamento dei laboratori delle strutture citate identificandone la diversa allocazione da realizzarsi entro il 31.12.2013.

Sintesi interventi di riassetto della rete laboratoristica pubblica: Accorpamenti				
Area	**Sede di Laboratorio**	**Nuova Sede**		
Benevento				
	P.O. Cerreto Sannita	P.O.S.Alfonso de Liguri	✓	Accorpamento avvenuto
	P.O. S. Agata de' Goti	P.O.S.Alfonso de Liguri	✓	Accorpamento avvenuto
Salerno				
	P.O. di Cava de' Tirreni	AOIU S.Giovanni di Dio	✗	Accorpamento non avvenuto, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
	P.O. di Mercato S. Severino	AOIU S.Giovanni di Dio	✗	Accorpamento non avvenuto, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
	P.O. di G. Da Procida	AOIU S.Giovanni di Dio	✗	Accorpamento non avvenuto, l'obiettivo è provvedere entro il 31.12.2013
Napoli (città)				
	P.O. Ascalesi	AORN Ospedale del Mare	✗	Accorpamento non ancora avvenuto in quanto l'Ospedale del Mare risulta ancora in costruzione
	P.O. Incurabili	AORN Ospedale del Mare	✗	Accorpamento non ancora avvenuto in quanto l'Ospedale del Mare risulta ancora in costruzione
	P.O. San Gennaro	AORN Ospedale del Mare	✗	Accorpamento non ancora avvenuto in quanto l'Ospedale del Mare risulta ancora in costruzione
	P.O. S. Maria Loreto Mare	AORN Ospedale del Mare	✗	Accorpamento non ancora avvenuto in quanto l'Ospedale del Mare risulta ancora in costruzione
	P.O. Santobono	AO Unica Pediatrica Regionale	✓	Accorpamento avvenuto
	P.O. Pausillipon	AO Unica Pediatrica Regionale	✓	Accorpamento avvenuto
	P.O. S.S. Annunziata	AO Unica Pediatrica Regionale	✓	Accorpamento avvenuto

Tabella 64 - Sintesi interventi di riassetto della rete laboratoristica pubblica: accorpamenti

Risultati programmati

- Completamento del processo di dismissione e accorpamento delle strutture laboratoristiche pubbliche, entro il 31.12.2013;
- perseguimento di economie di gestione dei laboratori mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate;
- razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane;
- miglioramento dell'efficienza organizzativa interna dei laboratori;
- ottimizzazione dell'utilizzazione della tecnologia strumentale (sfruttandola per l'intero arco della giornata);
- i Direttori Generali trasmetteranno e certificheranno nei tempi del cronoprogramma la dismissione e/o l'accorpamento dei laboratori al Nucleo di Coordinamento.

Indicatori di risultato

- Numero di laboratori dismessi su numero di laboratori da dismettere, tendenza al 100% nel 2013;
- numero di laboratori accorpati su numero di laboratori da accorpare, tendenza al 100% nel 2013;
- riduzione della spesa per beni e servizi di medicina di laboratorio Aziendali e le sub reti di specialità.

Responsabile del procedimento attuativo

- Coordinatore Assessorato Sanità.

Azione 14.3.3: Riorganizzazione rete laboratoristica privata

La Regione ha ritenuto prioritario l'obiettivo di definire i requisiti di accreditamento in ragione della produttività minima, emanando la Legge Regionale n. 23 del 14 dicembre 2011, che definisce le procedure di accreditamento istituzionale e fissa il termine per l'adozione del Decreto Commissariale contenente le modalità di associazione consortile e la definizione delle soglie minime di operatività.

L'obiettivo è quello di realizzare un processo di riorganizzazione e rimodulazione delle strutture private accreditate su base provinciale. Il raggiungimento di questo obiettivo è propedeutico per la ridefinizione della rete laboratoristica privata e per l'implementazione del processo di accreditamento avviato nel 2012.

Il piano di azione prevede:

- la mappatura complessiva di tutti gli erogatori privati accreditati o in fase di accreditamento e la rilevazione delle prestazioni da essi erogate;

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

- l'individuazione degli standard di appropriatezza, in linea con quanto definito per la rete pubblica e in linea con i fabbisogni territoriali;
- l'individuazione delle strutture che, non rispettando le soglie stabilite, dovranno essere disattivate o accorpate;
- la pianificazione delle azioni e delle tempistiche relative al piano di dismissione e di accorpamento degli erogatori privati
- la disattivazione e l'accorpamento degli erogatori nel rispetto delle tempistiche.

Per raggiungere gli obiettivi previsti, dovrà essere favorita ed attuata la riduzione del numero dei piccoli laboratori che non sono in grado di garantire la qualità degli esami eseguiti, prevedendo la possibilità che questi possano trasformarsi in Centri prelievo.

I criteri da adoperare per ridefinire la rete dei laboratori privati dovranno essere individuati nel rispetto delle specifiche esigenze territoriali ed assicurando il mantenimento di un adeguato livello di qualità ed efficienza del servizio offerto. Si dovrà garantire agli utenti del relativo bacino di riferimento equità dei trattamenti, in relazione alla specificità delle prestazioni richieste, ed universalità dell'accesso, attraverso una attenta modulazione della dislocazione territoriale degli ambulatori.

La rimodulazione della rete laboratoristica privata dovrà avvenire sulla base degli specifici scenari provinciali tenendo conto:

- dell'attuale presenza e tipologia di offerta dei laboratori pubblici e privati;
- delle complessità organizzative legate a particolari situazioni orografiche;
- dell'efficienza economica, in termini di ottimale uso delle risorse e flessibilità organizzativa.

Si renderà necessario individuare un livello di produttività analitica minima di regime sulla base della frequenza, complessità, grado di automazione applicabile, caratteristiche connesse alle specifiche di trattamento dei campioni biologici ed infine, in funzione delle realtà territoriali, ad esempio per le aree disagiate, tale valore dovrà essere modulato in modo da consentire aggregazioni basate anche su un piccolo numero di laboratori molto dispersi su territori con bassa densità di popolazione e infrastrutture di trasporto poco sviluppate.

La Regione identifica le modalità di coordinamento ed integrazione con la rete dei laboratori pubblici.

L'individuazione del livello di produttività analitica minima di regime permetterà di compiere le dovute aggregazioni che riguarderanno quindi tutti i laboratori privati accreditati con volumi di prestazioni/anno inferiori al valore soglia, tenendo altresì conto della presenza di un'adeguata rete viaria.

In considerazione della notevole complessità delle strutture private preposte alla erogazione delle prestazioni di laboratorio e della evoluzione tecnologica delle apparecchiature utilizzate, si ritiene di monitorare annualmente il livello di appropriatezza delle prestazioni.

Infine, bisognerà definire i rapporti economici e giuridici tra i diversi laboratori che decidano di mettersi in rete, tramite lo strumento del Service disciplinando come rispetto a questi si applichino i requisiti previsti dal Decreto 55/2010, anche in considerazione della riconversione dei laboratori in Centri prelievo.

Risultati Programmati

- Mappatura complessiva di tutti gli erogatori privati accreditati o in fase di accreditamento e rilevazione delle prestazioni da essi erogate, entro il 31.12.2013;
- utilizzo di tecnologie informatiche anche per decentrare e portare direttamente la risposta di laboratorio all'utente, nel rispetto della privacy e garantendone la sicurezza;
- completamento degli indirizzi per i Centri prelievo (requisiti per autorizzazione/accreditamento; piano del fabbisogno regionale; rapporti economico-giuridici tra gli erogatori).

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

Indicatori di risultato

- Adozione entro il 31.12.2013 del Piano di riordino applicando le linee guida per la riorganizzazione contenente:
  - definizione degli standard produttivi minimi per l'operatività di laboratori privati;
  - criteri per il riequilibrio del rapporto strutture/popolazione;
  - modelli di aggregazione e requisiti;
  - disciplina del service;
  - altri.
- Realizzazione della nuova rete:
  - 50% nel 2013;
  - 100% nel 2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Coordinatore Assessorato Sanità.

Azione 14.3.4: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa

La Regione, in coerenza con quanto indicato nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012, ha predisposto un Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2010-2012 con la finalità di predisporre un percorso standardizzato per il governo delle liste di attesa volto a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità e di trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Le linee di intervento contenute nel PRGLA attengono:

- l'aggiornamento delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa;
- l'individuazione di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) per le aree cardiovascolare e oncologica e la determinazione dei relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- la promozione, valutazione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- la garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa;
- la promozione di acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale come previsto dall'articolo 55 comma 2 del CCNL/2000 della Dirigenza Medica Veterinaria;
- la promozione di attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione;
- l'implementazione di procedure utili ai fini della certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del Piano all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- l'implementazione obbligatoria di un'ampia offerta di canali di accesso al servizio prenotazioni, ivi compreso un numero telefonico, nel rispetto delle Linee Guida CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29.04.2010.

Tali linee di intervento sono state recepite ed implementate dalle Aziende sanitarie attraverso specifici programmi attuativi aziendali. La cui coerenza con i contenuti del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 viene costantemente monitorata dalla Regione.

Ad oggi le Aziende alimentano il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante semestralmente.

La Regione ha, inoltre, predisposto un sistema di monitoraggio finalizzato a verificare l'effettivo adempimento delle Linee di intervento per il contenimento dei Tempi di Attesa, determinato sulla base delle "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa" definite in accordo tra Ministero, Regioni e Province Autonome ed Age.Na.S.

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

La Regione si pone, quindi, l'obiettivo di proseguire nella sua attività di monitoraggio finalizzato al rispetto del PNGLA e del PRGLA ed a recepire le ulteriori disposizioni che potranno pervenire, nel corso del prossimo triennio, a livello nazionale.

La Regione ha provveduto ad implementare:

- il flusso informativo SDO dei ricoveri ospedalieri, rendendo obbligatorio i controlli previsti con Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n.6 del 17.01.2011 e DGRC n.277 del 21.06.2011 mediante un sistema software a partire dal secondo semestre 2012;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare ed oncologica, individuando una metodologia per il monitoraggio dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici, la quale è entrata a regime dal 2012;
- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria, con tempistica semestrale; inoltre, la Regione ha stipulato agli inizi di maggio una convenzione con l' Age.Na.S. per l'utilizzo autonomo del Portale da parte della Regione;
- il flusso informativo delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni.

Risultati programmati

- Rilevazione semestrale del flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante con l'alimentazione dei campi dei codici di priorità, entro il 31.12.2013;
- rilevazione del flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex post con l'alimentazione dei campi dei codici di priorità, entro il 31.12.2013;
- applicazione della metodologia di monitoraggio dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare ed oncologica, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Rilevazione del flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, nella settimana indice, e trasmissione al NSIS, con cadenza semestrale, entro i mesi di maggio e novembre;
- rilevazione mensile, entro 10 giorni del mese successivo a quello di rilevazione, del flusso informativo delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex post;
- corretta compilazione SDO con indicazione di data di prenotazione e classi di priorità;
- rilevazione del flusso informativo delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Responsabile del processo attuativo

- Direzione Generale Salute mediante Dirigente per ambiti di competenza e commissione CUREP.

Intervento 14.4: Assistenza territoriale

Tale intervento, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori);
- piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata, con l'indicazione delle azioni mirate al raggiungimento degli standard nazionali riferiti alla popolazione anziana >65 anni (linee guida sulle cure domiciliari, definizione di profili assistenziali, PUA, adozione e diffusione di strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili).

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

Assistenza territoriale valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Assistenza territoriale	**-**	**-65,8**	**-82,5**
Assistenza territoriale	-	-65,8	-82,5
Classificazione delle strutture e processo di riconversione verso l'appropriatezza dell'offerta	-	-	-
Classificazione strutture, riqualificazione offerta e definizione dei fabbisogni	-	-	-
Implementazione sistema di verifica dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi dei profili riabilitativi	-	-	-
Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione estensiva territoriale (RIA ex art. 26 legge 833)	-	*26,7*	45,4
Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti	-	*-4,1*	-5,3
Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere per cittadini adulti ed anziani non autosufficienti	-	*-67,9*	-95,1
Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali	-	*2,8*	5,2
Attivazione posti letto in comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti	-	*-15,7*	-22,0
Attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività	-	*-7,6*	-10,6
Potenziamento dell'assistenza domiciliare	-	-	-
MMG e Cure Domiciliari	-	-	-

Tabella 65 – Sintesi manovre

I presenti programmi operativi intendono destinare particolare attenzione al tema della territorializzazione dell'assistenza, sia estendendo valutazioni e principi già definiti, che individuando ulteriori obiettivi, nella consapevolezza che il prossimo triennio dovrà essere quello della vera svolta nel percorso di riconfigurazione del sistema sanitario.

La Regione, in tutte le analisi prodotte negli ultimi anni con riferimento all'offerta territoriale delle strutture, ai fabbisogni di posti letto e alla relativa spesa, ha evidenziato l'assoluta necessità che una buona programmazione riequilibri il rapporto esistente fra livello essenziale ospedaliero e livello essenziale di assistenza territoriale, spostando sul territorio risorse umane e tecnologiche, atte a garantire percorsi diagnostici e terapeutici che trovano risposte inappropriate in ambito ospedaliero.

E' necessario ricondurre l'ospedale al ruolo di struttura specializzata all'erogazione di attività di ricovero nella fase acuta della patologia, affidando al territorio la prevenzione, la cura delle patologie croniche, l'assistenza a disabili e ai non autosufficienti. Il passaggio fondamentale per raggiungere tale obiettivo è la razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Il Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, orienta il sistema ad un nuovo e più ampio processo di deospedalizzazione e prefigura una maggiore attenzione al sistema territoriale, con strumenti di valutazione multidimensionale condivisi per l'accesso alle varie forme di assistenza domiciliare e residenziale, nonché la messa a regime dei relativi flussi informativi. Prevede, inoltre, l'adozione di uno specifico atto programmatorio sulla dotazione di posti letto residenziali e semiresidenziali e sull'organizzazione dell'assistenza domiciliare, al fine di garantire una più equa distribuzione di questi essenziali servizi sul territorio.

Il riassetto della rete ospedaliera e territoriale ha costituito uno degli obiettivi che, in via prioritaria, il Consiglio dei Ministri ha assegnato (DPCM del 24 aprile 2010) al Commissario ad Acta per la sanità della Regione, al fine di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia da conseguire tramite interventi di dismissione, riconversione e riorganizzazione di quei presidi ospedalieri che non sono più in grado di garantire qualità, sicurezza, appropriatezza ed economicità nell'erogazione dei livelli assistenziali.

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

Con il Decreto Commissariale n.49 del 27.09.2010, la Regione ha adottato il nuovo riassetto della rete ospedaliera e territoriale che consente di ridurre i livelli di inappropriatezza della rete ospedaliera campana.

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria deve consentire un'offerta di servizi mirati, equi, di qualità e diffusi nel territorio, al fine di rispondere nel modo migliore ai bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione.

Soltanto la conoscenza del bisogno reale consente l'individuazione e l'eliminazione della domanda indotta, per cui l'appropriatezza è da ricercare non solo nella risposta erogativa, quanto anche, e soprattutto, nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, va poi ricercata la modalità dell'intervento nonché l'ambito di cura più appropriato nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante di percorsi egualmente efficaci.

L'appropriatezza dell'ambito di cura impone che la rete di offerta sia configurata quale un insieme fortemente integrato Ospedale -Territorio e, pertanto, la modalità di produzione dell'offerta sia individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera. L'appartenenza all'uno o all'altro livello non deve contenere più elementi di divisione, di funzioni o attività, ma deve rappresentare soltanto una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria calibrata sul reale bisogno di salute.

Tutto questo configura la creazione di un "Distretto forte" con un ruolo centrale nel sistema di conoscenza del bisogno reale dei cittadini e di governo dei percorsi di soddisfacimento della domanda.

Per ottenere questo è anche indispensabile elaborare strategie volte a creare un rapporto di partnership tra Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS) ed Azienda sanitaria, attraverso un mutamento culturale dei rapporti che intercorrono tra azienda e professionisti per giungere alla definizione di obiettivi comuni di salute, all'elaborazione di percorsi condivisi ed alla progressiva introduzione del concetto di "Gestione Controllata delle Risorse".

Si vuole proporre in modo nuovo il ruolo del territorio, recuperando una posizione centrale dei MMG e PLS che garantiscano un approccio centrato sulla persona.

I MMG e PLS in sinergia con il personale dei distretti, rappresentano il punto di riferimento primario nella gestione della persona, progettando i profili di assistenza a livello distrettuale insieme a tutti gli altri servizi individuati nella gestione del caso.

Si potrà così concretizzare "la Presa in Carico" attraverso un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida e dall'altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, riesca a limitare l'accesso a prestazioni e servizi impropri.

La Regione ha avviato, in attuazione del Decreto Commissariale n. 49/2010, il complesso piano di riqualificazione della rete territoriale, che prevede la riconversione di presidi ospedalieri pubblici in strutture territoriali e la riconversione di strutture private provvisoriamente accreditate.

Azione 14.4.1: Classificazione delle strutture e processo di riconversione verso l'appropriatezza dell'offerta

Il processo di riconversione delle strutture private provvisoriamente accreditate è strettamente connesso al processo di accreditamento definitivo.

Alla luce dell'attuale quadro normativo la Regione è tenuta ad attuare un ampio piano di riqualificazione dell'offerta di assistenza territoriale, finalizzata alla maggiore appropriatezza della prestazione e alla riduzione della mobilità extraregionale.

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

Un importante processo di ridisegno istituzionale e della rete di offerta è stato realizzato riducendo il numero delle ASL.

La Legge Regionale n. 16 del 28 novembre 2008 ha modificato in maniera sostanziale l'ambito di riferimento del territorio di ogni singola ASL, assumendo il modello di ASL Provinciale, ad eccezione della Provincia di Napoli che è stata divisa in tre aziende: Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud. Anche i Distretti sono stati modificati nel senso di una riduzione del loro numero che è passato da 97 a 72 con scomparsa di tutti i distretti piccoli.

Con delibera di Giunta Regionale n. 320 del 3 luglio 2012 è stato formalmente adottato il documento di proposta di riallineamento ambiti e distretti, licenziato dal tavolo tecnico istituito con delibera di giunta regionale n. 40 del 14.02.2012, dopo la fase di concertazione dell'Assessorato all'Assistenza Sociale, avviata ai sensi dell'art. 19 della legge regionale n. 11/2007, con il coinvolgimento delle parti sociali, delle cinque province e degli stessi ambiti territoriali. Con Decreto Commissariale n. 77 del 09.07.2012 il Commissario ad Acta per il Piano di rientro ha preso atto della Delibera n. 320/2012. Con parere 383P del 5.10.2012 il decreto è stato validato dai ministeri affiancanti.

L'aumento della popolazione di riferimento e, soprattutto, l'estensione del territorio di competenza, caratterizzato spesso da decine di Comuni, riporta in primo piano la filosofia del Distretto Sociosanitario forte. Il Distretto Sociosanitario, inteso come un sistema complesso, è il luogo dove si producono risposte di salute. Il Distretto rappresenta da decenni, in teoria, il centro della programmazione sociale e sanitaria, la sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità territoriali e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo cittadino e delle singole famiglie. Nel Distretto agiscono i determinanti distali della salute (ambiente, relazioni sociali, condizione economica, livello di istruzione) e si realizzano quelli prossimali (comportamenti, stili di vita).

Questa dimensione territoriale agisce da facilitatore delle politiche integrate coerenti con i bisogni del territorio, nel rendere più agevole ed efficace la partecipazione dei cittadini e mantenere vivo il circuito metodologico virtuoso tra: analisi territoriale - programmazione - monitoraggio - valutazione.

Obiettivo prioritario è quindi promuovere programmi intersettoriali realizzati congiuntamente da Enti Locali, Azienda Sanitaria, e le forme associative presenti sul territorio, con particolare riguardo alla "integrazione dei servizi con la rete di solidarietà formale ed informale".

Riveste particolare rilievo nell'organizzazione territoriale dei servizi la modalità di individuazione di soggetti gestori a cui sia stata affidata la realizzazione di specifici servizi all'utenza o di progetti basati sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati come previsto dal DPCM del 14.02.2001.

In questi ultimi anni, l'Assessorato alla Sanità della Regione ha posto in essere una serie di attività finalizzate non solo a favorire i processi di integrazione sociosanitaria ma soprattutto ad applicare e monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitaria intesi come garanzia al cittadino di fruibilità di servizi.

E' stato considerato indispensabile l'utilizzo degli strumenti di programmazione e pianificazione e di verifica dell'appropriatezza, quali il Programma attività territoriali (PAT) nonché la messa a regime del monitoraggio dei Lea sociosanitari ed il recepimento dei decreti ministeriali del dicembre 2008 sui flussi informativi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Azione 14.4.2: Classificazione strutture, riqualificazione offerta e definizione dei fabbisogni

Per il triennio 2013-2015, la Regione sta provvedendo ad adeguare l'attuale offerta assistenziale, mirata alla continuità del percorso di presa in carico del cittadino. L'obiettivo che ci si pone è potenziare l'assistenza sul territorio e ridurre le giornate di degenza ospedaliera con criteri di efficienza ed appropriatezza.

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

Nel presente documento gli indici di fabbisogno di assistenza territoriale sono aggiornati, rispetto al Decreto Commissariale n. 49/2010, approvato dal Ministero tenendo conto delle indicazioni formulate in sede di Comitato Lea.

Classificazione strutture e riqualificazione offerta

L'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale ai cittadini disabili prevista dalla Classificazione Mattone 12 definisce strutture territoriali per l'erogazione di:

- prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale (RD1);
- prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico (RD2);
- prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative di mantenimento in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi (RD3) e disabili privi di sostegno familiare (RD4).

L'offerta assistenziale a pazienti adulti non autosufficienti prevista dalla Classificazione Mattone 12 definisce strutture territoriali per l'erogazione di:

- prestazioni a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie degenerative progressive, ecc.) (R1);
- prestazioni a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde ecc. (R2);
- prestazioni a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato al disturbo del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico (R2D), per tale tipologia di pazienti sono previste anche prestazioni erogate in regime semiresidenziale (SRD);
- prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (R3), per tale tipologia di pazienti sono previste anche prestazioni erogate in regime semiresidenziale (SR).

In Regione l'attuale offerta assistenziale territoriale è così articolata:

- strutture riabilitative cosiddette "ex art. 26 Legge 833/78" che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva per disabili riconducibili a quelle di tipo estensivo di cui al codice RD1 della classificazione Mattone 12;
- strutture sociosanitarie denominate "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti" che erogano prestazioni riconducibili a quelle contraddistinte dal codice RD3 e RD4 della classificazione Mattone 12;
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria e alta necessità di assistenza tutelare riconducibili a quelle classificate come R3 del Mattone 12. Per tale tipologia di pazienti sono previste anche prestazioni erogate in regime semiresidenziale riconducibili a quelle codificate come SR dal Mattone 12;
- strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale a pazienti con demenza senile o Alzheimer che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico, riconducibili alle prestazioni classificate come R2D e SRD dal Mattone 12;

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

- Speciali Unità di Accoglienza Permanente (S.U.A.P) che sono strutture residenziali finalizzate al trattamento di persone a bassa responsività protratta - Stati Vegetativi (SV) e Stati di Minima Coscienza (SMC) identificati come R1 ed RD1 responsività minimale dal progetto Mattone 12.

Relativamente al fabbisogno di posti letto previsto dalla Regione Campania si evidenzia che i dati indicati nell'attuale programma differiscono da quanto indicato nel decreto 49/2010 in virtù dell'utilizzo dei dati della popolazione 2012 (fonte Istat).

Per le tipologie assistenziali riconducibili ai codici RD1 - RD3 - RD4 il fabbisogno complessivo risulta essere 0,55 ‰ per le strutture residenziali e 0,40‰ per le strutture semiresidenziali per un totale di 0,95 ‰ suddivisi come segue:

- il fabbisogno di posti letto in riabilitazione extraospedaliera per disabili (ex art. 26) previsto dalla Regione è complessivamente pari a 0,40‰ sulla popolazione residente comprensivo del regime residenziale e di quello semiresidenziale. Tale indice risulta in linea con il valore mediano nazionale dell'offerta di posti letto in regime residenziale pari a 0,22‰ e di posti letto in regime semiresidenziale pari a 0,18‰, così come risulta dal documento del Ministero della Salute "*Monitoraggio dei Piani di Rientro - Regione Campania 30 ottobre 2012 - Analisi dell'assistenza territoriale*";
- i posti letto per le RSA per disabili non autosufficienti, si stima un fabbisogno di posti letto complessivamente pari a 0,55‰ di cui:
  - 0,33‰ per il regime residenziale: indice che, se sommato al valore dei PL indicato per il regime residenziale ex art. 26 (pari a 0,22), risulta essere congruo rispetto allo standard di fabbisogno di PL stabilito in sede di Comitato Lea (pari a 0,55/0,6);
  - 0,22‰ per il regime semiresidenziale: indice che, se sommato al valore dei PL indicato per il regime semiresidenziale ex art. 26 (pari a 0,18), risulta essere congruo rispetto al fabbisogno di PL stabilito in sede di Comitato Lea (pari a 0,39).
- per le strutture extraospedaliere per cittadini adulti/anziani non autosufficienti si stima un fabbisogno di posti letto pari al 10 per mille calcolato sulla popolazione anziana ultra65enne, in linea con l'indicazione del Comitato Lea;
- per le SUAP il fabbisogno di posti letto, pari a 4 PL ogni 100.000 abitanti, è conforme alle linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza (Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011).

La Tabella 67 riporta una sintesi delle principali manovre per il riassetto della rete di assistenza territoriale. A seguito della ricognizione effettuata è stato possibile determinare il numero di PL da attivare (+) e/o riconvertire (-), nel prossimo triennio per tipologia di assistenza.

Sintesi manovre per Assistenza Territoriale

Area assistenza	PL fabbisogno	PL pubblici	PL da istanze ammissibili prcedura SO.RE.SA.	PL accreditati con DC n. 58/2012	PL riconv. da CdC psichiatriche (DC 49/2010)	PL riconvertiti da attuazione DC 49/2010	PL da attivare-riconvertire
RIA extraospedaliera per disabili	2.306	-	3.800	-	-	-	-1.494
RSA non autosufficienti disabili	3.170	153	2.661	-	100	20	236
RSA-adulti non autosufficienti adulti/anziani	9.424	670	1.633	-	100	-	7.021
Strutture psichiatriche	2.308	1.558	110	-	600	40	-
Assistenza per Tossicodipendenze*	1.706	-	745	-	-	-	961
Hospice	289	99	75	35	-	20	124
Stato Vegetativo e Minima Coscienza	231	-	-	-	-	-	231
Totale	**19.434**	**2.480**	**9.024**	**35**	**800**	**80**	**7.079**

*Il fabbisogno è calcolato come l'8% degli iscritti al SERT per l'anno 2011 (Decr. Comm. 9/2012)

Tabella 66 - PL da attivare/riconvertire

Per la riconversione del numero di PL determinati per le varie tipologie di assistenza, si è stimato di riconvertire il 100% dei PL nel corso del triennio 2013-2015, nel modo seguente:

- il 60% a partire dal 1 gennaio 2014;
- il restante 40% a partire dal 1 gennaio 2015.

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

Per l'attivazione del numero di PL determinati per le varie tipologie di assistenza, si è stimato di attivare il 70% dei PL nel corso del triennio 2013-2015, nel modo seguente:

- il 50% a partire dal 1 gennaio 2014;
- il restante 20% a partire dal 1 gennaio 2015.

Per la riconversione dei posti letto da Case di Cura psichiatriche, pari a 800 PL, secondo quanto riportato dal Decreto Commissariale n. 49/2010 e successivamente dal DC 53/2012 ad oggetto: "Approvazione Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012", si è ritenuto opportuno considerare la riconversione del 100% dei posti letto stimati da destinare alle strutture residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili, alle strutture residenziali e semiresidenziali in RSA per cittadini ultrassessantacinquenni non autosufficienti, cittadini affetti da demenza senile o Alzheimer ed alle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali.

Si fa altresì presente che la Regione sta elaborando una nuova proposta di riconversione delle Case di Cura neuropschiatriche alla luce delle osservazioni ministeriali.

In base a quanto esposto, la Tabella 67 riporta il numero di PL che verranno effettivamente attivati (+) e/o riconvertiti (-), nel prossimo triennio per tipologia di assistenza.

Sintesi manovre per Assistenza Territoriale

Area assistenza	PL fabbisogno	PL pubblici	PL da istanze ammissibili prcedura SO.RE.SA.	PL accreditati con DC n. 58/2012	PL riconv. da CdC psichiatriche (DC 49/2010)	PL riconvertiti da attuazione DC 49/2010	PL da attivare-riconvertire	PL attivazioni-riconversioni 2013	PL attivazioni-riconversioni 2014	PL attivazioni-riconversioni 2015	PL da attivare-riconvertire residui
RIA extraospedaliera per disabili	2.306	-	3.800	-	-	-	-1.494	-	-909	-622	36
RSA non autosufficienti disabili	3.170	153	2.661	-	100	20	236	-	107	26	103
RSA-adulti non autosufficienti adulti/anziani	9.424	670	1.633	-	100	-	7.021	-	3.509	1.405	2.107
Strutture psichiatriche	2.308	1.558	110	-	600	40	-	-	-15	-32	47
Assistenza per Tossicodipendenze*	1.706	-	745	-	-	-	961	-	480	193	288
Hospice	289	99	75	35	-	20	124	-	62	25	37
Stato Vegetativo e Minima Coscienza	231	-	-	-	-	-	231	-	116	46	69
Totale	**19.434**	**2.480**	**9.024**	**35**	**800**	**80**	**7.079**	**-**	**3.351**	**1.041**	**2.687**

*Il fabbisogno è calcolato come l'8% degli iscritti al SERT per l'anno 2011 (Decr. Comm. 9/2012)

Tabella 67 - PL effettivi da attivare/riconvertire

La stima dei posti letto da riconvertire/attivare, potrà essere rimodulata sulla base di eventuali nuovi fabbisogni derivanti dai diversi *setting* assistenziali.

Azione 14.4.3: Implementazione sistema di verifica dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi dei profili riabilitativi

Con Decreto Commissariale n.64 del 26 settembre 2011 e s.m. e i. è stato introdotto, in coerenza con il Piano di indirizzo per la riabilitazione, strumenti e procedure per migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione attraverso un sistema di accesso basato su profili riabilitativi individuati per specifiche condizioni cliniche acute e immediatamente post-acute. Con tale provvedimento è stato inoltre previsto un sistema di verifiche dell'appropriatezza e di monitoraggio degli esiti dei profili riabilitativi erogati.

Con successivo Decreto n.93 del 10.08.2012, la Regione ha definito specifiche linee di indirizzo al fine di uniformare procedure e modalità di raccolta delle informazioni minime necessarie ai fini della valutazione del grado di applicazione dei profili riabilitativi e dei relativi esiti, nonché di una analisi degli scostamenti dai tempi medi di inizio dei trattamenti e di recupero funzionale, con relative motivazioni, nell'ottica della ricerca di strategie di massimizzazione dell'efficacia degli interventi e di rilevazione della eventuale variabilità ingiustificata.

L'obiettivo è quello della messa a regime e dell'implementazione del sistema di verifiche per l'accertamento dell'appropriatezza clinica, amministrativa ed organizzativa nonché di monitoraggio degli esiti degli interventi riabilitativi programmati ed erogati.

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

Risultati programmati

- Implementazione del sistema di verifica dell'appropriatezza e monitoraggio degli esiti dei profili riabilitativi;
- raccolta delle informazioni relative all'attività di verifica dell'appropriatezza e dei risultati degli interventi riabilitativi.

Indicatori di risultato

- Verifiche di appropriatezza clinica per almeno il 5% degli assistiti;
- verifiche di appropriatezza amministrativa ed organizzativa per un campione del 10% degli assistiti;
- riduzione della variabilità prescrittiva ingiustificata.

Responsabile del processo attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

Azione 14.4.4: Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili (RIA ex art.26 legge 833)

Le prestazioni di riabilitazione finora erogate in Regione come attività RIA ex art. 26 della legge 833/78 hanno rappresentato l'unica risposta alle disabilità complesse e permanenti trasformate nel corso del tempo in patologie croniche e stabilizzate, considerato anche l'esiguo numero di posti letto per RSA e Centri Diurni.

Negli anni, questo ha determinato poca chiarezza negli obiettivi delle strutture e degli stessi progetti riabilitativi individuali oltre che nei diversi livelli assistenziali richiesti dal DPCM 29/11/2001, dal progetto Mattone e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione.

Risulta necessario, dunque, per il recupero dell'appropriatezza clinica ed organizzativa ridefinire i setting assistenziali, al fine di completare e diversificare il sistema di offerta anche prevedendo l'introduzione di moduli assistenziali non presenti nell'attuale offerta assistenziale.

Dovranno essere, pertanto, ridefiniti i requisiti previsti dalla normativa regionale vigente per l'offerta di riabilitazione extraospedaliera già attiva al fine di garantire l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale (RD1).

Il complesso piano di riqualificazione della rete territoriale, ha previsto la determinazione dei fabbisogni di posti letto, ottenuti analizzando l'offerta sanitaria e sociosanitaria sia pubblica che privata (in relazione ai dati disponibili) incrociati e riletti con gli indici di fabbisogno.

Nel presente documento gli indici di fabbisogno di assistenza territoriale sono aggiornati, rispetto al Decreto Commissariale n. 49/2010, approvato dal Ministero tenendo conto delle indicazioni formulate in sede di Comitato Lea.

Il fabbisogno di PL individuato per le prestazioni di riabilitazione extraospedaliera (RD1) per disabili pari a 2.306 PL, determinato applicando l'indice 0,40 PL ogni 1.000 abitanti sulla popolazione residente al 2012 di cui:

- 1.268 posti letto in regime residenziale, applicando l'indice 0,22 PL ogni 1.000 abitanti;

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

- 1.038 posti letto in regime semiresidenziale, applicando l'indice 0,18 PL ogni 1.000 abitanti.

Dall'analisi dei posti letto territoriali espressi nelle istanze di accreditamento definitivo prodotte da strutture per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione estensiva semiresidenziali e residenziali, regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica So.Re.Sa., sono risultati ammessi a verifica n. 3.800 PL, di cui 1.148 PL residenziali e 2.652 PL semiresidenziali.

Dall'incrocio di tale dato rispetto al fabbisogno così determinato risulterebbero da attivare 120 PL in regime residenziale e da riconvertire 1.614 PL semiresidenziale. Si evidenzia uno scostamento tra il numero di istanze di accreditamento pervenute da parte delle strutture private per la macroarea della riabilitazione extraospedaliera per disabili rispetto ai dati di fabbisogno PL.

Tale fenomeno è dovuto a due motivi fondamentali:

- applicazione delle disposizioni previste dal Decreto 19/2012 che, in attuazione dell'art. 1 comma 237 octodecies della L.R. 23/2011, ha previsto la possibilità per le strutture che erogano prestazioni in specifici ambiti assistenziali per cui c'è carenza nell'offerta regionale (Hospice e Residenze Sanitarie Assistenziali) di iscriversi in piattaforma So.Re.Sa. se in possesso dell'autorizzazione all'esercizio ed in possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento di cui al regolamento 1/2007;
- possibilità di iscrivere in piattaforma strutture di riabilitazione extraospedaliera per disabili in qualità di RSA per anziani disabili e demenze già riconvertite.

Si consideri che il numero di PL pubblici sia residenziali che semiresidenziali presenti su piattaforma NSIS per il 2012 risultano differenti rispetto ai dati esposti (Tabella 68), i quali sono stati determinati in seguito al processo di ricognizione dei PL derivanti dalla procedura So.Re.Sa. per le istanze ammissibili per l' accreditamento definitivo.

Si riporta nella Tabella 68 il risultato dell'analisi effettuata.

	ISTAT	PL RES. E SEMIRES. 0,40‰ ab.	RES. Indice 0,22‰ ab	SEMIRES. Indice 0,18‰ ab	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)		PL RES. da attivare/ riconvertire	PL SEMIRES. da attivare/ riconvertire
ASL	Popolazione 2012	Fabbisogno	Fabb. PL RES	Fabb. PL SEMIRES	RES	SEMIRES		
AV	428.855	172	94	77	161	99	-67	-22
BN	284.560	114	63	51	103	64	-40	-13
CE	905.188	362	199	163	25	219	174	-56
NA1	974.468	390	214	175	-	669	214	-494
NA2	1.019.805	408	224	184	106	323	118	-139
NA3	1.058.974	424	233	191	223	627	10	-436
SA	1.092.574	437	240	197	530	651	-290	-454
Totali	**5.764.424**	**2.306**	**1.268**	**1.038**	**1.148**	**2.652**	**120**	**-1.614**

Tabella 68 - Posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture di riabilitazione extraospedaliera per disabili

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

Le tariffe utilizzate per la riconversione dei posti letto sono le seguenti:

Provvedimento	Prestazione		Tariffa		Fabbisogno	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)	PL RES. da attivare/ riconvertire	PLSEMIRES. da attivare/ riconvertire
			Tariffa A	Tariffa B				
	Art. 26 RES	Base	146,92	124,88				
	Art. 26 RES	Medi	155,72	132,36				
DGRC 224/2009	Art. 26 RES	Gravi	189,81	161,34	2.306	3.800	120	-1.614
	Art. 26 SEMIRES	Medi	77,4	65,79				
	Art. 26 SEMIRES	Gravi	92,92	78,98				

Tabella 69 - Tariffe prestazioni residenziali e semiresidenziali in strutture di riabilitazione extraospedaliera per disabili

Si sottolinea che tale analisi è subordinata al completamento della verifica in corso dei requisiti per l'accreditamento definitivo da parte delle AA.SS.LL., nonché di ulteriori integrazioni all'elenco degli ammissibili a seguito di ricorsi o completamento di procedure amministrative e pertanto è suscettibile di modifiche per eccesso o per difetto.

Risultati programmati

- Riconversione in altri setting assistenziali di posti letto in regime semiresidenziale presenti in strutture private che erogano prestazioni di riabilitazione e che risultano in eccedenza rispetto al fabbisogno definito;
- attivazione di posti letto in regime residenziale (RD1) in strutture, sia pubbliche che private, per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera.

Indicatori di risultato

- Verifica dell'attivazione di posti letto per l'erogazione di prestazioni residenziali in strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili, pari al 50 % della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica dell'attivazione di posti letto per l'erogazione di prestazioni residenziali strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili, pari al 20% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2015;
- verifica della riconversione di posti letto semiresidenziali di strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili, pari al 60% dell'eccedenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica della riconversione di posti letto semiresidenziali di strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili, pari al 40% dell'eccedenza rispetto al fabbisogno, per il 2015;
- verifica della riconversione di posti letto in regime semiresidenziale per l'erogazione in strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili, pari al 100% della carenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

Azione 14.4.5: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti

Le RSA sono strutture extraospedaliere sociosanitarie che garantiscono a persone non autosufficienti/disabili, previa valutazione multidimensionale e presa in carico, trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento di diversa intensità, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari in regime semiresidenziale e residenziale. Esse realizzano un livello medio di assistenza

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

sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Si differenziano dalle strutture riabilitative per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa anche "ospitalità permanente". Tali prestazioni sono riconducibili a quelle classificate come RD3 ed RD4 del Mattone 12.

Nel presente documento gli indici di fabbisogno di assistenza territoriale sono aggiornati, rispetto al Decreto Commissariale n. 49/2010, approvato dal Ministero tenendo conto delle indicazioni formulate in sede di Comitato Lea.

Il fabbisogno di PL individuato per le prestazioni in RSA per non autosufficienti disabili, determinato applicando l'indice 0,80 PL ogni 1.000 abitanti sulla popolazione residente al 2012, è pari a 3.170 PL, di cui:

- n. 1.902 posti letto in regime residenziale, applicando l'indice 0,33 PL ogni 1.000 abitanti;
- n. 1.268 posti letto in regime semiresidenziale, applicando lo 0,22 PL ogni 1.000 abitanti.

In Regione n.153 PL sono presenti in strutture pubbliche per Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni (140 in strutture Residenziali e 13 in strutture Semiresidenziali).

Dall'analisi dei posti letto territoriali espressi nelle istanze di accreditamento definitivo prodotte da strutture per l'erogazione di prestazioni in Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica So.Re.Sa., sono risultati ammessi a verifica n. 2.661 PL, di cui 1.300 PL residenziali e 1.361 PL semiresidenziali.

Dal monitoraggio effettuato dall'A.R.San. per la riconversione dei piccoli Presidi Ospedalieri di cui al Decreto 49/2010 risultano attivati 20 PL RSA (PO Presidio di Bisaccia - Avellino).

Inoltre, il decreto commissariale n. 53 del 9 maggio 2012 ad oggetto: "Approvazione Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012", in materia di riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche prevedeva la riconversione di n. 100 PL in RSA disabili modulo alto.

Si consideri che il numero di PL pubblici sia residenziali che semiresidenziali presenti su piattaforma NSIS per il 2012 risultano differenti rispetto ai dati esposti (Tabella 70), i quali sono stati determinati in seguito ad un processo di ricognizione dei PL pubblici da parte delle AA.SS.LL. su richiesta della Regione (Prot. n. 0775254 del 23/10/2012). Tuttavia, la Regione ha richiesto alle AA.SS.LL. di provvedere all'aggiornamento delle anagrafiche del numero di PL pubblici su piattaforma NSIS per il 2012.

Alla luce di quanto sopra risultano, come da Tabella 70, da attivare 342 PL in regime residenziale e da riconvertire 106 PL in regime semiresidenziale.

	ISTAT	PL RES e SEMIRES 0,55‰ ab.	RES. Indice 0,33‰ ab	SEMIRES. Indice 0,22‰ ab	PL pubblici		PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)		PL riconv. da CdC psichiatriche (DC 49/2010)	PL riconvertiti da attuazione DC 49/2010	PL RES. da attivare/ riconvertire	PL SEMIRES. da attivare/ riconvertire
ASL	Popolazione 2012	Fabbisogno	Fabb. PL RES	Fabb. PL SEMIRES	PL pubblici RES	PL pubblici SEMIRES	RES	SEMIRES	RES	RES		
AV	428.855	236	142	94	30	-	100	35		20		
BN	284.560	157	94	63	-	-	30	60		-		
CE	905.188	498	299	199	25	13	282	150		-		
NA1	974.468	536	322	214	55	-	20	479		-		
NA2	1.019.805	561	337	224	30	-	253	240		-		
NA3	1.058.974	582	349	233	-	-	340	105		-		
SA	1.092.574	601	361	240	-	-	275	292		-		
Totali	**5.764.424**	**3.170**	**1.902**	**1.268**	**140**	**13**	**1.300**	**1.361**	**100**	**20**	**342**	**-106**

Tabella 70 – Posti letto per residenze sanitarie assistite e centri diurni residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti

Le tariffe utilizzate per l'attivazione dei posti letto sono le seguenti:

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

Provvedimento	Prestazione		Tariffa		Fabbisogno	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)	PL da riconversione CdC psichiatriche e attuazione DC 49/2010	PL pubblici	PL RES. da attivare/ riconvertire	PLSEMIRES. da attivare/ riconvertire
			Tariffa A	Tariffa B						
DC 6/2010	RSA disabili	Alto	122,74	135,02	3.170	2.661	120	153	342	-106
	RSA disabili	Medio	99,45	109,4						
	CD disabili	Centro diurno	71,29	78,42						

Tabella 71 – Tariffe prestazioni RSA e CD residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti

Si sottolinea che tale analisi è subordinata al completamento della verifica in corso dei requisiti per l'accreditamento definitivo da parte delle AA.SS.LL., nonché di ulteriori integrazioni all'elenco degli ammissibili a seguito di ricorsi o completamento di procedure amministrative e pertanto è suscettibile di modifiche per eccesso o per difetto.

Risultati programmati

- Attivazione di posti letto in strutture sia pubbliche sia private residenziali e semiresidenziali per l'erogazione di prestazioni in RSA per disabili;
- riconversione in altri setting assistenziali di posti letto in strutture sia pubbliche sia private semiresidenziali per l'erogazione di prestazioni in RSA per disabili e che risultano in eccedenza rispetto al fabbisogno definito.

Indicatori di risultato

- Verifica dell'attivazione di posti letto per l'erogazione di prestazioni residenziali in RSA per disabili non autosufficienti, pari al 50 % della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica dell'attivazione di posti letto per l'erogazione di prestazioni residenziali in RSA per disabili non autosufficienti, pari al 20% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2015;
- verifica della riconversione di posti letto semiresidenziali di prestazioni in RSA per disabili non autosufficienti, pari al 60% dell'eccedenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica della riconversione di posti letto semiresidenziali per l'erogazione di prestazioni in RSA per disabili non autosufficienti, pari al 40% dell'eccedenza rispetto al fabbisogno, per il 2015;
- verifica della riconversione di posti letto in regime semiresidenziale per l'erogazione di prestazioni in RSA per disabili non autosufficienti, pari al 100% della carenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

Azione 14.4.6: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere per cittadini adulti ed anziani non autosufficienti

Nel presente documento gli indici di fabbisogno di assistenza territoriale sono aggiornati, rispetto al Decreto Commissariale n. 49/2010, approvato dal Ministero tenendo conto delle indicazioni formulate in sede di Comitato Lea.

Attualmente in regione sono presenti strutture denominate Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) ovvero strutture extraospedaliere sociosanitarie che garantiscono, previa valutazione multidimensionale e presa in carico, prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, a pazienti non autosufficienti adulti/anziani con bassa necessità di tutela sanitaria e alta necessità di assistenza tutelare. Per tale tipologia di pazienti sono previste anche prestazioni erogate in regime semiresidenziale (Centri Diurni).

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

Sono, altresì, classificate come RSA e Centri Diurni le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale a pazienti con demenza senile o Alzheimer che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico.

L'offerta a pazienti adulti non autosufficienti deve necessariamente prevedere la definizione di nuclei/strutture per l'erogazione di:

- prestazioni a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie degenerative progressive, ecc.); per tali prestazioni la regione ha inteso programmare in questa fase la realizzazione di speciali unità di accoglienza permanente (SUAP) per l'erogazione di attività sanitaria in regime residenziale per persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza (Decreto Commissariale n.70/2012)**;**
- prestazioni a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde ecc.

Pertanto, dovranno essere ridefiniti i requisiti previsti dalla normativa regionale vigente per l'offerta delle tipologie di prestazioni che risultano carenti, riconducibili ai codici R1 e R2 del Progetto Mattone 12.

Il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere per cittadini adulti/anziani non autosufficienti al quale si fa riferimento, corrispondente a 10 PL ogni 1.000 residenti ultra65enni, è pari a 9.424 PL di cui 7.351 residenziali (78% del fabbisogno) e 2.073 semiresidenziali (22% del fabbisogno).

Dall'analisi dei posti letto territoriali espressi nelle istanze ammissibili di accreditamento definitivo prodotte da strutture per l'erogazione di prestazioni in Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni per cittadini non autosufficienti ultra65enni e affetti da demenza senile o Alzheimer, e regolarmente ammessi sulla piattaforma So.Re.Sa., sono risultati ammessi a verifica n. 1.633 PL, di cui 1.513 PL residenziali e 120 PL semiresidenziali.

Occorre altresì tener presente che nel Decreto Commissariale n. 53 del 9 maggio 2012 ad oggetto: "Approvazione Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012", in materia di riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche prevedeva la riconversione di n.100 PL in RSA anziani modulo alto.

Il Decreto Commissariale n. 49/2010 indica n. 606 PL in strutture pubbliche per Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni, che in seguito ad un processo di ricognizione da parte delle AA.SS.LL. dei PL pubblici, su richiesta della Regione (Prot. n. 0775254 del 23/10/2012), risulta essere pari a 670.

Si consideri che il numero di PL pubblici sia residenziali che semiresidenziali presenti su piattaforma NSIS per il 2012 risulta differente rispetto ai dati esposti (Tabella 72). La Regione ha richiesto alle AA.SS.LL. di provvedere all'aggiornamento delle anagrafiche del numero di PL pubblici su piattaforma NSIS per il 2012.

Alla luce di quanto sopra, risultano da attivare (Tabella 72) n. 7.021 PL di cui 5.188 in regime residenziale e 1.833 in regime semiresidenziale.

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

	ISTAT	PL RES e SEMIRES 10‰ anziani ultra 65	RES. Indice 78‰ Fabbisogno	SEMIRES. Indice 22‰ fabbisogno	PL pubblici		PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)		PL riconv. da CdC psichiatriche (DC 49/2010)	PL RES. da attivare/ riconvertire	PL SEMIRES. da attivare/ riconvertire
ASL	Popolazione >65 anni	Fabbisogno	Fabb. PL RES	Fabb. PL SEMIRES	PL pubblici RES	PL pubblici SEMIRES	RES	SEMIRES	RES		
AV	85.822	858	669	189	48	20	192	-			
BN	59.954	600	468	132	40	-	150	-			
CE	139.213	1.392	1.086	306	16	-	206	15			
NA1	176.193	1.762	1.374	388	288	45	155	-			
NA2	126.355	1.264	986	278	82	40	146	20			
NA3	153.937	1.539	1.201	339	21	15	227	-			
SA	200.935	2.009	1.567	442	55	-	437	85			
Totali	**942.409**	**9.424**	**7.351**	**2.073**	**550**	**120**	**1.513**	**120**	**100**	**5.188**	**1.833**

Tabella 72 – Posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per cittadini adulti non autosufficienti

Le tariffe utilizzate per la attivazione dei posti letto sono le seguenti:

Provvedimento	Prestazione		Tariffa		Fabbisogno	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)	PL riconv. da CdC psichiatriche (DC 49/2010)	PL pubblici	PL RES. da attivare/ riconvertire	PLSEMIRES. da attivare/ riconvertire
			Tariffa A	Tariffa B						
	RSA anziani	Alto	113,65	125,02						
	RSA anziani	Medio	99,7	109,67						
DC 6/2010	CD anziani	Centro diurno	60,23	66,26	9.424	1.633	100	670	5.188	1.833
	RSA demenze		111,56	122,71						
	CD demenze	Centro diurno	65,53	72,09						

Tabella 73 – Tariffe prestazioni residenziali e semiresidenziali in RSA per cittadini adulti non autosufficienti

Si sottolinea che tale analisi è subordinata al completamento della verifica in corso dei requisiti per l'accreditamento definitivo da parte delle AA.SS.LL., nonché di ulteriori integrazioni all'elenco degli ammissibili a seguito di ricorsi o completamento di procedure amministrative e pertanto è suscettibile di modifiche per eccesso o per difetto.

Risultati programmati

- Attivazione di posti letto in strutture extraospedaliere, sia pubbliche che private, residenziali e semiresidenziali per cittadini adulti non autosufficienti;
- definizione dei requisiti per i setting assistenziali carenti.

Indicatori di risultato

- Verifica dell'attivazione di posti letto per l'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere, sia pubbliche che private, per cittadini adulti non autosufficienti, pari al 50% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica dell'attivazione di posti letto per l'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere, sia pubbliche che private, per cittadini adulti non autosufficienti, pari al 20% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.

Responsabile del processo attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

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

Azione 14.4.7: Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali

Rispetto ai dati contenuti nel Piano di Riassetto delle rete ospedaliera e territoriale di cui al DCA n. 49/2010, si è provveduto a ricalcolare il fabbisogno sulla scorta della popolazione residente, su base aziendale, in Campania a fine 2012 applicando gli stessi indici di cui al citato decreto.

Il fabbisogno di PL individuato per le prestazioni erogate in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali, è pertanto pari a:

- 1.154 PL per le strutture residenziali, determinate applicando l'indice di 2 PL ogni 10.000 abitanti;
- 1.154 PL per le strutture semiresidenziali, determinate applicando l'indice di 2 PL ogni 10.000 abitanti.

Gli indici applicati sono modificati rispetto al decreto 49/2010, e quindi come proposti dalle Linee di Indirizzo Nazionali di cui all'accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008 (Rep. Atti n. 43/CU) recepite in Regione con deliberazione n. 1380 del 6 agosto 2009.

Sia il recente Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, sia il relativo documento attuativo sulle strutture residenziali psichiatriche approvato nella riunione del 13 giugno 2013 non hanno, infatti, fornito nuovi indici di fabbisogno rispetto a quelli già noti.

Dalla ricognizione effettuata nel corso del 2012 risultano n. 611 PL pubblici in strutture psichiatriche residenziali (SIR) e n. 947 PL pubblici in strutture psichiatriche semiresidenziali (C.D.). Per quando riguarda il monitoraggio dell'offerta dei servizi e delle strutture pubbliche per la residenzialità e semiresidenzialità, è stata disposta una nuova ricognizione sulla scorta della quale saranno rettificati, al prossimo aggiornamento dei Piani Operativi, i dati qui presentati.

Occorre tener presente che nel Decreto Commissariale n.53 del 9 maggio 2012 ad oggetto: "Approvazione Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012", in materia di riconversione delle cosiddette Case di Cura Neuropsichiatriche è stata prevista la riconversione di n.300 PL di strutture terapeutico riabilitative intensive e n.300 di estensive.

Dal monitoraggio effettuato dall'A.R.San. per la riconversione dei piccoli Presidi Ospedalieri, di cui al Decreto 49/2010, risultano inoltre attivati 40 PL in SIR (20 PL SPS Bisaccia, 20 PO S. Agata dei Goti).

Alla luce di quanto sopra e in considerazione dei posti letto territoriali espressi nelle istanze ammissibili di accreditamento definitivo prodotte da strutture per l'erogazione di prestazioni in Sir e CD per pazienti psichiatrici e regolarmente ammessi sulla piattaforma So.Re.Sa., risultano da attivare (Tabella 74) n.157 PL in SIR e da riconvertire n.157 PL in C.D.

	ISTAT			PL pubblici		PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)		PL riconv. da CdC psichiatriche (DC 49/2010)	PL riconvertiti da attuazione DC 49/2010	PL da attivare/riconvertire	
ASL	Popolazione 2012	Fabbisogno RES	Fabbisogno SEMIRES	PL pubblici RES (SIR)	PL pubblici SEMIRES(CD)	RES	SEMIRES	RES	RES	RES	SEMIRES
AV	428.855	86	86	20	22	10	-				
BN	284.560	57	57	39	67	-	-				
CE	905.188	181	181	65	90	50	50				
NA1	974.468	195	195	189	200	-	-				
NA2	1.019.805	204	204	84	176	-	-				
NA3	1.058.974	212	212	101	200	-	-				
SA	1.092.574	219	219	113	192	-					
Totali	**5.764.424**	**1.154**	**1.154**	**611**	**947**	**60**	**50**	**600**	**40**	**-157**	**157**

Tabella 74 – Posti letto per SIR e CD per pazienti psichiatrici

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

Le tariffe utilizzate per l'attivazione dei posti letto sono le seguenti:

Provvedimento	Prestazione		Tariffa	Fabbisogno	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)	PL da riconversione CdC psichiatriche e attuazione DC 49/2010	PL pubblici	PL da attivare/ riconvertire
DC 5/2011	Psichiatrica RES	Intensiva	142,2	1.154	60	640	611	-157
	Psichiatrica RES	Estensiva	126,86					
	Psichiatrica SEMIRES	Centro diurno psichiatrico	63,74	1.154	50	-	947	157

Tabella 75 – Tariffe prestazioni SIR e CD per pazienti psichiatrici

Si sottolinea che tale analisi è subordinata al completamento della verifica in corso dei requisiti per l'accreditamento definitivo da parte delle AA.SS.LL., nonché di ulteriori integrazioni all'elenco degli ammissibili a seguito di ricorsi o completamento di procedure amministrative e pertanto è suscettibile di modifiche per eccesso o per difetto.

Risultati programmati

- Attivazione di posti letto in strutture psichiatriche sia pubbliche sia private residenziali e semiresidenziali.

Indicatori di risultato

- Verifica dell'attivazione di posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali, pari al 50% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica dell'attivazione di posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali, pari al 20% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.
- verifica della riconversione di posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali, pari al 60% dell'eccedenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica della riconversione di posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali, pari al 40% dell'eccedenza rispetto al fabbisogno, per il 2015;
- verifica della riconversione di posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali, pari al 100% della carenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

Azione 14.4.8: Attivazione posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti

A parziale modifica del DCA n. 49/2010, confermando il fabbisogno complessivo di PL pari a 1.706 (8% degli iscritti al Ser.T. 2011), si è provveduto alla distribuzione del fabbisogno in residenziale 1.066 (5% degli iscritti al Ser.T. 2011) e semiresidenziale 640 (3% degli iscritti al Ser.T. 2011) e nel dettaglio dei diversi profili di assistenza (vedi tabelle).

A tal riguardo con DCA n. 94/2012 sono state disciplinate le nuove tipologie di assistenza (Accoglienza e Specialistica) indicandone i relativi profili professionali necessari e le annesse tariffe. Ciò al fine di addivenire al completamento dell'offerta assistenziale in materia alla luce anche delle specifiche direttive formulate nel parere interministeriale di approvazione degli adeguamenti TIP alle tariffe delle CT.

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

Tale organizzazione consente al sistema regionale delle strutture per tossicodipendenti, sia residenziali che semiresidenziali, di essere rispondenti alla domanda della utenza sia nel numero dei PL che nella gamma di offerta.

Attualmente sulla piattaforma So.Re.Sa. hanno inoltrato istanza di accreditamento le strutture che offrivano i servizi di Terapeutico e Pedagogico (residenziale e semiresidenziale) perché, gli ulteriori livelli di offerta (accoglienza e specialisti) non erano ancora presenti.

In tal senso, proprio l'assenza nel territorio regionale Campano dei servizi di accoglienza e specialistica ha contribuito, negli ultimi anni, alla determinazione degli intensi flussi di mobilità extraregionale, verso le strutture di altre regioni.

Dalla relazione al Parlamento 2013 si evince che tale mobilità extraregionale è causa di una spesa, per i ricoveri in Comunità Terapeutica di cittadini campani, pari al 39% del totale.

Altresì, alla luce anche delle istanze ammesse nella piattaforma So.Re.Sa. relativa alle procedure di accreditamento definitivo, emerge che il numero di PL rappresentati dalle tipologie assistenziali esistenti (terapeutico e residenziale) risulta eccedente rispetto al fabbisogno totale derivandone così la urgente necessità di avviare un percorso di riconversione/attivazione finalizzato alla creazione di PL dedicati alle nuove tipologie (accoglienza e specialistica) e poter contrastare così la ingente spesa extraregionale.

Alla luce di quanto sopra risultano da attivare/riconvertire i seguenti PL entro il 2015:

- regime residenziale: 790 PL da attivare e 239 da riconvertire:
- regime semiresidenziale: 467 PL da attivare e 57 da riconvertire.

Va poi tenuto conto che, da studi attivati dal Settore, si evidenzia un fenomeno di mobilità sanitaria causato da ricoveri presso CT extraregionali in grado di offrire programmi di trattamento specialistico non offerti dalle CT del territorio Campano. Questa parte di ricoveri viene a rappresentare la quota prevalente della spesa (circa 6 milioni di euro spesi per le CT fuori Regione a fronte dei 4,5 milioni di euro spesi per ricoveri nelle CT della Campania).

Pertanto, nella programmazione dell'attivazione di nuovi posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti, bisogna tener conto che l'attivazione dei Servizi di accoglienza e specialistica dovrà essere prevalente rispetto alle tipologie già esistenti.

	SERT	Fabbisogno PL	di cui 5% PL Residenz.	Fabbisogno RES. 20%	PL da istanze ammissibili (procedura SO.RE.SA.)	PL da attivare/ riconvertire	Fabbisogno RES. 13%	PL da istanze ammissibili (procedura SO.RE.SA.)	PL da attivare/ riconvertire	PL da attivare 34%	PL da attivare 25%	PL da attivare 3%	PL da attivare 4%	PL da attivare 1%
ASL	2011			TERAPEUTICO			PEDAGOGICO			ACCOGLIENZA	DOPPIA DIAGNOSI	MINORI TOSSICOD.	MINORI DOPPIA DIAGNOSI	MADRE BAMBINO
AV	1.233	99	62	12	50	-38	8	-	8	21	16	2	2	1
BN	659	53	33	7	8	-1	4	-	4	11	8	1	1	0
CE	3.362	269	168	34	170	-136	22	-	22	57	42	5	7	2
NA1	5.882	470	294	59	-	59	38	-	38	100	74	9	12	3
NA2	3.198	256	160	32	-	32	21	23	-2	54	40	5	6	2
NA3	3.217	258	161	32	141	-109	21	-	21	55	40	5	6	2
SA	3.766	301	188	38	83	-45	24	40	-16	64	47	6	8	2
Totali	**21.317**	**1.706**	**1.066**	**213**	**452**	**-239**	**139**	**63**	**76**	**362**	**267**	**32**	**43**	**11**

* Il Fabbisogno è calcolato come l'5% degli iscritti al SERT 2011

Tabella 76 – Posti letto strutture residenziali per tossicodipendenti

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

	SERT	Fabbisogno PL	di cui 3% PL Semiresid.	Fabbisogno SEMIRES. 20%	PL da istanze ammissibili (procedura SO.RE.SA.)	PL da attivare/ riconvertire	Fabbisogno SEMIRES. 13%	PL da istanze ammissibili (procedura SO.RE.SA.)	PL da attivare/ riconvertire	PL da attivare 34%	PL da attivare 25%	PL da attivare 2%	PL da attivare 6%
ASL	2011			TERAPEUTICO			PEDAGOGICO			ACCOGLIENZA	DOPPIA DIAGNOSI	MINORI TOSSICOD.	MINORI DOPPIA DIAGNOSI
AV	1.233	99	37	7	20	-13	5	-	5	13	9	1	2
BN	659	53	20	4	-	4	3	-	3	7	5	0	1
CE	3.362	269	101	20	30	-10	13	-	13	34	25	2	6
NA1	5.882	470	176	35	20	15	23	140	-117	60	44	4	11
NA2	3.198	256	96	19	16	3	12	-	12	33	24	2	6
NA3	3.217	258	97	19	4	15	13	-	13	33	24	2	6
SA	3.766	301	113	23	-	23	15	-	15	38	28	2	7
Totali	**21.317**	**1.706**	**640**	**128**	**90**	**38**	**83**	**140**	**-57**	**218**	**160**	**13**	**38**

* Il Fabbisogno è calcolato come l'3% degli iscritti al SERT 2011

Tabella 77 – Posti letto strutture semiresidenziali per tossicodipendenti

Le tariffe utilizzate per l'attivazione dei posti letto sono le seguenti:

Provvedimento	Prestazione	Tariffa	Fabbisogno	PL da istanze ammissibili per accreditamento (procedura SO.RE.SA.)	PL da attivare/ riconvertire
DC 18/2010	Terapeutico riabilitativo residenziale	43,21	1.066	515	-239
	Pedagogico riabilitativo residenziale	27,88			76
DC 94/2012	Accoglienza residenziale	80,75			362
	Minore tossicodip. residenziale	105,12			267
	Doppia diagnosi residenziale	111,89			32
	Minore con doppia diagnosi residenziale	123,42			43
	Madre bambino residenziale	115,67			11
DC 18/2010	Terapeutico riabilitativo semiresidenziale	25,78	640	230	38
	Pedagogico riabilitativo semiresidenziale	17,4			-57
DC 94/2012	Accoglienza semiresidenziale	42,65			218
	Minore tossicodip. Semiresidenziale	68,54			160
	Doppia diagnosi semiresidenziale	73,79			13
	Minore con doppia diagnosi semiresidenziale	84,97			38
Totale			**1.066**	**745**	**962**

Tabella 78 - Tariffe posti letto strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti

Si sottolinea che tale analisi è subordinata al completamento della verifica in corso dei requisiti per l'accreditamento definitivo da parte delle AA.SS.LL., nonché di ulteriori integrazioni all'elenco degli ammissibili a seguito di ricorsi o completamento di procedure amministrative e pertanto suscettibile di modifiche per eccesso o per difetto. La Regione procederà ad adeguare le tariffe alla TIP nel corso del 2013.

Risultati programmati

- Attivazione di posti letto in strutture sia pubbliche sia private residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti.

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

Indicatori di risultato

- Verifica dell'attivazione di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti, pari al 50% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica dell'attivazione di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti, pari al 20% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

Azione 14.4.9: Attivazione posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività

Il complesso piano di riqualificazione della rete territoriale, in attuazione del Decreto 49/2010, ha previsto la determinazione dei fabbisogni di posti letto, ottenuti analizzando l'offerta sanitaria e sociosanitaria sia pubblica che privata (in relazione ai dati disponibili) incrociati e riletti con gli indici di fabbisogno.

Il fabbisogno di PL individuato per le prestazioni erogate in Speciali Unità di Assistenza Permanente (SUAP), è pari a 231 PL determinate applicando l'indice di 4 PL ogni 100.000 abitanti.

Con l'adozione della DRGC n.270 del 12 giugno 2012 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni del 05.05.2011 in tema di Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Inoltre il Decreto Commissariale n.70 del 25 giugno 2012 ad integrazione della DGRC n.7301 del 2001, ha contestualmente approvato i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitaria a carattere residenziale per persone in stato vegetativo in speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.), e i requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale, adottando la scheda di valutazione sanitaria-clinico funzionale nonché la tariffa giornaliera pro-capite.

Per la ventilazione assistita e la nutrizione enterale, le ASL di competenza dovranno garantire la fornitura delle dotazioni e degli accessori necessari, attenendosi ai percorsi e alle procedure previsti dalla normativa vigente in materia.

La tariffa comprende, inoltre: costi del personale sanitario, alberghieri (esclusi i costi di ristorazione), di assistenza tutelare, amministrativi, per attrezzature, materiali di consumo e costi generali.

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

	ISTAT	PL da attivare
ASL	**Popolazione 2012**	
AV	428.855	17
BN	284.560	12
CE	905.188	36
NA1	974.468	39
NA2	1.019.805	41
NA3	1.058.974	42
SA	1.092.574	44
Totali	**5.764.424**	**231**

Tabella 79 – Attivazione posti letto per pazienti in stato vegetativo

Le tariffe utilizzate per la attivazione dei posti letto sono le seguenti:

Provvedimento	Prestazione	Tariffa	Fabbisogno	PL da attivare/ riconvertire
DC 70/2012	SUAP	179	231	231

Tabella 80 – Tariffe posti letto per pazienti in stato vegetativo

La tariffa complessiva giornaliera pro-capite è di € 179,00 al netto delle spese per le attività diagnostiche, visite specialistiche, dotazioni relative alla ventilazione assistita, a farmaci, assistenza protesica poiché si prevede che tali prestazioni siano assicurate direttamente dal distretto sanitario in analogia a quanto garantito ai pazienti a domicilio. Tale tariffa va confrontata con quella onnicomprensiva massima ministeriale ex D.M. 28/01/2013 per definire quella applicabile.

Con i fondi a destinazione vincolata assegnati alla Regione Campania nell'ultimo triennio sono state programmate attivazioni di almeno 4 S.U.A.P. E' in atto una ricognizione tra le Aziende Pubbliche in relazione alla disponibilità di attivazione.

Risultati programmati

- Attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività.

Indicatori di risultato

- Verifica dell'attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività, pari al 50% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2014;
- verifica dell'attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività, pari al 20% della differenza rispetto al fabbisogno, per il 2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari;
- A.R.San.;
- Dirigente UOD Governo clinico - sistema accreditamento istituzionale strutture sanitarie pubbliche e private.

Azione 14.4.10: Potenziamento dell'assistenza domiciliare

In applicazione alla DGRC n.41 del 2011 in tema di cure domiciliari, nel corso del triennio 2013-2015 l'obiettivo per il sistema di cure domiciliare è identificabile nella sistematizzazione degli strumenti di

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

monitoraggio e di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e nella definizione di rigorosi protocolli di presa in carico territoriale con particolare riguardo alle "dimissioni protette sociosanitarie".

Precondizioni alla realizzazione degli obiettivi che qui si descrivono sono l'adozione di un sistema tariffario secondo i profili assistenziali, l'utilizzo di univoci strumenti di valutazione multidimensionale e la regolamentazione dell'accesso ai servizi e della valutazione Multidimensionale.

Coerentemente con il Piano Sanitario 2011-2013, questi obiettivi sono stati raggiunti o sono processi in via di realizzazione e di consolidamento: con delibera di giunta regionale n.323 del 3 luglio 2012 è stata approvata la modifica ed integrazione alla scheda S.Va.M.A. già approvata con DGR n.1811/2011 per la valutazione dei soggetti adulti e anziani non autosufficienti e con DGRC n.324 del 3 luglio 2012, è stata approvata la scheda di valutazione multidimensionale per la valutazione dei soggetti con disabilità S.Va.M.Di.

La richiamata DGRC n.41 del 2011 ha definito le modalità di accesso alle cure domiciliari e sulla base di tale documento e conformemente agli atti regionali è stato definito un documento "Linee operative per l'accesso ai servizi sociosanitari integrati- P.U.A" che definisce e fornisce indicazioni sulla P.U.A. e sul ruolo dei singoli attori. Inoltre, un sistema tariffario che tenga conto del sistema di erogazione regionale e basato sulla classificazione dei profili assistenziali, è stato definito ed è in via di approvazione.

Si attende nel triennio 2013-2015 un incremento numerico e qualitativo delle cure domiciliari e soprattutto un'equa ed uniforme distribuzione sul territorio regionale delle prestazioni per tutte le tipologie di utenti richiedenti.

Tale obiettivo è perseguibile attraverso una serie di azioni di governo del sistema di cure domiciliari; in continuità con quanto definito dal Piano sanitario regionale, per le cure domiciliari si prospetta il completamento di offerta per tutte le tipologie di utenti e pertanto mediante la definizione di indicazioni operative per alcune categorie di soggetti e utenti di area critica (SLA, soggetti in stato vegetativo-minima coscienza, malati di AIDS).

Si segnala, inoltre, che la Regione sta definendo un documento di programmazione per l'utilizzo delle risorse della premialità intermedia, ottenuto grazie al miglioramento dell'indicatore di presa in carico degli anziani ultrasessantacinquenni.

Si rappresenta che la Regione con Decreto Commissariale n. 1 del 01.01.2013 ha approvato il documento contenente il sistema tariffario dei profili di cura delle cure domiciliari.

Lo standard previsto dal Ministero della Salute nell'ambito degli adempimenti LEA è ≥ 4% degli ultrasessantacinquenni, e ≥ 8% degli ultrasettantacinquenni.

Al conseguimento dello standard concorrono le singole Aziende sanitarie che verranno valutate sulla base dei risultati ottenuti, pertanto la Regione attribuirà ai singoli Direttori Generali gli obiettivi da conseguire per il rispetto dello standard di riferimento.

Risultati programmati

- Monitoraggio dell'adozione da parte delle AA.SS.LL. del Decreto Commissariale contenente i profili di cura e di definizione del carico assistenziale nel triennio 2013-2015;
- formare e organizzare équipe di cure domiciliari e palliative per adulti e pazienti pediatrici, entro il 31.12.2014;
- formare i referenti aziendali, in seguito all'implementazione dei sistemi informativi per la connessione tra i flussi esistenti, entro il 31.12.2014;
- applicazione nelle singole AA.SS.LL. delle linee guida per le cure palliative (Decreto Commissariale n.4/2011 e n.128/2012), entro il 31.12.2015;
- conseguimento, entro il 31.12.2015, dello standard di riferimento della percentuale di malati assistiti ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione >65 anni;

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

- conseguimento, entro il 31.12.2015, dello standard di riferimento della percentuale di malati assistiti ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione >75 anni;
- definizione del fabbisogno di cure domiciliari, entro il 30.06.2014.

Indicatori di risultato

- Monitoraggio e verifica del popolamento dei flussi informativi e misurazione della coerenza dei dati;
- monitoraggio dei costi di cure domiciliari;
- incremento percentuale del numero di giornate di cure domiciliari erogate, secondo gli standard di cui al D.M. 43/2007;
- valutazione della performance dei direttori generali sul processo di implementazione del sistema di cure domiciliari;
- conseguimento, entro il 2015, dello standard di riferimento della percentuale di malati assistiti ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione >65 anni;
- conseguimento, entro il 2015, dello standard di riferimento della percentuale di malati assistiti ultrasettantacinquenni sul totale della popolazione >75 anni.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Interventi socio-sanitari.

Azione 14.4.11: MMG e Cure Domiciliari

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare riorganizza e ridefinisce le cure domiciliari, distinguendo ed articolando le cure domiciliari in tre tipi:

- Cure Domiciliari di tipo Prestazionale:
  - sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata;
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello:
  - comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria;
- Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali:
  - assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche. Anche tale tipologia di cure domiciliari è da intendersi quale ADI e pertanto erogabile con l'apporto del sistema sociale.

Il MMG/PLS ha un ruolo centrale nel sistema delle cure domiciliari, essendo il riferimento più vicino al paziente oltre che per la sua conoscenza diretta delle condizioni cliniche del paziente. Al MMG è

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

richiesto di essere il riferimento clinico dell'utente e di partecipare al progetto di assistenza individualizzato anche erogando prestazioni specifiche, di cui all'allegata tabella della DGRC 625 del 15.11.2011 che integra e modifica la richiamata delibera n.41/2011 pubblicata sul Burc n.11 del 14.02.2011.

Il sistema di accesso e di presa in carico

Il servizio di assistenza domiciliare integrata si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico.

Le funzioni integrate per l' accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

- predisposizione della richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A., con modulistica specifica e adottata con Regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale (come previsto anche dalla L.R. 11/07 all'art.41);
- proposta di ammissione all'ADI/CDI formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG, con compilazione della scheda S.Va.M.A. e S.Va.M.Di. e contestuale attivazione dell'UVI (Unità di Valutazione Integrata);
- valutazione multidimensionale a cura delle UVI);
- redazione del Progetto Personalizzato e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'équipe Operativa;
- dimissione.

La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager

La valutazione multidimensionale è attivata nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitarie-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato.

La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, definito UVI, con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

La UVI svolge i seguenti compiti :

- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2ºlivello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato.

L'UVI verifica l'attuazione del Progetto Personalizzato mediante il Case manager o Responsabile del caso. All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Équipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare.

L'Équipe Operativa è costituita da tutti gli operatori del settore pubblico e privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato, che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia. E' coordinata in genere dal MMG per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale.

All'atto della dimissione va compilata un'apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle ADI/CDI.

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

Risultati Programmati

- Partecipazione del MMG alle UVI, entro il 31.12.2015;
- coinvolgimento del MMG in “Progetto personalizzato”, entro il 31.12.2015;
- adozione delle schede SVAMA e SVAMDI da parte del MMG, entro il 31.12.2015;
- coinvolgimento del MMG nel Piano esecutivo, entro il 31.12.2015.

Indicatori di risultato

- Percentuale di MMG che prendono parte alle UVI;
- percentuale di MMG che prendono parte al “Progetto personalizzato”;
- percentuale di MMG che utilizzano le schede S.Va.M.A. e S.Va.M.Di.;
- percentuale di MMG che prendono parte al Piano esecutivo;
- incremento percentuale dei cittadini assistiti, entro il 31.12.2015.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza territoriale.

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

Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-territorio

Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Azione 14.2.2: Attivazione di Hospice adulti

Per l'attivazione del numero di PL in Hospice adulti, si è stimato di attivare il 70% dei PL determinati nel corso del triennio 2013-2015, nel modo seguente:

- il 50% a partire dal 1 gennaio 2014;
- il restante 20% a partire dal 1 gennaio 2015.

La Tabella 81 riporta il numero di posti letto che dovranno essere attivati in Hospice per adulti per il triennio 2013-2015.

PL da attivare				
	2013	**2014**	**2015**	**Totale 2013-2015**
residenziale	0	62	25	87
Totale	**0**	**62**	**25**	**87**

Tabella 81 – Sintesi attivazione PL in Hospice adulti

La Tabella 82 riporta la tariffa unica utilizzata per valorizzare l'attivazione di PL privati di Hospice per adulti.

Tariffe: Hospice		
	tariffa [€/die]	**% compartecipazione**
residenziale	252,15	0%

Tabella 82 – Tariffe per Hospice adulti

La Tabella 83 riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di posti letto in strutture per Hospice che a partire dal 2015 genererà un costo pari a ca. 8 €/mln, così ripartiti:

- per il 2014 il costo complessivo è pari a ca. 5,7 €/mln, considerando l'attivazione di 62 PL per 12 mesi di attività;
- per gli ulteriori posti letto (25) per i quali il processo di attivazione dovrà essere completato entro il 2015, il costo complessivo è pari a 8 €/mln, considerando 12 mesi di attività.

Per quanto riguarda il triennio 2013-2015, l'attivazione di PL genera un costo sorgente che considera:

- la riconversione di 20 PL relativi ai piccoli presidi, per cui tale intervento non comporta alcun costo sorgente a carico del SSR (Decreto 49/2010).

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

Sintesi attivazione PL in Hospice [€/1000]			
	2013	2014	2015
residenziale	0	-5.706	-8.007
Totale	**0**	**-5.706**	**-8.007**

Tabella 83 – Sintesi manovre attivazione PL Hospice adulti

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Azione 14.3.1.2: Adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale

L'accordo collettivo nazionale per la Medicina Generale prevede l'istituzione in ogni singola Regione di un fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione, MMM-PLS (art.59 lettera b).

Il fondo è finalizzato ad incentivare gli assetti organizzativi, strutturali ed obiettivi assistenziali di qualità dell'assistenza primaria.

La contrattazione regionale avvenuta con la categoria di rappresentanza della Medicina Generale ha determinato il fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, pari a 9 €/mln l'anno, considerando i seguenti aspetti:

- oneri tecnici ed economici derivanti dall'adesione al Governo Clinico e sviluppo del Sistema Informativo Regionale;
- processi di dematerializzazione di cui al DM 2/2011.

€/mln	2013	2014	2015
Art. 46 - Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza	9	9	9

Tabella 84 – Valore fondo a riparto per la qualità dell'assistenza

Intervento 14.4: Riorganizzazione e attivazione della rete di assistenza territoriale

La valorizzazione degli interventi previsti nell'ambito del Programma di Riqualificazione dell'assistenza territoriale è basata sul numero di PL per i quali sono previste attivazioni o riconversioni per il triennio 2013-2015. Per ciascuna area assistenziale sono state considerate (per i PL privati):

- le tariffe aggiornate al 5 luglio 2013 per la riabilitazione, 2 settembre 2013 per le RSA e 31 dicembre 2012 per le altre prestazioni;
- le eventuali quote di compartecipazione al costo da parte dell'assistito;
- le istanze ammissibili per l'accreditamento da procedura So.Re.Sa;
- un tasso di occupazione posto letto pari al 100% (ad eccezione dei PL per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività con un tasso di occupazione al 90%).

Per la riconversione del numero di PL determinati per le varie tipologie di assistenza, si è stimato di riconvertire il 100% dei PL nel corso del triennio 2013-2015, nel modo seguente:

- il 60% a partire dal 1 gennaio 2014;
- il restante 40% a partire dal 1 gennaio 2015.

Per l'attivazione del numero di PL determinati per le varie tipologie di assistenza, si è stimato di attivare il 70% dei PL nel corso del triennio 2013-2015, nel modo seguente:

- il 50% a partire dal 1 gennaio 2014;

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

- il restante 20% a partire dal 1 gennaio 2015.

Si precisa che la stima dei posti letto da riconvertire/attivare, potrà essere rimodulata sulla base di eventuali nuovi fabbisogni derivanti dai diversi *setting* assistenziali.

Azione 14.4.4: Pianificazione e/o riconversione posti letto di strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili (RIA ex art.26 legge 833)

La Tabella 85 riporta il numero di PL di strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili che dovranno essere riconvertiti per il triennio 2013-2015.

PL da attivare/riconvertire				
	2013	**2014**	**2015**	**Totale 2013-2015**
residenziale	-	60	24	84
semiresidenziale	-	-968	-646	-1.614
totale	**-**	**-908**	**-622**	**-1.530**

Tabella 85 – Sintesi riconversione PL strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili

La Tabella 86 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 (DC 81/2013) due fasce tariffarie (A e B) da applicare in base al CCNL sottoscritto dall'ente erogatore, tali fasce tariffarie si suddividono a loro volta in tre tariffe (Base, Medi, Gravi) per l'assistenza residenziale ed in due tariffe (Medi, Gravi) per l'assistenza semiresidenziale. Non conoscendo la distribuzione dei PL che saranno riconvertiti, è stato deciso prudenzialmente di considerare per tutti i posti letto residenziali e semiresidenziali la fascia tariffaria più alta (A) e la tariffa "Medi" per i residenziali e la media tra le due tariffe per i semiresidenziali, così da evitare un potenziale errore sistematico nel processo di valorizzazione.

Tariffe: RIA extraospedaliera (RD1)		
	tariffa [€/die]	**% compartecipazione**
residenziale	155,72	0%
semiresidenziale	85,16	0%

Tabella 86 – Tariffe riabilitazione extraospedaliera per disabili

La Tabella 87 riporta la valorizzazione della manovra di riconversione di PL da strutture RIA riabilitazione extraospedaliera per disabili, che a partire dal 2015 genererà un risparmio pari a ca. 45,4 €/mln, così ripartito:

- per il 2014 il risparmio complessivo è pari a ca. 26,7 €/mln, considerando la riconversione di 968 PL in regime semiresidenziale e l'attivazione di 60 PL in regime residenziale e considerando 12 mesi di attività;
- per gli ulteriori posti letto (riconversione di 646 PL in regime semiresidenziale e l'attivazione di 24 PL in regime residenziale) per i quali il processo di riconversione/attivazione dovrà essere completato nel 2015, il risparmio complessivo è pari a ca. 45,4 milioni, considerando 12 mesi di attività.

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.

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

Sintesi riconversione PL RIA extraospedaliera (RD1) [€/1000]			
	2013	2014	2015
residenziale	-	-3.410	-4.774
semiresidenziale	-	30.101	50.169
Totale	**-**	**26.691**	**45.395**

Tabella 87 – Sintesi manovre PL strutture riabilitazione extraospedaliera per disabili

Azione 14.4.5: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in RSA per disabili non autosufficienti

La Tabella 88 riporta il numero di posti letto che dovranno essere attivati in RSA per disabili non autosufficienti per il triennio 2013-2015.

PL da attivare/riconvertire				
	2013	2014	2015	Totale 2013-2015
residenziale	-	171	68	239
semiresidenziale	-	-64	-42	-106
totale	**-**	**107**	**26**	**133**

Tabella 88 – Sintesi attivazione PL RSA per disabili non autosufficienti

La Tabella 89 riporta la tariffa utilizzata per valorizzare l'attivazione di PL in strutture RSA per disabili non autosufficienti. Si sottolinea che sono attualmente previste (DC 92/2013) due fasce tariffarie (A e B) da applicare in base al CCNL sottoscritto dall'ente erogatore, tali fasce tariffarie si suddividono a loro volta in due tariffe (Media, Alta) per l'assistenza residenziale e in un'unica tariffa per l'assistenza semiresidenziale, nonché due possibili quote di compartecipazione pari al 30% per disabili gravi e pari al 60% per disabili privi di sostegno familiare su prestazioni terapeutiche e socio riabilitative.

In via cautelativa si è deciso di considerare per tutti i PL residenziali e semiresidenziali la fascia tariffaria più alta (B) e la media tra le due tariffe attualmente previste per i PL residenziali e la tariffa attualmente in uso per i PL semiresidenziali, non conoscendo la distribuzione, in relazione alle diverse fasce assistenziali, dei PL che saranno attivati. Per quanto riguarda la variabilità della quota di compartecipazione per l'assistenza residenziale, si è deciso di considerare per una stima prudenziale la percentuale del 30%.

Tariffe: RSA non autosufficienti disabili (RD3-RD4)		
	tariffa [€/die]	% compartecipazione
residenziale	122,21	30%
semiresidenziale	78,42	30%

Tabella 89 – Tariffe RSA non autosufficienti disabili

La Tabella 90 riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di posti letto in strutture RSA per disabili che a partire dal 2015 genererà un costo pari a ca. 5,3 €/mln, così ripartito:

- per il 2014 il costo complessivo è pari a ca. 4,1 €/mln, considerando l'attivazione di 171 PL in regime residenziale e la riconversione di 64 PL in regime semiresidenziale e l'inizio delle attività a partire dal 1 gennaio;
- per gli ulteriori posti letto (l'attivazione di 68 PL in regime residenziale e la riconversione di 42 PL in regime semiresidenziale) per i quali il processo di attivazione dovrà essere completato entro il 2015, il costo complessivo è pari a 5,3 €/mln, considerando 12 mesi di attività.

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

Per quanto riguarda il triennio 2013-2015, l'attivazione di PL genera un costo sorgente che considera:

- l'attivazione di 20 PL presso la SPS allocata presso il P.O. di Bisaccia, per cui tale intervento non comporta alcun costo sorgente a carico del SSR (Decreto 49/2010);
- la riconversione di 100 PL di RSA per anziani da Case di Cura Neuropsichiatriche, di conseguenza tale intervento non comporta alcun costo sorgente a carico del SSR (Decreto 53/2012).

Qualora intervenissero particolari esigenze territoriali di altri *settings* distrettuali assistenziali (es. Hospice, SUAP), sarà valutata l'eventualità di diversa riconversione rispetto a quella in RSA.

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.

Sintesi attivazione PL in RSA non autosufficienti disabili [€/1000]			
	2013	**2014**	**2015**
residenziale	-	-5.339	-7.463
semiresidenziale	-	1.282	2.124
Totale	**-**	**-4.057**	**-5.339**

Tabella 90 - Sintesi manovre attivazione RSA per disabili non autosufficienti

Azione 14.4.6: Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali in strutture extraospedaliere per cittadini adulti ed anziani non autosufficienti

PL da attivare				
	2013	**2014**	**2015**	**Totale 2013-2015**
residenziale	-	2.593	1.038	3.631
semiresidenziale	-	916	367	1.283
totale	**-**	**3.509**	**1.405**	**4.914**

Tabella 91 – Sintesi attivazione PL RSA adulti e anziani non autosufficienti

La Tabella 91 riporta il numero di posti letto che dovranno essere attivati in RSA per adulti non autosufficienti per il triennio 2013-2015.

La Tabella 92 riporta le tariffe utilizzate per valorizzare l'attivazione di PL in strutture RSA adulti non autosufficienti. Si sottolinea che sono attualmente previste (DC 92/2013) due fasce tariffarie (A e B) da applicare in base al CCNL sottoscritto dall'ente erogatore, tali fasce tariffarie si suddividono a loro volta in tre tariffe (Media o Alta per gli anziani, e una per i soggetti affetti da demenza) per l'assistenza residenziale mentre per l'assistenza semiresidenziale sono previste due tariffe, nonché due possibili quote di compartecipazione pari al 50% per l'assistenza residenziale e pari al 50% per l'assistenza semiresidenziale.

In via cautelativa si è deciso di considerare la fascia tariffaria più alta (B) e la media delle tre tariffe per l'assistenza residenziale, e la media delle due tariffe per l'assistenza semiresidenziale, non conoscendo la distribuzione dei PL che saranno attivati in relazione alle diverse fasce assistenziali.

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

Tariffe: RSA-adulti e anziani non autosufficienti		
	tariffa [€/die]	% compartecipazione
residenziale	119,13	50%
semiresidenziale	69,18	50%

Tabella 92 – Tariffe RSA adulti e anziani non autosufficienti

La Tabella 93 riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di posti letto in strutture RSA adulti non autosufficienti, che nel triennio 2013-2015 genererà un costo pari a ca. 95,1 €/mln, così ripartito:

- per il 2014 il costo complessivo è pari a ca. 67,9 €/mln, considerando la attivazione di 3.509 PL e l'inizio delle attività a partire dal 1 gennaio;
- per gli ulteriori posti letto (1.405) per i quali il processo di attivazione dovrà essere completato entro il 2015, il costo complessivo è pari a 95,1 €/mln, considerando 12 mesi di attività.

Per quanto riguarda il triennio 2013-2015, l'attivazione di PL genera un costo sorgente che considera:

- la riconversione di 100 PL di RSA per anziani da Case di Cura Neuropsichiatriche, di conseguenza tale intervento non comporta alcun costo sorgente a carico del SSR (Decreto 53/2012).

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.

Sintesi attivazione PL in RSA-adulti e anziani non autosufficienti [€/1000]			
	2013	2014	2015
residenziale	-	-56.377	-78.945
semiresidenziale	-	-11.564	-16.197
Totale	**-**	**-67.941**	**-95.142**

Tabella 93 – Sintesi manovre attivazione RSA adulti e anziani non autosufficienti

Azione 14.4.7: Attivazione posti letto in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali

La Tabella 94 riporta il numero di posti letto che dovranno essere attivati in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali per il triennio 2013-2015.

PL da attivare				
	2013	2014	2015	Totale 2013-2015
residenziale	-	-94	-63	-157
semiresidenziale	-	79	31	110
totale	**-**	**-15**	**-32**	**-47**

Tabella 94 – Sintesi attivazione PL strutture psichiatriche

La Tabella 95 riporta le tariffe utilizzate per valorizzare l'attivazione di PL in strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali. Si sottolinea che sono attualmente previste (Decreto 5/2011) per l'assistenza residenziale due tariffe (Intensiva ed Estensiva), e una tariffa per l'assistenza semiresidenziale.

In via cautelativa si è deciso di considerare per tutti i posti letto residenziali la media tra le due tariffe attualmente previste e per tutti i PL semiresidenziali la tariffa attualmente in uso, non conoscendo la distribuzione dei PL che saranno attivati.

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

Tariffe: strutture psichiatriche		
	tariffa [€/die]	% compartecipazione
residenziale	134,53	0%
semiresidenziale	63,74	0%

Tabella 95 – Tariffe per strutture psichiatriche

La Tabella 96 riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di posti letto per strutture psichiatriche, che a partire dal 2015 genererà un risparmio pari a ca. 5,2 €/mln, così ripartito:

- per il 2014 il risparmio complessivo è pari a ca. 2,8 €/mln, considerando la attivazione di 79 PL e la riconversione di 94 PL e l'inizio delle attività a partire dal 1 gennaio;
- per gli ulteriori posti letto (31 PL da attivare e 63 PL da riconvertire) per i quali il processo di attivazione dovrà essere completato entro il 2015, il risparmio complessivo è pari a 5,2 €/mln, considerando 12 mesi di attività.

Per quanto riguarda il triennio 2013-2015, l'attivazione di PL genera un costo sorgente che considera:

- l'attivazione di 40 PL presso l'ASL Avellino (20 PL) e l'ASL Benevento (20 PL), per cui tale intervento non comporta alcun costo sorgente a carico del SSR (Decreto 49/2010);
- la riconversione di 600 PL in posti letto di strutture psichiatriche da Case di Cura Neuropsichiatriche, di conseguenza tale intervento non comporta alcun costo sorgente a carico del SSR (Decreto 53/2012).

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.

Sintesi attivazione PL in strutture psichiatriche [€/1000]			
	2013	2014	2015
residenziale	-	4.616	7.709
semiresidenziale	-	-1.838	-2.559
Totale	**-**	**2.778**	**5.150**

Tabella 96 – Sintesi manovre attivazione PL strutture psichiatriche

Azione 14.4.8: Attivazione posti letto in comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti

La Tabella 97 riporta il numero di posti letto che dovranno essere attivati in comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti per il triennio 2013-2015, 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'accreditamento.

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

Residenziale - PL da attivare/riconvertire								
								Totale 2013-2015
Residenziale	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	minori doppia diagnosi	madre bambino	
2013	-	-	-	-	-	-	-	-
2014	-120	38	182	134	16	22	6	278
2015	-48	15	72	53	6	9	2	109
Totale	**-168**	**53**	**254**	**187**	**22**	**31**	**8**	**387**

Semiresidenziale - PL da attivare/riconvertire								
								Totale 2013-2015
Semiresidenziali	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	minori doppia diagnosi	madre bambino	
2013	-	-	-	-	-	-	-	-
2014	19	-29	109	80	7	19	-	205
2015	8	-11	44	32	3	8	-	84
Totale	**27**	**-40**	**153**	**112**	**10**	**27**	**-**	**289**

Tabella 97 – Sintesi attivazione PL comunità per tossicodipendenti

La Tabella 98 riporta le tariffe utilizzate per valorizzare l'attivazione di posti letto per i rispettivi livelli assistenziali.

Tariffe: tossicodipendenti								
tariffa [€/die]								
	terapeutico	pedagogico	accoglienza	doppia diagnosi	minori tossicod.	doppia diagnosi	madre bambino	% compartecipazione
residenziale	43,21	27,88	80,75	111,89	105,12	123,42	115,67	0%
semiresidenzial	25,78	17,40	42,65	73,79	68,54	84,97		0%

Tabella 98 – Tariffe comunità per tossicodipendenti

La Tabella 99 riporta la valorizzazione relativa all'attivazione di posti letto residenziali in comunità per tossicodipendenti che a partire dal 2015 genererà un costo pari a ca. 15,6 €/mln, in regime residenziale, così ripartito:

- per il 2014 il costo complessivo è pari a ca.11,2 €/mln, considerando l'attivazione di ulteriori 278 PL e l'inizio delle attività a partire dal 1 gennaio;
- per gli ulteriori posti letto 109, per i quali il processo di attivazione dovrà essere completato entro il 2015, il costo complessivo è pari a ca. 15,6 €/mln, considerando 12 mesi di attività.

La Tabella 100 riporta la valorizzazione relativa all'attivazione di posti letto semiresidenziali in comunità per tossicodipendenti che a partire dal 2015 genererà un costo pari a ca. 6,7 €/mln, in regime semiresidenziale, così ripartito:

- per il 2014 il costo complessivo è pari a ca. 4,5 €/mln, considerando l'attivazione di ulteriori 205 PL e l'inizio delle attività a partire dal 1 gennaio;
- per gli ulteriori posti letto 84, per i quali il processo di attivazione dovrà essere completato entro il 2015, il costo complessivo è pari a ca. 6,5 €/mln, considerando 12 mesi di attività.

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.

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

Sintesi attivazione PL in comunità per tossicodipendenti [€/1000]								
								Totale 2013-2015
Residenziale	*terapeutico*	*pedagogico*	*accoglienza*	*doppia diagnosi*	*minori tossicod.*	*minori doppia diagnosi*	*madre bambino*	
2013	-	-	-	-	-	-	-	**-**
2014	1.893	-387	-5.364	-5.473	-614	-991	-253	**-11.189**
2015	2.650	-539	-7.486	-7.637	-844	-1.396	-338	**-15.590**

Tabella 99 – Sintesi manovre attivazione PL residenziali in comunità per tossicodipendenti

Sintesi attivazione PL in comunità per tossicodipendenti [€/1000]								
								Totale 2013-2015
Semiresidenziali	*terapeutico*	*pedagogico*	*accoglienza*	*doppia diagnosi*	*minori tossicod.*	*minori doppia diagnosi*	*madre bambino*	
2013	-	-	-	-	-	-	-	**-**
2014	-179	184	-1.697	-2.155	-175	-589	0	**-4.611**
2015	-254	254	-2.382	-3.017	-250	-837	0	**-6.486**

Tabella 100 – Sintesi manovre attivazione PL residenziali in comunità per tossicodipendenti

Azione 14.4.9: Attivazione di posti letto per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività

La Tabella 101 riporta il numero di posti letto che dovranno essere attivati in comunità residenziali e semiresidenziali per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività per il triennio 2013-2015.

PL da attivare				
	2013	**2014**	**2015**	**Totale 2013-2015**
residenziale	-	116	46	162
Totale	**-**	**116**	**46**	**162**

Tabella 101 – Sintesi attivazione PL per pazienti in stato vegetativo

La Tabella 102 riporta la tariffa utilizzata per valorizzare l'attivazione di PL per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività. Ad oggi non si registrano posti letto autorizzati all'esercizio di tale tipologia assistenziale; per la valorizzazione è stata utilizzata la tariffa per prestazione giornaliera nelle SUAP così come definita dal DC 70/2012 pari a 179 €.

Tariffe: pazienti in stato vegetativo		
	tariffa [€/die]	**% compartecipazione**
residenziale	179	0%

Tabella 102 – Tariffe comunità per pazienti in stato vegetativo

La Tabella 103 riporta la valorizzazione della manovra di attivazione di PL in strutture per pazienti in stato vegetativo, di minima coscienza e di bassa responsività, che a partire dal 2015 genererà un costo pari a ca.10,5 €/mln, così ripartiti:

- per il 2014 il costo complessivo è pari a ca. 7,6 €/mln, considerando la attivazione di 116 PL e l'inizio delle attività a partire dal 1 gennaio;
- per gli ulteriori posti letto (46) per i quali il processo di attivazione dovrà essere completato entro il 2015, il costo complessivo è pari a ca. 10,5 €/mln, considerando 12 mesi di attività.

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

Sintesi attivazione PL per pazienti in stato vegetativo [€/1000]			
	2013	**2014**	**2015**
residenziale	-	-7.579	-10.584
Totale	**-**	**-7.579**	**-10.584**

Tabella 103 – Sintesi manovre attivazione comunità per pazienti in stato vegetativo

Complessivamente l'intervento sulla riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, non considerando anche l'attivazione di posti letto per strutture per *hospice* presente nell'azione 14.2.2, determinerà:

- una manovra complessiva di maggior costo per ca. 71,6 €/mln rispetto al tendenziale 2014;
- una manovra complessiva di maggior costo per ca. 90,6 €/mln rispetto al tendenziale 2015.

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

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera;
- rete di emergenza territoriale: razionalizzazione delle centrali operative, delle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, del servizio di elisoccorso; individuazione dei PPI (Punti di primo intervento);
- integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale (razionalizzazione delle postazioni) e con gli Ospedali;
- rete di emergenza ospedaliera: definizione dei requisiti organizzativi (Osservazione Breve Intensiva), articolazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke; rete della gestione delle patologie tempo dipendenti (Sindrome coronarica acuta, Stroke, Trauma);
- presenza di modalità di coordinamento dell'Emergenza a livello Regionale ed Inter-Regionale .

Rete Emergenza-Urgenza : valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Rete Emergenza-Urgenza	**-**	**-**	**-**
Riqualificazione rete emergenza - urgenza	-	-	-
Riorganizzazione rete trasfusionale	-	-	-
Accreditamento servizi trasfusionali	-	-	-
Razionalizzazione del modello organizzativo	-	-	-
Sicurezza trasfusionale	-	-	-
Progetto di formazione	-	-	-

Tabella 104 – Sintesi manovre

Le attività riportate nel presente Programma "Rete Emergenza-Urgenza", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2011: aae) Attività trasfusionale;

  aag) Emergenza urgenza.

Intervento 15.1: Riqualificazione rete emergenza - urgenza

La programmazione della Regione, in questi anni di gestione commissariale, ha dedicato ampio spazio alla predisposizione di soluzioni organizzative nel campo dell'emergenza-urgenza destinate a garantire la sicurezza del cittadino.

Il primo significativo intervento in questo campo è rappresentato dal Decreto 49/2010 col quale si sono predisposte azioni di riorganizzazione della rete emergenza. Ad oggi tali azioni non sono state completamente realizzate, nella consapevolezza che la loro applicazione assicurerebbe una reale trasformazione nel senso del miglioramento del sistema verso principi di appropriatezza, omogeneità ed economicità nel rispetto di una erogazione dei servizi tesa all'equità ed alla efficienza.

Successivamente, prima con l'approvazione dei DC 45/2011 e 53/2012, quindi con DC 57/2012, la Regione ha proseguito nella fase attuativa di quanto programmato, ed in particolare ha approvato la seguente documentazione:

- linee di indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale per l'Emergenza-Urgenza;
- schema dell'atto di intesa interaziendale per consentire la costituzione dei Dipartimenti integrati dell'Emergenza (DIE) e l'attivazione del Coordinamento regionale del Sistema integrato dell'Emergenza;
- linee di indirizzo regionali per l'organizzazione delle unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- linee di indirizzo regionali per l'organizzazione del triage ospedaliero per impegnare le Aziende sanitarie ad una concreta riorganizzazione delle attività di pronto soccorso.

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

La Regione, attraverso l'attività del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato Emergenza-Urgenza, ha ritenuto necessario predisporre degli incontri con le direzioni aziendali sia al fine di valutare lo stato dell'arte circa gli adempimenti aziendali, avendo cura di predisporre riunioni congiunte delle Aziende tenute a sottoscrivere protocolli d'intesa interaziendali per la costituzione del DIE, che per evidenziare le criticità riscontrate dalle Aziende che hanno fino ad oggi ostacolato la piena realizzazione di quanto programmato a livello regionale. Nel corso delle riunioni sono state sottolineate, da parte delle Direzioni aziendali intervenute, le seguenti criticità:

- l'attuale organizzazione del Sistema del Trasporto Infermi 118 ha messo in evidenza che, in considerazione dell'elevato numero di medici dell'Emergenza in servizio, la proporzione di ambulanze medicalizzate è molto alta. L'attuale tendenza nazionale e internazionale va, invece, nella direzione di demedicalizzare almeno in parte tale servizio, ottimizzando le risorse disponibili, rendendole così utilizzabili nei compiti previsti per il Medico Unico dell'Emergenza nell'ambito dei servizi del sistema di emergenza-urgenza, previa la necessaria formazione;
- tale criticità rende evidente l'esigenza di avviare un'azione regionale di formazione per il rapido reinserimento di tali medici, al fine di porli in grado di attendere alle varie funzioni previste;
- è stata evidenziata l'opportunità che nello schema di intesa interaziendale preliminare alla costituzione del DIE sia previsto che una delle Aziende coinvolte abbia un ruolo prevalente;
- la necessità di garantire l'appropriatezza nell'assistenza in emergenza impone che le soluzioni organizzative prospettate vengano integrate con iniziative anche sul versante dell'assistenza territoriale per i casi di minore complessità, secondo modelli individuati a livello ministeriale e recepite dalla Regione con specifici provvedimenti;
- le Aziende sanitarie insistenti nella città di Napoli e nella provincia di Caserta hanno evidenziato l'opportunità di gestione unica, da parte dell'Azienda sanitaria locale, del personale afferente alla Centrale Operativa e all'Emergenza territoriale;
- tenuto conto di quanto è stato già realizzato in termini di aggiornamento tecnologico del SIRES 118, è necessario rendere operativamente realizzabile l'acquisizione delle informazioni previste dal NSIS a bordo delle ambulanze;
- è necessario completare quanto avviato per la definizione delle reti cardiologica e ictus, e avviare i lavori per quella traumatologica e quella pediatrica.

Di seguito si riporta un quadro di sintesi che - per la rete dell'emergenza ospedaliera- dei P.O. con Pronto soccorso attualmente attivi.

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

AZIENDA	STRUTTURA	LIVELLO
ASL AVELLINO	OSPEDALE LANDOLFI SOLOFRA	1 c PS
	ATTIVITA' AMBULAT P.O. ARIANO	2
	OSPEDALE S.ANGELO DEI LOMBARDI - STAB 01	
ASL BENEVENTO	P.O. S.AGATA DEI GOTI	1 c PS
ASL CASERTA	P.O. SAN GIUSEPPE E MELORIO - SANTA MARIA CAPUA VETERE	1 c PS
	P.O. SAN ROCCO - SESSA AURUNCA	2
	P.O. MOSCATI - AVERSA	2
	CLINICA PINETA GRANDE	
	PRESIDIO OSPEDALIERO MADDALONI	2
	PRESIDIO OSPEDALIERO MARCIANISE	2
	PRESIDIO OSPEDALIERO PIEDIMONTE MATESE	2
ASL NA1	LORETO MARE	
	P.O. SAN PAOLO	2
	OSPEDALE DEI PELLEGRINI	2
ASL NA2	P.O. SAN GIOVANNI DI DIO - FRATTAMAGGIORE	2
	P.O. SAN GIULIANO - GIUGLIANO	2
	P.O. ANNA RIZZOLI - LACCO AMENO - ISCHIA	HI
	VILLA DEI FIORI	
	P.O. ALBANO FRANCESCANO - PROCIDA	HI
	P.O.SANTA MARIA DELLE GRAZIE - POZZUOLI	3
ASL NA3	OSPEDALI RIUNITI GOLFO VESUVIANO - STAB 01	
	OSPEDALI RIUNITI GOLFO VESUVIANO - STAB 02	2
	OSPEDALI RIUNITI AREA STABIESE - STAB 01	2
	OSPEDALI RIUNITI PENISOLA SORRENTINA - STAB 01	2
	OSPEDALI RIUNITI PENISOLA SORRENTINA - STAB 02	1cPS
	OSPEDALI RIUNITI AREA NOLANA - STAB 01	2
ASL SALERNO	P.O. UMBERTO I	3
	P.O. SAN FRANCESCO D'ASSISI - OLIVETO CITRA	
	P.O. POLLA	2
	P.O. DELL'IMMACOLATA - SAPRI	2
	P.O. MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	
	P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA	2
	P.O. SAN LUCA - VALLO DELLA LUCANIA	3
	P.O. SANTA MARIA DELLA SPERANZA - BATTIPAGLIA	
	P.O. ROCCADASPIDE	
	OSPEDALE CIVILE DI AGROPOLI	
AO Cardarelli	A.O. A. CARDARELLI	3
AO Santobono	A.O.SANTOBONO-PAUSILIPON	
AO Dei Colli	A.O. D. COTUGNO - NAPOLI	3
AOU Ruggi	AOU S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	3
	P.O. A. Fucito	3
	P.O. S. Maria dell'Olmo	3
AO Moscati	A.O. S. G. MOSCATI - AVELLINO	3
AO Rummo	A.O. G. RUMMO - BENEVENTO	3
AO San Sebastiano	A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANODI CASERTA	3
Ospedali Classificati	OSP.S.CUORE F.B.F.-BN	2
	CASA DI CURA OSPEDALE FATEBENEFRATELLI	2
	FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA	2
	SAN GIOVANNI BOSCO	
	OSP. CAPILUPI	

Tabella 105 – Presidi Ospedalieri con PS attualmente attivi

La Regione, in base alle criticità emerse e ai parametri imposti dalla *Spending review* e dalle altre recenti normative, intende realizzare entro i prossimi mesi, a cura del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza-Urgenza, gli interventi di seguito riportati.

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

Risultati programmati

- Approvazione di un Decreto Commissariale che, attraverso la definizione di criteri per la dislocazione territoriale della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base, dei punti di primo intervento e dei Pronto soccorsi ospedalieri, aggiorni i contenuti della delibera 1268/2009 e il DC 49/2010, entro il 30.11.2013. E' in corso l'istruttoria che, a partire dai contenuti della bozza di decreto sugli standard, attualmente in discussione in ambito del Patto per la Salute, definisce il numero di postazioni medicalizzate e di base e, contemporaneamente, pianifica la dislocazione dei PPI, definendone le caratteristiche organizzative e di funzionamento;
- approvazione di un Decreto Commissariale per l'acquisto di tecnologie che permettano l'acquisizione delle informazioni previste dal NSIS a bordo delle ambulanze, tenuto conto di quanto è stato già realizzato in termini di aggiornamento tecnologico del SIRES 118, per la completa messa a regime del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, con la piena attivazione del flusso informativo EMUR (DM 17 dicembre 2008), entro il 30.11.2013;
- definizione di un piano per l'adeguamento della rete dei Pronto soccorsi ospedalieri a cura del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato Emergenza-Urgenza, con il supporto operativo del Tavolo tecnico ospedaliero, entro il 31.12.2013;
- definizione di programmi di formazione certificati dalla Regione per il miglioramento della qualità secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 22 maggio 2003, mediante approvazione di un Decreto Commissariale che, nel contempo, stabilisca anche tempi e percorsi formativi, entro il 31.03.2014;
- emanazione di linee di indirizzo per attività integrate emergenza-continuità assistenziale, secondo le previsioni dell'Accordo Stato-Regioni n. 135/CSR del 27 luglio 2011, recepite dal Decreto Commissariale n. 62 del 14.06.2012, entro il 30.06.2014;
- integrazione dello schema di intesa interaziendale preliminare alla costituzione del DIE, prevedendo che l'Azienda che investe una maggiore quantità di risorse nell'istituzione e nel funzionamento del DIE, sia considerata prevalente, quindi con una maggiore capacità decisionale, entro il 30.11.2013;
- approvazione di Decreti Commissariali che, a partire dalle Aziende sanitarie insistenti nella città di Napoli, riporti ad un'unica Azienda sanitaria la diretta gestione delle risorse umane e strumentali della componente "territoriale" del Soccorso Sanitario, attribuendone la responsabilità alla Centrale Operativa Territoriale. L'intero processo dovrà essere completato entro il 31.12.2014;
- contestuale soppressione della Centrale Operativa Regionale, assegnando alla Centrale operativa Territoriale di Napoli 1 città le risorse e i compiti, già attribuiti alla Centrale Operativa Regionale dalla Legge Regionale n.2/1994, di conoscenza della disponibilità dei posti letto a livello regionale e di coordinamento delle eliambulanze e dei mezzi di soccorso speciali entro il 30.11.2013;
- completamento di quanto avviato per la definizione delle reti cardiologica e ictus, definizione e approvazione formale di linee d'indirizzo regionali per i protocolli operativi in fase preospedaliera ed in fase ospedaliera nella rete dell'emergenza, con particolare riguardo alle reti traumatologica, neonatale e pediatrica, entro il 30.06.2014;
- approvazione dei piani attuativi aziendali per la rete dell'emergenza, entro il 31.03.2014; data che non è possibile anticipare a causa del giudizio davanti al TAR introdotto attraverso il trasferimento della centrale operativa territoriale dell'AO Cardarelli all'ASL Napoli 1;
- definizione e approvazione formale di linee d'indirizzo regionali per la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi ospedale-territorio per garantire l'assistenza sanitaria in h24, con riduzione di accessi impropri nelle Strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi, entro il 31.12.2014;
- emanazione del piano regionale delle elisuperfici per l'emergenza sanitaria, con la specifica dei finanziamenti necessari a realizzarli, entro il 31.12.2013.

Tali azioni saranno successivamente integrate con ulteriori indirizzi di programmazione che potranno scaturire dall'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.

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

Indicatori di risultato

- Emanazione nuovo Decreto Commissariale che aggiorni la delibera 1268/2009 e il DC 49/2010, entro il 30.11.2013;
- definizione programmi di formazione certificati dalla Regione, entro il 31.03.2014;
- emanazione linee di indirizzo per attività integrate emergenza-continuità assistenziale, entro il 31.12.2014;
- definizione delle reti cardiologica e ictus e avvio di lavori per quella traumatologica e quella pediatrica, entro il 30.06.2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza ai Servizi dell'emergenza 118.

Intervento 15.2: Riorganizzazione rete trasfusionale

La Regione ha incrementato negli ultimi anni le attività trasfusionali coerentemente con le disposizioni nazionali, raggiungendo in ambito regionale livelli di autosufficienza di sangue intero e suoi componenti e solo in parte, di plasmaderivati.

Il Sistema Trasfusionale della Regione Campania è costituito da un quadro caratterizzato da un progressivo aumento della raccolta sangue, con un trend positivo comunque a livello regionale, tenuto anche conto che il contemporaneo sviluppo delle discipline ad alta intensità e dei trapianti, che hanno determinato un progressivo aumento del fabbisogno di sangue e derivati, non pesa in maniera determinante sul fabbisogno complessivo risentendo degli effetti della migrazione sanitaria.

Nonostante i risultati positivi registrati, il Sistema Trasfusionale della Regione dipende per la sua autosufficienza da un numero ancora elevato di prime donazioni. Il basso indice di donazioni registrato per abitante (26.5/1000) è però sufficiente a compensare la richiesta dal momento che anche il consumo è inferiore alla media nazionale (26.2/1000).

Le manovre messe in campo sono contenute nel Decreto n. 4/2012, in cui vengono ridefiniti gli obiettivi e gli interventi da apportare sulla rete trasfusionale della Regione. Gli obiettivi strategici che son stati individuati dalla Regione sono:

- la normalizzazione del livello di sicurezza del sangue e degli emocomponenti;
- l'individuazione dei requisiti minimi e delle linee guida;
- la realizzazione dell'accreditamento istituzionale;
- riorganizzazione dell'assetto organizzativo della rete.

Più nello specifico il Decreto n. 4/2012 prevede i seguenti obiettivi operativi:

- al fine di normalizzare il livello di sicurezza del sangue e degli emocomponenti:
  - riduzione della donazione occasionale di sangue e di emocomponenti fino a raggiungere la media nazionale;
  - conseguimento di un elevato livello di controllo delle attività diagnostiche di qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti;
  - formazione, sensibilizzazione e responsabilizzazione degli operatori e delle associazioni e federazioni dei donatori di sangue sulle tematiche inerenti la sicurezza trasfusionale;
- diventa urgente la necessità di adeguare i Servizi trasfusionali e le Unità di raccolta del sangue gestite dalle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, ai nuovi requisiti autorizzativi specifici previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, e di applicare le linee guida per l'accreditamento di cui all'art. 20 della Legge 219/2005. A tale fine si è realizzato, attraverso l'effettuazione di un percorso preliminare di visite di verifica a scopo di *pre-assessment*, il censimento delle caratteristiche di attività ed autorizzative dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle associazioni donatori e si prevede:

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

- supporto informativo e formativo ai Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle associazioni donatori, a tale proposito sono stati già individuati i Responsabili qualità dei SIT e formulato il programma di incontri in rete;
- definizione di procedure, modalità operative e strumenti per l'avvio e l'efficace realizzazione dell'accreditamento istituzionale dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle associazioni donatori.

- è necessaria infine una riorganizzazione della rete trasfusionale affinché si possa garantire un più elevato livello di sicurezza, qualità e standardizzazione degli emocomponenti e delle prestazioni erogate, nonché produrre economie di scala a vantaggio della complessiva efficienza del sistema.

A tutto il 2012 sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- attivazione presso il CRS delle funzioni di cui all'accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011 e la rapida ed effettiva applicazione e operatività alle stesse, supportata dalle necessarie risorse;
- la completa attivazione delle funzionalità della rete informatizzata trasfusionale regionale, con particolare riferimento alle funzionalità proprie dei CRS, quale indispensabile strumento a supporto della governance regionale di sistema;
- concentrazione dei test sierologici di qualificazione biologica delle donazioni presso i 3 Servizi Trasfusionali già sede di Centro NAT (Gara in corso presso So.Re.Sa.);
- composizione di un nucleo ispettivo e definizione di un programma di verifiche.
- completamento della prima fase di *pre-assessment* dei Servizi Trasfusionali.

Per il prossimo triennio si programmano le seguenti azioni.

Azione 15.2.1: Accreditamento servizi trasfusionali

La Regione programma di realizzare l'accreditamento istituzionale dei servizi trasfusionali ospedalieri e delle unità di raccolta fisse e mobili associative, in conformità ai requisiti di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 ed alle linee guida per l'accreditamento di cui all'art. 20 della legge 219/2005.

Ciò consentirà di realizzare un quadro esaustivo dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolte fisse e mobili associative operanti a livello regionale, che riporti le principali caratteristiche di attività e quelle autorizzative, e che assegni ad ogni singolo Servizio Trasfusionale/Unità di raccolta un codice identificativo univoco in conformità alla Norma UNI 10529.

Per quanto concerne le Unità di raccolta fisse e mobili associative, è necessario censire gli atti di autorizzazione all'esercizio in essere, dettagliando gli specifici riferimenti relativi a:

- nominativo della persona responsabile;
- attestazione/documentazione che la stessa è in possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti;
- autorità che ha rilasciato l'autorizzazione all'esercizio;
- data di rilascio dell'autorizzazione medesima.

Parallelamente si provvederà a progettare, pianificare e realizzare incontri informativi-formativi per trasferire adeguate conoscenze e competenze ai fini della applicazione dei requisiti e linee guida di cui sopra nei Servizi Trasfusionali e nelle Unità di raccolta della rete trasfusionale regionale.

Risultati programmati

- Emanazione del Decreto Commissariale contenente procedure, modalità operative, strumenti, pianificazione temporale e risorse necessarie all'accreditamento istituzionale, entro il 31.12.2013;
- completamento del censimento delle caratteristiche di attività e situazione autorizzativa attraverso l'attribuzione del codice identificativo univoco in conformità alla Norma UNI 10529, entro il 30.11.2013.

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

Indicatori di risultato

- Emanazione del Decreto Commissariale contenente procedure;
- realizzazione del censimento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza Ospedaliera.

Azione 15.2.2: Razionalizzazione del modello organizzativo

Ai fini della razionalizzazione dovranno essere individuati specifici criteri quali-quantitativi, per definire un nuovo assetto della rete trasfusionale, che preveda:

- la razionalizzazione numerica delle strutture trasfusionali esistenti;
- l'istituzione, la regolamentazione e l'attivazione di dipartimenti interaziendali di Immunoematologia e medicina trasfusionale (D.I.M.T.);
- la graduazione delle funzioni delle strutture trasfusionali in relazione alle complessità assistenziali di pertinenza e conseguente ridimensionamento delle risorse;
- la progressiva concentrazione delle attività di lavorazione e trattamento del sangue intero e degli emocomponenti almeno presso una unica struttura per ogni D.I.M.T.;
- la concentrazione in numero limitato di strutture di alcune funzioni assistenziali proprie dei Servizi Trasfusionali che possono essere proficuamente consolidate anche allo scopo di offrire prestazioni di alta qualificazione (ad es. aferesi terapeutica, raccolta e banking di cellule staminali emopoietiche, tipizzazione HLA, ecc.) sulla base di criteri oggettivamente associati alle competenze e all'esperienza già in campo nonché alle casistiche quali-quantitative documentatamente trattate.

Risultati programmati

- attivazione D.L.MT, entro il 31.12.2013;
- realizzazione della piena connettività e dell'adeguamento alle norme nazionali della rete informatica trasfusionale regionale, entro il 30.11.2013;
- graduazione delle funzioni delle strutture trasfusionali con concentrazione delle attività di lavorazione e trattamento del sangue intero e degli emocomponenti.

Indicatori di risultato

- Adozione formale di uno specifico Decreto Commissariale di razionalizzazione della Rete trasfusionale;
- produzione di un piano di concentrazione delle attività di diagnostica sierologica (HBV, HIV,HCV, lue) presso i 3 centri NAT, entro il 2013;
- completamento della concentrazione delle suddette attività entro il 2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza Ospedaliera.

Azione 15.2.3: Sicurezza trasfusionale

La recente normativa nazionale e regionale, in materia di raccolta, distribuzione ed uso di sangue umano e degli emoderivati, richiede l'implementazione di nuove procedure che, attraverso l'innovazione e lo sviluppo tecnologico, possano garantire la gestione ed il controllo di tutte le attività trasfusionali al fine di raggiungere uno standard di prodotto omogeneo fra tutti i SIT della Regione.

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

Ciò richiede la realizzazione, nella Rete Trasfusionale Regionale, di un sistema di gestione della qualità teso al miglioramento continuo dei servizi e dei prodotti erogati finalizzato soprattutto alla sicurezza trasfusionale.

Il CRS, in collaborazione con i D.I.M.T., sulla scorta delle linee guida nazionali e regionali, nonché delle direttive europee, elaborerà una serie di indicatori condivisi anche in previsione dell'accreditamento istituzionale dei Servizi Immunotrasfusionali e delle Unità di Raccolta.

Proprio nell'ottica di aumentare la sicurezza del sistema trasfusionale, tenuto conto sia della scarsa tendenza alla donazione "periodica", che dei dati epidemiologici per le malattie a trasmissione parenterale che raggiungono in Campania prevalenze tra le prime alte d'Italia, sarà necessario attivare un progetto obiettivo regionale con la finalità di ridurre la donazione "occasionale" e riportarne la frequenza almeno alla media italiana. Tale progetto dovrà essere condiviso tra tutti gli attori dello stesso sistema, in primo luogo con il coinvolgimento delle Associazioni di donatori, attraverso relazioni che ne permettano la responsabilizzazione e la crescita culturale.

Sempre allo stesso scopo è necessario dare attuazione all'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, procedendo alla definizione di una prima fase di autovalutazione da parte dei Servizi Trasfusionali circa il livello di conformità ai nuovi requisiti cogenti nazionali per poi attivare un programma di verifiche ispettive nel rispetto dei tempi e delle modalità previste da detta normativa.

Risultati programmati

- Attivazione di un progetto obiettivo regionale con la finalità di ridurre la donazione "occasionale", entro il 30.11.2013.

Indicatori di risultato

- Avvenuta attivazione di un progetto obiettivo regionale con la finalità di ridurre la donazione "occasionale";
- definizione ed Emanazione di un *set* di indicatori circa il livello di conformità ai nuovi requisiti cogenti nazionali;
- Riduzione della donazione occasionale del 30% in ciascun anno del triennio.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza Ospedaliera.

Azione 15.2.4: Progetto di formazione

Al CRS viene dato mandato di organizzare, di concerto con l'Assessorato alla Sanità, un progetto regionale di formazione che dovrà essere destinato a tutte le componenti coinvolte nella rete trasfusionale regionale: medici, infermieri, personale delle strutture trasfusionali, associazioni dei donatori volontari di sangue e popolazione attiva.

Gli argomenti da trattare perseguiranno i seguenti obiettivi:

- educazione alla donazione del sangue e al corretto uso degli emocomponenti;
- informazione e aggiornamento del personale, compreso quello delle Associazioni di volontariato;
- aggiornamento relativamente agli elementi essenziali inerenti ai requisiti qualitativi ed ai controlli di qualità degli emocomponenti;
- metodi e strumenti di interrelazione tra Servizio Trasfusionale e Unità di raccolta;
- elementi di epidemiologia e prevenzione delle malattie trasmissibili con la trasfusione.

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

Il progetto regionale di formazione dovrà prevedere:

- questionario di apprendimento;
- questionario di gradimento;
- prova pratica, consistente nell'affiancamento ad un collega esperto nella fase della visita e nella fase del prelievo.

Nelle scelte di sistema, analogamente al personale delle strutture trasfusionali, va considerato il personale afferente alle Associazioni dei donatori volontari di sangue, alcune delle quali sono autorizzate a gestire centri di raccolta fissi e tenuti ad osservare le stesse normative valide per i servizi trasfusionali.

Accanto all'iniziativa di educazione sanitaria sarà attivata anche una campagna di comunicazione istituzionale integrata, rivolta alla sensibilizzazione alla donazione e agli stili di vita sani.

Risultati programmati

- Progetto regionale di formazione, entro il 30.11.2013;
- campagna di comunicazione istituzionale integrata, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Emanazione di un piano regionale di formazione specifica;
- realizzazione del percorso di formazione;
- Realizzazione della campagna di comunicazione.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza Ospedaliera.

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

Programma 16: Sanità penitenziaria

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR;
- disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti;
- tutela della salute in carcere.

Sanità penitenziaria : valorizzazione manovre (€/mln)	2013	2014	2015
Sanità penitenziaria	-	-	-
Sanità penitenziaria	-	-	-
Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR e nuove prioritarie implementazioni per la tutela della salute in carcere	-	-	-
La tutela della salute in carcere e realizzazione di interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale in aree con maggiori criticità	-	-	-
Programma per il definitivo e completo superamento degli OPG della Campania	-	-	-

Tabella 106 – Sintesi manovre

Intervento 16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR e nuove prioritarie implementazioni per la tutela della salute in carcere

I dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia (D.A.P.), indicano che negli Istituti Penitenziari campani erano presenti, al 31.12.2008, 7.185 detenuti, ma al 30.06.2009 il numero dei presenti era già salito a 7.683, rispetto ad una capienza ufficiale di 5.311 posti. Al 31.12.2009 il numero dei nuovi ingressi dalla libertà è stato complessivamente di 10.821 e quello complessivo dei presenti è stato di 7.594, aumentando ulteriormente al 31.12.2010 (7.610).

I dati più recenti, 8.301 presenti al 31.01.2013, sono in linea con la costante crescita della popolazione detenuta negli istituti Penitenziari e confermano che la Campania è la seconda Regione italiana per popolazione detenuta negli Istituti del proprio territorio.

Il processo di riordino della sanità penitenziaria nel rispetto dei principi e delle linee di riferimento enunciati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 ha comportato l'adozione di una molteplicità di atti formali.

Il complesso iter amministrativo sotteso al trasferimento delle funzioni, con l'adozione dei provvedimenti evidenziati in Tabella 107, indispensabili presupposti per l'effettiva presa in carico della funzione trasferita, può considerarsi sostanzialmente concluso.

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

Tipo	N.	Data	Oggetto
DGRC	1551	26.09.2008	Recepimento DPCM 01.04.2008
DGRC	858	08.05.2009	Approvazione obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale 2006 (*Linea d'intervento 1 – La garanzia dei LEA: "Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania; attivazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o già prorogata")*
DGRC	995	22.05.2009	Approvazione obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale 2009.(Linea progettuale 6 - Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati; Linea progettuale 10 – Promozione di attività di integrazione tra DSM e ospedali psichiatrici giudiziari)
DGRC	1812	11.12.2009	Definizione delle azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario ed ordinamento penitenziario e della giustizia minorile per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1/04/2008 e approvazione del relativo schema di Accordo di Programma (sottoscritto in data 28.12.2009)
DPGRC	38	19.02.2010	Istituzione Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria
DPGRC	177	19.10.2010	Conferma Istituzione Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria
DCA	33	22.10.2010	Approvazione schema di contratto per il personale sanitario di comparto operante negli Istituti e Servizi penitenziari per adulti e per minori della Campania
DGRC	552	22.07.2010	Presa d'atto Accordi Conferenza Unificata
DGRC	669	8.10.2010	ricognizione delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia ai fini del trasferimento in proprietà alle AASSLL ai sensi dell'art.4 del DPCM 1/04/2008 (con successiva adozione dei consequenziali Decreti Dirigenziali)
DGRC	18	28.01.2011	Preso d'atto Accordo Conferenza Unificata sullo schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie (con successiva adozione dei consequenziali Decreti Dirigenziali)
DGRC	39	14.02.2011	Approvazione obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale 2010 (Linea progettuale 6 – Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi")
DGRC	96	21.03.2011	Approvazione "Linee guida per la stesura del protocollo locale per la gestione del servizio di medicina penitenziaria" dell'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria
DCA	32	27.05.2011	Approvazione PSR 2011-2013
DGRC	342	19.07.2011	Approvazione cofinanziamento progetti attuativi del PSN per l'anno 2009 (Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale)
DD	142	21.07.2011	Istituzione Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria "Eleonora Amato", con il principale compito di affiancare le AA.SS.LL. regionali nella diffusione di una cultura della salute in carcere attraverso la concreta attuazione del modello organizzativo regionale e lo sviluppo del sistema informativo
DGRC	654	06.12.2011	Recepimento e provvedimenti attuativi dell'Accordo della Conferenza Unificata del 13 ottobre 2011 "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari OPG e le Case di Cura e Custodia CCC di cui all'Allegato C al DPCM 1° Aprile 2008" (con successiva sottoscrizione di specifico Accordo di programma tra le regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise)
DGRC	96	13.03.2012	Recepimento ed iniziali provvedimenti attuativi dell'Accordo del 19 gennaio 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

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

Tipo	N.	Data	Oggetto
DCA	28	14.03.2012	Razionalizzazione della spesa per il personale. Personale sanitario che presta servizio negli Istituti e Servizi penitenziari per adulti e per minori della Campania con rapporto di lavoro convenzionale. Ulteriori indirizzi finalizzati alla loro riconduzione in tipologie contrattuali consone alla normativa vigente in ambito sanitario
DPGRC	83	15.03.2012	Aggiornamento componenti Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria
DCA	62	14.06.2012	Approvazione obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale 2011 (Linea progettuale 6 – Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi)
DCA	64	19.06.2012	Approvazione documento di programmazione del definitivo e completo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Campania
DD	195	16.10.2012	Istituzione del Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OO.PP.GG
Leggenda: DGRC (Deliberazione Giunta Regionale Campania); DPGRC (Decreto Presidente Giunta Regionale Campania); DCA (Decreto Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania); DD (Decreto Dirigenziale).			

Tabella 107 - Principali atti regionali 2008-2012

Comunque le procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR consistono in un predefinito e consequenziale insieme di adempimenti alle disposizioni recate dal DPCM 01.04.2008, ai quali si è dato attuazione, ma, nel contempo, producono esse stesse nuove, ulteriori e progressive implementazioni, a conferma di come sia “nella natura delle riforme un processo ininterrotto di adeguamento ai bisogni inediti dei cittadini” e di come “la riforma della sanità penitenziaria non sfugge a questo principio” ed anzi “ha bisogno di un buon inizio e di un adeguamento continuo alla realtà diversificata delle carceri italiane”.

Analogamente è oggi necessario sviluppare e definire pienamente anche il capitolo delle risorse finanziarie vincolate all’esercizio delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario.

In aggiunta alle risorse finanziarie trasferite ai sensi del DPCM 01.04.2008 e ripartite annualmente tra le Regioni secondo criteri in continua evoluzione è necessario considerare anche le seguenti ulteriori risorse assegnate alla assistenza sanitaria penitenziaria:

- risorse finanziarie per l’esercizio delle funzioni relative alla prevenzione e all’assistenza e cura dei detenuti tossicodipendenti (trasferite al SSN precedentemente all’entrata in vigore del DPCM 01.04.2008 ex D.Lgs. n.230/1999, a decorrere dall’1 gennaio 2000);
- risorse finanziarie già a carico dei bilanci delle singole ASL della Regione per le attività sanitarie erogate in ambito penitenziario nella fase di attuazione parziale e sperimentale del D.Lgs. 230/99;
- risorse aggiuntive specificamente stanziate per altre funzioni assegnate al SSN successivamente al DPCM 01.04.2008 e con specifica deroga ai vincoli di spesa posti dal piano di rientro dal deficit sanitario (v. art. 3-ter, Legge n. 9/2012 “Disposizioni per il completo e definitivo superamento degli OPG”);
- risorse vincolate alla realizzazione dei progetti per la tutela della salute in carcere annualmente compresi tra gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale.
- Inoltre sono da considerare le ulteriori risorse necessarie, sebbene non specificamente stanziate, per altre funzioni assegnate al SSN successivamente al DPCM 01.04.2008 (Accordo Conferenza Unificata Rep. Atti n. 95/C.U. del 13.10.2011; Accordo Conferenza Unificata Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012).

Un piano regionale di riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nelle CT, nei CPA, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nella rete di Servizi e strutture che ne consentiranno il superamento, necessita pertanto di una complessiva revisione del finanziamento a livello regionale per supportare l’attuale programmazione ed aggiornarla nel corso del presente programma.

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

Risultati programmati

- Aggiornamento delle risorse finanziarie idonee a sostenere l'esercizio di tutte le azioni per la tutela della salute in carcere nel rispetto delle vigenti normative sanitarie, comprese le risorse integrative, preesistenti o sopravvenute, rispetto a quelle trasferite ex DPCM 01.04.2008;
- definizione di eventuali indirizzi integrativi e di aggiornamento continuo attraverso l'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria e loro implementazione nei modelli organizzativi aziendali per la tutela della salute in carcere;
- supporto alle ASL nell'applicazione del modello organizzativo e implementazione del sistema informativo Sanità penitenziaria (SISPE), attraverso il Laboratorio sperimentale regionale per la sanità penitenziaria.

Indicatori di risultato

- Report di verifica e monitoraggio in itinere nelle seguenti aree: applicazione dei modelli organizzativi aziendali per la tutela della salute in carcere; stato di attuazione dei protocolli di intesa tra ASL e Direzioni penitenziarie e del loro aggiornamento annuale;
- atto formale di istituzione dell'affidamento al SISPE delle seguenti funzioni: analisi del volume delle prestazioni erogate; valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e pattern di trattamento; descrizione della condizione igienico sanitaria; supporto alla costruzione di indicatori di struttura, livello ed esito a livello regionale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Sanità penitenziaria - medicina scolastica - medicina dello sport - medicina legale e delle assicurazioni.

Intervento 16.2: La tutela della salute in carcere e realizzazione di interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale in aree con maggiori criticità

A seguito del DPCM del 01.04.2008, nello specifico nell'Allegato A dello stesso DPCM, che contiene le indicazioni fondamentali della Riforma, viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario in carcere.

La Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 ha sancito un Accordo sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n. 5/CU del 19.01.2012; Allegato A), peraltro coerente con il programma di sviluppo e potenziamento delle rete assistenziale penitenziaria della Regione, e contemplato fra gli adempimenti LEA cui sono tenute le Regioni per l'anno 2012.

L'insieme delle procedure interessate, pienamente rientranti nell'ambito degli adempimenti richiesti dal trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR, nel rispetto dei preesistenti indirizzi normativi, poteva considerarsi adeguatamente definito, in relazione alla sua inclusione tra gli Obiettivi di Salute e i Livelli essenziali di assistenza dei Piani Sanitari Regionali 2009-2011 e 2011-2013.

Tuttavia, il conseguente aggiornamento del quadro normativo ha comportato l'avvio di una complessa revisione delle attività, di cui la Deliberazione di Giunta Regionale della Campania n. 96 del 13 marzo 2012 di recepimento dell'Accordo in parola - sebbene anche comprensiva di iniziali provvedimenti attuativi - ha costituito solo l'avvio di un percorso più generale di aggiornamento, approvato dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria sulla base di un documento definito dallo specifico Gruppo tecnico scientifico costituito in seno allo stesso Osservatorio.

L'attuazione e l'aggiornamento degli indirizzi regionali per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere - insieme alla sperimentazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali nella presa in carico territoriale dei pazienti provenienti dagli OPG o inseriti nelle strutture e servizi di

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

superamento degli OPG, e all'aggiornamento degli indirizzi regionali per la presa in carico del paziente detenuto (adulto o minore) con patologia psichiatrica e/o da dipendenza - sono inseriti nel presente programma operativo gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale in aree con maggiori criticità.

Si ritiene opportuno evidenziare che, le restanti azioni del presente paragrafo – finalizzate al più generale obiettivo della tutela della salute in carcere e inerenti la formazione congiunta con l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile, gli interventi destinati alle donne detenute ed alla loro prole ed ai minori con problematiche di salute mentale e di dipendenza e la stabilizzazione dell'offerta dei servizi territoriali ed ospedalieri - sono tutte ritenute, nell'attuale stato di implementazione della sanità penitenziaria regionale, particolarmente idonee ad intervenire su altre specifiche aree e/o condizioni operative che possono alimentare ulteriori criticità o rappresentare parte del substrato di quelle che già producono proprie e diversificate manifestazioni.

Risultati programmati

- Formazione congiunta con Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e Centro per la Giustizia Minorile;
- realizzazione di interventi specifici destinati alle donne detenute ed alla loro prole, ai minori con problematiche di salute mentale e di dipendenza destinatari di provvedimenti penali;
- individuazione, a livello di azienda sanitaria del numero di posti letto destinati alle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero di detenuti;
- implementazione degli indirizzi regionali per la riduzione del rischio suicidario approvati con DGRC n. 96/2012, in attuazione dell'Accordo CU 19.01.2012 (attraverso il Gruppo tecnico scientifico rischio suicidario dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria);
- sperimentazione della metodologia dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali nella presa in carico territoriale dei detenuti con bisogni sociosanitari complessi, con prioritaria applicazione nell'ambito degli interventi a favore dei pazienti provenienti dagli OPG e nel funzionamento interno alle strutture e servizi di superamento degli OPG (attraverso il Gruppo tecnico regionale superamento OPG);
- aggiornamento degli indirizzi regionali per la presa in carico del paziente detenuto (adulto o minore) con patologia psichiatrica e/o da dipendenza.

Indicatori di risultato

- Realizzazione di programmi inerenti la riduzione del rischio autolesivo e suicidario, il funzionamento dei Servizi di superamento degli OPG ed i determinanti sociali della salute in carcere;
- avvio dei progetti regionali per la realizzazione degli obiettivi di piano con adozione di formali indirizzi applicativi per le AA.SS.LL.;
- atto formale di adozione del provvedimento di individuazione, a livello aziendale e, in subordine provinciale, del numero di posti letto destinati alle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero di detenuti;
- atto formale di adozione degli indirizzi aggiornati sulla base della sperimentazione avviata;
- report di monitoraggio in itinere e documenti di aggiornamento del programma;
- realizzazione a livello aziendale dei programmi di formazione congiunta con PRAP e CGM;
- formale adozione a livello aziendale della metodologia dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali ex DGRC n. 483/2013, con espletamento specifico Avviso Pubblico e successiva applicazione almeno all'operatività dei Servizi di Salute mentale penitenziaria e Superamento OPG;
- attività di supporto alle AA.SS.LL e report almeno trimestrali di monitoraggio in itinere delle attività territoriali inerenti la sperimentazione, comprensivi dei tassi di presenza in OPG e nelle strutture alternative e di superamento (Gruppo tecnico regionale superamento OPG);
- atto formale di adozione dei provvedimenti attuativi degli indirizzi integrativi e di aggiornamento, definiti dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, sulla base dell'Allegato 1 alla DGRC n. 96/2011.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Sanità penitenziaria - medicina scolastica - medicina dello sport - medicina legale e delle assicurazioni.

Intervento 16.3: Programma per il definitivo e completo superamento degli OPG della Campania

Considerati nel loro complesso, i provvedimenti contenuti nel D.Lgs 230/99, nella legge Finanziaria 2008 e nel DPCM 01.04.2008 sono coerenti nel disegnare un assetto delle istituzioni deputate alla misura di sicurezza ed al trattamento/riabilitazione del malato di mente reo più prossimo al sistema di trattamento dei servizi ordinari.

Il punto di arrivo finale di questo processo è quindi da identificare nella completa ristrutturazione dell'offerta di servizi da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), tale da mettere la Magistratura in condizione di disporre lo svolgimento della misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari, con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale.

In particolare, l'Allegato C al DPCM 01.04.2008, anche a una prima ma attenta lettura, evidenzia come il superamento degli OPG sia un complesso percorso costituito da azioni diversificate (dimissione di parte degli attuali pazienti, implementazione di nuove articolazioni del Servizio Sanitario in carcere e nel territorio) e competenze in capo a numerose istituzioni (Regioni e P.A., Amministrazione Penitenziaria, Ministeri, Magistratura). Inoltre, le stesse Linee Guida evidenziano chiaramente come tutte le azioni siano tra loro interdipendenti: una singola Regione sede di OPG, pur realizzando tutto quanto di propria competenza, non potrà mai superare quella struttura se non saranno realizzate analoghe e contestuali azioni da parte di tutte le altre Regioni, in particolare quelle del macrobacino di afferenza, non sottovalutando le necessarie interazioni con le altre Istituzioni coinvolte.

Il recente intervento dell'art. 3-ter della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, ha tra l'altro opportunamente determinato lo stanziamento di specifiche risorse finanziarie, ha avviato la definizione degli standard delle specifiche strutture residenziali ed ha fissato un termine al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (1 febbraio 2013).

L'art. 3-ter non ha modificato le modalità di realizzazione del programma di superamento, confermando che rimane quello "già previsto dalle "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia (CCC)" (Allegato C, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008) e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011".

Pertanto, gli attuali OPG e CCC non dovranno essere sostituiti dalle sole strutture residenziali psichiatriche per l'esecuzione delle misure di sicurezza, ma anche dalle articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale in carcere previste dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13 ottobre 2011 - già da realizzarsi entro il 30 giugno 2012 - e da nuove operatività dei servizi di salute mentale per la presa in carico delle persone alle quali è stata o potrebbe essere applicata una misura di sicurezza.

Il sistema di servizi e strutture che ne discende si presenta perciò articolato in due distinti ambiti, uno territoriale (strutture residenziali psichiatriche per le misure di sicurezza, progetti terapeutico-riabilitativi individuali per la successiva presa in carico) e uno penitenziario (articolazione per la tutela intramuraria della salute mentale).

Fondamentale base per un'adeguata programmazione di questi interventi è la conoscenza quali-quantitativa della popolazione presente negli attuali OPG. Sulla base del monitoraggio continuo delle presenze, avviato nel marzo 2010, è stato possibile evidenziare che gli attuali OPG costituiscono un insieme di formali trattamenti detentivi estremamente eterogenei, con presenza di persone non prosciolte (giudicabili o condannate, v. art. 206, 219 c.p.), ma riconosciute socialmente pericolose e,

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

quindi, con misura di sicurezza provvisoria e altre condannate a pena detentiva (v. art. 148 c.p., art. 111 e 112 ordinamento penitenziario).

Negli ultimi anni, in relazione alle attività di presa in carico esterna - impropriamente chiamate "dimissioni" - realizzate dai servizi sanitari, la popolazione "non prosciolta" presente negli OPG, fin dall'inizio prevalente, è talora ulteriormente aumentata, condizionando sempre più i percorsi di uscita e la costruzione di servizi alternativi.

La complessiva consistenza della popolazione ristretta in OPG, considerando tutte le diverse posizioni giuridiche, è nel complesso lievemente e costantemente diminuita (1.338 M al 30.10.2008; 1.196 M al 30.04.2011; 1.133 M, al 26.07.2011), con particolari differenza tra i diversi Istituti, in ragione sia della tipologia e la tempistica delle attività di presa in carico avviate dalle Regioni che della redistribuzione determinata dal funzionamento per bacini macro-regionali (v. Accordi Conferenza Unificata 26.11.2009 e 13.10.2011).

Con l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009 tutte le Regioni hanno sottoscritto l'impegno a realizzare attivamente l'uscita dagli OPG dei pazienti di propria competenza. Le attività, avviate nel 2010, devono essere assicurate con continuità, come stabilito dall'art. 3-ter della Legge 9/2012, anche nelle "realizzande" strutture per le misure di sicurezza.

Negli attuali OPG, tuttavia la potenziale efficacia di quest'azione, ferma restando la sua necessità, è stata spesso sopravvalutata, in particolare quando non è stata considerata la sua stretta dipendenza dalla contestuale realizzazione di altre importanti e propedeutiche attività (adeguata assunzione delle responsabilità sanitaria in OPG; disponibilità di risorse e progetti specifici ed adeguati per i DSM; coordinamento e collaborazione interistituzionale e interregionale ecc.) e dalle diversificate posizioni giuridiche delle persone, in precedenza evidenziate, che ostacolano o impediscono l'utilizzo degli ordinari percorsi di presa in carico da parte dei servizi territoriali, richiedendo operativamente la disponibilità di tutte le implementazioni per la tutela della salute mentale in carcere previste dall'Allegato C al DPCM e dall'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011.

In aggiunta alla realizzazione delle azioni sopra accennate, è anche indispensabile affrontare la questione delle caratteristiche degli interventi terapeutico-riabilitativi da realizzare, soprattutto considerando che laddove le attività di "dimissione" sono state oggetto di un adeguato monitoraggio è risultato che le stesse erano per circa il 90% destinate a persone già in carico ai servizi sanitari prima dell'ingresso nel circuito penitenziario e in OPG.

Al riguardo c'è ampia esperienza sull'efficacia degli interventi fondati sulla metodologia dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali sostenuti da budget di salute, fin dall'inizio finalizzati alla revoca dell'eventuale misura di sicurezza ed alla reinclusione nelle comunità di appartenenza. Questa metodologia, inoltre, identificando, attivando e adeguando continuamente le risposte alla valutazione dei bisogni della singola persona, si configura anche quale ideale modalità operativa consentendo di ottemperare concretamente al richiamo dello stesso art. 3-ter ai "percorsi terapeutico riabilitativi individuali".

Al riguardo, la Regione è già intervenuta adeguatamente attraverso due fondamentali azioni che, nell'arco temporale del presente programma, dovranno essere pienamente sviluppate e armonizzate nell'ambito della nuova rete dei servizi per le misure di sicurezza e la tutela della salute mentale in carcere:

- la costante ed annuale approvazione di finanziamenti di specifici progetti per la tutela della salute mentale in carcere, il superamento degli OPG e l'operatività dei Servizi di salute mentale penitenziaria, nell'ambito dei progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale;
- la disciplina e definizione dei Progetti terapeutico-riabilitativi sostenuti da Budget di Salute, con l'adozione di specifiche Linee Guida e l'assunzione, quale obiettivo prioritario, in attuazione dell'art. 3-ter della Legge 9 del 17.02.2012, il definitivo superamento degli OO.PP.GG. attraverso i PTRI sostenuti con budget di salute per tutti i cittadini campani destinatari della misura di sicurezza in O.P.G. e/o C.C.C., nonché per quanti non più riconosciuti socialmente pericolosi, ai

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

fini della loro riabilitazione e reintegrazione sociale, così come previsto dei commi 2 e 5 dell'art. 3-ter della Legge 9 del 17.2.2012.

Considerando il complesso dei risultati realizzati nelle fasi intermedie del percorso di superamento degli OPG e nel rispetto delle innovazioni normative recate dall'art. 3-ter della Legge 17 febbraio 2012 n. 9, la Regione ha definito, nella prima metà del 2012, un complessivo documento di programmazione per il definitivo superamento degli OPG, approvato con Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012.

Il pieno ed adeguato supporto tecnico alla realizzazione del suddetto programma è stato reso possibile dal complesso iter di perfezionamento dell'istituzione degli organismi di coordinamento regionali e di bacino:

- il recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011;
- l'approvazione e la sottoscrizione di un Accordo di Programma art. 34 del T.U. EE.LL. per il coordinamento del bacino di afferenza degli OPG regionali tra le Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise;
- l'istituzione dei gruppi di coordinamento (di bacino e regionale) avvenuta con Decreto Dirigenziale n. 195 del 16.10.2012.

In ottemperanza al suddetto Decreto tutte le AA.SS.LL. regionali – che al fine di rispondere pienamente all'obiettivo di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008 sono state investite del compito di riorganizzare i propri servizi per assicurare la gestione delle misure di sicurezza in contesti sanitari ordinari e rispondere ai bisogni di tutela della salute mentale in carcere - hanno adottato crono-programmi attuativi locali per la creazione in ogni ASL di servizi per la tutela della salute mentale in carcere e la collocazione all'interno dei predetti servizi pubblici territoriali di due tipologie di articolazioni:

- strutture residenziali per le misure di sicurezza di cui all'art. 3/ter della Legge 17 febbraio 2012 n. 9;
- articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011 (Rep. Atti n. 95/C.U.; Gazzetta Ufficiale N. 256 del 3 Novembre 2011).

Il programma in parola è comprensivo, inoltre, di ulteriori e dettagliate indicazioni operative finalizzate a contrastare il rischio di realizzazione di nuove forme d'istituzionalizzazione, e a implementare modelli organizzativi interni ai servizi fortemente personalizzati ed inclusivi.

Sulla base del continuo monitoraggio realizzato attraverso il Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, istituito in ottemperanza all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2012 (Rep. Atti n. 95/CU), si riepilogano nelle Tabella 108 e Tabella 109 le principali caratteristiche quali-quantitative della popolazione di competenza regionale presente negli attuali OPG e l'andamento dei flussi di ingresso ed uscita nel corso dell'anno 2012. Predette informazioni sono dettagliate per singola Azienda Sanitaria.

Sulla base degli evidenziati dati relativi alla presenza negli attuali OPG-CCC, alla popolazione già dimessa e presa in carico in applicazione di misure di sicurezza non detentive (LFE, L.V. ecc.) e ai flussi di ingresso ed uscita relativi a tutto l'anno 2012, è stata realizzata dalle singole Aziende sanitarie Locali della Regione una programmazione di tutte le diversificate implementazioni richieste per il completo superamento degli OPG, compresi gli interventi di realizzazione di strutture residenziali per le misure di sicurezza, che nel presente documento vengono dettagliati in ottemperanza al Decreto Interministeriale 28.12.2012.

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

Pazienti in carico (presenti e dimessi) in OPG-CCC all'01.03.2013 - competenza territoriale								
POSIZIONE GIURIDICA	ASL							
	AV	BN	CE	NA1C	NA2N	NA3S	SA	TOT
MISURA SICUREZZA DETENTIVA								
provvisoria	4	4	1	2	5	7	5	28
definitiva (non in proroga)	1	3	2	8	5	3	6	28
definitiva (in proroga)	1	1	-	6	7	14	12	41
TOTALE	6	8	3	16	17	24	23	97
PENA	-	-	2	1	-	6	3	12
TOTALE Pena e misura sicurezza	6	8	5	17	17	30	26	109
MISURA NON DETENTIVA (LFE: licenza finale di esperimento; LV: libertà vigilata; ecc.)	6	3	16	13	11	15	15	79

Tabella 108 - Pazienti in carico (presenti e dimessi) in OPG-CCC all'01.03.2013 - competenza territoriale Regione Campania.

Flussi di ingresso e uscita anno 2012 - competenza territoriale							
ASL	MISURA SICUREZZA		PENA		TOTALE		Differenza
	INGRESSI	USCITE	INGRESSI	USCITE	INGRESSI	USCITE	
AV	5	10	-	-	5	10	- 5
BN	4	4	1	1	5	5	-
CE	2	7	2	2	4	9	- 5
NA1C	10	12	1	1	11	13	- 2
NA2N	9	12	1	1	10	13	- 3
NA3S	7	9	3	2	10	11	- 1
SA	10	15	2	3	12	18	- 6
TOT	47	69	10	10	57	79	- 22

Tabella 109 - Flussi di ingresso e uscita anno 2012 - competenza territoriale Regione Campania

Considerando la particolare tempistica di realizzazione dei predetti interventi richiesta dall'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 e s.m.i., si evidenzia che il programma, per la realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza, prevede prevalentemente il riutilizzo, attraverso specifiche ristrutturazioni e riconversioni, di strutture esistenti.

A tal fine, le Aziende sanitarie hanno provveduto alla loro identificazione, nell'ambito del proprio patrimonio immobiliare, sulla base dei seguenti principali criteri:

- strutture in corso di realizzazione, la cui riconversione consentiva sia il rispetto dei tempi richiesti per lo specifico programma sia la rimodulazione, senza compromettere i livelli essenziali di assistenza, dei programmi aziendali connessi all'iniziale destinazione d'uso;
- riutilizzo di strutture dimesse in esito al trasferimento delle funzioni nelle stesse assicurate;
- osservanza del programma di riconversione delle strutture ospedaliere di cui al Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione n. 49/2010;
- riutilizzo di strutture divenute disponibili nel 2009 in esito ai processi di riorganizzazione derivanti dalla riduzione numerica da 13 a 7 delle Azienda Sanitarie Locali, attualmente operanti (Legge Regionale 30.11.2008 n.16);
- riutilizzo di strutture progressivamente dimesse in esito ai processi di riorganizzazione ed ottimizzazione derivanti dall'avvio del piano di rientro dal deficit sanitario e, con particolare riferimento alle strutture con limitato numero di PL, dal consequenziale blocco del turn-over del personale;
- disponibilità di spazi interni ed esterni, in particolare per laboratori ed attività riabilitative, significativamente maggiori di quelli tipici delle strutture residenziali psichiatriche, in ragione dei tempi complessivi di presenza prevedibili per la particolare e specifica popolazione, mediamente

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

stimabili in 3,6 anni e con un massimo di 10 anni (corrispondente alla durata massima edittale della misura di sicurezza dell'OPG); detto criterio, sebbene sia stato maggiormente rispettato nei casi di programmazione di nuove costruzioni, è stato anche utilizzato nei limitati casi di scelta, nell'ambito della stessa Azienda Sanitaria, tra più immobili disponibili.

Sulla base della stima complessiva dei tempi di progettazione e di appaltabilità e dei tempi di realizzazione delle opere, al fine di realizzare un programma idoneo a garantire il rispetto del termine per il completo superamento degli OPG, è stata adeguatamente prevista la possibilità di una progressiva attivazione dei servizi idonea ad assicurare, in tempi intermedi - circa 6-9 mesi dall'approvazione del programma, e più brevi del completamento dell'intero programma - la piena gestione di tutte le prevedibili nuove misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia misure di sicurezza detentive in strutture ex comma 2 del predetto art. 3-ter.

Il complessivo fabbisogno di posti letto di cui al presente programma è inoltre idoneo a garantire adeguate risposte sia alla popolazione attualmente presente negli OPG nazionali che a quella che, sebbene già dimessa e presa in carico dai servizi territoriali, in relazione alla posizione giuridica (LFE, LV ecc.) risulta ancora "in forza" all'OPG di provenienza, con possibilità di rientro in Istituto in relazione a possibili temporanei fallimenti del percorso esterno.

A tal fine si evidenzia che l'efficacia dell'intervento è strettamente collegata alla realizzazione delle ulteriori azioni che compongono il complesso dei diversificati interventi, prevalentemente in capo ad altre istituzioni (in particolare Ministero della Giustizia, altre Regioni e P.A.), che costituiscono il processo di definitivo e completo superamento degli OPG disposto dal DPCM 01.04.2008, come anche ribadito dall'art. 3-ter della legge n. 9/2012, tra le quali assumono particolare importanza:

- l'attivazione in ogni Regione della rete delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli Istituti ordinari;
- la disponibilità del personale dedicato ai servizi in parola, da reclutare con un anticipo sulla disponibilità delle strutture tale da consentire i necessari interventi formativi.

Risultati programmati

- Attuazione del programma di completo superamento degli OPG della Campania approvato con DCA n. 64/2012;
- avvio delle operatività dei Servizi di superamento degli OPG (attivazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza ex art. 3-ter L. 9/2012 e s.m.i. e delle articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere ex Accordo C.U. 13.10.2011);
- monitoraggio in itinere del programma ai fini dell'aggiornamento e riprogrammazione delle attività (attraverso il Gruppo tecnico regionale superamento OPG).

Indicatori di risultato

- Report almeno trimestrali di monitoraggio del programma esecutivo regionale per il completo superamento degli OPG ex Decreto Min. Salute ed Economia 28.12.2012 (attraverso il Gruppo tecnico regionale superamento OPG);
- completamento delle strutture programmate o eventuale definizione ed attivazione di un programma intermedio, entro il 31.03.2014, idoneo a rispondere a tutte le misure di sicurezza detentive in OPG e CCC disposte nei confronti di pazienti di competenza della Regione;
- formale adozione e avvio del sistema informativo regionale per il monitoraggio del superamento degli OPG e del funzionamento dei Servizi alternativi "SMOP" (attraverso il Laboratorio sperimentale regionale per la sanità penitenziaria);
- verifica e analisi dei dati del sistema informativo regionale per il monitoraggio del superamento degli OPG e del funzionamento dei Servizi alternativi.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Sanità penitenziaria - medicina scolastica - medicina dello sport - medicina legale e delle assicurazioni.

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

Programma 17: Assistenza farmaceutica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Commissione Terapeutica Regionale;
- revisione del P.T.O.R.;
- definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti";
- monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art.11, comma 7, let. b) del D.L. 78/2010;
- razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale;
- budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria;
- misure di compartecipazione alla spesa.

Assistenza farmaceutica: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Assistenza farmaceutica	**11,0**	**10,0**	**35,0**
Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	9,0	9,0	29,0
Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva	*3,0*	*3,0*	*9,0*
Incentivazione alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci di minor costo	*1,0*	*1,0*	*4,0*
Distribuzione ossigeno liquido	*4,0*	*4,0*	*13,0*
Razionalizzazione della distribuzione dei presidi diabetici	-	-	*1,0*
Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica	*1,0*	*1,0*	*2,0*
Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	-	-	-
Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	2,0	1,0	6,0
Monitoraggio procedure di rimborso condizionato	-	-	-
Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.)	2,0	1,0	6,0
Implementazione di un sistema di indicatori delle performance aziendali	-	-	-
Elaborazione linee guida e percorsi diagnostico terapeutici	-	-	-
Compartecipazione alla spesa	-	-	-
Compartecipazione assistenza specialistica ambulatoriale, termale e per codici bianchi di Pronto Soccorso	-	-	-
Compartecipazione alla spesa farmaceutica	-	-	-

Tabella 110 – Sintesi manovre

Le attività riportate nel presente Programma "Assistenza farmaceutica", programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2011: l) Farmaceutica.

Il D.L. 95/2012, convertito in Legge n.135 del 07.08.2012, all'art.15 prevede interventi relativi alla spesa farmaceutica; nello specifico per l'anno 2012:

- il comma 2 dell'art.15 stabilisce che "A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'ulteriore sconto dovuto (dalle farmacie) convenzionate è rideterminato al valore del 2,25 per cento. Limitatamente al periodo decorrente dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2012, l'importo che le aziende farmaceutiche devono corrispondere alle Regioni ai sensi dell'ultimo periodo del comma 6 dell'articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n.122, è rideterminato al valore del 4,1 per cento. Per l'anno 2012 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale è rideterminato nella misura del 13,1 per cento. In caso di sforamento di tale tetto continuano ad applicarsi le vigenti disposizioni in materia di ripiano";

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

- lo sconto dovuto dalle farmacie e dalle aziende farmaceutiche al SSN sale complessivamente dall'attuale 3,65% al 10,15% (+1,83% a carico delle farmacie, per le quali lo sconto passa da 1,82% a 3,65%; +4,67% per le aziende farmaceutiche, con lo sconto che passa da 1,83% al 6,50%), con un incremento complessivo del 6,5%;
- scende al 13,1% del Riparto FSN, dall'antecedente 13,3%, il tetto della spesa farmaceutica territoriale. Tale modifica, non desta particolari preoccupazioni per il 2012; in quanto restano invariate le regole di ripiano dell'eventuale sforamento, a carico della filiera distributiva. Risulta, ampiamente, soddisfatto, infatti, l'onere a carico della Regione di coprire con il ticket almeno il 30% dello sforamento, ai sensi del comma 4 dell'art.5 della L. 222/2007.

La previsione della spesa farmaceutica territoriale per il 2012 è di circa 1.340 €/mln, in calo di oltre 60 milioni rispetto al 2011, per cui si stima una riduzione della spesa farmaceutica territoriale dal 14,11% del finanziamento statale ordinario al 13,50%.

Per il 2013, le innovazione introdotte dallo *spending review* hanno, sicuramente, un impatto maggiore sui risultati regionali.

Il comma 2 dell'art.15, stabilisce, infatti, che a decorrere dal 1° gennaio 2013, l'attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco è sostituito da un nuovo metodo, definito con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria.

Il comma 3, ridetermina nella misura dell'11,35% l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122. Aggiunge, inoltre, che gli eventuali importi derivanti dalla procedura di ripiano sono assegnati alle regioni, per il 25%, in proporzione allo sforamento del tetto registrato nelle singole regioni e, per il residuo 75%, in base alla quota di accesso delle singole regioni al riparto.

Ai fini della stima dei risultati attesi per il 2013, occorre, dunque, tener conto:

- della eliminazione della differenza prezzo generico a carico del paziente, quota che per il 2012 è stimabile in circa 93 €/mln di euro, ovvero oltre lo 0,9% del finanziamento ordinario;
- della modifica delle regole di ripiano dello sforamento, che viene attribuito per il 25% alle Regioni che hanno sforato ed il 75% a tutte in base alla quota di accesso al FSN premia le Regioni più virtuose che pur non avendo sforato godranno di rimborsi per lo sforamento delle altre.

Per il 2013, sulla base dei dati disponibili, è ipotizzabile che la spesa farmaceutica territoriale della Regione si posizioni attorno al 12,50% del finanziamento ordinario, con una differenza pari a 1,15% del Riparto FSN ed uno sforamento di oltre 100 €/mln, che rende necessaria l'introduzione di misure più incisive di controllo della spesa.

Il tetto della farmaceutica ospedaliera, invece, a partire dal 2013, passa dal 2,4 al 3,2%, con un significativo aumento; sempre dallo stesso anno, le aziende farmaceutiche dovranno accollarsi il 50% dello sfondamento della spesa. Il restante 50% del disavanzo a livello nazionale resta a carico delle Regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi. Non è tenuta al ripiano la Regione che "abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo".

Intervento 17.1: Politiche del Farmaco

La Regione, nell'ambito delle proprie competenze, ha posto in essere numerose iniziative finalizzate alla razionalizzazione ed al contenimento della spesa sanitaria in genere e di quella farmaceutica in particolare. A tale scopo si è dotata di uno specifico strumento operativo con la costituzione del Tavolo Tecnico di lavoro permanente sul farmaco: Regione-Aziende sanitarie locali- Aziende Ospedaliere- Università come stabilito dal Decreto Commissario ad Acta n.92 del 31.12.2011, a tale

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

Tavolo Tecnico permanente di Lavoro è affidato l'esame tecnico di tutte le problematiche regionali concernenti il farmaco.

Esso ha l'obiettivo di elaborare e programmare interventi mirati alla riduzione del rischio terapeutico mediante progetti di farmacovigilanza, alla qualificazione dell'intervento sanitario finalizzato al miglioramento della qualità della vita, alla riduzione ragionata della spesa farmaceutica migliorando il rapporto costo/benefici, alla scelta dei farmaci da impiegare negli ospedali con la istituzione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale, all'informazione sanitaria sul farmaco all'organizzazione di corsi di aggiornamento e formazione sui nuovi farmaci, da realizzare in collaborazione con gli ordini professionali dei Medici e dei Farmacisti ed alla individuazione ed allo studio di tutte le problematiche relative al farmaco nel suo uso, abuso nelle sue indicazioni e controindicazioni, nei suoi effetti desiderati ed indesiderati.

Azione 17.1.1: Farmacovigilanza e Farmacoutilizzazione

Al fine di garantire l'appropriatezza di un farmaco diventa importante valutare anche l'effetto di una reazione avversa da farmaco (Adverse Drug Reaction – ADR) essa può variare da un disturbo di lieve entità ad un evento addirittura fatale. Anche se gli eventi avversi moderati possono non avere effetti significativi sullo stato di salute di una popolazione, alcuni di essi possono occasionalmente ridurre i benefici di un trattamento o di una prestazione sanitaria richiedendo, a volte, l'utilizzo di risorse sanitarie aggiuntive. Questo significa che anche un basso tasso di reazioni avverse induce a tassi elevati di morbilità e mortalità con un impatto sui costi diretti e indiretti dei servizi sanitari. Negli Stati Uniti è stato stimato che annualmente i costi di morbilità e mortalità associate a farmaci si aggirano fra 30 e 130 bilioni di dollari

Alla luce di quanto esposto, l'attuazione del Programma Nazionale di Farmacovigilanza, costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio/rischio dei farmaci e garantire la sicurezza dei pazienti nell'assunzione dei medicinali anche nell'ottica di ridurne l'incidenza delle reazioni avverse e la spesa sanitaria correlata all'insorgenza dei suddetti eventi.

La sorveglianza della sicurezza del medicinale si basa principalmente sulla raccolta delle segnalazioni spontanee di ADR e sulla conduzione di studi di farmacovigilanza (FV) attiva. La FV attiva si compone, quindi, di attività programmate di tipo farmacoepidemiologico, indirizzate alla valutazione del profilo di sicurezza del medicinale nelle sue reali condizioni d'uso, e rappresenta un importante strumento per l'approfondimento e il costante aggiornamento sulla sicurezza.

La valutazione e il monitoraggio permanente dei farmaci in commercio e delle eventuali reazioni avverse viene svolto anche attraverso le attività di farmacovigilanza. Fondamentale, nella raccolta di informazioni sulla sicurezza dei medicinali, sono le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse, effettuate da tutti gli operatori sanitari. Tali segnalazioni vengono raccolte mediante la Rete nazionale di farmacovigilanza, un sistema che mette in comunicazione l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), le Regioni, le Aziende sanitarie, gli IRCCS e le industrie farmaceutiche.

La rete di farmacovigilanza è in collegamento operativo con il network europeo EudraVigilance dell'Emea (Agenzia europea per i medicinali), che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale nuove disposizioni in materia di farmacovigilanza.

La nuova normativa è entrata in vigore a luglio 2012. Gli Obiettivi della nuova legislazione di Farmacovigilanza Europea sono: migliorare l'appropriatezza, promuovere e proteggere la salute pubblica riducendo il numero e la gravità delle ADRs e migliorando l'uso dei medicinali tramite:

- ruoli e responsabilità chiari per tutte le parti coinvolte;
- assicurazione di un sistema europeo robusto e rapido nel prendere le decisioni necessarie in materia di FV;
- incremento della partecipazione dei pazienti e degli operatori sanitari;
- miglioramento dei sistemi di comunicazione sulle decisioni prese e loro giustificazione:
  - aumento di trasparenza;
  - migliore informazione sui medicinali

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

- aumento dell'efficienza dei sistemi di FV;
- rafforzamento della Rete Europea di FV;
- rafforzamento dei Sistemi di FV aziendali;
- aumentata proattività / programmazione delle attività da condurre;
- riduzione di duplicazione delle attività.

Facendo propri tali principi la Regione, collabora con l'AIFA nell'attività di farmacovigilanza, fornendo elementi di conoscenza e valutazione ad integrazione dei dati che pervengono all'AIFA. La Regione si avvale per tali attività anche del Centro regionale di riferimento per la Farmacovigilanza, riconosciuto con Delibera di Giunta n.2530 del 6 agosto 2003.

Nel 2012, coronando un periodo di grossi sforzi in termini organizzativi e di risorse, le segnalazioni di sospette reazioni a farmaci raccolte ed inviate alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) dell'AIFA, sono state 1.840,per la prima volta superiori al Gold Standard del WHO Organizzazione della sanità. Tale risultato pone la Regione tra le prime cinque regioni in Italia più attente all'utilizzo sicuro del farmaco.

Gli obiettivi per la Farmacovigilanza in coordinazione con il Settore Farmaceutico regionale sono i seguenti:

- promuovere lo sviluppo dell'attività di farmacovigilanza sull'intero territorio regionale coinvolgendo tutti i responsabili di farmacovigilanza di ASL, Aziende Ospedaliere e IRCCS;
- coinvolgere tutte le categorie professionali della sanità (per esempio medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta, infermieri, farmacisti, cittadini ecc.) nel sistema di farmacovigilanza regionale;
- migliorare le conoscenze dei medici e di tutti gli operatori sanitari relativamente alla tollerabilità dei farmaci;
- trasformare la segnalazione di una sospetta ADR in un momento di educazione personalizzata e continua sul rapporto beneficio/rischio dei farmaci;
- favorire l'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci nella Campania.

La Regione provvede, nell'ambito delle proprie competenze, alla diffusione delle informazioni al personale sanitario ed alla formazione degli operatori nel campo della farmacovigilanza e della farmacoutilizzazione, inoltre, collabora con l'AIFA fornendo i dati di consumi dei medicinali mediante programmi di monitoraggio sulle prescrizioni a livello regionale.

A tal fine si prevede l'attivazione e l'implementazione dell'Osservatorio della spesa farmaceutica, per la gestione del flusso informativo globale previsto dal DC n.44 del 14.07 2010 dando mandato al Settore Farmaceutico dell'Assessorato alla Sanità di predisporre iniziative finalizzate alla individuazione di utili indicatori farmacoeconomici, a partire dalle classi di farmaci maggiormente incidenti sulla spesa, tra cui le eritropoietine ed i farmaci oncologici.

Nell'Osservatorio della spesa farmaceutica si deve prevedere di unificare tutte le attività di elaborazione statistica, analisi periodiche e sistematiche oltre al monitoraggio di tutta la spesa farmaceutica regionale in questa unica struttura operativa sinergica denominata OSFR (Osservatorio Spesa Farmaceutica Regionale) costituito presso il Settore Farmaceutico dell'Assessorato alla Sanità.

La struttura operativa denominata OSFR del Settore Farmaceutico regionale ha obiettivi specifici finalizzati all'elaborazione, analisi e monitoraggio della spesa farmaceutica regionale in tutti i suoi molteplici aspetti, tale struttura dovrà utilizzare sistemi di analisi e reportistica basate su tutte le tecniche oggi maggiormente accreditate ed utilizzate come ad esempio quelle di benchmarking e di evidence based medicine, inoltre tale struttura dovrà garantire:

- il collegamento funzionale per una continua comunicazione di confronto con i Servizi Farmaceutici e le Farmacie Ospedaliere delle singole Aziende sanitarie della Regione, l'A.R.San. e So.Re.Sa.;

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

- la diffusione su scala regionale delle iniziative di dimostrata efficacia in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e di qualità dell'assistenza sperimentate dalle singole Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere;
- la raccolta delle richieste di medici, pazienti, cittadini, associazioni di categoria, aziende e strutture sanitarie al fine di approfondire per specifiche tematiche i contesti normativi e le evidenze tecnico-scientifiche e proporre le possibili soluzioni per la successiva istruttoria;
- le attività secondo precise direttive regionali ed in grado di supportare l'attività di raccolta e organizzazione delle problematiche e criticità applicative di disposizioni nazionali e regionali su farmaci e dispositivi medici al fine di garantire uniformità ed equità di accesso alle cure e verifica continua della qualità delle prestazioni erogate;
- la presenza di personale dedicato;
- la disponibilità di reti di comunicazione e operative attraverso lo sviluppo di adeguati collegamenti funzionali tra i vari servizi delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere al fine di favorire una corretta e continua informazione ed educazione sanitaria.

Al fine di perseguire tali obiettivi il Settore Farmaceutico può avvalersi della collaborazione di organismi Universitari Regionali Nazionali o Internazionali riconosciuti in relazione ai compiti istituzionali senza alcun onere per l'amministrazione regionale.

Risultati programmati

- Attivazione e l'implementazione dell'Osservatorio della spesa farmaceutica;
- coinvolgimento di tutte le categorie professionali della sanità nel sistema di farmacovigilanza regionale;
- miglioramento delle conoscenze dei medici e di tutti gli operatori sanitari relativamente alla tollerabilità dei farmaci, attraverso la formazione degli operatori nel campo della farmacovigilanza e della farmaco utilizzazione;
- favorire l'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci nella Campania.

Indicatori di risultato

- Individuazione di utili indicatori farmacoeconomici, a partire dalle classi di farmaci maggiormente incidenti sulla spesa;
- incremento dell'appropriatezza prescrittiva

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale

Alla scadenza del Programma Operativo 2011-2012 è emersa la possibilità di realizzare ulteriori miglioramenti, rispetto al contenimento della spesa già realizzato, nei seguenti ambiti:

- tendenza al rispetto dei tetti di spesa fissati dalla L. 222/2007 (2011: 14,11% contro 13,3%);
- attesa riduzione della spesa rispetto all'anno precedente, seppure in lieve misura, al di sotto della media delle altre Regioni: miglioramento delle performance;
- utilizzo di farmaci a brevetto scaduto al di sotto della media nazionale, per alcune classi farmacologiche, con la conseguente esigenza di riportare tale utilizzo nella media nazionale;
- conseguimento degli obiettivi posti dai Decreti Commissariali;
- attuazione del DCA 33/2012 per il controllo dell'induzione farmaceutica;
- valutazione delle performance aziendali ancorata solo alla spesa.

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

La razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale assume, pertanto, più che mai un valore strategico per la Regione, essendo finalizzata a consentire il rispetto del tetto di spesa fissato dalla *spending review*, tenendo conto delle nuove regole di ripiano, penalizzanti per le Regioni che sforano.

Gli interventi si concentreranno sul controllo dell'appropriatezza prescrittiva, utilizzando gli indicatori di appropriatezza prescrittiva monitorati nel Cruscotto TS, elaborati dall'AIFA ai sensi dell'art.11, comma 7, lett. b) del D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito dalla legge n.122 del 30 luglio 2010 (da cui emergono risparmi potenziali per oltre 60 €/mln); sul monitoraggio delle prescrizioni "suggerite" da medici specialisti e/o ospedalieri con ricette non SSN; sulla implementazione di un sistema di valutazione delle performance delle ASL; sull'introduzione di percorsi diagnostico-terapeutici e sull'orientamento, in generale, alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e/o di minor costo e sugli stili di vita. Recuperi di efficienza sono attesi da una revisione del sistema di distribuzione dei farmaci, soprattutto del PHT, e dell'ossigeno liquido per uso terapeutico.

Azione 17.2.1: Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva

Allo scopo di migliorare il livello di programmazione regionale della spesa farmaceutica, svincolandolo dalla spesa storica, e, nel contempo, implementare un sistema di valutazione delle Aziende sanitarie, sulla loro capacità di gestire con efficacia ed efficienza il bene farmaco, è attualmente in corso l'istruttoria finalizzata alla elaborazione di un insieme di indicatori delle performance aziendali.

A. Per la spesa farmaceutica convenzionata, si utilizzeranno:

- gli indicatori di appropriatezza prescrittiva monitorati nel Cruscotto TS, 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;
- indicatori di efficienza, quali: rapporto spesa farmaceutica convenzionata aziendale/popolazione assistita; n. ricette/popolazione; variazione % della spesa rispetto all'anno precedente, ecc.. E' previsto inoltre l'utilizzo di quanto messo a disposizione dal sistema TS anche attraverso l'utilizzo dei relativi cruscotti di analisi.

B. per la distribuzione dei farmaci del PHT:

- indicatori di efficienza, quali: rapporto farmaci PHT totali/popolazione assistita; rapporto farmaci PHT distribuiti dalle farmacie convenzionate in regime di convenzione/totale farmaci PHT in DD e/o DPC; rapporto farmaci PHT distribuiti dalle farmacie convenzionate in regime di convenzione/popolazione pesata, ecc.;

C. per verificare il conseguimento degli obiettivi regionali, si elaboreranno indicatori per misurare la capacità delle singole Aziende di conseguire gli obiettivi posti dalla normativa statale e dai Decreti Commissariali.

Sulla base dei risultati conseguiti, e con cadenza trimestrale, in occasione delle verifiche presso l'Assessorato alla Sanità, saranno elaborati appositi report per la valutazione delle Aziende.

Con la costituzione di un apposito gruppo di lavoro (costituito dalla Regione, dai referenti delle Aziende, dai rappresentati dei MMG/PLS, del gruppo POAT programmazione) si procederà allo sviluppo di una metodologia per la redazione di una reportistica trimestrale ad hoc e per l'attribuzione di una valutazione complessiva sintetica per ciascuna Azienda sanitaria, espressa da un punteggio sulla base della posizione occupata dall'Azienda nei risultati espressi dai vari indicatori (sopra la media, in media, sotto media).

Dopo il necessario periodo di "rodaggio", sulla base del posizionamento conseguito dalle Aziende sanitarie, il gruppo elaborerà specifici obiettivi per le singole Aziende, che costituiranno obiettivi di valutazione per i Direttori Generali, che saranno formalizzati in appositi provvedimenti.

Le Aziende saranno monitorate sulle attività realizzate e sui risultati conseguiti.

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

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali; a tal proposito questi ultimi dovranno fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

La valutazione espressa dagli indicatori sarà utilizzata nel definire il budget di spesa aziendale dei periodi successivi (ad esempio, ponendo obiettivi di risparmio maggiori per le ASL con una maggiore spesa pro-capite pesata, o una minore appropriatezza prescrittiva).

Risultati programmati

- Predisposizione di una reportistica sul posizionamento delle Aziende sanitarie rispetto ai risultati conseguiti negli indicatori elaborati, entro il 31.07.2013;
- predisposizione di una griglia delle valutazioni per Azienda e per obiettivo, con l'assegnazione di un punteggio, entro il 31.10.2013;
- formalizzazione degli obiettivi di dettaglio Aziendali, entro il 31.10.2013;
- miglioramento dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie rispetto alla situazione di partenza, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Sviluppo della metodologia alla base della reportistica e delle valutazioni;
- grado di variazione della valutazione conseguita dalle singole Aziende e dalla Regione nel suo complesso con riferimento agli specifici target individuati, rispetto all'anno precedente.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi;
- A.R.San.

Azione 17.2.2: Incentivazione alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci di minor costo

La Regione si pone l'obiettivo di incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'art. 11 comma 7 b del D.L. 78/2010, nelle tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole Regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente.

Dal sistema degli indicatori monitorato dall'AIFA emerge che se la Regione si adeguasse agli stili prescrittivi delle Regioni più virtuose, in termini di DDD/1.000 abitanti e di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, potrebbe conseguire risparmi superiori a 60 €/mln.

Particolare attenzione sarà dedicata alle seguenti classi terapeutiche, a ragione dei risparmi conseguibili:

- C09BA - ACE inibitori e diuretici;
- C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati;
- C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici;
- C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi;
- N06AB - inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione.

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

La Regione attiverà un'attività di monitoraggio volta a verificare l'appropriatezza prescrittiva, nel rispetto degli obiettivi già posti da provvedimenti commissariali, tra i quali, principalmente:

- Decreti n.55 e n.56 del 2011, che indirizzano la prescrizione verso i farmaci a brevetto scaduto e definiscono obiettivi precisi per l'attività prescrittiva dei farmaci, rispettivamente, della classe Antimicorbici sistemici "J" e nella prescrizione dei farmaci antipertensivi;
- Decreto n.133 del 2012 incentiva l'utilizzo delle statine a brevetto scaduto.

In termini economici, i risultati attesi sono molto consistenti. Ai risparmi potenziali per oltre 60 €/mln, si aggiungono i possibili risparmi conseguenti alle nuove scadenze brevettuali. Nel 2012 è scaduta la copertura di diversi principi attivi, alcuni dei quali molto importanti che interessano la classe dei sartani (C09CA) e, degli inibitori dell'HGM-CoA Reduttasi (C10AA). Si consideri, per tutti, la scadenza brevettuale dell'atorvastatina, dal 15.03.2012. L'atorvastatina è stato per lunghi periodi tra i farmaci più utilizzati in Campania, con una spesa annua tra i 30 ed i 40 milioni di euro. Con la genericazione il prezzo del principio attivo si è ridotto di oltre il 70%, rendendo possibili risparmi per circa 20 €/mln.

Nel corso del 2013 ci sono stati degli obiettivi di risparmio inferiori alle attese, anche per via delle criticità derivanti dal blocco della lettura ottica delle ricette, causa problemi di contenzioso amministrativo, criticità in via di risoluzione entro la fine dell'anno.

Si punta sull'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto (solo dalla genericazione della torva statina sono attese economie superiori ai 10 €/mln), sull'utilizzo di farmaci biosimilari ed ad un maggior controllo reso possibile sia dall'implementazione della ricetta elettronica che dalle de materializzazione delle ricette.

Risultati programmati

- Contenimento della spesa grazie al risparmio ottenibile dall'incremento delle prescrizioni di principi attivi scaduti ed un'analoga riduzione dei farmaci con copertura brevettuale in corso, entro il 31.12.2013;
- obiettivi specifici: incremento delle prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto delle classi C09BA; C09CA; C09DA; C10AA; N06AB, entro il 31.12.2013;
- riduzione della spesa grazie al minor costo derivante dalla prescrizione di farmaci di minor costo, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Miglioramento delle performance della Regione (riduzione "dei risparmi possibili ottenibili mediante l'incremento dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto" come monitorato nel Sistema TS) rispetto all'anno precedente;
- analisi delle prescrizioni e degli scostamenti rispetto alla *best practice* e agli obiettivi indicati nei provvedimenti commissariali;
- variazione della spesa in relazione alle classi definite in precedenza rispetto all'anno precedente;
- variazione dei consumi in relazione alle classi definite in precedenza rispetto all'anno precedente;
- variazione nell'utilizzo dei farmaci di minor costo rispetto all'anno precedente.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.2.3: Distribuzione ossigeno liquido

La Regione intende superare l'accordo siglato nel 2011 con Federfarma e Assofarm per la distribuzione dell'ossigeno liquido in Farmacia. La Regione si pone l'obiettivo di ottenere una riduzione dei costi rispetto ai risultati conseguiti nel 2011 e nel 2012.

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

Fino al 31.12.2012, la distribuzione dell'ossigeno liquido è avvenuta tramite le farmacie convenzionate che applicavano lo sconto lordo del 18% sul prezzo al pubblico, per un prezzo fatturato di € 5,43 al metro cubo.

Con il decreto commissariale n. 15 del 06.02.2013 si è approvato il Protocollo di Intesa, sottoscritto il 25.01.2013, tra la Regione Campania, Federfarma Campania ed Assofarm Campania, secondo cui l'ossigeno liquido distribuito dalle farmacie, dal 01.01.2013 al 31.12.2013, verrà fatturato al SSR al prezzo finale di € 95,56 più IVA, comprensivo di tutti gli sconti di legge vigenti, corrispondente ad un prezzo al metro cubo di € 3,606 più IVA.

Sulla base della spesa annualmente sostenuta dal SSR campano per l'acquisizione tramite Farmacie convenzionate dell'ossigeno liquido, ammontante all'incirca a 35 €/mln, e della percentuale aggiuntiva di sconto pattuita, di oltre il 32% rispetto al prezzo pattuito nel precedente accordo, e con uno sconto totale rispetto al prezzo AIFA del 42,75%, i risparmi scaturenti dall'Intesa sono stimabili in circa 10,5 €/mln annui. Ad essi occorre aggiungere le economie che saranno prodotte dalla procedura informatizzata di monitoraggio dei consumi e dell'appropriatezza SANI.ARP., stimabili in un ulteriore 10%, pari a 2,5 €/mln, per un risparmio complessivo annuo di 13 €/mln rispetto al costo sostenuto nel 2012.

Risultati programmati

- Riduzione spesa per la distribuzione dell'ossigeno.

Indicatori di risultato

- Variazione della spesa per la distribuzione dell'ossigeno rispetto all'anno precedente;
- variazione % della quantità di ossigeno utilizzata;
- variazione % della quantità di ossigeno utilizzata con rilevazione trimestrale a partire dal 30.06.2013.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.2.4: Razionalizzazione della distribuzione dei presidi per diabetici

La Regione intende razionalizzare il costo della distribuzione dei presidi per diabetici.

Nel corso del 2012, si è sottoscritto un Protocollo d'intesa con Federfama che ha sostituito il precedente contratto che prevedeva la consegna domiciliare dei presidi.

Tale accordo, di cui ai Decreti Commissariali n. 75 e n. 132/2012, già dai primi mesi di attivazione, sta consentendo la produzione di economie superiori al 10%, in parte derivanti dai minori prezzi praticati dalle farmacie convenzionate, in parte ascrivibili all'implementazione della procedura informatizzata SANI.ARP., che prevede:

- il collegamento in rete di tutte le farmacie e dei prescrittori;
- l'acquisizione sul sistema dei piani terapeutici direttamente dai prescrittori;
- l'eliminazione della necessità del paziente di recarsi dal MMG per la prescrizione dei presidi necessari. Il sistema distributivo adottato prevede che il paziente si reca in farmacia unicamente munito della sua tessera sanitaria. Tale sistema, una volta acquisiti tutti i piani terapeutici, indica la quantità di ausili da distribuire periodicamente ad ogni paziente, evitando errori, possibili duplicazioni, e fornendo informazioni complete sulla spesa in tempo reale. La procedura, inoltre, evita al paziente di recarsi mensilmente dal medico di base per la prescrizione dei presidi occorrenti e questo comporta ulteriori risparmi eliminando prescrizioni onerose per il SSR. L'operatore avrà accesso al piano terapeutico e consegnerà la quantità e la qualità dei presidi necessari secondo piano terapeutico. Il sistema consente il controllo della spesa in tempo reale.

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

L'accordo è ancora in fase sperimentale. Per il 2013, sono attese ulteriori economie, conseguenti: alla riduzione delle quantità di presidi / paziente trattato, per l'emanazione di un protocollo uniforme delle modalità prescrittive dei presidi per diabetici che consenta di un innalzamento dell'appropriatezza dell'assistenza erogata e della razionalizzazione della spesa.

Il valore complessivo annuo dei presidi, sulla base di quantità e prezzi aggiudicati alla ditta aggiudicataria della gara So.Re.Sa., è di 48.141.580 €.

I decreti di recepimento degli accordi a seguito del ricorso da parte della ditta precedente fornitore sono stati inaspettatamente annullati dal TAR con motivazioni non condivisibili e apertamente in contrasto con osservazioni della Corte dei Conti. Ne deriva la necessità di proporre appello al Consiglio di Stato al fine di mantenere le consistenti economie ed i livelli di appropriatezza realizzati.

Nel frattempo, onde evitare di ritornare al costosissimo regime ordinario tramite farmacie e a prezzi di listino si auspica una disponibilità delle farmacie a continuare a fornire a prezzi scontati anche al di fuori degli accordi annullati nelle more della definizione del contenzioso.

Risultati programmati

- Definizione del contenzioso ed eventuale ripristino degli accordi con possibile miglioramento delle condizioni economiche dell'accordo con Federfarma, entro tempi consentiti dal contenzioso;
- elaborazione ed adozione di un protocollo uniforme regionale sulle modalità prescrittive dei presidi per diabetici, finalizzato ad un innalzamento dell'appropriatezza dell'assistenza erogata e della razionalizzazione della spesa, entro 31.10.2013.

Indicatori di risultato

- Variazione spesa per presidi diabetici rispetto all'anno precedente;
- variazione della quantità di presidi prescritta per paziente;
- adozione protocollo sulle modalità prescrittive dei presidi per diabetici.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.2.5: Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica

La Regione si pone l'obiettivo di dare piena attuazione al Decreto Commissariale n.33/2012 in materia di induzione farmaceutica, ovvero delle prescrizioni farmaceutiche suggerite (ricette non SSN) da medici specialisti, medici ospedalieri, ospedaliero-universitari o di IRCCS. Ciò in quanto dalle verifiche effettuate è emerso che le ricette prescritte dai MMG/PLS su suggerimento degli specialisti e dei medici ospedalieri hanno mediamente un costo maggiore di quelle prescritte autonomamente dal medico di base; inoltre, si discostano maggiormente dagli obiettivi posti dalla normativa regionale.

Tale decreto sancisce che la prescrizione di prestazioni farmaceutiche e di assistenza specialistica nell'ambito dell'attività specialistica e di quella dei medici ospedalieri, deve essere redatta sul modello di prescrizione standardizzato regionale. I medici prescrittori devono apporre in calce alla prescrizione oltre alla sottoscrizione, un timbro con il proprio codice identificativo, è compito delle AA.SS. assicurare l'effettiva disponibilità ed utilizzo da parte dei citati medici prescrittori di un timbro per la stampa del loro codice identificativo.

E' il caso di precisare, che in Regione, salvo alcune eccezioni, solo i MMG e i PLS possono utilizzare il ricettario SSN. Con il decreto 33/2012 si è approvato un modello di prescrizione standardizzato regionale per la prescrizione di farmaci di fascia A da parte di specialisti e medici ospedalieri.

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

Lo scopo è di rendere tracciabile le prescrizioni effettuate da medici specialisti, su un modello a lettura ottica e quindi consentire il monitoraggio del prescritto, verificando l'adesione agli obiettivi regionali di contenimento della spesa e l'appropriatezza prescrittiva.

Sul punto, le regole di compilazione della ricetta SSN prevedono che qualora i MMG/PLS effettuano prescrizioni di farmaci "suggeriti" devono biffare l'apposito campo "S", presente nella ricetta. Tuttavia, non essendo il dato adeguatamente monitorato, risulta che tale obbligo venga talvolta disatteso. Si consideri inoltre che in numerosi casi gli effetti dell'induzione si riversano anche sulle prescrizioni dei successivi cicli di terapia, per i quali spesso non viene biffata la "S".

Tra possibili effetti positivi sulla razionalizzazione della spesa che il monitoraggio delle prescrizioni indotte potrebbe comportare, se ne indicano solo alcune: miglioramento dell'appropriatezza, riduzione di prescrizione di farmaci di recente introduzione e fuori P.T.O.R. (in Campania è previsto, per medici specialisti e /o ospedalieri il divieto di prescrizione di farmaci non inclusi nei P.T.O.A.), la riduzione di prescrizione di farmaci off label, il maggiore rispetto delle note AIFA, il crescente ricorso al farmaco equivalente, ma, soprattutto, la maggiore adesione agli obiettivi stabiliti dai provvedimenti regionali.

Ci si sofferma su alcuni punti. Le Aziende sanitarie hanno individuato nella maggiore prescrizione di farmaci di recente introduzione nel mercato, particolarmente presente nelle ricette "suggerite" una delle principali cause della dilatazione della spesa farmaceutica. Si tratta di medicinali difficilmente presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale, che hanno un prezzo sensibilmente più elevato rispetto a farmaci già disponibili da anni sul mercato. Si evidenzia in proposito che l'obbligo per specialisti e medici ospedalieri di prescrivere farmaci inclusi nel PTOA (cfr. DGRC 1882 del 26.11.2008; il Decreto Commissariale n. 15 del 30.11.2009; il P.T.O.R. approvato con la DGRC 665 del 08/10/2010), accompagnato dal monitoraggio delle prescrizioni indotte ha proprio la finalità di impedire tale pratica prescrittiva.

Analoghi effetti di riduzione della spesa farmaceutica dovrebbero conseguire dal controllo sull'utilizzo di farmaci off-label, dal monitoraggio del rispetto delle note AIFA, e, principalmente, dall'implementazione del monitoraggio informatizzato delle prescrizioni "suggerite". Gli specialisti e i medici ospedalieri, oltre alla propria firma, dovranno apporre il proprio codice identificativo nella ricetta "bianca"; codice rilevato e riportato nelle ricette del SSN dai MMG/PLS.

Si è anche cercato di valutare gli effetti che le nuove misure di incentivazione dei farmaci equivalenti avranno sulle prescrizioni indotte, in particolar modo l'introduzione del principio di prescrizione di farmaci con brevetto scaduto a pazienti "naive".

Un grande effetto, in termini di risparmio, deriva in definitiva dalle possibilità di controllo delle induzioni e sulla conseguente maggiore adesione ai provvedimenti regionali e agli obiettivi ivi stabiliti.

Da una verifica condotta nell'ASL di Caserta con i dati del sistema di controllo delle ricette, limitando l'analisi alle sole prescrizioni farmaceutiche, è emerso che la percentuale delle ricette con la "S" biffata oscilla molto a secondo delle classi ATC (dal 7,68 % al 18,9 % con picchi anche del 21 %).

Sui possibili risparmi, i Ministeri affiancanti, nel parere 167 del 16.05.2012, hanno formulato due osservazioni.

Innanzitutto, nel richiedere l'adozione di misure efficaci nei confronti dei medici prescrittori che non si attengono agli indirizzi sull'appropriatezza prescrittiva, auspicando misure specifiche destinate ad incidere sul comportamento prescrittivo, oltre che dei MMG/PLS, anche degli specialisti ospedalieri, ospedaliero-universitari o di IRCCS, responsabilizzando e coinvolgendo AO, AOU e IRCCS nel "rimuovere eventuali comportamenti anomali" dei propri medici specialisti.

In linea con tali suggerimenti, sono programmati misure specifiche destinate ad incidere sul comportamento prescrittivo degli specialisti ospedalieri, ospedaliero-universitari o di IRCCS, con un coinvolgimento diretto delle rispettive Aziende sanitarie, con l'assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori Generali.

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

La seconda osservazione formulata dai Ministeri, concerne la stima del possibile risparmio atteso in quanto dall'analisi effettuata con i dati Tessera Sanitaria sulle ricette di farmaceutica, è emerso quanto segue:

- numero ricette farmaceutica nel 2011: pari a n.55.558.391;
- percentuale ricette suggerite nel 2011: 1,61%;
- differenza fra valore medio: ricetta suggerita – ricetta non suggerita: 11,36 €.

Tali elementi hanno comportato la riduzione a 2 €/mln dell'effetto di razionalizzazione atteso da tale misura.

Sul punto, si evidenzia che a livello regionale si sta utilizzando l'utilissima nuova funzione di monitoraggio all'uopo predisposta dal MEF, tramite il Cruscotto Tessera Sanitaria.

Si evidenzia, in proposito, che, in realtà, il fenomeno delle ricette suggerite è sottostimato, in quanto, verosimilmente, il campo di rilevazione dell'informazione non è correttamente compilato e/o non è correttamente rilevata l'informazione.

A tal proposito, rispetto ai dati presenti a maggio 2012, dal Cruscotto TS si rileva un costante aumento della percentuale di ricette suggerite, che ad ottobre ha raggiunto il 2,16% del totale ricette, in costante e progressivo aumento, come di seguito evidenziato:

	Ricetta non suggerita		Ricetta suggerita			
	N. ricette SSN sistema TS	Costo medio lordo dichiarato sistema TS (€)	N. ricette SSN sistema TS	Costo medio lordo dichiarato sistema TS (€)	Differenza costo medio tra ricette suggerite e non	% ricette suggerite
Agosto	3.728.293	20,56	81.348	29,88	9,32	2,14%
Settembre	4.321.592	20,24	92.594	30,43	10,19	2,10%
Ottobre	4.751.730	19,97	108.128	28,9	8,93	2,22%
Totale	**12.801.615**	**20,26**	**282.070**	**29,74**	**9,48**	**2,16%**

Tabella 111 – Induzione farmaceutica

Tanto premesso, per il 2013 si stabiliscono due obiettivi:

- la corretta rilevazione del fenomeno induzione, con una percentuale delle ricette rilevate che dovrà raggiungere, nel 2013, almeno il 10% del totale (5,5 milioni di ricette);
- la riduzione di almeno il 50% del gap tra costo medio delle ricette suggerite e ricette non suggerite.

L'efficace implementazione di questa misura è funzionale al conseguimento di altri obiettivi, in quanto il monitoraggio dell'induzione rappresenta uno strumento aggiuntivo per il conseguimento dei risparmi di altre azioni, principalmente della "incentivazione della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci di minor costo".

Risultati programmati

- Incremento delle ricette SSN con la S (suggerita) biffata e recanti il codice del medico induttore, in modo da raggiungere almeno il 10% del totale delle ricette contenenti la prescrizione di farmaci, entro il 30.09.2013;
- i servizi aziendali competenti delle AA.SS.LL. dovranno implementare il monitoraggio ed una reportistica periodica del modello di prescrizione standardizzato regionale strutturato per medico proscrittore, entro il 31.12.2013;
- monitoraggio delle prescrizioni effettuate dagli specialisti ospedalieri, ospedaliero-universitari o di IRCCS con coinvolgimento di tali Aziende sanitarie, entro il 30.06.2014;
- potenziamento del monitoraggio delle prestazioni suggerite attraverso l'attuazione della ricetta elettronica;

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

- riduzione della spesa media delle ricette SSN suggerite e loro convergenza verso la media di costo delle ricette non suggerite di almeno il 50%, entro il 30.06.2014.

Indicatori di risultato

- Incremento percentuale delle ricette SSN con la S (suggerita) biffata e recanti il codice del medico induttore;
- grado di riduzione della spesa media delle ricette suggerite rispetto alle ricette non suggerite;
- numero delle contestazioni effettuate ai medici specialisti e/o ospedalieri aziendali per mancato rispetto delle direttive e degli obiettivi regionali.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.2.6: Budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Si è già dettagliato nelle azioni 17.2.1 e 17.2.5 il ricorso al Cruscotto Tessera Sanitaria. In tali azioni ed, in generale nell'ambito dei processi di razionalizzazione dell'uso del farmaco, si ritiene fondamentale il coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale e/o del Pediatra di Libera Scelta.

Per la definizione, nello specifico, del budget, quale essenziale strumento di programmazione e controllo della spesa nonché dell'appropriatezza prescrittiva, si intende promuovere, nell'ambito del Comitato regionale per l'appropriatezza prescrittiva, un monitoraggio su specifici percorsi diagnostico terapeutici per l'avvio di un'apposita sperimentazione di assegnazione del budget ai MMG e/o PLS.

Risultati programmati

- Definizione dei percorsi terapeutici per le principali patologie; almeno 2 P.D.T. per anno (uno per il 2013);
- budget per patologia, in base ai percorsi terapeutici; almeno 2 P.D.T. per anno (uno per il 2013);
- sulla base di indicatori (dati epidemiologici, età media della popolazione residente, patologie prevalenti, ecc.) definire la composizione tipo del "pacchetto assistiti" e la relativa spesa per MMG e/o PLS, entro il 31.12.2014;
- monitoraggio dei budget dei medici tramite l'utilizzo del cruscotto messo a disposizione dal sistema TS nonché l'attuazione della ricetta elettronica;
- individuazione del campione di MMG e/o PLS nei confronti dei quali avviare la sperimentazione, entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- Numero di percorsi terapeutici definiti ed individuazione dei relativi strumenti di verifica.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Intervento 17.3: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

Alla scadenza del Programma Operativo 2011-2012 sono emersi i seguenti parziali o mancanti raggiungimenti degli obiettivi:

- mancato rispetto dei tetti di spesa fissati dalla L. 222/2007 (2011: 3,87% contro 2,4%);

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

- mancato completamento dell'aggiornamento del P.T.O.R., che ancora non comprende i farmaci oncologici e dei sensi;
- aggiornamento del P.T.O.R. con cadenze eccessivamente prolungate;
- informazioni sui consumi dei farmaci da parte delle Aziende lacunose e/o eterogenee;
- valutazione delle Aziende lacunosa per la mancanza di correlazioni tra spesa ed attività assistenziale erogata;
- difficoltà di programmazione della spesa, mancando un riferimento costo paziente / terapia.

Azione 17.3.1: Monitoraggio procedure di rimborso condizionato

La Regione intende incentivare / monitorare l'attuazione del decreto 47/2010 circa la corretta e completa attuazione delle procedure di rimborso condizionato (payment by results, cost sharing, risk sharing).

In ambito ospedaliero è sempre maggiore, infatti, l'utilizzo dei nuovi farmaci biomolecolari ad alto costo; farmaci che sono sottoposti a monitoraggio mediante un registro web based finalizzato a verificarne l'appropriatezza d'uso e l'efficacia. Il registro serve anche come riferimento per la stipula dei contratti di risk sharing, che definiscono il prezzo e la rimborsabilità di alcuni di questi farmaci. Tali contratti prevedono l'efficacia del farmaco come "base di rischio" il SSN si impegna a remunerare il produttore solo qualora il farmaco risulti efficace nel singolo paziente trattato, sulla base di parametri obiettivi o indicativi di una risposta terapeutica.

Questi sistemi hanno un'importanza notevole in quanto permettono di analizzare l'uso sul campo di queste terapie in collaborazione diretta con le aziende produttrici, secondo il principio della condivisione del rischio, vale a dire la presa di coscienza e la valutazione dei risultati della pratica clinica,ai fini della definizione dei giusti costi da sostenere da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Con il DC 47/2010 è stato definito il percorso per garantire l'applicazione ed il monitoraggio di tutte le fasi definite dalla procedura AIFA, in modo che tutte le Aziende sanitarie attuino i sistemi di rimborso che consentano la sostenibilità dei trattamenti.

L'obiettivo che si pone la Regione per il 2013 è di intensificare il monitoraggio a livello regionale delle procedure di payment for results, cost sharing, risk sharing, fissando obiettivi di rimborso da conseguire e di procedure da attivare per le singole Aziende sanitarie, commisurate al consumo di farmaci a rimborso condizionato.

L'obiettivo programmato per il 2013, tenuto conto dei rimborsi realizzati nel 2011 e nel 2012 (all'incirca 4 milioni di euro), è di ottenere un incremento di 2 milioni di euro rispetto a quanto realizzato nel biennio 2011/2012.

Risultati programmati

- Indicazione obiettivi di rimborso per Azienda sanitaria sulla base dei consumi di farmaci a rimborso condizionato realizzato nel periodo precedente, entro il 31.12.2013;
- monitoraggio delle procedure di rimborso attivate da ogni azienda (quantità e valori), entro il 30.11.2013;
- interventi sulle aziende farmaceutiche per una maggiore collaborazione e trasparenza sul percorso di rimborso, entro il 31.12.2013;
- emanazione di direttive regionali per migliorare l'attuazione delle procedure e delle richieste di rimborso e la corretta contabilizzazione, entro il 31.12.2013;
- incremento di almeno il 20% delle procedure attivate e delle somme recuperate rispetto all'anno precedente, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Numero di procedure attivate da ogni Azienda sanitaria;

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

- maggiore collaborazione delle aziende farmaceutiche;
- rapporto: rimborso ottenuto / costo sostenuto per farmaci a rimborso condizionato da ogni azienda sanitaria;
- analisi degli scostamenti tra le somme da incassare secondo procedura e le somme effettivamente riscosse in base alla procedure di payment by results.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.3.2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.)

La Regione si pone l'obiettivo di predisporre, attraverso la Commissione Terapeutica Regionale, costituita con il Decreto Commissariale n. 92 del 31.12.2011, a seguito di una valutazione clinico terapeutica dei farmaci, estendendo il prontuario ai farmaci oncologici (classe L) e dei sensi (Classe S).

L'obiettivo è un aggiornamento con cadenza almeno semestrale del P.T.O.R.

Una delle priorità nella scelte dei farmaci da includere nel Prontuario dovrà essere rappresentata dalle valutazioni di farmaeconomia. Nei casi in cui all'Azienda sanitaria venga attribuita la scelta di almeno due principi attivi da un elenco di principi attivi del P.T.O.R. da inserire nel proprio PTOA, l'Azienda dovrà scegliere almeno un farmaco tra quelli a brevetto scaduto e/o biosimilare, qualora dovessero essere disponibili farmaci a brevetto scaduto e/o biosimilari.

Con Decreto n.70 del 10.06.2013 è stato approvato il primo aggiornamento per l'anno 2013. Tale aggiornamento contiene anche i farmaci delle categorie L ed S, finora escluse, che rappresentano oltre il 40% della spesa farmaceutica ospedaliera.

Le potenziali economie conseguibili dalla completa implementazione dell'azione in esame sono piuttosto consistenti; la spesa per farmaci oncologici assorbe tra il 35% e il 40% della spesa ospedaliera, con una spesa di circa 100 milioni di euro.

Risultati programmati

Ai fini del monitoraggio e del controllo della spesa e dei possibili risparmi, la commissione P.T.O.R., che supporterà e si coordinerà con la Regione e la Struttura Commissariale, si occuperà di:

- Aggiornare semestralmente il P.T.O.R.;
- definire i criteri di prescrivibilità dei farmaci più costosi ;
- razionalizzare il numero dei centri prescrittori dei farmaci più costosi e/o "alto spendenti";
- aggiornamento periodico della rete regionale dei centri di riferimento abilitati alla prescrizione di medicinali autorizzati dall'AIFA con tale vincolo;
- incremento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci in ambito ospedaliero e razionalizzazione della spesa.

Indicatori di risultato

- Secondo aggiornamento del P.T.O.R. entro 31.12.2013;
- predisposizione del Registro dei trattamenti oncologici regionali entro il 31.12.2014;
- variazione spesa farmaceutica rispetto all'anno precedente.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.3.3: Implementazione di un sistema di indicatori delle performance aziendali relativo ai farmaci

L'obiettivo è quello della predisposizione di un sistema di indicatori delle *performance* aziendali per misurare l'efficienza e l'efficacia della gestione delle Aziende sanitarie con riferimento ai farmaci. Tra gli indicatori, si citano:
A. Spesa farmaceutica ospedaliera

Valutazione dell'efficienza nell'uso del farmaco:

- Per ogni Azienda ospedaliera e per ogni PO delle ASL, tenendo conto dei lavori del Progetto Mattoni n. 10 saranno elaborati degli indicatori di efficienza. La spesa farmaceutica rilevata dai dati di bilancio (modelli CE per le AO, CP per i PO ed LA) e dai valori dei flussi NSIS (CO e DD) sarà rapportata all'attività assistenziale erogata (in termini di ricoveri effettuati – ordinari e DH - e di prestazioni di specialistica), tenendo conto del peso dei DRG e dell'assorbimento dei farmaci. Ogni Azienda riceverà una valutazione dell'efficienza rispetto alle altre Aziende e rispetto ai dati storici. Gli indicatori saranno estesi alla valutazione dei reparti (spesa farmaceutica/ numero e peso DRG effettuati dal reparto, ecc);
- Valutazione dell'efficienza nella gestione del magazzino farmaci e costruzione di appositi indicatori (es. indice di rotazione del magazzino, magazzino per classe farmaci/costo annuo farmaci, ecc).

B. Conseguimento obiettivi regionali

Altri indicatori misureranno la capacità delle singole Aziende di conseguire gli obiettivi posti dalla normativa statale e, soprattutto, dai Decreti Commissariali aventi ad oggetto la spesa farmaceutica ospedaliera.

Sulla base dei risultati conseguiti e con cadenza trimestrale, in occasione delle verifiche presso l'Assessorato alla Sanità, saranno elaborati appositi report per la valutazione delle Aziende.

Al fine di organizzare il lavoro si ritiene necessaria la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro. Tale Gruppo di Lavoro si occuperà dello sviluppo di una metodologia per la redazione di una reportistica trimestrale *ad hoc* e per l'attribuzione di una valutazione complessiva sintetica per ciascun'Azienda sanitaria, espressa da un punteggio sulla base della posizione occupata dall'Azienda nei risultati espressi dai vari indicatori (sopra la media, in media, sotto media).

Dopo il necessario periodo di "rodaggio", sulla base del posizionamento conseguito dalle Aziende sanitarie, il gruppo elaborerà specifici obiettivi per le singole Aziende, che costituiranno obiettivi di valutazione per i Direttori Generali, che saranno formalizzati in appositi provvedimenti.

Le Aziende saranno monitorate sulle attività realizzate e sui risultati conseguiti.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali; a tal proposito questi ultimi dovranno fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Risultati programmati

- Predisposizione di una reportistica sul posizionamento delle Aziende sanitarie rispetto ai risultati conseguiti negli indicatori elaborati, entro il 31.12.2013;

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

- predisposizione di una griglia delle valutazioni per Azienda e per obiettivo, con l'assegnazione di un punteggio, entro il 31.12.2013;
- formalizzazione degli obiettivi di dettaglio Aziendali, entro il 31.12.2013;
- miglioramento dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie rispetto alla situazione di partenza, entro il 31.12.2014.

Indicatori di risultato

- Istituzione del Gruppo di lavoro;
- sviluppo della metodologia alla base della reportistica e delle valutazioni;
- grado di variazione della valutazione conseguita dalle singole Aziende e dalla Regione nel suo complesso con riferimento agli specifici target individuati, rispetto all'anno precedente.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi;
- A.R.San.

Azione 17.3.4: Implementazione di un sistema di indicatori delle performance aziendali relativi ai dispositivi medici

L'obiettivo è quello di descrivere l'attività di governo e monitoraggio sui dispositivi medici attraverso cui pervenire alla predisposizione di un sistema di indicatori delle *performance* aziendali che consentano di definire le eventuali azioni per il rispetto dei tetti di spesa fissati dal comma 13 del D.L. n.95/2012 convertito con la Legge n.135/2012 (4,9% per l'anno 2013, 4,8% a decorrere dal 2014).

Anche per i dispositivi medici si adotterà il sistema di valutazione dell'efficienza implementato per la spesa farmaceutica.

Per ogni Azienda ospedaliera e per ogni P.O. delle ASL, saranno elaborati degli indicatori di efficienza. La spesa per dispositivi medici rilevata dai dati di bilancio (modelli CE per le AO, CP, per i PO ed LA) e dai valori dei flussi NSIS (CO e DD) sarà rapportata all'attività assistenziale erogata (in termini di ricoveri effettuati - ordinari e DH- e di prestazioni di specialistica), tenendo conto del peso dei DRG e del loro grado di assorbimento dei dispositivi medici. Ogni Azienda riceverà una valutazione dell'efficienza rispetto alle altre aziende e rispetto ai dati storici. Gli indicatori saranno estesi alla valutazione dei reparti (spesa farmaceutica reparto / numero e peso DRG effettuati dal reparto, ecc.)

B. conseguimento obiettivi regionali:

altri indicatori misureranno la capacità delle singole Aziende di conseguire gli obiettivi posti dalla normativa statale e, soprattutto, dai Decreti Commissariali aventi ad oggetto la spesa per dispositivi medici.

Sulla base dei risultati conseguiti e con cadenza trimestrale, in occasione delle verifiche presso l'Assessorato alla Sanità, saranno elaborati appositi report per la valutazione delle Aziende.

Al fine di organizzare il lavoro si ritiene necessaria la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro, con la partecipazione dell'advisor contabile. Tale Gruppo di Lavoro si occuperà dello sviluppo di una metodologia per la redazione di una reportistica trimestrale *ad hoc* e per l'attribuzione di una valutazione complessiva sintetica per ciascuna Azienda sanitaria, espressa da un punteggio sulla base della posizione occupata dall'Azienda nei risultati espressi dai vari indicatori (sopra la media, in media, sotto media).

Dopo il necessario periodo di "rodaggio", sulla base del posizionamento conseguito dalle Aziende sanitarie, il gruppo elaborerà specifici obiettivi per le singole Aziende, che costituiranno obiettivi di valutazione per i Direttori Generali, che saranno formalizzati in appositi provvedimenti.

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

Le Aziende saranno monitorate sulle attività realizzate e sui risultati conseguiti.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali; a tal proposito questi ultimi dovranno fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Risultati programmati

- Formalizzazione degli obiettivi di dettaglio per le Aziende sanitarie, entro il 31.12.2013;
- predisposizione di una griglia delle valutazioni per Azienda e per obiettivo, entro il 31.12.2013;
- predisposizione di una reportistica sul posizionamento delle Aziende sanitarie rispetto ai risultati individuati dagli indicatori elaborati, entro il 31.12.2013;
- monitoraggio sul progressivo miglioramento dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie rispetto alla situazione di partenza a gennaio 2013, entro il 31.12.2013.

Indicatori di risultato

- Insediamento e coordinamento dei Gruppi di lavoro istituiti, presso l'Assessorato;
- elaborazione di una specifica metodologia alla base della reportistica e delle valutazioni;
- report di verifica per la valutazione delle singole Aziende.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.3.5: Elaborazione linee guida e percorsi diagnostico terapeutici

La Regione si pone l'obiettivo di predisporre ulteriori linee guida e percorsi diagnostico terapeutici per categorie di farmaci più impattanti sulla spesa e per i farmaci "alto spendenti", al fine di incrementare l'appropriatezza e razionalizzare la spesa.

Per il 2013, si programma di elaborare linee guida per le iniezioni intraoculari e per l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica e la psoriasi.

Risultati programmati

- Elaborazione di almeno due linee guida / percorsi diagnostico terapeutici per anno.

Indicatori di risultato

- Linee guida e percorsi diagnostico terapeutici adottati.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Intervento 17.4: Compartecipazione alla spesa

Azione 17.4.1: Compartecipazione assistenza specialistica ambulatoriale, termale e per codici bianchi di Pronto Soccorso

In merito alla compartecipazione alla spesa per l'assistenza specialistica la Regione con Decreto n.90/2011 ha prorogato le misure straordinarie dettate dal Decreto Commissariale n. 53 del 27

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

settembre 2010, prevedendo il pagamento di una quota fissa sulle ricette per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Per il 2013 si intendono prorogare le misure predisposte anche per i prossimi anni.

Tra le criticità rilevate, si evidenzia il calo (-25,71%) del numero delle ricette non esenti. La coesistenza, per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle quote fisse di 10 €, regionale e statale, rende non conveniente l'accesso alle prestazioni quando il costo della prestazione in ricetta è inferiore a 56,15 € (il 50% del totale). In tali casi, infatti, il paziente è chiamato a pagare, tra ticket a franchigia e quote fisse sulla ricetta, un importo che supera quello delle prestazioni sanitarie che riceve.

Tale situazione spinge i pazienti a fruire delle prestazioni a pagamento fuori SSN e rende, dunque, opportuna una rimodulazione del ticket, in modo da graduare la compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie richieste.

Con Decreto n.90/2011, la Regione ha prorogato le misure straordinarie di compartecipazione di cui ai Decreti Commissariali n. 50 e n. 52 del 27 settembre 2010 anche per l'assistenza termale e per le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero codificato come codice bianco.

Dall'analisi sui dati relativi agli accessi al pronto soccorso emergono le seguenti criticità:

- riduzione del n. di accessi classificati come codici bianchi;
- aumento del n. di accessi classificati come codici verdi;
- sistema di attribuzione del triage non sempre adeguato;
- sistema di riscossione della compartecipazione non sempre efficiente;
- difficoltà ad incassare la compartecipazione.

Si rende necessario, pertanto, un intenso monitoraggio che interessi:

- il triage;
- la riscossione ticket per gli accessi e le prestazioni in pronto soccorso;
- i codici bianchi e verdi.

La criticità maggiore, rilevata per tutti i casi di compartecipazione regionale, concerne il regime delle esenzioni.

Vi è un codice di esenzione dalla misura regionale non previsto a livello statale. Si tratta del codice E05 (Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore a 10.000 €); i titolari di tale codice pagano il ticket nazionale, non quelli introdotti dal Commissario ad Acta.

Il rilascio ed il rinnovo del codice E05 è incluso nelle procedure di cui al DM 11.12.2009; non le procedure di controllo dei suoi elementi base del calcolo ISEE (reddito, patrimonio immobiliare, patrimonio mobiliare, componenti portatori di handicap, ecc.).

Allo scopo di eliminare tale codice, tutelando le fasce economicamente più deboli, si intende introdurre un sistema di graduazione delle compartecipazioni commisurato al reddito complessivo del nucleo familiare ai fini fiscali, con il controllo del reddito con le procedure DM 11.12.2009.

In tale percorso assume un valore determinante la necessità di assicurare, quanto meno, l'invarianza dell'introito della compartecipazione, in modo che il nuovo codice di esenzione non faccia diminuire l'incasso totale.

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

L'innovazione consentirebbe di:

- assicurare una tutela delle categorie più deboli economicamente;
- migliorare le capacità di controllo avvalendosi del sistema TS, con l'obiettivo di ridurre il numero di ricette completamente esenti.

Risultati programmati

Assistenza specialistica

- rimodulazione del regime delle esenzioni con l'introduzione di un sistema di graduazione delle compartecipazioni commisurato al reddito;
- incremento quota ricette non esenti;
- prosecuzione delle attività di cui al DM 11/12/2009 (utilizzo da parte dei medici degli elenchi annuali di esenzione del Sistema TS, controllo delle autocertificazioni, recupero dei ticket non pagati, risoluzione delle anomalie inerenti le ricette in esenzione associate ad assistiti non ricompresi negli elenchi di cui al DM 11/12/2009);
- riduzione numero complessivo delle ricette.

Assistenza termale

- rimodulazione del regime delle esenzioni con l'introduzione di un sistema di graduazione delle compartecipazioni commisurato al reddito;
- incremento quota ricette non esenti;
- riduzione numero complessivo delle ricette;
- prosecuzione delle attività di cui al DM 11/12/2009 (utilizzo da parte dei medici degli elenchi annuali di esenzione del Sistema TS, controllo delle autocertificazioni, recupero dei ticket non pagati, risoluzione delle anomalie inerenti le ricette in esenzione associate ad assistiti non ricompresi negli elenchi di cui al DM 11/12/2009);
- miglioramento del flusso informativo anche nell'ambito del sistema Tessera sanitaria.

Pronto soccorso

- rimodulazione del regime delle esenzioni con l'introduzione di un sistema di graduazione delle compartecipazioni commisurato al reddito;
- incremento quota ricette non esenti;
- riduzione numero complessivo delle ricette;
- misure organizzative emanate dalle Aziende sanitarie per facilitare il pagamento del ticket;
- stipula di accordi con le esattorie comunali per riscossione delle somme dovute non pagate per contanti;
- incentivazione misure organizzative che facilitino il pagamento dei ticket (es. pagamento via cellulare, totem pagamento ticket, ecc.).

Indicatori di risultato

Assistenza specialistica

- Variazione entrate da *ticket* rispetto all'anno precedente;
- variazione n. ricette in esenzione rispetto all'anno precedente;
- variazione n. ricette non in esenzione rispetto all'anno precedente.

Assistenza termale

- Variazione entrate da *ticket* rispetto all'anno precedente;

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

- variazione n. ricette in esenzione rispetto all'anno precedente;
- variazione n. ricette non in esenzione rispetto all'anno precedente.

Pronto soccorso

- Variazione entrate da *ticket* rispetto all'anno precedente;
- variazione n. accessi con triage rispetto all'anno precedente;
- variazione n. accessi con codice bianco rispetto all'anno precedente;
- variazione n. accessi con codice verde rispetto all'anno precedente.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

Azione 17.4.2: Compartecipazione alla spesa farmaceutica

Con il Decreto Commissariale n. 51 del 27.09.2010, il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario ha adottato la manovra sulla compartecipazione alla spesa assistenza farmaceutica. La misura è stata prorogata al 2012 con il DCA n. 90 del 31.12.2011.

Numerose criticità sono legate alla gestione del codice di esenzione E05 (Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore a 10.000 €). I titolare di tale codice non pagano il ticket sulla ricetta (2 €) ed il ticket sui farmaci con brevetto in corso (1,5 €).

La principale criticità consiste nelle procedure di controllo degli elementi base del calcolo ISEE (reddito, patrimonio immobiliare, patrimonio mobiliare, componenti portatori di handicap, ecc.).

Allo scopo di eliminare tale codice, tutelando le fasce economicamente più deboli, si intende introdurre un sistema di graduazione delle compartecipazioni commisurato al reddito complessivo del nucleo familiare ai fini fiscali, con il controllo del reddito con le procedure DM 11.12.2009.

In tale percorso assume un valore determinante la necessità di assicurare, quanto meno, l'invarianza dell'introito della compartecipazione, in modo che il nuovo codice di esenzione non faccia diminuire l'incasso totale.

L'innovazione consentirebbe di:

- assicurare una tutela delle categorie più deboli economicamente;
- migliorare le capacità di controllo avvalendosi del sistema TS, con l'obiettivo di ridurre il numero di ricette completamente esenti, in modo da realizzare l'incremento dell'introito realizzato a titolo di compartecipazione di 2/3 €/mln.

Risultati programmati

- Incremento delle entrate da *ticket*;
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, incentivando i farmaci a brevetto scaduto;
- riduzione del numero di ricette spedite in esenzione dal ticket;
- prosecuzione delle attività di cui al DM 11/12/2009 (utilizzo da parte dei medici degli elenchi annuali di esenzione del Sistema TS, controllo delle autocertificazioni, recupero dei ticket non pagati, risoluzione delle anomalie inerenti le ricette in esenzione associate ad assistiti non ricompresi negli elenchi di cui al DM 11/12/2009);
- rimodulazione del regime delle esenzioni con l'introduzione di un sistema di graduazione delle compartecipazioni commisurato al reddito.

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

Indicatori di risultato

- Variazione entrate da *ticket* rispetto all'anno precedente;
- variazione consumi rispetto all'anno precedente;
- incremento utilizzo quota farmaci a brevetto scaduto.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Politica del farmaco e dispositivi.

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

Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale

Azione 17.2.1: Sviluppo di un sistema di reporting/indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva

I risparmi derivanti dalle azioni programmate, monitorate con appositi sistemi di *reporting*, utilizzano i dati predisposti dall'AIFA con gli indicatori di appropriatezza prescrittiva di cui al D.L. 78/2010.

Nella gestione della spesa farmaceutica territoriale si evidenziano delle differenze rilevanti tra le ASL della Regione (es. si veda Tabella 112: l'indicatore "spesa farmaceutica lorda pro-capite", con riferimento ai dati 2011).

Per procede alla valorizzazione dell'azione in oggetto si è considerata la best-practice regionale rappresentata dall'ASL di Caserta. Infatti se la spesa lorda media pro-capite fosse pari a quella dell'ASL Caserta si avrebbe una riduzione di ca. 80 €/mln, come mostra la seguente tabella:

ASL (€/000)	Spesa convenzionata lorda	Pop. Pesata	Spesa lorda pro capite	Spesa conv lorda (media ASL CE)	Δ
	A	B	C	D	D-C
AVELLINO	96.948	459.468	211	92.443	- 4.505
BENEVENTO	64.589	305.785	211	61.523	- 3.067
CASERTA	176.584	877.673	201	176.584	-
NAPOLI 1 CENTRO	247.921	1.041.522	238	209.550	- 38.371
NAPOLI 2 NORD	192.814	938.821	205	188.887	- 3.927
NAPOLI 3 SUD	210.716	966.637	218	194.483	- 16.233
SALERNO	240.857	1.129.258	213	227.202	- 13.655
TOTALE	**1.230.428**	**5.719.163**	**215**	**1.150.671**	**- 79.757**

Tabella 112 – Spesa lorda anno 2011 con media ASL CE

La successiva tabella evidenzia che, semplicemente, portando al valore della spesa lorda media pro-capite pari a 215,1 €, la spesa media delle due ASL con valore più elevato si avrebbe un risparmio di 27 €/mln.

Va, comunque tenuto conto che differenze non rilevanti nella spesa sono plausibili e collegate alle condizioni sociali, demografiche ed epidemiologiche delle varie aree territoriali.

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

ASL (€/000)	Spesa convenzionata lorda	Pop. Pesata	Spesa lorda pro capite	Spesa conv lorda (media ASL)	Δ
	A	B	C	D	D-C
AVELLINO	96.948	459.468	211	-	-
BENEVENTO	64.589	305.785	211	-	-
CASERTA	176.584	877.673	201	-	-
NAPOLI 1 CENTRO	247.921	1.041.522	238	224.074	- 23.846
NAPOLI 2 NORD	192.814	938.821	205	-	-
NAPOLI 3 SUD	210.716	966.637	218	207.963	- 2.752
SALERNO	240.857	1.129.258	213	-	-
TOTALE	**1.230.428**	**5.719.163**	**215**	**-**	**26.599**

Tabella 113 – Spesa lorda anno 2011 con media ASL

Nel triennio 2013-2015 il risparmio atteso è, quindi, pari a 27 €/mln. Prudenzialmente per il biennio 2014-2015 si stima di realizzare un risparmio pari a ca. 9 €/mln, così ripartito:

- per il 2014 pari a ca. 3 €/mln;
- per il 2015 a ca. 9 €/mln.

Azione 17.2.2: Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci a minor costo

Per procedere alla valorizzazione dell'azione in questione è stato necessario individuare per il triennio 2013-2015 quale target di riferimento la *best-practice* nazionale.

Il risparmio atteso per le categorie oggetto di monitoraggio (C09BA - ACE inibitori e diuretici; C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati; C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici; C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi;N06AB - inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione) è determinato sulla base della spesa nell'ipotesi che la Regione raggiunga i livelli della Regione *best-in-class* a livello nazionale.

Il dato inserito in Tabella 114 si riferisce al periodo Gen / Ott 2012 e riporta un risparmio pari a ca. 44 €/mln. Tale valore conduce ad una stima annuale pari a ca. 52,3 €/mln, che abbattuta prudenzialmente del 20% risulta essere pari a ca. 35,1 €/mln.

	Consumi totali in DDD	SPESA NETTA (A)	Spesa netta Brevetto Scaduto	Consumi teorici in DDD Brevetto Scaduto	Consumi teorici in DDD Brevetto non Scaduto	Spesa Teorica (B)	Risparmio (A-B)
C09BA	46.171.834	€ 13.172.656	€ 5.756.518	39.615.434	€ 6.556.400	€ 9.004.962	€ 4.167.694
C09CA	90.418.067	€ 31.870.570	€ 8.018.607	51.899.971	€ 38.518.097	€ 22.771.732	€ 9.098.838
C09DA	75.603.248	€ 39.846.906	€ 9.747.840	41.128.167	€ 34.475.081	€ 28.974.744	€ 10.872.162
C10AA	97.775.962	€ 45.010.978	€ 15.113.232	68.540.949	€ 29.235.013	€ 31.771.911	€ 13.239.067
N06AB	35.090.767	€ 16.397.449	€ 4.445.796	27.476.070	€ 7.614.696	€ 9.884.129	€ 6.513.320
TOTALE							**43.891.081**

Consumi Teorici in DDD C09BA 2012 (Target=83,5%)
Consumi Teorici in DDD C09A 2012 (Target=57,4%)
Consumi Teorici in DDD C09DA 2012 (Target=54,4%)
Consumi Teorici in DDD C10AA 2012 (Target=70,1%)
Consumi Teorici in DDD N06AB 2012 (Target=78,3%)

Tabella 114 – D.L. 78 GIUGNO 2010/Art. 11 [fonte:sistema TS (dati aggiornati al periodo gen / 0tt 2012)

La Tabella 115 mostra il risparmio possibile complessivo, derivante dall'utilizzo di tutti i farmaci a brevetto scaduto. Considerando che il risparmio ottenuto per il periodo Genn/Ott 2012 è pari a ca. 59,3 €/mln, la stima annuale dello stesso è pari a ca. 71,1 €/mln.

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

REGIONE	Consumi totali in DDD	SPESA NETTA 2012	Spesa netta Brevetto Scaduto 2012	Spesa Teorica Mensilizzata Regioni Benchmark 2012	Risparmio Mensilizzato Regioni Benchmark
ITALIA	**8.965.250.764**	**3.772.406.595**	**1.638.301.924**	**3.110.765.336**	**661.672.839**
Piemonte	653.940.123	300.506.595	129.383.954	245.740.412	54.766.183
Valle d'Aosta	17.951.322	8.354.912	3.491.701	6.941.141	1.413.771
Lombardia	1.314.857.219	509.020.975	198.678.184	399.808.313	109.212.662
Bolzano - P.A.	52.935.782	22.840.409	8.692.867	18.440.491	4.401.133
Trento - P.A.	64.906.868	29.506.294	13.159.276	25.196.308	4.309.986
Veneto	695.709.841	268.541.140	118.624.440	225.757.741	42.783.399
Friuli Venezia Giulia	190.529.132	81.866.703	36.258.184	66.890.849	14.975.853
Liguria	266.136.591	114.937.712	46.424.911	92.147.789	22.789.922
Emilia Romagna	674.739.408	271.732.297	126.778.125	227.170.307	44.568.173
Toscana	581.697.052	227.042.096	109.136.358	209.948.212	17.093.884
Umbria	156.528.010	59.630.940	28.521.349	51.501.638	8.140.496
Marche	244.802.220	110.677.172	48.515.052	91.469.394	19.207.778
Lazio	916.912.745	402.842.087	181.844.754	335.287.819	67.564.628
Abruzzo	194.786.004	86.307.466	37.941.630	70.696.166	15.612.562
Molise	46.881.028	20.196.819	8.032.203	16.199.120	3.998.381
Campania	**806.219.151**	**332.685.502**	**142.470.481**	**273.365.536**	**59.319.966**
Puglia	612.082.568	278.758.542	118.998.711	227.412.168	51.346.374
Basilicata	81.259.253	37.297.877	15.317.146	30.066.369	7.231.507
Calabria	310.331.720	139.776.573	60.576.114	113.711.576	26.065.669
Sicilia	820.989.127	341.115.398	152.387.102	278.938.633	62.176.779
Sardegna	261.055.600	128.769.087	53.069.382	104.075.354	24.693.733

Tabella 115 – Risparmio complessivo Regioni benchmark

L'obiettivo programmato nel triennio 2013-2015 è pari a 14 €/mln, in considerazione delle resistenze dei prescrittori, restii a modificare le terapie in corso nelle patologie croniche. Prudenzialmente per il biennio 2014-2015 si stima di realizzare un risparmio pari a ca. 4 €/mln, così ripartito :

- per il 2014 il risparmio è pari a ca. 1 €/mln;
- per il 2015 il risparmio è pari a ca. 4 €/mln.

Azione 17.2.3: Distribuzione ossigeno liquido

La Tabella 116 mostra il consumo di ossigeno liquido degli anni 2009-2011 e del periodo Genn/Ott 2012, distinto per singola ASL.

Nel corso del 2012, la Regione ha bandito una nuova gara per la fornitura dell'ossigeno ed ha rinegoziato il prezzo di cessione con Federfarma.

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

ASL €/000	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Gennaio/Ottobre 2012
AVELLINO	3.854	4.015	4.001	3.362
BENEVENTO	2.320	2.220	2.395	2.100
CASERTA	4.572	5.546	5.811	4.521
NAPOLI 1 CENT.	6.590	7.808	7.978	5.740
NAPOLI 2 NORD	4.011	5.039	4.988	3.411
NAPOLI 3 SUD	5.161	5.287	5.567	3.765
SALERNO	6.495	6.660	7.800	6.479
TOTALE	**33.003**	**36.575**	**38.540**	**29.376**

Tabella 116 – Spesa annuale ossigeno liquido

L'obiettivo di risparmio programmato nel triennio 2013-2015 è pari a ca. 39 €/mln. Prudenzialmente per il biennio 2014-2015 si stima di realizzare un risparmio pari a ca. 13 €/mln, così ripartito :

- per il 2014 il risparmio è pari a ca. 4 €/mln;
- per il 2015 il risparmio è pari a ca. 13 €/mln.

Azione 17.2.4: Razionalizzazione della distribuzione dei presidi per diabetici

Nel corso del 2012, la Regione ha provveduto a razionalizzare la distribuzione dei presidi diabetici mediante l'aggiudicazione della gara indetta da So.Re.Sa. a cui hanno aderito tutte le ASL della Regione.

L'obiettivo di risparmio programmato nel triennio 2013-2015 è pari a 3,5 €/mln della spesa annua. Prudenzialmente per il biennio 2014-2015 si stima di realizzare un risparmio pari a ca. 1 €/mln, così ripartito :

- 1 €/mln per l'anno 2015.

Azione 17.2.5. Applicazione Decreto Commissariale 33/2012: induzione farmaceutica

Nel rispetto del Decreto Commissariale 33/2012 la Regione, per il triennio 2013-2015 si pone due obiettivi:

- la corretta rilevazione del fenomeno induzione, con una percentuale delle ricette rilevate che dovrà raggiungere, nel 2013, almeno il 10% del totale (5,5 milioni di ricette);
- la riduzione di, almeno, il 50% del gap tra costo medio delle ricette suggerite e ricette non suggerite.

Il risparmio programmato nel triennio 2013-2015 è pari a 5 €/mln. Prudenzialmente per il biennio 2014-2015 si stima di realizzare un risparmio pari a ca. 2 €/mln, così ripartito :

- 1 €/mln per l'anno 2014;
- 2 €/mln per l'anno 2015.

Intervento 17.3: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

Azione 17.3.2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.)

La Regione ha l'obiettivo di perseguire potenziali risparmi mediante la revisione e l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.), in considerazione del peso della spesa di farmaci oncologici sul totale della spesa ospedaliera, pari al 35%-40%.

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

L'obiettivo di risparmio programmato nel triennio 2013-2015 è pari a 10 €/mln. Prudenzialmente per il biennio 2014-2015 si stima di realizzare un risparmio pari a ca. 6 €/mln, così ripartito :

- 1 €/mln per l'anno 2014;
- 6 €/mln per l'anno 2015.

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

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi;
- monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
- monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria;
- implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica;
- previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Sicurezza e rischio clinico: valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Sicurezza e rischio clinico	**-**	**-**	**-**
Sicurezza e rischio clinico	-	-	-

Tabella 117 – Sintesi manovre

Le attività riportate nella presente "Programma – Sicurezza e rischio clinico", e programmate per il prossimo triennio 2013-2015, consentiranno di superare i seguenti adempimenti:

- 2011: as) Rischio clinico.

Intervento 18.1: Sicurezza e rischio clinico

In questi ultimi anni, a partire dal D.lgs 229/99, la pianificazione e la programmazione nazionale e regionale hanno posto grande interesse su aspetti riguardanti l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza delle stesse, in un'ottica di costante sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza, definendo obiettivi per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute dei cittadini e le relative azioni da mettere in atto.

Pertanto, come indicato anche nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013, promuovere la sicurezza dei pazienti, secondo quanto stabilito con l'accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 in tema di gestione del rischio clinico, ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari rappresenta un investimento necessario per l'aumento dell'appropriatezza dell'assistenza prestata ai cittadini e per garantire, nel prossimo futuro, la sostenibilità del sistema.

Il primo significativo intervento in questo campo è rappresentato dalla Deliberazione n. 1688/2005 che ha dato indicazioni programmatiche per "Implementazione e sviluppo nelle Aziende sanitarie di strumenti per la gestione del Rischio clinico" e, quindi, per l'avvio nelle Aziende sanitarie di metodologie, sistemi e strumenti finalizzati al controllo del rischio clinico. Essa contiene numerosi temi coerenti con i principi del Governo clinico quali:

- la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance;
- la valutazione della performance attraverso un sistema di indicatori regionali ;
- l'avvio del programma di rischio clinico.

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

Risultati raggiunti

In particolare, per la concreta realizzazione di quanto prospettato nel citato documento (Deliberazione n. 1688/2005), ed in linea con esso sono state realizzate le seguenti azioni:

- 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";
- è stato attivato il flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010);
- sono stati realizzati diversi percorsi regionali ed aziendali di formazione, qualificazione, accompagnamento e tutoraggio, rivolti agli operatori sanitari, opportunamente differenziati in base a specifiche esigenze, profili professionali e posizioni organizzative;
- 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, la istituzione di un Sistema Regionale di sorveglianza delle Antibiotico Resistenze.

Risultati programmati

- Aggiornamento del programma regionale per la Gestione del Rischio Clinico (delibera 1688/2005), entro il 31.12.2013;
- diffusione del "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, entro il 31.10.2013;
- completa messa a regime del flusso informativo SIMES (sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Eventi Sentinella), in attuazione degli adempimenti previsti dal Decreto Ministeriale 11.12.2009 (G.U. n. 8 del 12.1.2010), entro il 31.12.2013;
- realizzazione di iniziative formative regionali ed aziendali per l'utilizzo diffuso e standardizzato di alcuni strumenti tipici e definitiva adozione e diffusione di metodi e strumenti per la GRC: Incident Reporting (IR), Root Cause Analysis (RCA), Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), Failure Mode Effects and Criticality Analysis (FMECA), entro il 31.12.2013;
- monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- emanazione a livello regionale di un provvedimento formale indirizzato alle Aziende sanitarie per l'attuazione della centralizzazione dei farmaci antiblastici e l'adozione della Scheda unica o Foglio unico di terapia, anche sulla base della Raccomandazione ministeriale n. 7 (marzo 2008) per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, entro il 31.12.2013;
- pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze, entro il 31.10.2013.

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

Indicatori di risultato

- Approvazione di un Decreto Commissariale relativo al programma regionale per la Gestione del Rischio Clinico;
- realizzazione report di monitoraggio della diffusione del “Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”;
- monitoraggio delle azioni aziendali a seguito dell’occorrenza di eventi sentinella attraverso la produzione periodica di report regionali;
- approvazione di un Decreto Commissariale relativo alla centralizzazione dei farmaci antiblastici ed alla adozione della Scheda unica o Foglio unico di terapia;
- pubblicazione di un report periodico relativo alla sorveglianza delle antibiotico resistenze.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente UOD Assistenza Ospedaliera.

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

Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti

Attuazione del Piano dei pagamenti : valorizzazione manovre (€/mln)			
	2013	2014	2015
Attuazione del Piano dei pagamenti	**45,0**	**-**	**16,3**
Attuazione del Piano dei pagamenti	45,0	-	16,3
Attuazione del Piano dei pagamenti	*45,0*	-	*16,3*

Tabella 118 – Sintesi manovre

Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti

L'art. 11, comma 2, del D.L. 78/2010, convertito in Legge 122/2010, ha previsto che i Commissari ad Acta delle Regioni in Piano di rientro al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei medesimi Piani nella loro unitarietà, predispongano un piano che individui modalità e tempi necessari al regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei Piani stessi.

La norma ha anche disposto, fino al 31 dicembre 2010, il divieto di intraprendere o di proseguire azioni esecutive nei confronti delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere delle predette Regioni. Successivi Decreti Legge hanno esteso tale divieto sino al 31 Dicembre 2013 ponendo, altresì, il veto alle azioni esecutive, anche attraverso i giudizi di ottemperanza ai sensi dell'articolo 112 del codice del processo amministrativo di cui all'allegato 1 al D.L. 2 luglio 2010, n. 104, e statuendo che i pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle Regioni alle Aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni medesime, ancorché effettuati prima della data di entrata in vigore del D.L. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, sono estinti di diritto dalla data di entrata in vigore della presente disposizione e dalla medesima data cessano i doveri di custodia sulle predette somme, con obbligo per i tesorieri di renderle immediatamente disponibili, senza previa pronuncia giurisdizionale, per garantire il ripianamento dei debiti pregressi e l'espletamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario.

Nell'ambito di tale quadro normativo, la Regione con DC 12 del 21 febbraio 2011 ha predisposto il Piano di Pagamento dei debiti sanitari, con i seguenti obiettivi:

- ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle Aziende sanitarie;
- abbattere il contenzioso ed i relativi oneri per il mancato pagamento, nonché il volume di pignoramenti in essere, attivando un complesso coordinato di azioni volto a definire una gestione centralizzata finalizzata a:
  - incassare nei tempi più brevi i fondi attesi dallo Stato;
  - intensificare le azioni amministrative finalizzate ad assicurare regolarità e tempestività nei pagamenti, in modo da:
    - perseguire un'attiva politica di prevenzione degli insoluti;
    - assicurare che, in generale, i competenti uffici aziendali provvedano alla immediata registrazione contabile delle fatture passive (istituendo, a tal fine, forme di gestione accentrata di ricezione) ed alla loro verifica e liquidazione nel rispetto dei tempi tecnici necessari a seconda delle fattispecie e, comunque, in non più di due mesi dal ricevimento della fattura;
- assicurare il pagamento tempestivo delle fatture di piccolo importo e/o di piccoli fornitori, ONLUS, rimborsi di assistenza indiretta, in modo da evitare di dover sostenere spese legali di recupero crediti che, in caso di piccoli importi, finiscono per moltiplicare i costi;
  - promuovere gli ordinari strumenti di smobilizzo dei crediti, senza maggiori oneri per la Regione, consentendo ai fornitori di beni e servizi, che effettuino cessioni pro solvendo a banche e intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, di ottenere condizioni economiche migliorative tramite l'accettazione della cessione da parte delle Aziende, senza che ciò costituisca in alcun modo riconoscimento del debito, a fronte della moratoria per almeno sei mesi delle azioni legali aventi ad oggetto i crediti ceduti;

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

- limitatamente ai casi in cui non sia possibile procedere al pagamento per mancanza di fondi liquidi, verificare che i crediti vantati dai fornitori del SSR siano certi, liquidi ed esigibili, al fine di consentire al creditore la cessione pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, nei limiti di quanto previsto dalla Circolare 31 gennaio 2007 del Dipartimento del Tesoro e secondo le modalità indicate dal Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 19.05.2009; in particolare, ai fini del rispetto della disciplina di cui all'art.1, comma 739, della legge 296/2006, in merito alla definizione di indebitamento, si precisa che tale certificazione dei crediti da parte delle Aziende sanitarie del SSR non sarà assistita né dalla "emissione di una nuova delegazione di pagamento" da parte della Regione, né dalla "ristrutturazione dei flussi finanziari rivenienti dai piani di ammortamento", dal momento che le dilazioni di pagamento non eccedono i 12 mesi;
- monitorare l'andamento del debito sanitario.

Proprio rispetto alla possibile cessione pro-soluto del credito certificato a favore di cessionari bancari, con il DC 48/2011 sono state apportate talune modifiche al Decreto 12, così come espressamente richiesto dal Tavolo di verifica, al fine di prevedere che: "al 31 dicembre del 2011 e del 2012, il debito sanitario residuo certificato e ceduto pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, a seguito di accordi transattivi aventi ad oggetto anche la rimodulazione dei termini di pagamento, non potrà superare l'ammontare già registrato al 31 dicembre 2010 (pari a circa 700 €/mln)".

Con il DC 22/2012 sono state approvate significative modifiche ed integrazioni al piano di pagamento dei debiti sanitari di cui al DC 12/2011.

Tra le principali novità, si segnalano le seguenti:

- alle Aziende sanitarie, nei limiti in cui fosse compatibile con la situazione di sostenibilità finanziaria del SSR e per consentire alle stesse di utilizzare le risorse pignorate per estinguere i propri debiti, è stata attribuita la possibilità di definire celermente, nei limiti dei 60.000 euro, accordi transattivi, aventi ad oggetto i "Crediti Pregressi", con i propri creditori. Nell'ambito di tali accordi, le Aziende sanitarie si sono impegnate a certificare solo i crediti certi, liquidi ed esigibili, al fine di consentire ai creditori la cessione pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente e conseguendo, in questo modo, un sensibile risparmio sul debito, a seguito dell'abbattimento dei consistenti costi derivanti dai mancati e/o ritardati pagamenti;
- alla Struttura Commissariale, con il supporto tecnico della *So.Re.Sa.* S.p.A., è stato demandato il compito di definire protocolli d'intesa con le Associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo del SSR, relativamente alle forniture già effettuate ed i cui crediti risultano scaduti alla data del 30.6.2011, protocolli finalizzati, oltre all'estinzione delle partite debitorie pregresse per "classi di creditori", ad estinguere le azioni esecutive in corso, con la conseguente rimozione dei vincoli di risorse apposti presso i tesorieri delle Aziende sanitarie.

Riguardo alle modalità di estinzione del debito pregresso, i predetti accordi prevedono tra l'altro:

- il pagamento per cassa (tramite servizio di tesoreria), in una o più soluzioni, di tutto o parte dei "Crediti Pregressi";
- l'emissione di certificazioni, secondo quanto già previsto dal Decreto n.12/2011 e ss.mm.ii., relativamente alla parte dei "Crediti Pregressi" non oggetto di pagamento per cassa, con il riconoscimento di un indennizzo forfettario omnicomprensivo, da commisurare alla sorte capitale convenuta;
- che parte del pagamento per cassa e l'emissione di certificazioni, di cui ai punti precedenti, vengano subordinati, in presenza di procedure esecutive intraprese dal creditore, al conseguimento dei provvedimenti di svincolo rilasciati dai giudici dell'esecuzione debitamente notificati al Tesoriere aziendale.

Le pretese creditorie, così come vantate dai creditori, sono soggette alla procedura di accertamento di cui al Decreto 12/2011 e ss.mm.ii da parte delle Aziende sanitarie debitrici, al fine di legittimarne la liquidazione in quanto certe, liquide ed esigibili.

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

Le partite creditorie in contestazione, escluse dai protocolli d'intesa e oggetto di contenzioso pendente per diversi titoli o ragioni, vengono definite all'esito dei giudizi in corso e/o potranno essere oggetto di successivi finalizzati accordi transattivi, ferme restando le disposizioni di cui ai paragrafi 10 e 11 della parte a) delle linee guida allegate al decreto 22/12, ai sensi dei quali i creditori si impegnano anche sulle suddette posizioni a rinunciare agli atti dei processi esecutivi già intrapresi e a non attivare alcuna ulteriore azione esecutiva per un periodo di 12 mesi, acconsentendo espressamente allo svincolo delle somme vincolate presso i Tesorieri.

Nel corso della fase esecutiva degli accordi quadro da parte delle Aziende sanitarie, il Commissario ad Acta assume il compito di programmare tutti i flussi finanziari della sanità regionale, esercitando uno stretto controllo sulle Aziende debitrici e sulla regolare attuazione degli accordi sottoscritti, anche provvedendo ad uno spostamento ed adeguamento delle erogazioni regionali tra le diverse Aziende sanitarie in funzione dell'esigenza di assicurare parità di trattamento su tutto il territorio regionale ai creditori che hanno stipulato gli accordi quadro.

Ad oggi le risultanze raggiunte con l'attuazione del Decreto Commissariale 12/2011 e ss.mm.ii. sono di seguito riportate:

PROTOCOLLI D'INTESA E ALTRO €/MLN	IMPORTO NETTO RICHIESTO	IMPORTO LIQUIDATO	IMPORTO PAGATO	IMPORTO CERTIFICATO	IMPORTO INDENNIZZO
ACFAPO	137,02	38,32	2,35	18,85	-
AIAS TIPO A	2,94	-	-	-	-
AIAS TIPO B	19,41	0,17	0,17	-	-
AIOP CAMPANIA	375,31	190,68	134,29	20,60	-
ANISAP TIPO A	0,71	0,06	0,11	-	-
ANISAP TIPO B	18,36	3,07	0,86	0,84	0,02
ANPRIC TIPO A	2,37	0,43	0,21	-	-
ANPRIC TIPO B	5,17	-	-	-	-
ARCADE TIPO A	36,02	6,38	1,58	-	-
ARCADE TIPO B	2,65	1,07	0,32	-	-
ASPAT TIPO A	53,67	17,65	8,24	2,24	-
ASPAT TIPO B	76,78	19,95	11,14	-	-
ASSOBIOMEDICA	8,21	0,72	0,35	-	-
BANCA SISTEMA	5,46	3,15	1,40	1,79	0,04
CENTRI ANTIDIABETE TIPO A	1,15	0,27	-	-	-
CENTRO FACTORING	5,62	1,58	0,98	-	-
COMPASS GROUP ITALIA	10,59	9,56	5,75	-	-
CONFIDUSTRIA TIPO A	5,08	-	-	-	-
CONFIDUSTRIA TIPO B	0,66	0,60	0,19	-	-
COVIDIEN	6,23	4,74	4,06	-	-
CROCE ROSSA	6,62	3,88	1,93	-	-
DETTO FACTOR	32,70	21,91	18,07	-	-
FARMAFACTORING	72,63	45,07	36,56	2,96	-
FARMINDUSTRIA	47,88	26,30	14,00	6,64	0,08
FEDERFARMA CASERTA	34,38	32,92	32,92	-	-
FEDERFARMA NAPOLI	84,07	72,89	72,55	-	-
FEDERLAB SBV TIPO A	30,01	2,87	1,45	0,06	-
FEDERLAB SBV TIPO B	21,03	2,20	0,49	-	-
FRAS TIPO A	5,28	1,47	0,73	-	-
JOHNSON	39,72	13,19	8,47	-	-
JUSTINE	49,12	42,48	29,31	13,57	0,40
MEDIOFACTORING	35,89	21,67	17,15	-	-
NOVARTIS FARMA	5,69	5,29	5,29	-	-
PUBBLICA FUNDING	35,91	16,94	6,86	10,99	0,22
ROCHE DIAGNOSTIC	12,33	5,07	4,45	-	-
SNR TIPO A	8,17	5,59	2,19	0,50	-
SNR TIPO B	5,16	0,42	0,09	0,17	0,00
VILLA ALBA	6,58	3,20	2,93	-	-
VILLA CINZIA	17,57	11,96	8,37	-	-
MEDTRONIC	25,69	-	-	-	-
SACE	43,44	2,23	-	-	-
SIEMENS	10,53	-	-	-	-
INSTRUMENTATION	12,54	-	-	-	-
TOTALE PROTOCOLLI INTESA	**1.416,34**	**635,92**	**435,79**	**79,21**	**0,75**
SPEEDY	18,07	14,35	9,00	-	-
NESSUN PROTOCOLLO	1.342,90	642,59	11,05	515,89	-
TOTALE GENERALE	**2.777,31**	**1.292,86**	**455,84**	**595,10**	**0,75**

Tabella 119 – Stato attuazione DC 12/2011 e ss.mm.ii. alla data del 02 maggio 2013

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

	PROTOCOLLO INTESA	N°Decreto	Data Decreto	N°BURC	DATA BURC	IMPORTO STIMATO	RISPARMIO ATTESO
1	JUSTINE CAPITAL	40 e 42	05/04/2012 e 11/04/12	25	18-apr-12	48,9	17,8
2	FEDERFARMA NAPOLI	43	11-apr-12	25	18-apr-12	100,0	0,0
3	FEDERFARMA CASERTA	44	11-apr-12	25	18-apr-12	40,0	0,0
4	AIOP CAMPANIA	45	11-apr-12	25	18-apr-12	407,6	20,0
5	DETTO FACTOR	51	2-mag-12	30	10-mag-12	37,1	4,2
6	FARMA FACTORING gestione	52	2-mag-12	30	10-mag-12	194,0	18,0
7	VILLA CINZIA	60	14-giu-12	40	26-giu-12	21,1	1,2
8	VILLALBA	58	14-giu-12	40	26-giu-12	5,9	0,5
9	CROCE ROSSA ITALIANA	59	14-giu-12	40	26-giu-12	6,6	0,0
10	NOVARTIS FARMA SPA	55	7-giu-12	40	26-giu-12	5,7	1,7
11	COMPASS GROUP	69	22-giu-12	40	26-giu-12	10,6	0,4
12	FARMINDUSTRIA	79	16-lug-12	45	18-lug-12	120,0	20,0
13	COVIDIEN ITALIA SPA	78	16-lug-12	45	18-lug-12	6,1	0,8
14	MEDIOFACTORING SPA	83	24-lug-12	47	30-lug-12	38,2	0,2
15	JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SPA	82	24-lug-12	47	30-lug-12	41,1	15,0
16	ROCHE DIAGNOSTIC SPA	84	31-lug-12	48	6-ago-12	12,5	2,4
17	ACFAPO	97	10-ago-12	55	3-set-12	98,8	0,0
18	BANCA SISTEMA SPA	106	24-set-12	64	3-ott-12	5,4	0,4
19	PUBBLICA FUNDING	107	24-set-12	64	3-ott-12	37,9	6,1
20	ANISAP (TIPO A e B)	108	24-set-12	64	3-ott-12	23,3	1,5
21	ARCADE (TIPO A e B)	109	24-set-12	64	3-ott-12	38,5	1,2
22	ASPAT (TIPO A e B)	110	24-set-12	64	3-ott-12	163,3	7,0
23	AIAS-ONLUS (TIPO A e B)	111	24-set-12	64	3-ott-12	45,0	5,0
24	FRAS (TIPO A e B)	112	24-set-12	64	3-ott-12	25,0	0,3
25	ANPRIC (TIPO A e B)	113	24-set-12	64	3-ott-12	4,8	0,4
26	AID (TIPO A e B)	114	24-set-12	64	3-ott-12	4,0	0,2
27	FEDERLAB-SBV (TIPO A e B)	115	24-set-12	64	3-ott-12	117,0	3,0
28	CONFINDUSTRIA - (TIPO A e B)	116	24-set-12	64	3-ott-12	nd	nd
29	SNR TIPO A (TIPO A e B)	120	27-set-12	64	3-ott-12	93,8	15,6
30	CENTROFACTORING	149	17-feb-12	1	7-gen-13	33,2	4,1
31	MEDTRONIC ITALIA SPA	35	24-apr-13	23	6-mag-13	25,7	5,7
32	SACE	36	24-apr-13	23	6-mag-13	40,8	13,0
33	INSTRUMENTATION LABORATORY	37	24-apr-13	23	6-mag-13	12,5	2,7
34	ASSOBIOMEDICA	38	24-apr-13	23	6-mag-13	585,0	20,0
35	SIEMENS	39	24-apr-13	23	6-mag-13	10,5	1,2
					TOTALE	2.459,91	189,52

Tabella 120 – Protocolli di intesa stipulati alla data del 30.04.2013

In tale contesto, si colloca l'intervento del Decreto Legge n. 35 del 8 aprile 2013 con il quale sono state dettate le "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali".

Tale decreto prevede l'istituzione del "Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili" con una dotazione di 10.000 €/mln per il 2013 e 16.000 €/mln per il 2014. Tale Fondo è distinto in tre sezioni denominate rispettivamente:

- "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti locali" con una dotazione di 2.000 €/mln per ciascuno degli anni 2013-2014;
- "Sezione per assicurare la liquidità alle regioni e alle province autonome per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili diversi da quelli finanziari e sanitari" con una dotazione di 3.000 €/mln per il 2013 e di 5.000 €/mln per il 2014;
- "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" con una dotazione di 5.000 €/mln per il 2013 e di 9.000 €/mln per il 2014. A tal proposito le Regioni potranno inoltrare l'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità al MEF entro il 31.05.2013.

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

Ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.L. 35/2013, il MEF ha adottato, in data 16 aprile 2013, il decreto direttoriale di riparto dell'importo di 5.000 €/mln effettuato in proporzione a:

- i valori degli ammortamenti non sterilizzati relativi agli esercizi dal 2001 al 2011 risultanti dai modelli CE, ponderati al 50%, come presenti nell'NSIS alla data del 9 aprile 2013 e comunque antecedenti all'applicazione del D.Lgs. n. 118 del 23 giugno 2011;
- il valori della voce "crediti verso Regione per spesa corrente" iscritti nei modelli SP 2011 ponderati al 50%;
- il valore della voce "crediti verso Regione per ripiano perdite" iscritti nei modelli SP 2011 ponderati al 50%.

Con il su indicato decreto direttoriale alla Regione è stata assegnata provvisoriamente la somma massima di 531.970 €/mln [1], quale I tranche dei fondi destinati al pagamento dei debiti del SSR.

In relazione a tale assegnazione si procederà alla formulazione dell'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità in funzione dell'entità e delle esigenze di copertura dei debiti certi, liquidi ed esigibili al 31.12.2012 e, eventualmente in via residuale rispetto ai primi dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012. L'istanza di acceso si baserà sulla ricostruzione del debito come sopra qualificato attraverso un processo che necessariamente vede coinvolte le AA.SS. e la GSA in qualità di soggetti debitori. L'istanza sarà accompagnata da una certificazione congiunta del Presidente e del responsabile finanziario come richiesto dal D.L. 35/2013.

Al fine di poter ottenere l'erogazione delle somme richieste, nei limiti delle assegnazioni deliberate con decreto direttoriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Regione deve:

- predisporre un Piano dei Pagamenti dei debiti commerciali al 31/12/2012 certi, liquidi ed esigibili e, eventualmente, nei limiti delle risorse disponibili e in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012;
- individuare le misure di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione;
- provvedere alla sottoscrizione del contratto con il MEF.

La Regione e le singole Aziende sanitarie, come previsto dall'art.7 comma 1 del D.L. 35/2013, hanno provveduto alla registrazione sulla piattaforma per la gestione telematica per il rilascio delle certificazioni, predisposta dal MEF.

Al fine di avviare il processo di accesso all'anticipazione di liquidità la Regione, entro il termine del 31.05.2013 provvederà ad inviare al MEF l'stanza di accesso per ottenere la prima tranche pari ad €/000 531.970, così come indicato nel decreto direttoriale del 16 aprile 2013.

Nell'ambito delle previsioni del D.L. 35/2013, assume ruolo fondamentale la So.Re.Sa. S.p.A. "Società Regionale per la Sanità", che nel processo di attuazione del su citato Decreto Commissariale 12/2011 e ss.mm.ii. ha messo a punto la banca dati per la gestione del debito sanitario che ha contribuito a poter raggiungere i risultati di cui alla tabella sopra riportata aggiornati alla data del 2 maggio 2013.

Nello specifico la procedura che sarà seguita per il governo del processo di pagamento di cui al D.L. 35/2013 si pone l'obiettivo di anticipare le attività caricamento delineate nel D.L. 35/2013 previste per il periodo dal 01.06.2013 al 15.09.2013, in modo da facilitare e snellire il processo che le Aziende sanitarie dovranno porre in essere per l'iscrizione della debitoria nella piattaforma MEF. Di seguito si rappresenta sinteticamente la procedura che sarà posta in essere:

[1] Entro il 30 novembre 2013 il MEF dovrà provvedere al riparto definitivo fra le Regioni dell'anticipazione di liquidità fino ad una concorrenza massima di 14.000 €/mln comprensivo anche degli importi previsti per l'anno 2014 (5.000 per il 2013 e 9.000 per il 2014).

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

- la Regione, considerate le operazioni poste in essere ai sensi del DC 12/2011 e ss.mm.ii. e il fatto che non ancora sono disponibili i dati patrimoniali delle AA.SS. in quanto i bilanci sono in corso di chiusura/trasmissione, al fine di conoscere il fabbisogno finanziario necessario alla copertura dei debiti al 31.12.2012, avvia una ricognizione dei saldi delle seguenti voci di stato patrimoniale: debiti vs/fornitori, cassa, istituto tesoriere, c/c postali e crediti vs/fornitori (pignoramenti, acconti, ecc. non contemplati tra i debiti;
- la Regione procederà a definire le procedure operative per il governo del piano dei pagamenti cui dovranno attenersi le Aziende sanitarie al fine di agevolare le loro attività;
- la So.Re.Sa., anche in considerazione del patrimonio informativo già acquisito, provvederà a porre in essere, in via anticipata rispetto ai tempi ministeriali, una specifica piattaforma nella quale le aziende caricheranno il dettaglio delle posizioni debitorie vs/fornitori e contemporaneamente a tali attività le stesse comunicheranno (a mezzo mail) ai propri fornitori le posizioni debitorie al fine di riscontrare e condividere le singole posizioni e rilevare eventuali incongruenze/carenze, procedendo alle dovute rettifiche/integrazioni;
- la So.Re.Sa., acquisiti i dati della debitoria di tutte le Aziende sanitarie, li renderà visibili e consultabili ai singoli fornitori del SSR che a mezzo di apposite credenziali potranno verificare le posizioni caricate dalle AA.SS. e riscontrare con le stesse eventuali anomalie/incongruenze;
- la So.Re.Sa, a chiusura del processo di riscontro tra Aziende sanitarie e fornitori, comunque entro tempi utili per il caricamento dei dati in piattaforma MEF, renderà disponibili alle singole Aziende sanitarie (amministrazioni pubbliche con a carico responsabilità che potrebbero comportare il risarcimento di danni e interessi in caso di inadempienza), il proprio flusso di dati (debiti certi, liquidi ed esigibili) che queste ultime potranno ribaltare in maniera massiva su piattaforma MEF;
- la Regione sottoscrive il contratto dell'anticipazione prestito e provvede all'individuazione di misure idonee e congrue di copertura annuale del rimborso della stessa maggiorata degli interessi;
- la Regione, definito il flusso informativo della debitoria certa liquida ed esigibile, predisporrà il piano dei pagamenti e lo trasmetterà al ministero al fine di ottenere l'erogazione dei fondi;
- la Regione, ottenuta l'erogazione, provvederà al riparto e trasferimento dei fondi tra le aziende in base ai dati risultanti dal piano dei pagamenti tenendo conto anche dei pagamenti a carico della contabilità accentrata;
- le AA.SS. ottenute le risorse finanziarie provvederanno a pagare i fornitori e a rilevare in contabilità il pagamento, rilasciando successivamente adeguata certificazione che attesti l'avvenuto pagamento e contabilizzazione;
- le certificazioni rilasciate dalle Aziende sanitarie saranno acquisite anche dalla Regione e saranno documento di riferimento affinchè, ai sensi del art. 3, c. 6 del D.L. 35/2013, il Responsabile del Servizio Economico Finanziario della Regione possa fornire al Tavolo Tecnico MEF formale certificazione dell'avvenuto pagamento e dell'effettuazione delle relative registrazioni contabili.

La Regione si pone l'obiettivo di proseguire e completare, nel periodo oggetto dei presenti Programmi Operativi, l'attuazione del piano di pagamento dei debiti sanitari secondo le linee guida tracciate con il Decreto n.12/2011 e ss.mm.ii., integrandolo e adeguandolo alle disposizioni del D.L. 35/2013 (allo stato ancora in corso di conversione):
a) in ordine alla debitoria pregressa, le azioni da compiere sono:

- monitoraggio, con il supporto dell'Advisor contabile, dello stato di avanzamento delle procedure di certificazione del credito operata per il tramite della piattaforma *So.Re.Sa.* S.p.a. e predisposizione di circolari volte alla semplificazione delle modalità operative;
- prosecuzione delle azioni volte alla definizione degli accordi quadro con associazioni di categoria e con singoli creditori di rilevante importo, con la previsione del pagamento per cassa di almeno parte delle pretese creditorie, fino all'esaurimento della disponibilità delle risorse finanziarie utilizzabili nell'immediatezza e nei limiti delle certificazioni oggetto di cessione pro-soluto ad intermediari finanziari fissati con il Decreto n.48/2011 (700 €/mln al 31 dicembre di ogni anno a venire);
- monitoraggio, con il supporto dell'Advisor contabile, dell'esatto adempimento delle obbligazioni poste a carico delle Aziende sanitarie nei protocolli d'intesa, attraverso l' attivazione periodica di tavoli interaziendali finalizzati a verificare lo stato della liquidazione dei crediti transatti ed a garantire il rispetto della tempistica prevista negli accordi transattivi stipulati;

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

- predisposizione di circolari operative volte a superare criticità sostanziali e procedurali ed a garantire per tutti gli Enti del SSR analoghe modalità di esecuzione;

b) in ordine al contenzioso:

- monitoraggio della corretta applicazione del disposto dell'art.6 del D.L. 158/2012 convertito in Legge n.189/2012 da parte degli Enti del SSR, ed in particolare sulle azioni dei Tesorieri delle Aziende sanitarie relative alle procedure di svincolo delle somme pignorate, al fine di completare laddove non ancora avvenuto, la restituzione, in tempi rapidi, degli importi medesimi alle Aziende stesse, per garantire per step successivi il soddisfacimento degli accordi con i creditori, nel rispetto delle regole imposte dal decreto n.12 e, nel contempo, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- attivazione di un tavolo tecnico con gli Enti del SSR finalizzato alla definizione di accordi transattivi per la risoluzione, in via definitiva, delle partite creditorie in contestazione, oggetto di contenzioso pendente per diversi titoli o ragioni, ed escluse dai protocolli d'intesa e che hanno determinato costi rilevantissimi per il SSR. Tale impegno risulta coerente con le prescrizioni di cui al decreto 12/2011 che impegnano la Struttura Commissariale ad avviare azioni che, nel contempo, siano volte al ripianamento del debito pregresso, nonché ad abbattere il contenzioso, i relativi oneri per il mancato pagamento, ed il volume di pignoramenti in essere;
- verifica del rispetto dell'impegno assunto da parte dei creditori sanitari, che abbiano stipulato gli accordi transattivi, a non intraprendere azioni esecutive per un periodo di 12 mesi ed individuazione delle eventuali sanzioni in caso di violazione del predetto impegno;
- monitoraggio sulle verifiche delle Aziende sanitarie volte a riscontrare eventuali indebiti pagamenti, sia laddove sia stata richiesta dal creditore l'adesione agli accordi transattivi, sia in caso di mancata adesione agli accordi medesimi ed individuazione delle iniziative per il recupero delle stesse, nonché valutazione della sussistenza dei presupposti per la sospensione e/o revoca dell'accreditamento;
- monitoraggio sullo stato di avanzamento del progetto di regolarizzazione delle carte contabili della Asl Napoli 1 Centro approvato con decreto n.140 del 7.11.2012, ed individuazione delle eventuali disfunzioni, ovvero criticità, influenti sul conseguimento degli obiettivi prefissati nei termini previsti dal piano di lavoro;

c) in ordine ai crediti "correnti e futuri":

- intensificazione delle azioni amministrative finalizzate ad assicurare regolarità e tempestività nei pagamenti ed, in particolare, elaborazione di uno strategico piano di razionalizzazione finanziaria volto a garantire la regolarizzazione dei rapporti finanziari con gli erogatori privati di beni e servizi ed assicurare l'allineamento di tutte le Aziende sanitarie Campane attualmente in ritardo, nel pagamento dei debiti "correnti" nell'ottica della normalizzazione del complessivo sistema sanitario e di deflazione del contenzioso per mancato e/o ritardato pagamento;
- attivazione di una attiva politica di prevenzione degli insoluti; attraverso:
  - il monitoraggio dei tempi di registrazione, verifica e liquidazione delle fatture passive da parte dei competenti uffici aziendali;
  - l'istituzione di forme di gestione accentrata di ricezione delle fatture;
  - l'individuazione di soluzioni operative, laddove i tempi di liquidazione siano superiori ai due mesi dal ricevimento della fattura;
- programmazione concertata con le Associazioni dei fornitori e/o con singoli fornitori di maggiore rilievo sui tempi e modalità di pagamento, da recepire nei contratti stipulati con i singoli, in coerenza con i flussi finanziari della sanità regionale, prevedendo uno stretto controllo sull'attuazione degli accordi raggiunti con i fornitori, anche attraverso lo spostamento e l'adeguamento delle erogazioni regionali tra le diverse Aziende sanitarie in funzione dell'esigenza di assicurare parità di trattamento su tutto il territorio;
- monitoraggio del raccordo fra la pianificazione finanziaria, i tetti di spesa assegnati alle strutture private e gli obiettivi di riduzione dei costi delle Aziende sanitarie pubbliche, imposti anche dal governo centrale.

Alla realizzazione degli obiettivi di cui sopra dovrà concorrere il trasferimento delle risorse dal bilancio regionale alla contabilità del SSR per la parte residuale rispetto a quanto finanziato a tale titolo dallo

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

Stato in attuazione del D.L. 35/2013 e secondo un programma che individuerà precise scadenze, da elaborare all'esito della quantificazione del totale finanziato dallo Stato anche in relazione alla II tranche.

Si rappresenta che quanto illustrato sarà oggetto di eventuali modifiche che dovessero rendersi necessarie all'esito della conversione in legge del D.L. 35/2013.

Inoltre, si evidenzia che per effetto degli accordi in seguito all'entrata in vigore del Decreto Commissariale 12/2011 e ss.mm.ii. e del D.L. 35/2013, la regione ha stimato un minore fabbisogno di accantonamento per contenzioso derivante dai pagamenti a fornitori.

Risultati programmati

- Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure di certificazione del credito;
- prosecuzione delle azioni volte alla definizione degli accordi quadro con associazioni di categoria e con singoli creditori di rilevante importo;
- monitoraggio dell'esatto adempimento delle obbligazioni poste a carico delle Aziende sanitarie nei protocolli d'intesa;
- predisposizione di circolari operative volte a superare criticità sostanziali e procedurali ed a garantire per tutti gli Enti del SSR analoghe modalità di esecuzione;
- attivazione di un tavolo tecnico con gli Enti del SSR finalizzato alla definizione di accordi transattivi per la risoluzione, in via definitiva, delle partite creditorie in contestazione;
- monitoraggio sulle verifiche delle Aziende sanitarie volte a riscontrare eventuali indebiti pagamenti;
- monitoraggio sullo stato di avanzamento del progetto di regolarizzazione delle carte contabili della Asl Napoli 1 centro;
- elaborazione di uno strategico piano di razionalizzazione finanziaria volto a garantire la regolarizzazione dei rapporti finanziari con gli erogatori privati di beni e servizi;
- programmazione concertata con le Associazioni dei fornitori e/o con singoli fornitori di maggiore rilievo sui tempi e modalità di pagamento;
- monitoraggio del raccordo fra la pianificazione finanziaria, i tetti di spesa assegnati alle strutture private e gli obiettivi di riduzione dei costi delle Aziende sanitarie pubbliche, imposti anche dal governo centrale;
- monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure di certificazione del credito;
- prosecuzione delle azioni volte al monitoraggio dello stato dei pagamenti dei debiti certificati dalle Aziende sanitarie sulla piattaforma del MEF;
- monitoraggio sulle verifiche delle Aziende sanitarie volte a riscontrare eventuali indebiti pagamenti;
- monitoraggio sullo stato di rilascio delle certificazioni da parte delle Aziende sanitarie inerente l'avvenuto pagamento e contabilizzazione dello stesso.

Indicatori di risultato

- Numero e volume degli accordi quadro stipulati con associazioni di categoria e con singoli creditori di rilevante importo;
- volume della riduzione della debitoria fin qui maturata;
- entità del risparmio per il Servizio Sanitario Regionale a seguito delle rinunce ad interessi, spese legali, diritti ed onorari già riconosciuti dalle Autorità Giudiziarie;
- completamento degli svincoli di risorse pignorate presso i Tesorieri aziendali;
- misura dell'allineamento di tutti gli Enti del SSR nel pagamento dei crediti correnti;
- misura della riduzione dei tempi di pagamento degli Enti del SSR;
- conferma della tendenza al conseguimento dell'equilibrio economico della sanità regionale nel corso del 2013;
- riduzione della debitoria del SSR;
- conferimento al SSR delle spettanze dovute da parte della Regione;
- riduzione dei tempi di pagamento degli Enti del SSR.

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

Responsabile del procedimento attuativo

- Struttura Commissariale.

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